

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**VIOLÊNCIA SEXUAL: A ENFERMAGEM PROMOVENDO O  
AUTOCUIDADO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO  
ADOLESCENTE VITIMIZADO.**

**FLORIANÓPOLIS, 2003.**

DAYANE NAPOLEÃO POLICARPO  
KARINA RACHADEL TEIXEIRA  
KELLY LUCIANA FREITAS CHAVES  
LIA SILVA VIEIRA

**VIOLÊNCIA SEXUAL: A ENFERMAGEM PROMOVENDO O  
AUTOCUIDADO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO  
ADOLESCENTE VITIMIZADO.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0419  
Título: Violência sexual : a enfermagem  
promovendo o autocuidado através da



972491756 Ac. 241781  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

*Relatório da Disciplina*  
*Enfermagem Assistencial Aplicada*  
do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina.  
**Orientadora:** Ms. Dalva Irany Grüdtner  
**Supervisora:** Silvana Maria Pereira

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0419  
Ex.1

Florianópolis; 2003



**Imagine uma lagarta.**  
**Passa a grande parte da sua vida no chão, olhando os pássaros,**  
**Indignada com o seu destino e a sua forma.**  
**“Sou a mais desprezível das criaturas”, pensa.**  
**“Feia, repulsiva, condenada a rastejar pela terra.”**  
**Um dia, entretanto, a Natureza pede que faça um casulo.**  
**A lagarta se assusta – jamais fizera um casulo antes.**  
**Pensa que está construindo o seu túmulo, e prepara-se para morrer.**  
**Embora indignada com a vida que levou até então, reclama novamente com Deus.**  
**“Quando finalmente me acostumei, o Senhor me tira o pouco que tenho.”**  
**Desesperada, tranca-se no seu casulo e aguarda o fim.**  
**Alguns dias depois, vê-se transformada numa linda borboleta.**  
**Pode passear pelos céus, e ser admirada pelos homens.**  
**Surpreende-se com o sentido da vida e com os desígnios de Deus.**

**Paulo Coelho (Maktub).**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida e pela força inesgotável que nos deu coragem para seguir nesta caminhada em busca de realizar mais uma conquista.

Às nossas famílias, pelo apoio emocional, espiritual e financeiro dado durante toda a nossa caminhada.

Uma às outras, pelo espírito de equipe, pelos momentos alegres, ansiedades compartilhadas e pelos grandes momentos de descontração regado a muito pão com patê. Enfim, pela conquista de uma grande amizade.

Aos adolescentes, que foram parte fundamental para a concretização deste trabalho.

Aos funcionários do Complexo Ilha Criança, pela atenção e por acreditarem no nosso trabalho.

À nossa orientadora, Dalva Irazy Grüdtner, pelo incentivo, orientação, disponibilidade em nos ajudar a alcançar os nossos objetivos e pela preocupação com nosso bem estar.

À nossa supervisora, Silvana Maria Pereira, por abraçar nosso desafio, acreditar em nossas capacidades, participando de forma ativa da nossa prática e pelo imenso esforço que fez para nos ajudar.

Ao professor Jonas spricigio, por aceitar ser nosso membro de banca e pelas observações importantes para a melhora do nosso trabalho.

Aos amigos de turma, pelos momentos inesquecíveis da nossa vida acadêmica.

Aos pacientes que passaram por toda a nossa formação acadêmica, por nos mostrarem a vida em todos os seus sentidos, pelas experiências, conversas, troca de carinho e reconhecimento ao nosso trabalho. Enfim, por serem seres primordiais para que nos tornássemos Enfermeiras.

À todas as pessoas que de alguma forma participaram e contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional, que passaram e faz parte da nossa história, o nosso muito obrigada!!! Por que menor do que nossos sonhos, não podemos ser.



### **Dayane agradece...**

Aos meus pais, Narciso e Marilene, pela educação, dedicação, paciência e amor dedicado durante a minha vida, amo vocês.

Ao meu irmão, Douglas, pela parceria durante toda minha vida e pelo incentivo durante minha profissionalização.

Ao meu sobrinho, Arthur, pelo carinho e momentos de descontração.

Ao meu namorado, Arthur, pelo carinho, cumplicidade, apoio diante das dificuldades e paciência que sempre demonstrou nos meus momentos de maior ansiedade.

Aos amigos por todos os momentos compartilhados.

### **Karina agradece...**

Aos meus pais, Dilma e Ailton, por terem acreditado em meus potenciais, dando força nessa longa caminhada. Amo vocês.

Ao meu irmão Hugo, pelas noites perdidas em frente ao computador...

Ao meu amor, André, por ter compreendido minhas ausências e ter me proporcionado momentos de descontração.

À minha família e amigos, pelos diversos momentos felizes que me proporcionaram.

Às minhas amigas de TCC, por terem feito desse momento, algo alegre e marcante em nossas vidas.

Às minhas amigas Regina, Roberta, Kethlen e Gisele, pelos 4 anos de convivência inesquecíveis.

### **Kelly agradece...**

Aos meus pais, pela vida, amor, confiança e por acreditarem em mim. Sem vocês eu não seria o que sou hoje. Um carinho especial a minha "mainha" lêda, pelas oportunidades de crescimento na vida, pela atenção, por ser a mulher que é e pela ajuda mesmo de longe.

Aos meus irmãos Kaliana e Alex, companheiros de moradia, rotinas e da vida longe de casa.

A minha irmã Iana, pela força de vontade e determinação em vencer na vida, uma verdadeira lição a ser seguida. Ao seu marido Júlio, por ser seu companheiro e fazê-la feliz.

Aos amigos, de longe e de perto, pelo compartilhamento de momentos maravilhosos, sem os quais a vida não teria sentido.

Ao meu namorado, Leonardo, pelo amor, atenção, compreensão, força e incentivo para continuar nesta caminhada em busca de um futuro... Obrigada por tudo.

### **Lia agradece...**

Aos meus pais, Luís e Tânia, pelo apoio a minha vida e pela minha existência. À minha mãe pela preocupação diária, nutrição e momentos de incentivo, quando precisei. Ao meu pai, pelos momentos de brincadeiras e descontração, consultas astrológicas e sessões de acupuntura.

Aos meus irmãos, Kátia, Harold, Taís e Abel, por fazerem parte da minha vida, por serem pessoas amorosas e além de tudo, meus amigos de vida. À minha tia Célia por me dar apoio e sempre estar disposta a me ajudar com os meus trabalhos e à minha avó, pelos momentos de dedicação e refeições maravilhosas que confecciona.

Ao meu namorado, Alexandre, por me fazer feliz, pelos almoços, por fazer parte da minha vida, pela compreensão e pelo grande amor compartilhado.

Enfim, a todos que amo, muito obrigado por me ajudar a chegar ao fim de mais uma etapa importante da minha vida.

## RESUMO

Trata-se do relato da prática assistencial desenvolvida durante a disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada. O nosso objetivo foi desenvolver um processo de motivação para o autocuidado de adolescentes, vítimas de violência sexual, tendo em vista o resgate da auto-estima, autonomia, minimização do trauma, prevenção de reincidências e a quebra do ciclo vicioso que permeia este tipo de violência. Para guiar o trabalho, foi construído um marco conceitual com concepções da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem; e outros conceitos como família, violência, adolescente e educação em saúde. A Teoria do Autocuidado foi importante para identificar os déficits de competência dos adolescentes atendidos e seus potenciais para o autocuidado. A prática foi realizada no Complexo Ilha Criança, no período de 09 de abril a 12 de junho de 2003. O público motivado foi um grupo de adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos, pertencentes aos Projetos que compõem o Complexo. Eles participaram de encontros e consultas individuais em que foram trabalhados temas de educação em saúde. Estes temas eram escolhidos pelos próprios participantes, o que possibilitou aos adolescentes expressarem suas dúvidas, já que estão vivendo uma marcante fase de transformações bio-psico-social e espiritual. Este trabalho contribuiu para nosso crescimento profissional e pessoal e pretende ressaltar a importância da Enfermagem na assistência aos adolescentes vítimas de violência sexual, auxiliando-os a compreender melhor esta fase de suas vidas. Além de termos conseguido realizar todas as atividades previstas consideramos cumpridos todos os objetivos, já que os resultados evidenciam o despertar da motivação para o autocuidado dos jovens atendidos.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>I OBJETIVOS.....</b>	<b>07</b>
<b>II REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>08</b>
2.1 Violência Doméstica.....	08
2.2 Adolescência.....	27
2.3 Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual.....	35
2.4 Resiliência.....	37
2.5 Responsabilidade Profissional.....	38
<b>III MARCO CONCEITUAL.....</b>	<b>42</b>
3.1 Pressupostos da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem.....	43
3.2 Conhecendo a teórica.....	44
3.3 Teoria Geral de Enfermagem de Orem.....	45
3.4 Conceitos.....	47
<b>IV METODOLOGIA.....</b>	<b>54</b>
4.1 Contextualizando o local de estágio.....	54
4.2 População Alvo.....	56
4.3 Plano de Atividades.....	57
4.4 Processo de Enfermagem.....	60
<b>V APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....</b>	<b>63</b>
<b>VI CRONOGRAMA.....</b>	<b>90</b>
<b>V II CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>

<b>VIII REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
<b>IX APÊNDICES.....</b>	<b>102</b>
<b>X ANEXOS.....</b>	<b>130</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho foi elaborado durante a Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, na VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como proposta assistir-educando @s<sup>1</sup> adolescentes vítimas de violência sexual, e concomitantemente estar prevenindo a reincidência deste fenômeno, além de pretender trazer uma contribuição para a construção de conhecimento de Enfermagem, nesta área.

A decisão de elaborar tal proposta surgiu no decorrer do curso quando, nós acadêmicas, sentimos falta da abordagem deste tema em nossa grade curricular deixando uma lacuna na capacitação para este tipo de cuidado, fazendo com que quando deparávamos com a presença dessas vítimas nos locais da nossa prática acadêmica, não agíssemos no seu cuidado.

Buscando introduzir este tema no currículo da Graduação em Enfermagem, Elsen, Grüdtner e Rodrigues (2002) pesquisaram os conhecimentos e práticas de cuidados relacionados com o fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, em cinco cursos de graduação de Enfermagem de Santa Catarina. A pesquisa mostrou que estes cursos, ao ministrar conteúdo sobre o tema, preocupam-se em definir o que é a violência doméstica, encaminhamentos das vítimas para outros profissionais, mas não o conteúdo do cuidado propriamente, deixando um “vazio” no preparo da Enfermagem para participar do cuidado desses usuários dos serviços de saúde.

Na sociedade de hoje, está se percebendo o aumento do número de casos, dando maior visibilidade do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes. Em agosto de 2000, o município de Florianópolis sentiu a necessidade da criação de uma Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual. Esta rede vem com o propósito de proporcionar atendimento integral, ou seja, um atendimento centrado na pessoa, com todas as suas necessidades, e não apenas no agravo à sua

---

<sup>1</sup> O símbolo @ é utilizado para a definição de ambos os sexos (RAMOS, 2001).

saúde. Dados desta Rede comprovam que o número de atendimentos às vítimas de violência sexual neste município, atendidas na Maternidade Carmela Dutra, Hospital Universitário e Hospital Infantil Joana de Gusmão, vem aumentando. Em 2001 foram de 65 casos e em 2002 foram de 99 casos.

Tradicionalmente, a porta de entrada para o atendimento à essas vítimas era a Delegacia e o Instituto Médico Legal (IML). Com a instauração da Rede, esta porta passou a ser os serviços de saúde, via serviços de emergência dos hospitais, acima citados. Contudo, a grande maioria dos profissionais, destas instituições, não está ainda preparada para lidar com nenhum tipo de vítima de violência, o que mostra a sua necessidade de instrumentalização.

Por ser um serviço recente, sua divulgação ainda não chegou ao conhecimento de muitos profissionais, assim como de acadêmicos na área de saúde. De modo que não está funcionando plenamente conforme os seus propósitos, o que faz com que algumas vítimas ainda tenham um atendimento não efetivo, segundo o protocolo da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual.

Um segundo e fundamental propósito desta rede é evitar a revitimização. Geralmente o atendimento é um processo em que paralelo aos cuidados sociais, ocorrem o psicológico e outros como os de saúde. Esse processo, que muitas vezes se dá no mesmo espaço territorial e temporal, diante de terceiros, e pela condução inapropriada dos profissionais, resultando em constrangimento, revivendo desnecessariamente o sofrimento e desrespeito, o que termina por promover uma violência institucional.

Considerando o aqui exposto evidencia-se a necessidade da Enfermagem, dentro deste programa, na tomada de uma posição comprometida com essa parcela da comunidade, preparando-se para acolhê-la e cuidar quando adentrarem as portas de um serviço de saúde.

A violência doméstica, ou intrafamiliar é um fenômeno complexo, de difícil visibilidade, com múltiplas causas, que ocorrem em todas as classes sociais e causa sérias conseqüências, principalmente no aspecto psicológico.

Guerra e Azevedo (2001, p.12) definem violência doméstica contra crianças e adolescentes como sendo "todo ato ou omissão, praticado por pais, parentes ou

responsáveis, contra crianças e adolescentes, que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implicando de um lado na transgressão do poder/dever de proteção do adulto e do outro, numa coisificação da infância, isto é, uma negação dos direitos que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas de condição peculiar de seu desenvolvimento”. Há diferentes maneiras de se classificar a violência doméstica: violência física, violência psicológica, negligência e violência sexual.

Sendo assim, a violência sexual é uma das formas de violência doméstica, de difícil diagnóstico, porque nem sempre deixa marcas físicas, mas compromete seriamente o emocional da vítima, resultando em conseqüências para o seu futuro.

Para Queiroz (2003, p. 01), “violência sexual é qualquer forma de opressão, de maus-tratos, de agressão física e emocional, que acarreta no sofrimento de outra pessoa; cujo violentador encontra-se com o desenvolvimento psicosssexual, mais adiantado do que o da vítima”.

A violência sexual pode dar-se com contato físico, quando ocorre estupro, atentado violento ao pudor, beijos, carícias íntimas, indução da manipulação do órgão genital do adulto pel@ adolescente, ou sem contato físico, em que o violentador exhibe seus órgãos sexuais, conversas sobre sexo e projeta filmes pornográficos. Os tipos de violência sexual são a doméstica, a pedófila, por exploração, por estranhos, ritualistas, por mutilação e a institucional (RECH, 2002).

Geralmente os agressores são pessoas do convívio da vítima e aparentemente normais, sob vários aspectos. Ele pode ser qualquer pessoa, inclusive um tio, o pai, o pai adotivo, o irmão, o avô, um vizinho ou um amigo da família. Os abusos sexuais vêm ocorrendo em todas as classes sociais, grupos raciais, religiosos e étnicos. Em sua maioria os violentadores são homens heterossexuais e tem relações sexuais com adultos (QUEIROZ, 2003). O autor do abuso sexual, pode também ter sido uma vítima de violência sexual ou ter presenciado cenas desta violência na infância.

A literatura e a prática ressaltam que uma das formas mais traumáticas de violência sexual é a relação incestuosa, isto é, abuso sexual é consumado pelo pai ou pai adotivo. Para @ adolescente é muito difícil relatar o abuso ocorrido, por isso, é



importante estarmos atentos à revelação do ocorrido, pois pode ocorrer num relato de uma frase incoerente.

@ adolescente vitimizad@ guarda sempre em segredo o abuso de que é acometido, pois o violentador, por meio de violência física e emocional ou ameaças, impõe confiança ao ocorrido, chantageando a vítima com frases como: “Não diga nada a sua mãe, senão ela vai me odiar”; “Ela pode matar você, se ela souber”; “Ela vai mandá-la para um colégio interno”. Este tipo de ameaça faz com que @ adolescente fique em silêncio, sendo esta sua única forma de proteção e defesa. É uma realidade aterrorizante para a vítima que precisa desabafar, mas não pode compartilhar com ninguém seu sofrimento.

As conseqüências do abuso sexual n@s adolescentes são inúmeras e dependerá do abuso sofrido e das repetições. As seqüelas apresentadas pel@s adolescentes podem ser: incapacidade de confiar nas pessoas, distúrbios nos padrões do sono, diminuição de concentração, comportamento hostil, depressão, angústia, sentimento de inferioridade, baixa de auto-estima, comportamentos autodestrutivos, alcoolismo, consumo de drogas, doenças psicossomáticas, obesidade, anorexia, comportamento promíscuo, dificuldade em lidar com seu próprio corpo, vulnerabilidade à exploração sexual e a probabilidade de tornar-se também um abusador de menores, dando continuidade a um ciclo vicioso (RECH, 2002).

Os direitos d@s adolescentes estão garantidos por lei, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Capítulo II, Artigo 18; onde: “É dever de todos zelar pela dignidade da criança e d@ adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. Os Artigos 4, 5, 13, 98, 130 e 245 estabelecem que o abuso sexual de crianças e adolescentes é de notificação obrigatória, havendo apuração de responsabilidade para aqueles que se omitirem, estando os mesmo sujeitos às penalidades legais do Código Penal Brasileiro (CPB) – Artigo 213. Portanto, os profissionais de saúde, em especial, os de Enfermagem, são responsáveis legais e eticamente pela notificação em situações de violência, e ao se omitirem não só estão infringindo a lei, como prestando um desserviço à esta vítima. Acreditamos ainda que, os profissionais de Enfermagem além dos cuidados na ocorrência da violência também são responsáveis pelo acompanhamento em educação

para a saúde das mesmas. Para tanto, devemos nos engajar em movimentos que visem o combate a violência e a exploração sexual, de forma a resgatar a dignidade de noss@s adolescentes.

O adolescente é um ser humano em desenvolvimento bio-psico-social e espiritual, vivenciando acentuadas transformações do corpo, das relações com os pais, os outros adolescentes, os adultos e na forma de encarar o futuro. Essas mudanças, por si só, já constituem uma carga bastante difícil de ser administrada por ele, tornando-o vulnerável a uma série de situações indesejáveis, como: DST's, HIV/AIDS, drogas, violência e gravidez precoce não planejada (LINS, LUIZ e NASCIMENTO, 2002). Tais agravos, em adolescentes vítimas de violência sexual, podem ser potencializados.

Para trabalhar com adolescentes vitimizad@s é necessário utilizar metodologias participativas com o intuito de reconhecer e compartilhar conhecimentos, crenças, valores e conceitos, os quais podem servir de obstáculo para a vivência para a sexualidade e reprodução de forma livre e responsável, saudável e sem riscos. A utilização dessas metodologias, proporciona a construção coletiva de novos conhecimentos e significações sócio-culturais, caracterizando o protagonismo juvenil que vem a contribuir para a reflexão e transformação da vida pessoal e social, com base em comportamentos, sentimentos e valores humanos como autonomia e a dignidade (PEREIRA, FERRIANE e HIRATA, 2001).

Embora desejassemos trabalhar com vítimas de violência sexual, é importante esclarecer que o nosso cuidado não se centraria na violência ocorrida, e sim trabalhar a educação em saúde com @s adolescentes, desvinculando-a desta forma e tratando - @s como um ser humano em desenvolvimento.

Através do autocuidado, visando buscar ou resgatar sua dignidade, @ adolescente e/ou criança pode vir a alcançar a resiliência. Segundo Grunspun (2002, p.02) "resiliência é a capacidade humana de se recuperar ou ser imune psicologicamente quando se é submetido à violência", diante de traumas, sejam eles em nível ambiental (catástrofes) ou algum tipo de violência social. Esse autor afirma que as crianças têm melhor capacidade de se tornar resilientes perante uma situação de risco do que um adulto. Ele considera que os projetos práticos podem aumentar a capacidade de uma criança ser resiliente.

Grüdtner, Elsen e Rodrigues (2002) relatam dados iniciais de uma pesquisa realizada em Florianópolis, nos quais apontam há 3 tipos de Enfermeiros com relação a resposta frente à violência doméstica:

1. O enfermeiro que não “enxerga” a violência; ou o que tem uma “venda nos olhos” que o impossibilita de reconhecer o fenômeno. O profissional geralmente se encontra “desligado” /alienado do contexto social; não busca maiores conhecimentos sobre o tema e direciona seu trabalho/cuidado dentro de um modelo centrado na patologia da criança/adolescente, o que inviabiliza uma abordagem do ser humano em sua integralidade e como ser de relações;

2. O enfermeiro que se encontra “aprisionado” a certas crenças, ou experiências passadas que o impedem de abordar o fenômeno em sua prática profissional. Este, conforme Azevedo e Guerra (2001), apresenta reticências psicológicas<sup>2</sup>;

3. O enfermeiro comprometido é o desejoso de aprender, de compreender a violência na família, descobrindo espaços para a atuação da Enfermagem. Busca articular-se com os demais profissionais e refere a necessidade de participar de grupos de estudos sobre a temática. Compromete-se ética e politicamente no sentido de manter-se fiel: ao princípio da defesa/proteção da vida humana, evitando julgamentos e culpabilizações; ao direito à liberdade e emancipação do ser humano; a solidariedade às vítimas, possibilitando o desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano/grupo.

Vestidas com o desejo de nos enquadrarmos neste último tipo de enfermeir@s, é que fomos a campo executar as atividades propostas, a fim de prestar assistência ao adolescente vitimizad@, ajudando a torná-lo resiliente, evidenciando a importância do papel da Enfermagem no atendimento multidisciplinar, requerido pela complexidade da situação desses seres vulneráveis e fragilizados.

---

<sup>2</sup> As reticências psicológicas são reações que expressam as reticências pessoais ao trato de casos de violência doméstica e ocorrem, quando você reage com sentimento de ódio, vingança, com crença de que a vítima pediu para ser abusada (em abusos incestuosos), ou então com atitudes de indiferença, descrença, pieguice, ambivalência, ou ainda, com sentimento de incômodo, de mal estar que levam a preferir cortar a questão e/ou fugir do caso (Azevedo e Guerra, 2001, p.9).

## **I OBJETIVOS**

A realização deste trabalho foi orientado a partir de seu objetivo geral e respectivos objetivos específicos.

### **1.1 OBJETIVO GERAL:**

Desenvolver um processo de motivação para o autocuidado de adolescentes, vítimas de violência sexual, tendo em vista o resgate da auto-estima, autonomia, minimização do trauma, prevenção de reincidências e a quebra do ciclo vicioso que permeia este tipo de violência, baseado na teoria de Dorothea E. Orem.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Aprofundar conhecimentos sobre violência sexual contra adolescentes;
- Assumir, como membros da equipe de saúde, o compromisso frente à proposta de trabalho do Programa Sentinela;
- Integrar-se às atividades desenvolvidas pela Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, buscando aperfeiçoar conhecimento e divulgação da mesma;
- Integrar-se nas atividades desenvolvidas pelo SOS Criança para a realização das visitas domiciliares e no Projeto Acorde identificar adolescentes vitimizad@s pelo abuso sexual, para serem motivad@s.
- Desenvolver atividades de educação em saúde, individual e em grupo, buscando promover o autocuidado aos adolescentes vitimizad@s sexualmente.

## II REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 Violência Doméstica

A violência doméstica é um fenômeno complexo, com múltiplas causas e de difícil definição. Ocorre em todas as classes sociais, várias idades, estilos de vida, religiões, sexo ou cor.

Segundo Ballone e Ortolani (2003), as vítimas da violência doméstica geralmente tem pouca auto-estima, sofrem de medo, insegurança, culpa, medo e vergonha, pois, o agressor sempre a acusa de ser responsável pela agressão. Muitas vezes encontra-se atada à relação por dependência emocional ou econômica.

Este fenômeno por pertencer à esfera do privado, o "lar", é sistematicamente silenciado, ignorado e ocultado pela própria vítima, pela família e pela sociedade em geral, num complô de silêncio.

Grüdtner, Elsen (2001, p.05), refletindo sobre este fenômeno nos lares comentam:

Neste contexto, a família idealizada para ser um recanto de nutrição afetiva, estímulo aos enfrentamentos da vida e aconchego, se converte muitas vezes, numa arena de violência contra seus próprios membros, perdendo a função de garantir ambiente seguro e saudável para o desenvolvimento daqueles.

Azevedo e Guerra (200, p.12) conceituam a violência doméstica contra crianças e/ou adolescentes, como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico a vítima, implica de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto, e de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes tem de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Segundo as mesmas autoras tal definição merece ser analisada como um fenômeno que pode assumir forma ativa (atos) ou passiva (omissões), praticada por pais (biológicos ou de afinidade), representantes legais (tutores) ou parentes (avós, irmãos, tios, e outros), que possuem, como vítimas potenciais em nossa sociedade os menores de 18 anos, sejam eles crianças (até mais ou menos 12 anos) ou adolescente (de 12 até 18 anos), em que as violências podem ser a física, sexual ou psicológica, representando a exacerbação do poder de autoridade e do dever de proteção paternal que se inscreve na estrutura da mesma família enquanto instituição de socialização primordial das novas gerações e de que tal fenômeno é uma violência onde há o pólo de dominação (pólo adulto) e o outro objetualização, coisificação, submissão dos desígnios e desejos do outro (pólo criança/adolescente). (AZEVEDO e GUERRA, 2001).

Para o Ministério da Saúde (2002, p.11) verbos como bater, ferir, violar, menosprezar e abusar não devem ser transformados em ações no trato com a infância e a adolescência pelos seguintes motivos:

- Muitos estudos mostram que a violência, da qual a pessoa é vítima nos primeiros anos de vida, deixa seqüelas por toda a existência;
- Crianças e jovens não são objetos ou propriedades de qualquer outro adulto e sim, sujeitos com direitos especiais reconhecidos pela Constituição Brasileira e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- Essa violência que ocorre silenciosamente dentro das famílias e na sociedade, como se fosse um fenômeno banal, é potencializadora da violência social em geral;
- As pessoas vítimas de violência doméstica na infância podem repeti-la quando se tomam adultas, especialmente com seus próprios filhos ou com outras crianças e adolescentes *com os quais se relacionam socialmente*.

## CAUSAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

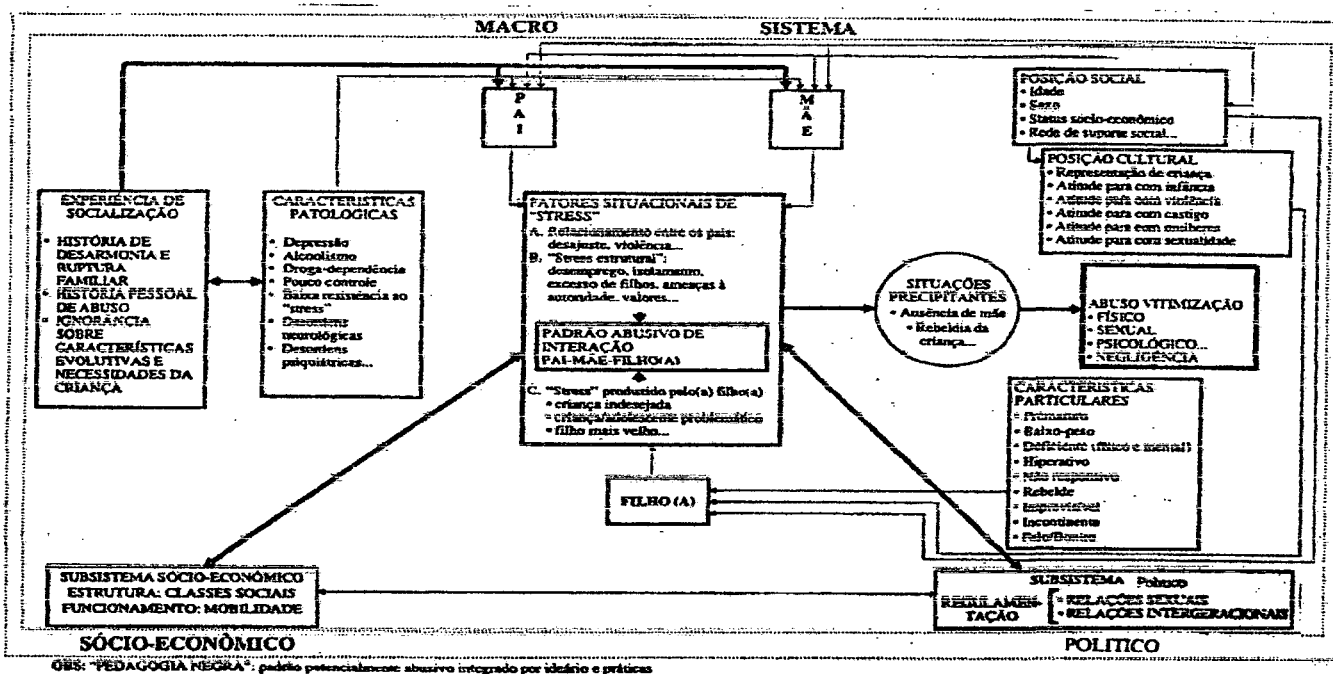
O fenômeno da violência doméstica é explicado por diversos autores sob óticas unidimensional ou multidimensionais.

O modelo da multicausalidade, proposto por Azevedo e Guerra (2001), assenta-se no pressuposto de que o abuso-vitimização praticado contra crianças e adolescentes decorre da interação entre vários fatores psicológicos, sócio-econômicos e culturais do

pai, mãe e filho. Trata-se assim de um modelo interativo, que traz implícito a história crítica de (re)produção do fenômeno, sobretudo do padrão de interação pai-mãe-filho, onde é refletido experiências de socialização e mais raramente características patológicas dos pais, bem como sua posição de classe, visão de mundo, constituindo o padrão abusivo pai-mãe – filho. Este por sua vez, em interação com fatores situacionais de estresse e/ou características particulares da criança/adolescente e face às situações precipitantes (ausência da mãe, rebeldia da criança) levam ao abuso-vitimização.

Pode-se assim afirmar que o modelo interativo assenta-se na abordagem epistemológica que poderíamos chamar de Sócio – Psico - Interacionalismo, onde o postulado é que embora as condutas humanas decorram da interação indivíduo-sociedade, a interação é clara: o psicológico (individual) é condicionado pelo social e este condicionamento se produz historicamente. Ou seja, é verdade que o abuso-vitimização doméstica de crianças e adolescentes depende, sobretudo de um padrão abusivo pai-mãe-filho, esse padrão foi construído historicamente por indivíduos que ao fazê-lo revelam marcas de sua história pessoal no contexto do histórico sócio-econômica, política e cultural de uma dada sociedade (AZEVEDO e GUERRA, 2001, p. 23).

### O MODELO INTERATIVO OU MULTICAUSAL<sup>3</sup>



<sup>3</sup> Fonte: Azevedo e Guerra (2001, p. 22)

## TIPOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Os tipos de violência doméstica incluem: violência física, negligência, violência psicológica e violência sexual:

### ➤ Violência física

Para conceituar a violência física utilizaremos o conceito de Deslandes (apud Centro Crescer Sem Violência, 1999, p.20):

É qualquer ação única ou repetida, não acidental (ou intencional), perpetrada por um agente agressor adulto ou mais velho, que provoque danos físicos à criança e/ou adolescente. Este dano causado pode variar de lesão leve a conseqüências extremas como a morte.

Historicamente, o emprego da força física é utilizado como processo disciplinador para a criança ou um adolescente, sendo considerado isto um castigo moderado, sob a alegação de que se trata de uma intervenção saudável. Este “tapa limitador” tem os seus adeptos até hoje.

Segundo o Laboratório de estudo das crianças - LACRI - (2003) há controvérsias de quais atos podem ser considerados violentos: desde uma simples palmada, até agressões com armas brancas e de fogo, instrumentos (pau, barra de ferro e outros), objetos (cinto, fio, panelas, chicote, vara, mordidas, mãos), queimaduras, socos e pontapés.

As causas da violência física são citadas pelo Centro Crescer sem Violência (1999) como sendo: famílias onde a prática é considerada adequada para o disciplinamento; onde as crianças e/ou os adolescentes são vistos como objetos, sem autonomia; onde as crianças e/ou adolescentes são idealizados e se não correspondem são rejeitados e onde há conflitos familiares.

Ainda, baseado na filosofia do Centro Crescer sem violência (1999) e Projeto Mel (2002), podemos encontrar as sérias conseqüências no corpo e no comportamento da criança e/ou adolescente provocadas pela violência física, como:

- Sinais físicos: cortes, hematomas, queimaduras, fraturas de ossos dos membros inferiores, superiores e/ou do crânio, seqüela de lesões abdominais e oculares, além de outros ferimentos que poderão causar invalidez permanente (com



lesões neurológicas irreversíveis) ou temporária e até a morte (conhecida como violência fatal);

- Sinais psicológicos/comportamentais: comportamento agressivo, mostra-se depressiva, ter tiques nervosos, atitudes autodestrutivas, auto-estima negativa, autoritárias, sentimentos de raiva e de medo quanto ao agressor, angústia, dificuldades de relacionamento e de confiar nos outros, infelicidade generalizada, dificuldades escolares. Pode ocorrer também o retardamento mental e retorno ao desenvolvimento intelectual anterior, principalmente na área da inteligência verbal.

Podemos ainda citar outros tipos de violência física:

- A síndrome do bebê sacudido: é uma forma específica deste tipo de violência. Esta síndrome se refere a lesões de gravidade variadas, que ocorrem quando a criança, geralmente lactente, é severa ou violentamente sacudida. Pode ocorrer como consequência: cegueira ou lesões oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, convulsões, lesões da coluna vertebral, lesões cerebrais e morte (BALLONI e ORTOLANI, 2003).

- Síndrome da Criança Espancada: “se refere, usualmente as crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras, ocorridas em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicada pelos pais, onde o diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2001, p.12).

- Síndrome de Münchausen por procuração: é outro tipo de violência praticada pela família, via de regra pela mãe. Consiste na fabricação intencional ou simulação de sintomas ou sinais físicos ou psicológicos em crianças e adolescentes. Em decorrência disto à criança/adolescente é submetida à avaliação e cuidados médicos repetidos, causando violência física (exames desnecessários, administração de medicação e de líquidos em excesso) e psicológica (inúmeras consultas e internações).

As ações mais comuns são: adulteração dos espécimes coletados para exames laboratoriais (ex. adição de sal ou açúcar), troca de amostras laboratoriais, troca de remédios (trocando o frasco original), sufocação com parada cardiorespiratória e adulteração de dados do termômetro. Os sinais e sintomas cessam quando a criança é

separada de seu agressor (Associação Brasileira de Amparo a Infância e a Adolescência – ABRAPIA-, 2003 e PROJETO MEL, 2002).

### ➤ Negligência

A negligência consiste numa omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocional de uma criança ou adolescente, e se configura quando os pais ou responsáveis falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, de prover educação e supervisão adequadas e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além de seu controle. (LACRI, 2003, p. 03).

Segundo Azevedo e Guerra a modalidade da negligência inclui:

- Médica (incluindo a dentária): as necessidades de saúde da criança não estão sendo preenchidas. Exemplos: as vacinas em atraso, doenças crônicas não tratadas, medicamentos prescritos não ministrados, extravio constante da carteira de saúde;
- Educacional: os pais não providenciam o substrato necessário para a frequência à escola. Exemplos: criança/adolescente fora da escola, não acompanhamento do andamento escolar;
- Higiênica: quando a criança vivencia precárias condições de higiene, com casa suja e desorganizada;
- De supervisão: a criança é deixada sozinha em casa, na rua, em festas populares, na casa de vizinhos ou mesmo desconhecidos estando assim sujeita a riscos;
- Física: não há roupas adequadas para o uso, não recebe alimentação suficiente, o lixo se espalha pelo chão, não existe rotina para as crianças.
- Outras: falta de documentos, privação de contatos sociais e contraditórios, permissividade e outros.

Segundo Rech e Rosa (1999), o fenômeno da negligência é resultado de uma conjunção de fatores culturais, sociais, econômicos e psicológicos como: isolamento da família, dificuldade da família em utilizar a rede informal e as instituições de sua comunidade, dependência química (álcool e outras drogas), trauma de infância dos pais, famílias monoparentais, troca constante de parceiros, desconhecimento dos pais

quanto às necessidades infantis e aos diferentes estágios de desenvolvimento da criança; paternidade/maternidade inconsciente, oriunda da falta de planejamento familiar, gravidez precoce com filhos indesejados, socialização deficitária das atividades familiares, apatia e autoritarismo dos pais, estresse, falta de informações básicas, papéis invertidos na família e pobreza.

As mesmas autoras ainda referenciam como indicadores de negligência:

- Características da criança ou adolescente: desnutrição, fome e fadiga constante, higiene precária, roupas inapropriadas para o clima, constantemente sem supervisão, acidentes domésticos freqüentes, não recebe atenção aos problemas físicos, padrão de crescimento deficiente;
- Comportamento da criança ou adolescente: hiper ou hipoativo, assume responsabilidades de adulto, comportamentos infantis ou depressivos, contínuas ausências e atraso na escola e consultas médicas, alta permanência fora de casa;
- Características da família: história de negligência quando crianças, abuso de drogas e álcool, casa caótica, apatia ou desesperança, doença mental ou baixa inteligência, família passiva, baixa auto-estima, severo desleixo com aparência e higiene.

Como consequência podem surgir: processo de crescimento e de desenvolvimento retardado, problemas de saúde, problemas de conduta, privação cultural, sentimentos de rejeição e baixa auto-estima, desnutrição, depressão e timidez.

#### ➤ Violência Psicológica

Baseadas no que o Ministério da Saúde (2002, p.13) e no Centro Crescer sem Violência (1999, p.47) afirmam, podemos definir a violência psicológica contra crianças ou adolescentes, como:

“Toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes, controle de seu comportamento através de ameaças (entre elas a de morte e da perda de amor dos pais), imposição de medo, privação de algo que lhe dá prazer, isolamento, utilizando-os para atender as necessidades psíquicas do adulto, bloqueando os seus esforços de auto-aceitação, interferindo de maneira negativa e causando-lhe sofrimento mental”.

Segundo o Projeto Mel (2002) e Centro Crescer sem Violência (1999), as formas de violência psicológica podem ser:

- Humilhação: onde a intenção é rebaixar o outro, fazê-lo sentir-se inferior, sem valor enquanto pessoa;
- Expor indevidamente a imagem da criança ou adolescente: dá indícios em entrevistas sobre a identificação da criança ou adolescente, exposição de crianças em programas infantis, promovendo e estimulando a erotização da criança através de músicas e danças sensuais;
- Rejeitar: é o não reconhecimento da criança e do adolescente enquanto sujeito que requer atenção e cuidado. As solicitações de ajuda e manifestações de amor não são consideradas. Traz como consequência baixa auto-estima, depressão, dificuldades afetivas, distúrbios psicossomáticos, nanismo, uso de drogas, fuga do lar, dificuldades de aprendizagem;
- Aterrorizar: quando a criança ou adolescente é ameaçada de abandono e castigos físicos. Provoca insegurança, sentimento de culpa, estresse, medo, extrema dependência e gagueira;
- Degradar: é menosprezar a criança ou adolescente e submetê-la à humilhação perante outras pessoas. Causa: sentimentos de culpa, menos-valia, dificuldades afetivas, depressão, auto-isolamento;
- Corromper: quando o adulto induz a criança ou adolescente à exploração sexual, ao crime e ao uso de drogas, utilizando-os nessas atividades para benefícios de terceiros. Traz como consequência: baixa auto-estima, perda da noção do perigo, agressividade, dificuldade nas relações sociais, exploração sexual infanto-juvenil, adicção, fuga do lar, falta de interesse na vida escolar;
- Produzir falsas expectativas: é a promessa da realização de algo de interesse da criança, sabendo-se da impossibilidade deste cumprimento, causando frustração, perda da credibilidade no adulto, sentimento de desamor, mentiras, agressividade e raiva;
- Extremas exigências: são cobranças excessivas de rendimento escolar, intelectual, esportivo e artístico e também a imposição de responsabilidades sem considerar as limitações da criança, causando-lhe estresse, depressão, sentimento de

incompetência, distúrbios psicossomáticos e psiquiátricos, falta de memória, idéia e tentativa de suicídio.

Para os mesmos, podemos identificar a violência psicológica, através de indicadores como:

- Características físicas da criança ou adolescentes: problemas de saúde, obesidade, afecções na pele, comportamento infantil, urinar na roupa ou na cama, chupar o dedo;

- Comportamento da criança ou adolescente: problemas de aprendizagem, comportamentos extremos de agressividade ou timidez, destrutivo ou autodestrutivo, problemas como o sono, baixo conceito de si, depressivo, apático;

- Características da família: tem expectativas irreais sobre a criança, rejeita, aterroriza, ignora, isola, exige em demasia, corrompe, têm número elevado de filhos, filhos não desejados, mães adolescentes, falta de apoio familiar, inexperiência e ignorância para cuidar dos filhos, desconhecendo suas necessidades afetivas, antecedentes de violência familiar e ruptura familiar, isolamento social e toxicomanias.

A violência psicológica é tão nociva quanto as demais violências. Ela não deixa marcas corporais visíveis, mas, causa grande sofrimento emocional para a criança ou adolescente durante toda a sua vida.

#### ➤ Violência Sexual

Violência sexual ocorre quando uma criança ou adolescente é usada por uma pessoa com “desenvolvimento psicosssexual” (QUEIROZ, 2003, p.01) mais avançado do que a da vítima, para sua própria satisfação sexual, podendo haver contato físico ou não; pode incluir desde carícias; manipulação genital, mama ou ânus; “voyeurismo”; pomografia; exibicionismo; ato sexual com ou sem penetração; com ou sem violência.

O abuso sexual sem contato físico compreende: abuso sexual verbal quando ocorrem conversas sobre atividade sexual, destinadas a despertar interesse da criança ou adolescente, telefonemas obscenos, exibicionismo e “voyeurismo”.

Os abusos sexuais com contato físico incluem desde relações sexuais com penetração vaginal; tentativas de relações sexuais; carícias nos órgãos genitais; masturbação; sexo oral; penetração anal; sadismo (abuso sexual incluindo flagelação,

tortura e surras); pomografia (crianças e adolescentes são utilizados como atores/atrizes de vídeos, fotografias, gravações obscenas); prostituição infantil (utilização de crianças e adolescentes em atos sexuais); estupro; atentado violento ao pudor; incesto (quando há um laço familiar entre violentado e violentador); e assédio sexual (proposta de contato sexual com utilização do poder do agressor).

Referências bíblicas mostram que a exploração sexual e o incesto são praticados pelos pais ou parentes desde épocas remotas. Os príncipes Incas por 14 gerações mantiveram casamento entre irmãos, demonstrando assim que a violência sexual ocorre desde antigamente.

Segundo a Fundação Abrapia (1997), a pomografia e a prostituição de crianças e adolescentes estão ligadas à pedofilia.

Segundo o dicionário da Língua Portuguesa Aurélio (1999), pedofilia é uma parafilia representada por desejo forte e repetido de praticas sexuais e de fantasias sexuais com pré-pubere.

O pedófilo tem um diagnóstico psiquiátrico por possuir um distúrbio mental compulsivo, que repete seus atos abusivos, como o mais forte vício.

De acordo Incorelli (2003) nenhuma promessa de mudança de comportamento pode ser cumprida pelo pedófilo, pois, ele é dependente do abuso. Ele tem consciência do que pratica, portanto, deve ser responsabilizado criminalmente sem atenuantes.

O pedófilo geralmente é um adulto do sexo masculino; pode ser um trabalhador sem instrução ou até um executivo, se relaciona melhor com crianças; coleciona erotismo e pomografia infantil; corresponde-se com outros pedófilos; não é violento e não mantém problemas com a justiça.

Existem estratégias para o abusador incestuoso e pedófilo agirem para abordarem crianças e adolescentes, é claro que cada abuso ocorre de modo único. Inicialmente o abusador tenta desenvolver e manter um relacionamento com a criança e o adolescente. Seguindo a introdução de intimidade que será recompensada por dinheiro, doces, brinquedos ou passeios de carro. O abusador usará de qualquer artifício para conseguir lealdade da vítima, assegurando o silêncio e a complacência; acarretando muitas vezes em medo. O medo é conquistado pelas ameaças físicas, psicológicas e a lealdade pelos privilégios.

A violência sexual intrafamiliar em geral está ligada à violência doméstica e a crises no meio familiar.

Para Faleiros (1997), alguns aspectos precisam estar claros diante da dimensão da violência sexual intrafamiliar como: o segredo familiar que encobre o abuso e pode ter a complacência de outros membros da família; a reincidência; a repetição da violência; a presença da violência em todas as classes sociais; vitimização de crianças e adolescentes em qualquer idade; impunidade do abusador; fuga do lar dos violentados e a necessidade de acompanhamento multidisciplinar para dar suporte à vítima, dado à complexidade das seqüelas que a violência sexual trás.

Os abusos sexuais quase sempre ocorrem em segredo e com complacência familiar, pois a violência sexual pode ocorrer imposta por violência física e ameaças, a fim de manter coesão familiar e preservar a imagem da família no meio social, mantendo o agressor livre para manter a sustentação da família.

A criança ou adolescente pode ficar traumatizad@ com a descoberta da violência sexual e passa a negar o ocorrido mesmo ele sendo verdadeiro.

De acordo com Queiroz (2003), a criança é um alvo fácil do abusador. É na infância a formação e a estruturação dos valores sociais e culturais estão em processo de formação e os adolescentes estão numa fase de transição de valores, de informações e caracteriza-se por vários rituais de passagens. O corpo começa a mudar devido as revolução hormonal que é instalada, @s adolescentes começam a ter o corpo sexuado do adulto, atraindo ainda mais os agressores.

A violência sexual pode ocorrer com crianças e adolescentes do sexo masculino, porém é mais freqüente o abuso ocorrer em crianças e adolescentes do sexo feminino. O abuso pode ocorrer uma vez ou durar anos ou até a vítima do abuso ter condições de resguardar-se e procurar ajuda.

É importante considerarmos que o abuso sexual não é praticado só por marginais, indivíduos desequilibrados mentais, psicopatas ou com passado criminoso, ao contrário do que se pensa, o abuso sexual ocorre em diversas classes sociais e econômicas. A análise de declarações à polícia e queixas à justiça deixa evidente que a maioria dos abusadores sexuais são exclusivamente homens.

Conforme Queiroz (2003), os abusadores são conhecidos das crianças e dos adolescentes, podendo ser algum parente ou conhecido da família, podendo ser o pai, o pai adotivo, tio, primo, irmão, avô, vizinho ou amigo da família. Acredita-se que a forma mais traumática e que provoca conseqüências emocionais mais graves é quando executado pelo pai biológico ou adotivo.

Fumiss (1993, p.21) declara:

Espera-se que o pai em seu papel de progenitor, trace as fronteiras adequadas. Isso significa que mesmo que uma criança se comportasse de uma maneira abertamente sexual, comportamento que cada vez mais aprendemos a ver como resultado de abuso anterior e não como ponto de partida, e mesmo que as crianças fossem abertamente sedutoras e tentassem iniciar o abuso sexual, como, por exemplo, entrando no quarto do pai de modo sexualmente convidativo, seria sempre responsabilidade do pai estabelecer limites. Nem mesmo o mais sexualizado ou sedutor comportamento jamais poderia tornar a criança responsável pela resposta adulta de abuso sexual, em que a pessoa que acomete abuso satisfaz seu próprio desejo sexual em resposta da necessidade da criança de cuidado emocional.

Segundo Farinatti (1993), o abusador intrafamiliar é caracterizado como perpetrador regressivo, isto é, o adulto que não detém orientação sexual preferencial pela criança, mas que pode voltar-se para ela em determinados momentos de sua vida, quando sob estresse ou quando as condições da família tomam-se desfavoráveis.

O abusador sexual pode ser agressivo ou não, pode usar da violência silenciosa verbal ou apenas velada. Este quando denunciado ou descoberto negará sempre o abuso. Também pode ocorrer são os estupros seguidos de morte.

Geralmente a mãe ou madrasta se mostra conivente com o abuso ou ela ocorre na ausência da mãe.

Conforme Cohen e Gobbetti (1998), o incesto manifesta-se através do relacionamento sexual entre pessoas que são membros de uma mesma família (exceto cônjuges), já que a família não é definida apenas por consangüinidade ou mesmo por afinidade, mas, principalmente pela função social de parentesco exercida pelas pessoas dentro do grupo.

Pesquisas indicam que a maioria dos pais abusivos tem na sua própria história de vida, experiências de abuso ou negligência na infância. Além da percepção do ciclo



“vítima–agressor”, nota-se uma dinâmica específica nestas famílias onde se incluem todos os membros, tornando inadequada a estigmatização nestes termos(COHEN e GOBETTI, 1998).

Para Westhal et al. a idade do pai abusador pode variar entre 30 e 45 anos e da filha entre 05 a 14 anos, aproximadamente, na maioria dos casos o pai escolhe a filha primogênita como primeira parceira, porém, pode continuar com as outras filhas mais novas e a duração das relações varia entre quatro meses a oito anos.

A violência sexual é um tipo de violência doméstica que, além de trazer seqüelas físicas, acarreta também em conseqüências emocionais que acompanham a vítima durante e adiante à situação vivenciada. Entretanto cada vítima responde a violência de uma forma diferenciada.

Os pedófilos se organizam em associações, criando redes e transmitindo informações onde podem ser encontrados crianças e adolescentes para satisfazerem seus prazeres sexuais.

O Jornal Diário Catarinense do dia 12 de maio de 2003 apresenta um comentário de dados da pesquisa Feridas que não cicatrizam: a neurobiologia do abuso infantil, de Martin H. Teicher, confirmando que as conseqüências das seqüelas:

A ciência apresenta mais uma contribuição para os que lidam com a questão da violência sexual contra crianças e adolescente: a neurobiologia do abuso infantil. Até os anos 90, a maioria dos profissionais de saúde mental - psicólogos e psiquiatras - imaginava que os efeitos davam-se apenas por meios psicológicos. Ignorava-se o impacto no desenvolvimento do cérebro humano e a repercussão que isso poderia trazer ao longo da vida. O prejuízo para a criança violentada vai muito além dos danos psíquicos, comprometendo o próprio desenvolvimento na anatomia do cérebro. Os hemisférios esquerdos de pessoas vitimadas pela violência desenvolvem-se significativamente menos do que deveriam. Tinha-se conhecidos os efeitos da depressão, da ansiedade, da irritabilidade, da dificuldade em controlar os efeitos agressivos, mas não se sabia que os reflexos se davam na estrutura e função cerebral, o que, devido aos avanços da ciência, pode ser visto em exames detalhados como os de ressonância magnética, explica o psicólogo e neurocientista Marco Calegari, professor no curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. Como o abuso infantil ocorre no período em que o cérebro está sendo fisicamente esculpido pela experiência, o impacto da situação de estresse pode levar a uma realidade irreversível de efeitos moleculares e neurobiológicos. Talvez por isso, do ponto de vista científico, quanto

menos idade tiver a criança maiores serão os reflexos da violência a que foi submetida. De acordo com o psicólogo, estudos mais recentes revelam serem algumas regiões do cérebro particularmente afetadas pelo efeito do abuso. Neste foco estariam a amígdala e o hipocampo como as mais atingidas. Foi cientificamente provada uma redução no tamanho da amígdala esquerda, disfunção que aumentaria a chance de sentimentos de depressão, irritabilidade, hostilidade. O hipocampo ajuda na formação e recuperação das memórias verbal e emocional, estando também a amígdala ligada à criação do conteúdo emocional da memória - sentimentos relacionados ao medo e reações agressivas. O hemisfério esquerdo, especializado na percepção e expressão da linguagem, também sente o impacto: desenvolve-se menos do que deveria. Outra situação diz respeito aos distúrbios da personalidade limítrofe (conhecido como *borderline personality disorder*). "Nesses casos, ocorrem reações antagônicas do tipo é ou não é, gosta muito de um amigo como logo o odeia, mania de perseguição", explica Calegari.

As pistas para o reconhecimento da violência sexual, são dadas por Deslandes (1994) e se confirmam de extrema importância para os profissionais da área da saúde. Elas incluem:

- *Indicadores físicos da criança/adolescente*: dificuldade de caminhar; infecções urinárias; secreções vaginais ou penianas; baixo controle dos esfíncteres; pode apresentar DSTs; enfermidades psicossomáticas; roupas rasgadas ou com manchas de sangue; dor ou coceira na área genital ou na garganta (amidalite gonocócica); dificuldade para urinar ou deglutir; edema e sangramento em genitália externa, regiões vaginal e anal; cérvix, vulva períneo, pênis ou reto edemaciados e hiperemiados, intróito vaginal alargado; sêmen ao redor da boca, dos genitais ou na roupa; odor vaginal ou corrimento.

- *Comportamento da criança/adolescente*: vergonha excessiva; autoflagelação; comportamento sexual inadequado para a sua idade; regressão a estados de desenvolvimento anterior; tendências suicidas; fugas constantes de casa; mostra interesse não usual por assuntos sexuais e usa terminologia inapropriada para a idade; masturba-se excessivamente; desenha órgãos genitais além da sua capacidade etária; alternância de humor – retraída x extrovertida; resiste a participar de atividade física;

relata avanços sexuais de adultos; resiste a se desvestir ou a ser desvestida; resiste a voltar para casa após a aula; mostra medo de lugares fechados; tenta mostra-se “boazinha” ; ausência escolar, por motivos insubsistentes; papel de mãe; conduta muito sexualizada.

O Ministério da Justiça, cita outros comportamentos como: alto nível de ansiedade, imagem corporal distorcida, baixa auto-estima, distúrbios do sono, distúrbios de alimentação (perda ou excesso de apetite), enurese, distúrbio de aprendizado, comportamento agressivo, apático ou isolado, comportamento tenso, tristeza e abatimento profundo, tem poucos amigos, não confia em adultos, especialmente os mais próximos, dificuldade de concentração, choro sem causa aparente, hiperatividade e comportamento rebelde.

- *Características da família:* muito possessiva com a criança, negando-lhe contatos sociais normais; acusa a criança de promiscuidade ou sedução sexual; o agressor pode ter sofrido esse abuso na sua infância; acredita que a criança tenha atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é uma forma de amor familiar, paradoxalmente dominador e fraco; pode abusar de álcool e drogas; sugere ou indica discórdia conjugal ou dificuldades de se relacionar com adultos; indica isolamento social ou condição de família monoparental; mostra conduta impulsiva e imatura; tende a culpar os outros por dificuldades da vida; tenta minimizar a seriedade da situação; estimula a criança a se desenvolver em condutas ou atos sexuais.

Varias são as conseqüências manifestadas em crianças e adolescentes, derivados dos abusos sexuais, de acordo com o Centro Crescer Sem Violência as conseqüências são as seguintes:

▪ **Conseqüências Físicas:**

Lesões físicas gerais	Hematomas, fraturas, queimaduras de cigarro, que podem ser causadas para intimidar e controlar a vítima
Lesões genitais	A mais freqüente é a ruptura do saco vaginal, seguindo lesões vulvares e clitoriana

Lesões anais	Laceração da mucosa anal, podendo ocasionar abscessos perianais e perda involuntária das fezes
Gestação	As gestações costumam ser problemáticas devido aos problemas psicossocial, levando a maior morbidade e mortalidade materna e fetal
DST'S	Gonorréias, sífilis, herpes genitais, AIDS e outras
Disfunções Sexuais	A violência sexual pode deixar seqüelas orgânicas que dificultam ou impedem a concretização do ato sexual na vida adulta.

▪ **Conseqüências Psicológicas:**

Dificuldade de adaptação afetiva:

Sentimento de culpa	Isso ocorre porque a criança ou adolescente participa de um complô de silêncio e costuma ser pressionada para nada revelar, sofrendo ameaças e também porque teme descrédito do adulto comum nas relações adulto-criança
Sentimento de autodesvalorização	Ocorre uma desvalorização do corpo e do seu ser
Depressão	É causada pelo sentimento de culpa e pelo sentimento de baixa auto-estima.

Dificuldades de Adaptação Interpessoal:

Recusa no estabelecimento de relação com os homens	Algumas vítimas evitam estabelecer, quando adultas, relacionamento com homens por apresentarem medo da "intimidade"
Estabelecimento de relações transitórias com homens	Algumas pesquisas relacionam promiscuidade sexual e prostituição com violência sexual na infância e adolescência. A promiscuidade pode estar relacionada ao medo da "intimidade" e também à tendência de supersexualizar relações com homens
Tendência a supersexualizar relações com homens	Esta conseqüência pode estar ligada à incapacidade de distinguir relação sexual e

	afeto, isto porque acabam confundindo amor parental e manifestações sexuais
Negação de todo e qualquer relacionamento sexual	Este fato está ligado a fortes reações fóbicas, as quais bloqueiam o desejo sexual
Incapacidade de relações sexuais satisfatórias	Consiste em dificuldades em atingir o orgasmo ou ter experiências de orgasmo não satisfatório

▪ **Outras conseqüências**

Drogatização	Muitas pessoas drogaditas tiveram no passado experiências sexuais com adultos, geralmente com um membro da família
Distúrbios na sexualidade	Na idade adulta podemos encontrar distúrbios da sexualidade apresentados pela incapacidade de atingir orgasmo, desprazer ou aversão ao ato sexual
Suicídios	A invasão do corpo da criança ou adolescente por ação exterior, contra sua vontade, leva a condutas mutiladoras e auto-aniquiladoras com tendências suicidas
Problemas de personalidade	Inclui culpa, ansiedade, medos e depressões
Problemas mais agudos de personalidade	Psicose, automutilação, obesidade, anorexia, crises histéricas e etc
Fugas do lar	É uma das maneiras de evitar novos abusos
Agressões	Desordens de personalidade do tipo agressivo, delinquência crônica.

Para entendermos a violência sexual contra crianças e adolescente é necessário superarmos alguns mitos que estão presentes em nossa cultura:

MITOS	REALIDADE
"O abuso sexual é raro"	Pesquisas recentes indicam que em cada 1 em 3 a 4 meninas serão vítimas de abuso sexual até os 18 anos
"Não é possível que haja abuso sexual com crianças pequenas"	Mais de 1/3 das denúncias envolvem crianças de 5 anos ou menos, inclusive bebês
"Basta ensinarmos nossas crianças a evitarem estranhos perigosos, para que não sejam abusadas sexualmente"	De 85-90% dos agressores são conhecidos da criança, principalmente de sua própria família
"Os agressores são homens idosos, violentos, alcoolistas, desempregados, sexualmente depravados, homossexuais e/ou com transtornos psiquiátricos"	Geralmente os agressores parecem normais, sob vários aspectos. Os crimes sexuais têm sido cometidos em todos os níveis sócio econômico e em todos os grupos raciais, religiosos e étnicos. Crianças são vitimizadas no campo e na cidade. A maioria dos agressores sexuais são homens, heterossexuais e têm acesso a relações sexuais com adultos
"Se a criança consente e não diz NÃO, é porque gostou, então não é abuso sexual"	Vitimização sexual nunca é culpa da criança. O agressor sexual tem inteira responsabilidade pelo crime, qualquer que seja a forma por ele assumida. Muitos abusos se dão sem o uso de força física
"O abuso sexual é sempre o estupro cometido de força física"	A vitimização sexual pode incluir telefonemas obscenos, exposição de genitais e/ou de materiais pornográficos, pratica de atos libidinosos (incluindo masturbação), relações (ou tentativas) sexuais orais, anais, vaginais e exploração da criança através de prostituição

	e/ou produção de pornografia
“Os agressores param quando são presos ou quando prometem parar”	Os agressores quase nunca procuram tratamento para parar do abuso voluntariamente, eles podem parar de vitimizar tal criança, mas logo podem fazer o mesmo com outra. A vitimização quase sempre continua de um modo ou de outro, ao menos que o agressor esteja em tratamento em alguma instituição especializada
“A criança esquece o abuso sexual sofrido, desde que os adultos não a relembrem”	Crianças não costumam esquecer. Elas podem tentar ocultar seu sofrimento, sua confusão e seu ódio porque acreditam que os adultos não querem ouvir falar disso. Elas podem interpretar o silêncio do adulto como censura ou raiva. É muito importante que a vítima, o agressor e o pai (mãe) não agressor, recebam tratamento terapêutico especializado
“Somente as crianças ameaçadas não revelam o segredo do abuso sexual”	Crianças podem não falar por medo da violência contra si ou contra alguém que ama. Elas também não contam quando temem censura e não serem acreditadas
“A maioria dos casos é denunciado”.	Para cada caso denunciado, estima-se que existam 20 casos que não são, seja por medo, por motivos afetivos, por ninguém acreditar na criança, etc
“Se o abusador é da família, é um parente distante”	Estudos estatísticos indicam que o principal abusador é o pai seguido do padrasto.
“As crianças que vendem seu corpo já nasceram com má índole”	AS crianças vítimas de exploração sexual na maioria das vezes foram inicialmente vítimas sexuais dentro de sua família

Fonte: Projeto Mel - Oficina Girassol, 2002, p. 13 e 14.

## 2.2 Adolescência

O conceito de adolescência surgiu com a industrialização e com a formação das grandes cidades no século XVII. Foi por essa época que a educação dos adolescentes sobre o “aprendizado da vida” passou a ser função basicamente da escola, o que antes era tarefa e co-responsabilidade da família e da comunidade. Hoje no Brasil, crianças e adolescentes são considerados indivíduos com direitos especiais, que estão em processo de desenvolvimento físico, moral, espiritual e social.

A Organização Mundial da Saúde define a adolescência com o período da vida, a partir do aparecimento das características sexuais secundárias, do desenvolvimento de processos psicológicos e de padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta; e pela transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia.

A adolescência é compreendida, além da demarcação temporal, como a etapa do desenvolvimento que incorpora a idéia do adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, o que lhe confere um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social. Além disto, o adolescente é um cidadão que tem direitos à proteção contra diversas formas de violência, exploração e riscos a que está exposto e também à informação, à escola, aos prazeres, a autodescoberta, à expressão, à esperança e a uma perspectiva de futuro (RAMOS, 2001).

Por isso, o ECA, lei federal criada em 1990, por regulamentação da constituição de 1988, no art. 227, determina que o atendimento das necessidades e dos direitos das crianças (até 12 anos) e adolescentes (12 a 18 anos) seja prioridade absoluta das políticas públicas do país e dever da família, da comunidade e do Estado (SIMONETTI, 1994).

Desta forma, adolescência se inicia por volta de 12 anos de idade, quando a criança começa a sofrer modificações determinadas pelo início da produção de hormônios sexuais, os quais acarretam o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e o amadurecimento da capacidade reprodutiva. Essas mudanças biológicas caracterizam o período chamado de puberdade. Portanto, a adolescência é o



período de transição entre a infância e a vida adulta, e tem como limites a puberdade e a independência.

Segundo Gomes e Miguel (2000), as principais transformações na adolescência são:

- *Transformações no corpo*: o corpo cresce a um ritmo acelerado e, por vezes, desigual e desproporcional. Em ambos os sexos a atividade hormonal dá origem ao aparecimento de acne; as mulheres desenvolvem as glândulas mamárias, aparecem os pêlos pubianos e axilares e ocorre a menarca; os homens desenvolvem os órgãos sexuais, dá-se a “mudança de voz”, aparecem os pêlos pubianos, axilares e a barba, ocorre a possibilidade da ejaculação e, em certos casos, acontece um ligeiro desenvolvimento das glândulas mamárias;
- *Transformações nas relações com os pais*: passa a existir menos tempo para a convivência com os pais; o adolescente tem uma maior dificuldade em contar coisas da sua vida aos pais; por vezes, existe uma aparente indiferença ou mesmo hostilidade em relação aos pais; passa a haver uma maior independência nas decisões;
- *Transformações nas relações com outros adolescentes*: manifesta o desejo de ser aceito pelos outros, o que se nota pela importância que o adolescente passa a dar ao seu aspecto exterior; é freqüente a inserção em grupos mais ou menos definidos, compostos por garotos e garotas; se criam “grandes amizades” e nasce o gosto pelas conversas intermináveis entre amigos; é na adolescência que aparece a atração entre garotos e garotas, as paixões, os namoros, etc.
- *Transformações nas relações com os adultos*: começa a nascer o desejo de ser reconhecido pelos adultos como pessoa com direitos e deveres; começam a criar-se relações de grande confiança com um adulto, tornando-o confidente; o adolescente passa a sentir-se cada vez mais capaz de relacionar-se diretamente com os outros e com as estruturas sociais sem necessidade de intervenção e proteção de familiares.
- *Transformação na forma de encarar o futuro*: o adolescente passa a ter maior preocupação com o futuro, aumentada também pela necessidade de tomar decisões e fazer escolhas ou de enfrentar dúvidas relativas à política e/ou à religião, etc; há

uma tendência de fazer grandes projetos irrealizáveis, mas também maior capacidade para realizar os seus projetos.

## SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

É na adolescência que a sexualidade torna-se intensa, relacionada a: alterações hormonais e físicas, maturação e desenvolvimento dos órgãos sexuais, definição da identidade sexual e do espaço social de homem ou mulher. Há neste processo o envolvimento das implicações psico-sociais que abrangem o indivíduo como um todo, desde a sua maneira de agir, pensar, sentir, auto-conhecer-se, bem como de se relacionar com as demais pessoas.

Segundo Montardo (1999, p.2) “os relacionamentos, os sentimentos e o equilíbrio emocional de um indivíduo estão relacionados a uma adequada evolução de sua sexualidade durante as diferentes etapas de sua vida, desde a infância”.

Ainda para este autor, sexualidade é definida como:

O comportamento e o modo como os seres humanos se relacionam, envolvendo sentimentos, experiências e amor. Ela também se utiliza de componentes biológicos, mas abrange muito mais do que isso, pois inclui aspectos psicológicos e sociais(MONTARDO, 1999, p.2).

Na adolescência o despertar da sexualidade envolve transformações corporais iniciadas na puberdade e maturação psicológica, para que este crescimento se dê de forma harmoniosa e completa.

Nesta fase de mudanças o jovem estranha seu corpo que perde a forma infantil e passa a adquirir características e funções próprias para a idade adulta. Neste momento, surge o medo de não conseguir os padrões aceitos socialmente @ adolescente vê-se diante da necessidade de assumir o seu papel que é designado por esta sociedade. Para os meninos surge o requisito de que tem que ter a capacidade de ter relações sexuais e para as meninas a de ter capacidade de atratividade sexual.

Neste jogo de maturação psicossocial criou-se o “ficar”, que pode ser desde fazer companhia, com ou sem troca de carícias, até chegar ao ato sexual. O “ficar” deixa de acontecer quando a maturidade emocional e afetiva já está desenvolvida para

formação de vínculos estáveis. Antes desse mecanismo do “ficar” a iniciação sexual dos rapazes era tradicionalmente com as prostitutas e as moças “direitas” só após o casamento ou noivado.

Tantas mudanças corporais e psicológicas trazem dúvidas tanto para os adolescentes como para seus pais em questões como: falar sobre menstruação, ejaculação e desenvolvimento dos órgãos sexuais. Conseqüente a isto surge outras como: primeira relação sexual, beijos, carícias, masturbação, métodos contraceptivos, gravidez, aborto, etc, requerendo apoio, como alertam Dantas e Feitosa (2003):

A família frente a isso deve dar ao jovem a possibilidade de falar, questionar e se posicionar sobre o que pensa, sobre o que lhe traz ansiedade e angústia. Os pais devem se mostrar disponíveis para escutar, expressar suas concepções e estabelecer limites (DANTAS e FEITOSA, 2003, p.01).

Com a dificuldade da família em conversar sobre sexualidade com seus filhos, esta “missão” passou a ser instituída nas escolas com disciplinas de educação sexual que se limitam ao conhecimento sobre anatomia e fisiologia da reprodução. Contudo Montardo (1999, p.05), aponta para algo mais: “o ensino da sexualidade não deve se restringir aos aspectos anatômicos e biológicos, precisa incluir sentimentos, relacionamento entre indivíduos, a busca da felicidade e da realização pessoal”.

Dentre as tantas mudanças ocorridas na adolescência para o seu desenvolvimento psicológico, Brandão (2003, p.03) cita:

- Tornar-se independente dos pais. A sexualidade é uma forma de expressar a autonomia e independência dos pais, além da formação de uma identidade própria;
- Estabelecer um sistema de valores morais/éticos próprios e viável. Para muitos adolescentes, algumas das decisões morais mais importantes tomadas de modo independente dos pais, relacionam-se com o seu próprio comportamento sexual. É nesta fase que emerge um sistema pessoal de valores éticos;
- Estabelecimento da identidade, especialmente a identidade sexual.

A nossa identidade sexual é o modo como nos percebemos: homem ou mulher. Quando nascemos temos o sexo masculino ou feminino, isto é a identidade biológica. Já a nossa identidade sexual é construída com os outros, seja família ou outras

pessoas com quem vamos lidando na nossa vida. Vamos aprendendo e construindo a nossa personalidade, seja andando somente com pessoas do nosso sexo, seja com do sexo oposto, ou em ambos os grupos.

A escolha dos nossos parceiros sexuais, tem a ver com nossos gostos, atrações, preferências e desejo de estar com alguém com quem vamos ter relações afetivas e sexuais. Sendo assim, ocorrem as opções sexuais: Heterossexual (sente prazer em se relacionar, sexualmente, com pessoas do sexo oposto), Homossexual (sente prazer em se relacionar, sexualmente, com pessoas do mesmo sexo) e Bissexual (que mantém relações sexuais homo e heterossexuais). Qualquer que seja a opção sexual, este individuo merece ser respeitado.

Segundo Gomes e Miguel (2000), na adolescência a sexualidade começa a se manifestar através de:

- **Sonhos sexuais:** são todos os sonhos que representam uma situação sexual, mesmo que não seja uma atividade sexual perfeitamente clara. Estes sonhos são involuntários, variam muito de pessoa para pessoa e são acompanhados de excitação sexual.
- **Desejos e excitações sexuais:** aparecem de forma menos intensa nas moças do que nos rapazes e estão geralmente relacionados com a sua vida afetiva. Nos rapazes, este tipo de sensação está ligada aos mais diversos estímulos e muitas vezes não tem qualquer relação com a sua vida afetiva.
- **Fantasias sexuais:** variam muito de pessoa para pessoa e tem um papel importante na sexualidade de cada um.
- **Masturbação:** é qualquer processo utilizado para a auto-excitação e o alcançar do orgasmo. Ao contrario do que se pensava até a alguns anos, a masturbação não causa qualquer prejuízo físico ou psicológico no organismo. Nos adolescentes, é uma forma possível de satisfazer o desejo sexual através da excitação e do orgasmo. Nos rapazes, é também a forma de compensar a ansiedade, a insegurança e a frustração, pela “confirmação” da sua virilidade e potência.
- **Relações sexuais:** são normalmente uma forma de expressão sexual do amor entre um homem e uma mulher ou entre pessoas do mesmo sexo. Na maioria dos casos, os adolescentes iniciam a sua vida sexual pelas carícias mútuas e pela

exploração do corpo do parceiro, deixando as relações sexuais propriamente ditas para mais tarde.

Outros temas que estão associados a sexualidade na adolescência incluem:

- Homossexualidade: Muitos adolescentes experimentam o contato sexual com uma pessoa do mesmo sexo, sem que este ato implique uma opção pela homossexualidade;
- Gravidez: A gravidez neste período trás a problemática de que uma jovem preste a se tornar mulher tem de se deparar com um outro papel, o de mãe.
- DSTs/AIDS: Doenças transmitidas pelo contato sexual com uma pessoa infectada sem uso de preservativos. Mesmo sabendo da importância do uso da camisinha, muitos adolescentes não a usa na sua primeira relação sexual.
- Uso de álcool e drogas: Muitas vezes o consumo de drogas pelos adolescentes representa o elo com um grupo o qual está inserido ou quer fazer parte.

Dados de uma pesquisa realizada por Borges (1998, 1998) evidencia:

- Poucos consideram as questões sexuais como enfoque central em suas vidas;
- A iniciação sexual vem acontecendo cada vez com mais precocidade, mas é uma questão que tem sido respeitada como escolha individual;
- A virgindade passou a ser uma opção respeitada tanto para a menina como para o menino, com menos influência e pressões sociais e vem deixando de ser uma questão pejorativa;
- A iniciação vem ocorrendo comumente entre namorados e o desenvolvimento afetivo faz parte do relacionamento sexual com intensidade e frequência;
- Os relacionamentos tendem a ser mais estáveis e duradouros. É incomum e entre eles inaceitável a ocorrência de parceiros múltiplos concomitantes;
- Prostitutas e garotas de programas são raramente procuradas por adolescentes;
- Entre os jovens pesquisados na faixa etária de 14 a 18 anos 64.3% ainda não tinham vida sexual ativa, o que desmistifica a falsa idéia de que “todos os adolescentes estão transando”;

- Apenas 19,8% dos jovens conversam com seus pais sobre todos os assuntos, incluindo sexualidade. Os pais ignoram que o filho transa (ou preferem fingir que ignoram) em 77.6% dos entrevistados;

## PROTAGONISMO JUVENIL

Protagonismo é uma palavra de origem grega (Protagnistés) que significa o lutador, a pessoa principal de um cenário.

O Protagonismo Juvenil significa, tecnicamente, @ adolescente participar como ator principal em ações que não dizem respeito à sua vida privada, familiar e afetiva, mas a problemas relativos ao bem comum, na escola, na comunidade ou na sociedade mais ampla. Outro aspecto do protagonismo é a concepção d@ adolescente como fonte de iniciativa, que é ação; como fonte de liberdade, que é opção; e como fonte de compromissos, que é responsabilidade.

@ adolescente é chave para qualquer processo de transformação social. Forma o grupo etário mais numeroso no país, além do potencial natural, de ser o indivíduo que está mais cheio de vida. Segundo o IBGE (2000), o Brasil tem cerca de 34 milhões de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos.

Este ser em desenvolvimento, tem o direito de ser ouvido, respeitado e encontrar espaço para expressão de suas potencialidades. Ele deve ser visto como parceiro, colaborador e não como problema. Na adolescência, é importante o grupo de iguais, como lócus de identificação. A comunicação do adolescente para adolescente tem muito mais força de convencimento do que a de adultos para adolescentes, para tanto, necessitam de informações. Essas informações têm maior eficácia quando associadas à educação para construção de habilidades para a vida e, assim, resistir às pressões para adoção de comportamentos de risco que possam agredir sua saúde e seu desenvolvimento. Essas premissas remetem à força do protagonismo juvenil como coadjuvante importante, no enfrentamento da vulnerabilidade desta faixa etária aos agravos à saúde integral (SERRA E MOTA, 2000).

Segundo Lins, Luz, Nascimento, et al (2002), @s adolescentes constituem um contingente significativo da população vulnerável as DST/HIV/aids, drogas, violência e gravidez precoce não planejada. Trabalhar temas como violência, drogas, DST-aids,

sexualidade, gravidez na adolescência, habitação, alimentação, afetividade e proteção, deve levar muit@s adolescentes a modificar a sua relação com estas questões e até transformar sua história na sociedade.

A vulnerabilidade d@ adolescente face ao momento social e histórico em que vivemos, leva-@s a vivenciar estilos de vida desfavoráveis à saúde. Diante disto, surge a idéia de utilizar o protagonismo juvenil como meio de potencializar o desenvolvimento saudável de adolescentes, considerando como estratégias à capacitação de adolescentes como promotores de sua saúde, com o objetivo de que estes promovam mudanças de atitudes e de estilo de vida del@s própri@s e de seus pares, levando-@s a refletir e fazer escolhas mais saudáveis. Essa formação baseia-se em uma metodologia que respeitando e entendendo as especificidades da fase evolutiva da adolescência e seus interesses, aproveitando as forças modificadoras internas desta fase, cria estratégias de ensino, predominantemente grupais, que tendo um caráter formador e integrativo da pessoa como um todo, procura criar espaços educativos, onde @ adolescente possa assumir o papel de sujeito de sua história, sendo o seu próprio agente de mudanças, em termos individuais e sociais (SERRA e MOTA. 2000).

Dentro dessa concepção metodológica e servindo como base estrutural para a apreensão do novo conhecimento que leva a atitudes saudáveis, Serra e Mota (2000) declaram que procura-se:

- Desenvolver o processo de conscientização;
- Criar um clima de “liberdade psicológica” de escolha e vontade, que comprometa e elicie a motivação para a aprendizagem;
- Favorecer o sentimento de confiança na relação profissional-adolescente;
- Permeiar o processo educativo com situações lúdicas e de incentivo à criatividade;
- Favorecer a manifestação do potencial criativo de cada adolescente;
- Facilitar o desenvolvimento da auto-estima;
- Acatar os valores pessoais e sócio-culturais d@ adolescente.

As diretrizes da política de saúde integral voltada para a adolescência, no Brasil, priorizam as ações de promoção e prevenção, através de práticas educativas

envolvendo os próprios adolescentes na elaboração, implementação e avaliação destas políticas (LINS, LUZ, NASCIMENTO, et al, 2002).

### **2.3 Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual**

Em 1999 o Ministério da Saúde expediu uma norma técnica, intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, com o objetivo de fornecer subsídios aos municípios para o trabalho com as vítimas de violência sexual.

A Prefeitura Municipal de Florianópolis, em 2000, reuniu profissionais das esferas municipais, estaduais, federais e não – governamentais, representando as esferas da saúde, segurança pública, justiça e desenvolvimento social, a fim de formarem uma comissão para estudos e viabilização de tal serviço, bem como um acompanhamento e discussões contínuas visando implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

Inicialmente este documento foi intitulado Protocolo de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis. A comissão formada, pelos vários profissionais intersetorial, avaliou como necessária à estruturação e ampliação dos serviços, assim como a necessidade de organizá-los em rede com vistas à melhoria da qualidade e formação de banco de dados, onde a realidade do processo de vitimização sexual (notificada) no município possa ser quantificada visando medidas preventivas.

Durante as discussões para a formação da rede em Florianópolis sentiu-se a necessidade de trabalhar não somente a mulher e @ adolescente, mas também a criança e homens vitimizados.

A comissão intersetorial designou algumas instituições como unidades de referência da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual para priorizar e organizar o atendimento das vítimas por área de atuação. De maneira que as unidades de referência na área da segurança pública são responsáveis pelos encaminhamentos



legais para criminalização dos agressores (como registro da ocorrência, exame pelo médico legista, inquérito policial). Quais sejam: 6ª Delegacia de Polícia e Instituto Médico Legal – IML. Já as unidades de referência na área da saúde são responsáveis pelo atendimento de saúde e orientação para prevenção das DST/Aids e acionamento da 6ª DP, conforme detalhado nas normatizações do atendimento de saúde (anexo). São elas: Maternidade Carmela Dutra; Hospital Infantil Joana de Gusmão e Hospital Universitário. Ainda as unidades de referência em atendimento psicossocial são responsáveis pelo atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas. CEVIC – Programa de Atendimento às Vítimas de Crime: Atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas de violência sexual pertencentes a todas as faixas etárias. Gerência da Família, Criança e Adolescente da Secretaria Municipal da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social: Atendimento psicológico e social às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias. Por sua vez a unidade de referência em banco de dados é responsável pelo armazenamento e controle estatístico dos dados referentes aos atendimentos prestados na rede. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. As instituições responsáveis pelo preenchimento dos formulários padronizados de atendimento às vítimas, que serão responsáveis pela alimentação do banco de dados, são as três unidades de referência em saúde. E o Projeto SOS Criança, somente para os casos que envolvam outras modalidades de violência sexual contra a criança e o adolescente e que não tenha sido efetuado atendimento emergencial nas unidades de referência em saúde, de acordo com a Portaria n o 063/01, de 18 de junho de 2001. De maneira as unidades de referência em saúde, segurança e apoio psicossocial mantiverem um estrito relacionamento com vistas a efetuar encaminhamentos entre si, garantirão atendimento integral à vítima.

A intenção da formação da Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual foi proporcionar um atendimento integrado à vítima, onde ela pudesse receber em uma instituição de saúde, todos os atendimentos preconizados, evitando assim a revitimização. A rede preconiza que os atendimentos às vítimas sejam feitos nas instituições de saúde, filiadas a ela (mostrado no fluxograma em anexo). Os hospitais têm por obrigação receber a vítima administrando toda a medicação profilática para DST e HIV, anticoncepção de emergência, vacinas contra hepatite B e tétano,

encaminha a vítima ao atendimento jurídico, psicossocial e ambulatorial bem como solicita a presença da Delegacia de Proteção à Mulher, às Crianças e ao Adolescente (6º. DP) para fazer o Boletim de Ocorrência (BO) e aciona o Instituto Médico Legal (IML) para o exame de corpo delito coleta de provas legais. Se a vítima não quiser denunciar o agressor, a equipe médica do hospital colhe o exame e manda para o IML onde fica guardado por seis meses, para caso de abertura de denúncia. No caso de crianças o procedimento é: acionar o Conselho Tutelar que se responsabilizará pelos procedimentos legais.

## 2.4 Resiliência

Resiliência é um termo vindo da física, segundo seu conceito é a “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica, figurativamente significa elástico” (Ferreira, 1986, p. 1493). Pode-se dizer também que materiais elásticos sob pressão alteram sua forma e quando cessada a força retornam a sua forma original.

Hoje, as ciências humanas incorporaram este termo para caracterizar “pessoas, comunidades e famílias que diante de uma certa adversidade da vida conseguem responder positivamente, ou seja, é a capacidade do ser humano em resolver problemas da vida tendo flexibilidade” (Santos, 2003, p. 19).

Existem pesquisas que buscam saber quais são as causas de certos indivíduos, que apesar de serem submetidos a fatores estressantes responder afirmativamente, enquanto outros não conseguem. Alguns pesquisadores acreditam que a característica resiliente vem desde o nascimento, outros acham que são características adquiridas durante a vida.

Diante deste fato, nos reportamos @ adolescentes vítimas de violência sexual que sofrem dados sérios em sua formação psicológica quando são abusados. Geralmente adolescentes vítimas desenvolvem uma característica psicológica extremada, em que muitas vezes existe rebeldia ou introspecção. Estes dois fatores

levam a desconstrução da adolescência saudável. Acreditamos que, o fato de um adolescente vítima de violência sexual desenvolver a resiliência, pode estar associado ao vínculo de confiança que ele consegue estabelecer com alguém da família ou na sociedade.

“A sociedade por sua vez ajuda dizendo não a violência, pois somente o não da vítima, acaba por ter pouco significado no complexo contexto da violência” (Felipe, 1998, p. 105). Já a família, tem papel fundamental no apoio e na oferta de segurança, pois a resiliência é fruto de oportunidades dadas por um certo período da vida, em que a pessoa que a recebe, é capaz de utilizá-las para melhor viver.

Diante desta situação, nós profissionais estamos intimamente implicados por poder estabelecer vínculos, sendo o apoio para estes adolescentes, utilizando de intervenções multidisciplinares. Para nós da Enfermagem, a fim de melhor atendermos, precisamos colocar o foco na educação e na saúde e não apenas nas enfermidades e déficits.

Santos (2003) citando Laichanité ilustra muito bem um comportamento resiliente, para o qual a Enfermagem pode muito contribuir. “Resiliência não é só sobreviver às situações adversas, é administrar o cuidado e a responsabilidade pela sua vida”.

## **2.5 Responsabilidade Profissional**

A violência sexual contra adolescente contempla uma “questão normativa, política e clínica” (FURNIS,1993, p.5) requerendo um atendimento multidisciplinar ao vitimizado. Por ser o abuso sexual, uma prática complexa, nenhum profissional isolado é capaz de suprir todas as necessidades das vítimas. Desta maneira, o desenvolver das ações dos profissionais deverá ser feito através da identificação do problema, com a avaliação de complexidade do fato, seu efeito sobre o vitimizado e sua família, procurando observar o funcionamento psíquico e os riscos psicossociais. Os profissionais que estão ligados à abordagem do adolescente precisam estar cientes que detém grande responsabilidade, por isso precisam de qualificação, para saberem

todos os tipos de abordagem e não causarem danos em áreas que não têm competência, podendo assim instaurar a revitimização.

Segundo o Conselho dos Direitos da Criança e Adolescente (CONANDA), que segue os preceitos do ECA na questão que envolve violência sexual contra crianças e adolescentes aponta diretrizes e estratégias nacionais para o atendimento destas vítimas, que devem ser seguidas pelos profissionais, as quais consistem em:

1 – Garantir uma política de saúde pública de acesso universal e igualitário, no aspecto de promoção, proteção e recuperação da saúde de crianças e adolescentes;

2 – Assegurar programas e serviços de atenção integral à saúde do adolescente privilegiando a orientação sexual, com vistas à prevenção da gravidez precoce e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.

3 – Implementar ambulatórios especializados para o atendimento a criança e adolescente vítima de maus – tratos;

4 – Assegurar programas especiais de tratamento a criança e adolescente usuário de substâncias psicoativas (drogadição).

O ECA ainda prevê para a proteção integral da criança e do adolescente:

Art. 4 – É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, e efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 5 - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 7 - A criança e o adolescente têm direito à 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. 53 – A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-lhes:

I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II – direito de ser respeitado por seus educadores;

III – direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;

IV – direito de organização e participação em entidades estudantis;

V – acesso a escola pública e gratuita próxima de sua residência.

Parágrafo único – É direito dos pais ou responsáveis ter ciência do processo pedagógico, bem como participar de definições de propostas educacionais.

Art. 86 – A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 130 – Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.

Diante das leis, diretrizes e estratégias aqui discutidas, acreditamos que os atendimentos@s adolescentes vítimas de violência sexual ainda, hoje, consiste em apenas cuidados curativos e imediatos; mas não prevenção ou educação em saúde. É com o compromisso de ressaltar a importância da educação de maneira geral que estamos tratando este assunto no presente trabalho.

**Educação** é um termo usado para designar um longo processo pelo qual todos nós passamos, desde o nosso nascimento até nossa morte, em busca de uma melhora no desempenho daquilo que chamamos “vida”. Este processo se encontra tão intimamente ligado a nossa existência que não poderíamos dele nos separar, pois ele atua imperativamente em todas as esferas, englobando o âmbito psico-sociológico, econômico, político, familiar, de saúde, da sexualidade entre outros; possibilitando uma interação com os indivíduos, da comunidade e da sociedade em geral.

A educação, no seu sentido amplo, quer dizer todas as formas de se adquirir conhecimento com vistas a mudanças de comportamento, atitudes ou mesmo estilo de vida. Este conhecimento pode vir da televisão, revistas, jornais, instituições não-governamentais, e por fim da escola; o que caracteriza a educação formal. A escola como vimos, é responsabilidade do Estado, e quando ela não consegue suprir as necessidades de educação dos adolescentes, estes acabam aprendendo a lidar com os problemas da vida de maneira natural. A educação natural é aquela que é inerente ao ser humano, ou seja, é a adequação contínua ao meio social, biológico e psicológica desenvolvida durante todo o nosso viver que a depender da qualidade desses meios, o adolescente chegará a ser um cidadão saudável ou não.

A sexualidade, os desenvolvimentos anatômicos e fisiológicos do corpo aparecem em todos os humanos. A violência sexual, entre outros, não é temas abordados com muita frequência no âmbito da educação formal para jovens. Encontramos aqui um paradoxo. Já que a adolescência é um período de vulnerabilidade para os jovens, está aí uma porta aberta tanto como necessidade de educação para saúde em para que eles venham atingir a vida adulta de forma madura. Como para desenvolver hábitos prejudiciais se não tiverem um suporte apropriado nessa fase de seu desenvolvimento, este “déficit” pode, por vezes, causar danos no desenvolvimento da adolescência fazendo que @ adolescente procure outras formas de aprendizado, já que é nesta fase que o corpo, a mente o espírito deles passam por grandes transformações. Por esta razão, ressaltamos o processo de educar para nos qualificarmos fim de melhor atendermos as necessidades humanas de aprendizado básico, destes seres em situação peculiar de desenvolvimento.

### III MARCO CONCEITUAL

A Enfermagem científica tem feito grandes avanços na construção do seu corpo de conhecimento para acompanhar as políticas públicas e incluir o cuidado do ser humano de maneira abrangente. O patamar de conhecimento a que a Enfermagem tem chegado preconiza que tais cuidados devem ser guiados por um marco conceitual, cuja finalidade principal é a de organizar as idéias na assistência a ser prestada.

Assim, para Silva, Arruda (1993, p. 85), marco conceitual é:

Um conjunto de conceitos e pressuposições derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimentos, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para a utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo as situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem.

Construímos um marco conceitual utilizando alguns conceitos da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem, uma vez que uma das características do adolescente sexualmente vitimizado é negligenciar o autocuidado. O período da adolescência, por si só, já demanda uma série de mudanças necessárias, e às vezes nada suaves. Nesse período o adolescente se encontra vulnerável aos agravos de saúde, necessitando de atenção mais específica. Em se tratando de uma vítima de violência sexual, esta negligência é exacerbada. De forma que entendemos que esta teoria possibilita resgatar sua autonomia, responsabilidade com seu corpo e sua auto-estima, levando-o a se tornar um cidadão digno e competente para o desempenho dos papéis sociais de que é revestido.

Segundo Serra e Mota (2000) as diretrizes políticas atuais para a saúde do adolescente preconizam a ênfase na promoção da saúde através de ações educativas, que visam a intersetorialidade e participação efetiva do adolescente como protagonista da sua saúde.

### 3.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E.

#### OREM

- Quando capazes os indivíduos cuidam de si mesmo;
- O autocuidado é uma ação deliberada que possui propósito padrão e seqüência, que busca metas e resultados;
- As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence;
- As condições de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimentos e habilidades, atividades e metas, motivações e padrões estabelecidos influenciam as decisões e ações relacionadas ao autocuidado;
- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimento sobre a saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influenciam na saúde do indivíduo;
- O autocuidado requer autogerenciamento e baseia-se nas conquistas culturais dos grupos sociais;
- A Enfermagem é um serviço de ajuda;
- A Enfermagem passa a ser exigência quando um adulto *acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz;*
- Se o indivíduo não consegue aprender medidas de autocuidado, outros devem aprender os cuidados e provê-los (GEORGE, 1993).

#### 3.1.1 Pressupostos Pessoais do Grupo

- Por ser necessidade universal dos seres humanos, o autocuidado é de responsabilidade d@ adolescente;
- O meio ambiente familiar d@ adolescente vítima de violência sexual deve fornecer condições para a realização do autocuidado;
- A aderência ao autocuidado d@ adolescente vítima de violência sexual está intimamente ligado a suas experiências de vida, bagagem cultural, condições sociais e relações com o meio ambiente;
- O cuidado de enfermagem deve visar o impedimento da revitimização;
- A maioria dos violentadores são conhecidos d@s adolescentes, principalmente de sua própria família;



- A maioria dos violentadores, possivelmente, já foram vítimas de algum tipo de violência;
- A violência nunca acaba espontaneamente. Ela deve ser tratada para quebrar o ciclo vicioso;
- A violência sexual está presente em todos os níveis sócio econômicos e em todos os grupos raciais, religiosos e étnicos;
- As vítimas da violência sexual apresentam comportamentos autodestrutivos, isolamento, baixo rendimento escolar, negligência ao autocuidado de maneira geral, baixa auto-estima, o que cria a necessidade de intervenção, como educação em saúde, para o resgate das responsabilidades pela própria vida;
- A satisfação da necessidade de autocuidado do indivíduo não é instintiva, e sim, aprendida pelo convívio familiar e social.

### **3.2 CONHECENDO A TEÓRICA**

Dorothea E. Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914. Iniciou seus estudos de Enfermagem na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, concluindo o curso no início dos anos 30 (do século passado). Ela conseguiu seu grau de Bacharel em Ciência na área de educação para a enfermagem em 1939, sendo que o grau de Mestre em Enfermagem foi obtido em 1945.

Durante sua carreira de Enfermagem profissional, trabalhou como enfermeira de equipe, enfermeira particular, educadora de Enfermagem, administradora e consultora. Recebeu vários prêmios nacionais inclusive o de Doutora honorária em Ciências, pela Georgetown University, Washington, DC, em 1976 e o Alumini Achievent Award For Nursing Theory, pela Catholic University of América, em 1980.

O conceito de Enfermagem de Orem, como provimento de autocuidados, foi publicado pela primeira vez em 1959. Em 1971, através do desenvolvimento de seus conceitos de “autocuidado”, publicou o livro *Nursing: concepts os practice*, apresentando sua Teoria Geral de Enfermagem (GEORGE, 1993, p.90).

### **3.3 TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE OREM**

Segundo Foster e Bennet (apud GEORGE, 2000).

A condição que valida a existência de uma exigência de enfermagem em um adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e a qualidade do autocuidado que são terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos. Nas crianças, a condição é a incapacidade dos pais ou responsáveis em manter continuamente, para a criança, a quantidade e a qualidade do cuidado terapêutico.

A teoria de Orem é desenvolvida em três partes relacionadas denominadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos sistemas de Enfermagem.

#### **3.3.1 Teoria do Autocuidado**

De acordo com Foster e Bennet (apud GEORGE, 2000, págs: 84 e 85), a teoria do autocuidado engloba: o autocuidado, ação do autocuidado e a demanda terapêutica do autocuidado.

- Autocuidado: é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano;
- Ação do autocuidado: é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado. Tem como fontes condicionantes básicos: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sócio-cultural, sistema de atendimento a saúde, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos;
- Demanda terapêutica do autocuidado: é o conjunto de ações de autocuidado a serem executadas, com alguma duração, para completar exigências conhecidas de autocuidado, métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas.

Ainda, segundo os mesmos autores, há três categorias de requisitos para o autocuidado:

1. Requisitos universais do autocuidado: estão associados aos processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo da vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados cada um afetando os outros. Termos comuns para designar esses requisitos são atividades da vida diária;
2. Requisitos de desenvolvimento do autocuidado: inclui tanto as expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado que foram particularizadas por processos de desenvolvimento quanto novos requisitos, derivados de uma condição ou associados a algum evento;
3. Autocuidado por desvio de saúde: é exigido em condições de doenças ou de lesão ou pode resultar de medidas médicas exigidas para diagnosticar ou corrigir a condição.

### **3.3.2 Teoria do Déficit de Autocuidado**

A Teoria do déficit do autocuidado constitui a essência da teoria geral de Orem, uma vez que delinea quando há necessidade da Enfermagem.

A enfermagem passa a ser exigência quando um adulto (ou, no caso, de um dependente, familiar ou aquele que tem a guarda) acha-se incapacitado ou limitado para promover autocuidado contínuo e eficaz (FOSTER e JANSSENS, apud GEORGE, 1993, p. 92).

Segundo Foster e Janssens (apud GEORGE, 1993, p.93) Orem identifica cinco métodos de ajuda, em que o enfermeiro pode auxiliar a pessoa utilizando um ou todos os métodos, para promover a assistência do autocuidado.

1. Agir ou fazer pela pessoa;
2. Guiar e orientar;
3. Proporcionar apoio físico e psicológico;
4. Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
5. Ensinar o outro.

### 3.3.3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Foster e Janssens (apud GEORGE, 1993, p. 94) afirmam que o sistema de Enfermagem, realizado pela enfermeira, é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para desempenhar as atividades do autocuidado. Para estes autores, há três classificações desses sistemas de Enfermagem para completar os requisitos de autocuidado da pessoa:

- Sistema totalmente compensatório: está representado por uma situação em que o indivíduo é incapaz de empenhar-se naquelas ações que exigem locomoção autodirigida e controlada e movimento manipulativo, ou com prescrição médica de evitar tal atividade;
- Sistema de Enfermagem parcialmente compensatório: está representado por uma situação em que tanto o enfermeiro quanto o paciente podem exercer o papel principal na execução das medidas de cuidados;
- Sistema de apoio-educação: neste, a pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio.

## 3.4 – CONCEITOS

Conceito é uma idéia, ou conjunto de idéias organizadas que representam, que dão significado próprio à imagem de determinado objeto ou evento. Um conceito não é fechado em si mesmo, pois se relaciona com outros conceitos. Pode ser modificado continuamente, pela dinâmica das idéias que se possibilita ao interagir com o mundo, incluindo o mundo das idéias. Desta forma, um conceito pode ser interpretado diferentemente, em razão do significado que lhe é dado pela pessoa que o pensa em seu momento histórico (PATRÍCIO, 1990, p. 6).

Assim, as palavras com significados próprios referentes aos objetos ou eventos deste projeto, estão fundamentados na teoria de Orem e adequados conforme nossa proposta de trabalho.

### **Ser humano**

Na concepção de Orem, o ser humano difere de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivencia, e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si mesmo ou a outros. O funcionamento humano integrado inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Orem acredita que os indivíduos possuem potencial para a aprendizagem e o desenvolvimento. A maneira pela qual um indivíduo satisfaz suas necessidades de autocuidado não é instintiva; trata-se, sim, de um comportamento aprendido (GEORGE, 1993).

O ser humano focalizado neste trabalho é @ adolescente vitimizad@ sexualmente e seus familiares, como seres que além de manter uma íntima relação com o meio em que vivem, são possuidores de um conjunto de necessidades físicas, emocionais, psicológicas, intelectuais, sociais e espirituais que devem ser atendidas ao longo de sua existência, e que estão negligenciados até esta fase de seu desenvolvimento. São capazes de aprender e desenvolver ações de autocuidado necessárias para resgatar à auto - estima, manter a vida, a saúde e o bem estar.

### **Saúde**

Orem apóia a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde, como o *estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade ou doença*. Ela declara que *“os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo”*. Ela também apresenta a saúde com base no conceito de cuidados preventivos de saúde. Esse cuidado da saúde inclui a promoção e manutenção da saúde, o tratamento da doença ou ferimento e a prevenção de complicações.

Compreendemos que a saúde é um estado contínuo de busca do bem estar, integridade e totalidade d@ adolescente vítima de violência sexual, seja no aspecto físico, psicológico, social ou espiritual.

## **Doença**

Orem não explica o conceito de doença, mas considera que qualquer alteração na estrutura normal de funcionamento, constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser humano. Tais alterações, que podem estar relacionadas com os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presentes determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo o atendimento de requisitos específicos de autocuidado (SANTOS, 1991).

Concordamos com Fraga, Silva e Küster (1998), que consideram o desvio da saúde como um desequilíbrio entre @ adolescente vitimizad@, e o meio em que vive, família e sociedade, o que poderá alterar seu estado físico, mental, espiritual e social, acarretando então o surgimento de doenças.

## **Enfermagem**

“É um serviço humano, um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado. É uma ação voluntária, uma função de inteligência prática das enfermeiras de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes” (OREM apud FRAGA, SILVA e KÜSTER, 1998, p.31).

De acordo com Orem, (apud GEORGE, 1993, p. 91) “a enfermagem tem como especial preocupação à necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doenças ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos”.

Para o nosso grupo, a Enfermagem é uma profissão voltada para o atendimento das necessidades humanas nos aspectos físico, psicológico, social ou espiritual. Nossa profissão possui habilidades para ajudar os seres humanos a superarem situações que interfiram ou causem limitações ao autocuidado no intuito de manter a vida, saúde e bem-estar destes indivíduos.

Pensamos que Enfermagem é a maneira que nós, como membros da equipe de saúde, temos para auxiliar @s adolescentes vítimas de violência sexual a resgatar condições melhores de vida, focalizando todo um contexto social e cada ser humano como único. Quando ocorre integração entre enfermeir@s e adolescentes, são

alcançados os objetivos propostos pelo trabalho da prática assistencial, que visa o autocuidado desses seres humanos.

### **Autocuidado**

O autocuidado é conceitualizado por Orem (apud SANTOS, 1991, p. 103) como “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmo para manter a vida, a saúde e o bem-estar”.

Consideramos autocuidado como sendo a capacidade d@ adolescente vítima de violência sexual de aprender a empregar suas potencialidades nas atividades do dia a dia em benefício próprio, para manter a vida, saúde e bem-estar e socialização, após sofrerem a violência.

### **Meio ambiente**

Segundo Orem (apud SANTOS 1991), o meio ambiente e ser humano estão, intimamente ligados, formando um sistema integrado relacionado ao autocuidado. São identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas ambientais e pelo impacto que um exerce sobre o outro. As alterações ou influencias em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano, meio ambiente), podem afetar o indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado.

Fraga, Silva e Küster (1998) consideram como componentes do meio ambiente “as condições de moradia, alimentação, transporte, comunicação, recursos financeiros, recursos de assistência à saúde e lazer, além dos aspectos culturais”.

Compreendemos que é fundamental assistir o ser humano como um ser integrado ao seu contexto sócio ambiental, pois é desta relação que se criam às condições que determinam o seu modo de viver e a maneira como este ser percebe e realiza o seu autocuidado, após o processo de aprendizagem.

É importante assistir @ adolescente vítima de violência sexual e sua família como seres integrados no seu contexto sócio-cultural-ambiental, pois na maioria das vezes o violentador convive diariamente com o ser violentado, aumentando sempre mais os constrangimentos a vítima e aos outros familiares que se negam a aceitar o fato. Assim, precisa-se de profissionais da área da saúde para ajudá-los nos

enfrentamentos, compreensão da situação e a tomar decisões que resultem em atitudes de autocuidado.

### **Família**

É uma unidade dinâmica, um sistema interpessoal formado por indivíduos, os quais interagem entre si, consigo e com o mundo. Estes são ligados por laços afetivos e ou de consangüinidade. Durante todo processo de desenvolvimento a família assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturados na cultura, classe social e outras influências determinadas pelo ambiente. A família pode ter recursos para o crescimento e desenvolvimento de seus membros, como pode possibilitar a limitação desses aspectos através de imposição de normas e de tarefas; limitação da liberdade cultural e do não-provimento de recursos (incluindo cuidado) para o atendimento das necessidades de seus membros (PATRÍCIO, 1994).

Percebemos que o apoio familiar é um fator fundamental para resgatar a dignidade d@ adolescente e para iniciar o autocuidado das vítimas de violência sexual.

### **Adolescência**

De acordo com SOUZA (1996), a adolescência divide-se em "a primeira dos dez aos dezesseis anos e a segunda dos dezesseis aos vinte anos de idade. Alguns autores preferem dividi-la em três etapas; adolescência precoce (10 aos 14 anos), quando predomina a tentativa de separação dos pais e livrar-se das amaras à infância; adolescência média (14 aos 16 ou 17 anos), quando a conduta é predominante estereotipada. Há identificação plena com o grupo de iguais e se inicia a busca de um lugar na sociedade; adolescência tardia (16 ou 17 aos 20 anos), quando emergem os valores e comportamentos adultos e predomina e se cristaliza uma identidade adulta estável".

O período da adolescência é caracterizado por uma revolução biopsicossocial, de grande crescimento e transformações onde tudo é vivido intensamente. Devido a estas transformações o adolescente tem maior vulnerabilidade e dependência devido



as características inerentes ao processo de adolecer, deste modo são vítimas freqüentes de violência (PEREIRA, SANTANA e FERRACINI, 2001, p. 97).

Segundo Serra e Mota (2000), na adolescência é importante o grupo de iguais como locus de identificação, sendo que a comunicação de adolescentes para adolescentes tem maior força de convencimento do que a de adultos para adolescentes, para tanto, necessitam de informações. Essas informações têm maior eficácia quando associadas à educação para a construção de habilidades para a vida e, assim, resistir às pressões para a adoção de comportamentos de risco que possam agredir sua saúde e seu desenvolvimento. Essas premissas remetem à força do protagonismo juvenil<sup>1</sup> como coadjuvante importante no enfrentamento da vulnerabilidade desta faixa etária aos agravos à saúde integral.

### **Violência**

Se entende por uma relação assimétrica (hierárquica) de poder com fins de dominação, exploração e opressão. Como afirma Chauí (1985): “a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade entre superior e inferior, (...) a ação que trata o ser humano não como um sujeito e sim como um objeto. Esta se caracteriza pela inércia, passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a fala de outro são impedidas ou anuladas, há violência” (AZEVEDO e GUERRA, 2001).

Há diversos tipos de violência: a violência extrafamiliar (social), violência doméstica, da qual a violência psicológica é uma representante, assim como negligência, a violência física e a violência sexual. Os profissionais de saúde deveriam possuir maior atenção em relação ao combate da violência contra crianças e adolescentes baseando-se que esta compromete o desenvolvimento e crescimento dos mesmos, deixando por vezes seqüelas tardias de difícil reversão e que o foco inicial do ciclo de violência se reproduza contra outras crianças e adolescentes no futuro. A nossa proposta se deterá sobre a violência sexual, por ser a área onde já atuamos enquanto acadêmicas, constatando a carência de cuidados de Enfermagem a essas vítimas.

---

<sup>1</sup> O protagonismo juvenil é entendido como a participação do adolescente em atividades que extrapolam o âmbito de seus interesses individuais e familiares (COSTA, 1997).

O Centro Crescer sem Violência (1999) apresenta como definição para a violência sexual: "... é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e um menor de 18 anos, tendo por finalidade estimulá-lo sexualmente ou utilizá-lo para obter uma estimulação sexual sobre a sua pessoa ou de outra pessoa".

### **Educação em Saúde**

Por Orem não abordar com clareza Educação em Saúde, utilizaremos outros autores de linha de pensamentos diferentes que vem a complementar nosso marco conceitual.

Segundo Gonçalves (1996, p28),

O educador em saúde na visão tradicional, passa pela avaliação, pelo julgamento e pela prescrição do que deve ser feito respaldado pelo saber, enquanto conhecimento técnico-científico, dos profissionais que a executam ou pensam executar (NASCIMENTO e REZENDE, apud GONÇALVES 1996).

O objetivo da Educação em Saúde realizada pelo enfermeiro consiste na sensibilização dos adolescentes vitimizadas para desenvolver e assumir o autocuidado, e assim construir conhecimento através de experiências entre adolescentes e profissionais.

## **IV METODOLOGIA**

Para Bueno (1996, p.429), metodologia é “o tratado dos métodos ou arte de dirigir o espírito na investigação da verdade”, ou seja, é a ordem que se segue para alcançar um fim desejado. Sendo assim, a metodologia utilizada foi estruturada em: contextualizar o local da prática assistencial, delimitar o público a ser trabalhado, elaborar um plano de atividades com suas respectivas estratégias e um Processo de Enfermagem.

### **4.1 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DO ESTÁGIO:**

O local escolhido para a realização da nossa Prática Assistencial foi o Complexo Ilha Criança, por ser um campo que oferece demanda e espaço necessário para a realização desse projeto.

O Complexo Ilha Criança é um projeto da Secretaria Municipal da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis. Situa-se na Rua Rui Barbosa, nº 677, Bairro Agrônômica, em Florianópolis - SC.

Neste Complexo encontram-se projetos e programas que assistem crianças e adolescentes, como:

- Conselho Tutelar da Ilha;
- Projeto de Apoio Sócio-Familiar;
- Projeto Casa de Passagem;
- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil;
- Brinquedoteca;
- Liberdade Assistida;
- Programa Sentinela.

O Programa Sentinela faz parte de uma política nacional de enfrentamento ao fenômeno da violência e exploração sexual infanto-juvenil, que tem como objetivo implementar a política de combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Este programa atua investindo recursos em projetos de organizações governamentais e não governamentais que privilegiam, entre outros aspectos o apoio psicossocial e a mobilização da sociedade em torno desta questão.

O programa atua em dois eixos previstos na política de garantia e defesa dos direitos das crianças e adolescentes, pela lei nº 8.069 de 1990 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) que são: atendimento e prevenção. No atendimento se prevê a intervenção direta, mediante programas e projetos de assistência social especializada e da articulação da rede de serviços governamentais e os não governamentais; na prevenção se prevê a participação da Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS), em ações preventivas como campanhas de esclarecimento e capacitação de profissionais.

Em Florianópolis ocorre uma parceria com o Ministério da Previdência e Assistência Social, assim estruturando junto à Secretaria de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, um plano municipal diferenciado para o combate da violência e exploração sexual infanto-juvenil, atuando no atendimento, não apenas da criança e adolescente mas também de sua família. Para viabilizar este plano criaram-se três focos de atendimentos: SOS – Criança, Projeto Acorde e Projeto Mel, todos com o mesmo objetivos, como discriminados abaixo.

Segundo O Programa de Combate ao Abuso e a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, de dezembro de 2000, o Programa Sentinela tem os seguintes objetivos.

Gerais:

1. Atender, no âmbito da Política de Assistência, através de um conjunto articulado de ações, crianças e adolescentes abusadas e/ou exploradas sexualmente;
2. Criar condições que possibilitem às crianças e adolescentes vitimizadas sexualmente e suas famílias, o resgate e garantia dos direitos, o acesso aos serviços de assistência social, saúde, educação, justiça e segurança, esporte, lazer e cultura, guardando compromisso ético, político e a multidisciplinaridade das ações.

### Específicos

1. Desenvolver ações sociais especializadas de atendimento às crianças e aos adolescentes violados sexualmente, proporcionando-lhes serviços que permitam construir, em um processo coletivo, a garantia de seus direitos fundamentais, o fortalecimento da sua auto-estima, o restabelecimento de seu direito à convivência familiar e comunitária, em condições dignas de vida;
2. Proporcionar a inclusão social de crianças, de adolescentes abusados ou explorados sexualmente e de suas famílias, nas ações desenvolvidas por organizações governamentais e não governamentais de atendimento e/ou defesa de direitos ;
3. Inserir as famílias das crianças e dos adolescentes abusados e/ou explorados sexualmente, em programas de geração de trabalho e renda, bem como de formação e qualificação profissional: Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), Programa Nacional de Geração de Emprego e Renda (PRONAGER) e outros;
4. Contribuir para a articulação de um sistema de informações sobre a violação dos direitos da criança e do adolescente, como o SIPIA – Sistema de Informação para a Infância e Adolescência e outros;
5. Garantir a qualificação continuada dos profissionais envolvidos no atendimento social às crianças e jovens vitimizados sexualmente;
6. Contribuir para o fortalecimento de ações coletivas de enfrentamento do abuso e da exploração sexual de crianças e adolescentes, a exemplo dos Planos de Ações Integradas, na compreensão de que a rede articulada potencializa recursos.
7. Proceder a exame diagnóstico da situação, identificando fatores que determinam sua ocorrência, de forma a subsidiar a definição dos mecanismos que permitam sua remissão a curto, médio e longo prazo.

### **4.2 POPULAÇÃO ALVO:**

A clientela foi composta por adolescentes de ambos os sexos, que estão na faixa etária de 12 anos aos 17 anos 11 meses e 29 dias, atendidos pelo Complexo Ilha Criança. Nossa meta foi atender 20 (vinte) adolescentes.

Participaram do trabalho, @s adolescentes que aceitaram participar e os quais os responsáveis assinaram o termo de consentimento informado utilizado em nossa prática assistencial (Apêndice I). O código de ética da Enfermagem brasileira, capítulo IV – artigo 35, cita como dever da Enfermagem:

... solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, risco e benefícios, da garantia de anonimato e sigilo, do respeito a privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar sua participação no momento que desejar (MACHADO; BRIDA, 2001, p.59).

### **4.3 PLANO DE ATIVIDADES:**

**Objetivo I:** Aprofundar conhecimentos sobre violência sexual contra adolescentes.

**Atividades:**

- Revisar literatura sobre violência sexual contra adolescentes;
- Participar de cursos, seminários, encontros e outros eventos referentes ao tema.

**Resultados esperados:**

- Ter construído um capítulo de revisão de literatura;
- Ter participado de eventos específicos durante a realização do trabalho.

**Objetivo II:** Assumir, como membros da equipe de saúde, o compromisso frente à proposta de trabalho do Programa Sentinela.

**Atividades:**

- Revisar literatura sobre o Programa Sentinela;
- Realizar visitas aos projetos que compõem o Programa;
- Conhecer normas e rotinas dos projetos ( ACORDE, MEL e SOS Criança);
- Conhecer os profissionais atuantes destes projetos.

**Resultados esperados:**

- Ter conhecido o Programa Sentinela e seus projetos;
- Criar vínculo com os profissionais atuantes.

**Objetivo III:** Integrar-se às atividades desenvolvidas pela Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, buscando aperfeiçoar conhecimento e divulgação da mesma.

**Atividades:**

- Participar das reuniões mensais e palestras organizadas pela Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual;
- Revisar literatura sobre o Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do município de Florianópolis;
- Realizar visitas as portas de entrada da Rede (IML e Emergências);
- Realizar palestra na UFSC, para acadêmicos da 4ª ou 5ª fase do Curso de Graduação de Enfermagem, sobre violência sexual.

**Resultados Esperados:**

- Ter conhecido os serviços oferecidos na Rede, para ter domínio dos encaminhamentos a serem tomados diante de um caso de violência sexual.
- Divulgação da Rede;
- Conhecer normas, rotinas e encaminhamentos realizados nas portas de entrada;
- Reconhecer o papel da Enfermagem no primeiro atendimento a vítima de violência sexual.

**Objetivo IV:** Integrar-se nas atividades desenvolvidas pelo SOS Criança para realização das visitas domiciliares; e no Projeto Acorde identificar adolescentes vitimizad@s pelo abuso sexual, para serem motivad@s.

**Atividades:**

- Participar com a Assistente Social, chefe do plantão do SOS, da seleção das denúncias viáveis para o acompanhamento das acadêmicas junto ao Assistente Social responsável pelo caso;
- Realizar visitas domiciliares às famílias envolvidas na denúncia e/ou nos casos já atendidos pelo SOS Criança;
- Realizar levantamento de dados sobre o público alvo atendido pelo Projeto Acorde;

- Selecionar @s adolescentes inseridos no Projeto Acorde para a formação do grupo a ser motivado.

**Resultados esperados:**

- Ter selecionado famílias a serem visitadas pelas acadêmicas juntamente com Assistente Social;
- Ter observado indícios que confirmem a violência sexual contra criança/adolescente, através das visitas;
- Ter formado grupo de adolescentes vitimizad@s.

**Objetivo V:** Desenvolver atividades de Educação em Saúde individualmente e em grupo buscando promover o autocuidado em saúde aos adolescentes vitimizad@s sexualmente.

**Atividades:**

- Convidar @s adolescentes participantes do Projeto Acorde para compor o grupo;
- Propor o estabelecimento de vínculo com @s adolescentes através de dinâmicas de grupo;
- Eleger, junto com o grupo, quais os temas de maior interesse dentro do objetivo traçado, para serem discutidos;
- Desenvolver os temas escolhidos, através de oficinas e dinâmicas de grupo com objetivo estimular o autocuidado n@s adolescentes vitimizad@s sexualmente;
- Convidar @s adolescentes que não queiram ou que não possam fazer parte do grupo a participarem de consultas individuais (Apêndice V).

**Resultados esperados:**

- Obter a presença d@s adolescentes no grupo;
- Ganhar a confiança d@s adolescentes para se poder trabalhar;
- Atender o interesse do grupo, obtendo dessa forma a participação do mesmo;
- Estimular ações de autocuidado n@s adolescentes participantes do grupo;
- Levar @s participantes a avaliar as atividades de maneira verbal e não verbalmente;
- Atender @s adolescentes individualmente, transferindo informações de saúde, esclarecendo suas dúvidas e motivando assim o autocuidado.



## **4.4 – PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Segundo Foster e Janssens (apud GEORGE, 1993, p. 98), o processo de Orem apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado. Este processo é composto de três passos: (1) determinação da razão pela qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem; (2) planejar o sistema de enfermagem e a assistência, de acordo com o sistema planejado; (3) iniciar, conduzir e controlar as ações de enfermagem.

Para implementarmos a atual proposta, fizemos uma adaptação do processo de Orem, no qual aplicamos o Processo de Enfermagem com alguns adolescentes, membros do grupo, selecionados aleatoriamente. Fizemos também uma avaliação do grupo como um todo.

### **4.4.1 1º Passo: Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem**

Segundo Foster e Janssens, (apud GEORGE 1993, p.99), Orem define esta fase como a que determina a necessidade ou não dos cuidados de Enfermagem. O enfermeiro busca respostas as seguintes indagações: (1) Qual a demanda terapêutica do autocuidado do paciente, atualmente e futuramente? (2) O paciente possui alguma limitação para comprometer-se com as atividades do autocuidado de modo a satisfazer sua demanda? (3) Em caso afirmativo, de que natureza é esta deficiência e quais razões de sua existência? (4) O paciente deve ser auxiliado a evitar engajar-se em atividades de autocuidado, ou a proteger capacidades de autocuidado já desenvolvidas, para propósitos terapêuticos? (5) Qual é o potencial do paciente para engajar-se em atividades de autocuidado, num período de tempo ainda por vir? O de ampliar ou aprofundar conhecimentos acerca de autocuidado? O de aprender técnicas de autocuidado? O de estimular o desejo de engajar-se em atividades de autocuidado? O de incorporar, de modo eficaz e sólido, medidas básicas de autocuidado (inclusive novos), aos sistemas de autocuidado e vida cotidiana?

Uma vez reunidos os dados de avaliação, o enfermeiro precisa analisá-los segundo os requisitos universais, desenvolvimentais e nos desvio de saúde.

Nesta fase do processo de Enfermagem, utilizamos um instrumento que é o Histórico de Enfermagem, no qual constaram os acontecimentos passados pel@s adolescentes, que podem influenciar nos estados atuais e futuros de sua saúde. Os dados foram obtidos através dos registros médicos, psicológicos e sociais arquivados, e relatos d@ adolescente ou observado durante os encontros (Apêndice II). As anotações de campo foram registradas em diário de campo para análise, avaliação, reformulações necessárias e reflexões sobre o projeto.

#### **4.4.2 2º Passo: Projeção e Planejamento do Sistema de Enfermagem**

Segundo Foster e Janssens (apud GEORGE, 1993, p. 101) Orem define este segundo momento como ``o planejamento dos sistemas de enfermagem bem como o planejamento da execução dos atos de enfermagem``. As duas ações envolvidas no planejamento são a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos pacientes e a seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes, na tarefa de compensar ou sobrepujar os déficits de autocuidado dos pacientes.

Com a utilização deste modelo, as metas precisam ser compatíveis e direcionadas às reações do diagnóstico de Enfermagem, capacitando o paciente a tomar-se um verdadeiro agente de autocuidado. Uma vez determinada às metas, podem ser programados os objetivos.

Esta fase foi fundamentada no Sistema de Enfermagem (Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório, Apoio-Educação), e na interação com @s adolescentes. O planejamento e a execução foram efetuados com base nos temas de interesse individual, do grupo e pela necessidade levantada por nós acadêmicas.

#### **4.4.3 3º Passo: Produção e Gerenciamento do Sistema de Enfermagem**

Para Foster; Janssens (apud GEORGE, 1993, p.102).O terceiro momento corresponde à implementação, que é a parte prática do processo de enfermagem proposto por Orem. Neste passo, o enfermeiro presta auxílio ao paciente e/ou família no que se refere às ações de autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados

e descritos de saúde, colocando evidências que descrevam os resultados dos cuidados e utilizando tais evidências dos resultados alcançados, em comparação com os resultados especificados no plano do sistema de enfermagem

Este passo inclui a evolução, quando juntos, enfermeiro e paciente realizam a avaliação. Sendo um o processo contínuo, é importante que o enfermeiro e paciente façam esta avaliação continuamente, refletindo e buscando identificar quaisquer modificações nos dados que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem.

Para Orem, esta etapa corresponde a fase prática do processo de enfermagem. O enfermeiro executa atividades de assistir, ajudar, checar e avaliar as atividades desenvolvidas (SANTOS, 1999).

Nesta fase do processo de enfermagem, fizemos uma evolução e uma avaliação d@s adolescentes selecionad@os, e do grupo considerando o plano de enfermagem implantado, analisando e modificando o planejamento diante das necessidades do autocuidado (Apêndice III e IV).

## V APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

No decorrer da prática da Disciplina de Enfermagem Aplicada, desenvolvido no Complexo Ilha Criança, no período de 09/04/03 a 12/06/03, vivenciamos várias experiências que nos proporcionaram novos conhecimentos teórico-práticos.

Este trabalho consistiu num desafio pessoal e profissional para todas nós, pois o tema trabalhado no campo de estágio ainda não tinha Enfermagem sistematizada, sendo a nossa prática um ensaio para incluí-la no Complexo Ilho Criança.

Nele, tivemos muitos momentos agradáveis com o grupo de adolescentes formado, com os funcionários e ente nós mesmas. Entretanto, houve também alguns momentos de dificuldades para o alcance de algumas metas estabelecidas, porém, o esforço exigido trouxe crescimento pessoal e profissional para nós acadêmicas.

Quanto à recepção no campo de estágio, fomos bem recebidas. No início nos sentimos “perdidas” dentro da dinâmica de trabalho da instituição, pois não há equipe de Enfermagem nesta. No entanto, os profissionais nos incentivavam, apoiavam e reconheciam a necessidade e importância do nosso trabalho, junto aos adolescentes, por eles atendidos. O reconhecimento deu-se também pela procura de outros projetos solicitando palestras educativas, porém, devido o curto período de estágio, não foi possível atender a solicitação.

O fato de termos trabalhado em equipe facilitou-nos na tomada de decisões, discussão diante das dificuldades surgidas a cada dia, auxiliando na descoberta do melhor caminho a seguir. Quando necessitávamos de ajuda da supervisora, esta se mostrava receptiva, aberta e disposta a nos ajudar, assim como quando precisávamos da orientadora.

Os objetivos propostos foram alcançados através das estratégias delimitadas no projeto. A medida que realizávamos as atividades do estágio, elas eram anotadas num “diário de campo”. Nele relatávamos as experiências, e assim podíamos verificar quais

os objetivos que haviam sido alcançados e quais não, bem como reformular ou buscar novas estratégias.

Assim sendo, desenvolvemos atividades não propostas no projeto como: consultas de Enfermagem com adolescentes do grupo e de outros projetos do Complexo Ilha Criança.

A seguir passaremos a descrever o processo de execução de cada objetivo e os resultados obtidos.

**Objetivo I:** Aprofundar conhecimentos sobre violência sexual contra adolescentes.

**Atividades:**

- Revisar literatura sobre violência sexual contra adolescentes;
- Participar de cursos, seminários, encontros e outros eventos referentes ao tema.

**Resultados esperados:**

- Ter construído um capítulo de revisão de literatura;
- Ter participado de eventos específicos durante a realização do trabalho.

No início do desenvolvimento do projeto realizamos uma breve revisão bibliográfica que nos auxiliou para ampliarmos nossos conhecimentos sobre a Violência Sexual e o Autocuidado. Isto nos possibilitou chegar à prática de maneira mais segura e preparadas para a troca de experiências e conhecimentos com os adolescentes, profissionais, supervisora e orientadora.

Ao longo do estágio aprimoramos nossa revisão bibliográfica buscando contemplar integralmente nosso objetivo, favorecendo nossa Prática Assistencial e ampliando também nossos conhecimentos.

Tivemos a oportunidade de participar de eventos científicos em nossa área de atuação como: Palestra sobre Sensualidade, Violência e Consensualidade, 18 de março de 2003; I Pré- Jornada da XXXVII Jornada Catarinense de Debates Científicos e Estudos Médicos – Sexualidade, 09 e 10 de abril de 2003; Palestra com representantes do grupo Católicas pelo Direito de Decidir- aborto legal; Sessão de Filmes oferecidas pelo Projeto Mel.(Anexo I) Estes eventos nos proporcionaram uma

visão ampla sobre o tema através dos diferentes focos de atendimentos, de maneira que o objetivo pode ser considerado alcançado.

**Objetivo II:** Assumir, como membros da equipe de saúde, o compromisso frente à proposta de trabalho do Programa Sentinela.

**Atividades:**

- Revisar literatura sobre o Programa Sentinela;
- Realizar visitas aos projetos que compõem o programa;
- Conhecer os profissionais atuantes nos projetos do programa.

**Resultados esperados:**

- Ter conhecido o Programa Sentinela e seus projetos;
- Criar vínculo com os profissionais atuantes, para facilitar o andamento das nossas atividades.

Iniciamos procurando conhecer o por quê da criação do Programa Sentinela, seus objetivos; quais os projetos que o compõem, o seu funcionamento e as diretrizes que regem este programa.

Para conhecermos as três vertentes do Programa Sentinela em Florianópolis (Projetos: Acorde, Mel e SOS Criança), adotamos como primeiro objetivo uma visita aos mesmos. Para compreendermos as normas e rotinas de seu funcionamento realizamos entrevistas com Assistente Social do SOS Criança, Salete; com a coordenadora do programa Sentinela, Kátia sobre o Acorde e observamos os trabalhos desenvolvidos pelo programa Mel, juntamente com a Assistente Social Lilian.

Através das experiências de observação e entrevista (Apêndice VI), compreendemos que o SOS Criança é um órgão de proteção à criança e ao adolescente de caráter emergencial no atendimento às situações de negligência, violência física e sexual. Seu atendimento se dá através de denúncias pelo tel. 0800-6431407 ou pela procura espontânea. Através da denúncia, a Assistente Social responsável pelo caso, faz a averiguação da mesma e em caso de confirmação, encaminha a criança, adolescente e a família para outros órgãos de proteção.

O projeto ACORDE é um programa de atendimento de caráter secundário, que realiza acompanhamentos sociais e psicológicos à família, criança e/ ou adolescente

vítima de violência sexual, exploração sexual e violência física severa. O relato da entrevista encontra-se no Apêndice VII.

Já o projeto Mel busca capacitar estudantes e profissionais envolvidos no cuidado às crianças e adolescentes através de cursos, palestras, filmes e eventos científicos.

Durante nossa Prática Assitencial, estabelecemos vínculo com os profissionais integrantes nestes projetos, obtendo apoio e incentivo para realização do trabalho, assim que julgamos atingido o objetivo.

**Objetivo III:** Integrar-se às atividades desenvolvidas pela Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, buscando aperfeiçoar conhecimento e divulgar a mesma.

- Participar das reuniões mensais e palestras organizadas pela Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual;
- Revisar literatura sobre o Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do município de Florianópolis;
- Realizar visitas as portas de entrada da Rede (IML e Emergências);
- Realizar palestra na UFSC, para acadêmicos da 4ª ou 5ª fase do Curso de Graduação de Enfermagem, sobre violência sexual.

**Resultados Esperados:**

- Ter conhecido os serviços oferecidos na Rede, para ter domínio dos encaminhamentos a serem tomados diante de um caso de violência sexual.
- Divulgação da Rede;
- Conhecer normas, rotinas e encaminhamentos realizados nas portas de entrada;
- Reconhecer o papel da Enfermagem no primeiro atendimento a vítima de violência sexual.

Para o alcance deste objetivo realizamos atividades como: participação em quatro reuniões mensais da Rede Interinstitucional de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual que ocorrem na penúltima quinta-feira de cada mês, quando são discutidos os atendimentos, problemas enfrentados e as propostas para o aprimoramento dos serviços. Foram oferecidas pela Rede palestras como:

Sensualidade, Violência e Consensualidade e Católicas pelo Direito de Decidir- Aborto Legal.

Através da leitura e debate sobre o Protocolo da Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual procuramos compreender o funcionamento do mesmo e seu fluxograma. (ANEXO II)

Realizamos visitas as principais portas de entrada a esta Rede que são: Instituto Médico Legal (IML), Emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão (H.I.J.G.) e Maternidade Carmela Dutra (MCD). O Hospital Universitário (HU) também faz parte da rede, mas devido a sua pouca demanda de atendimento às vítimas de violência sexual, não foi visitado.

Em visita ao IML, no dia 09/05/03, conversamos com a Psicóloga Marisa Pecoit, que é integrante da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual. Sobre os atendimentos, a psicóloga nos explicou que em casos recentes às vítimas são levadas aos serviços das emergências de referência (HIJG, MCD, HU) e os profissionais acionam a 6ª DP, a qual registra o Boletim de Ocorrência e o IML se desloca para o local. Assim deveriam ocorrer os encaminhamentos, mas nem sempre isso funciona. Há casos em que as vítimas procuram primeiro o IML, mostrando, dessa forma, os erros de encaminhamentos. A psicóloga reforçou também a importância dos profissionais de saúde estarem orientando e esclarecendo às vítimas quanto a não tomar banho e guardando possíveis vestígios que futuramente possam ser usados pelo IML na investigação do violentador. Ela ainda afirmou que a equipe de enfermagem tem o papel primordial no atendimento à estas vítimas, uma vez que são os profissionais que fazem o primeiro atendimento. Daí a necessidade de estarem esclarecidos como cuidar dessas pessoas no aspecto da saúde, além de colaborar para coleta de indícios para a parte legal ( Apêndice VIII).

Na visita ao HIJG, no dia 22/05/03 entrevistamos a Pediatra Leonice Tobias, com o objetivo de conhecermos como se dá o atendimento às vítimas de violência sexual nesta unidade de saúde. A pediatra nos relatou que o HI passou a ser referência no atendimento a estes casos desde a implementação do Protocolo da Rede de Atenção Integral as Vítimas de Violência Sexual, em 2000. Antes, os atendimentos eram realizados de forma assistemática. O HIJG atende cerca de 3 a 4 casos por semana, e



as estatísticas-não oficiais- revelam que em 2001 foram 111 casos, em 2002 198 casos e em janeiro e fevereiro de 2003 de 12 casos.

Nesse serviço, o atendimento a estas vítimas ocorre da seguinte forma: @s crianças/ adolescentes chegam na Emergência e são atendid@s pelo médico e é acionada a Rede. Essas crianças/adolescentes são encaminhad@s ao ambulatório em 48 e 72 horas, para acompanhamento médico e psicológico durante 2 a 3 anos.

O papel da enfermagem no atendimento, nesta instituição lamentavelmente ainda é acionar as outras entidades e atividades administrativas. (Apêndice IX)

Em visita a MCD (Apêndice X), no dia 10/06/03 fomos recebidas pela enfermeira Edith Ilza P. Esquivel, nos informou em -dados não oficiais- que a MCD atende aproximadamente de 3 a 4 casos de violência sexual por mês. Relatou também que a maior parte das vítimas chega através da 6ª DP e que são poucas as que procuram diretamente a MCD. Na Emergência, existem pastas montadas por esta enfermeira, conforme os encaminhamentos e condutas a serem tomadas de acordo com o Protocolo (Anexo III), estes consistem em: encaminhamentos ao Hospital Nereu Ramos, Ambulatório de DST'S e Pró- Cevic material para coleta de secreções e um "kit" de medicamentos Na MCD a enfermagem tem a função de dar apoio a vítima, montar as pastas e oferecer orientação aos médicos residentes quanto ao encaminhamentos.

Através das visitas pudemos perceber e avaliar a importância da enfermagem nos atendimentos às vítimas, pois na maioria das vezes é o primeiro profissional que entra em contato com as mesmas. Portanto, a enfermagem deve saber como oferecer suporte em saúde e orientações quanto aos procedimentos a serem realizados, além de acolher sem fazer julgamentos, lembrando da fragilidade que se encontra à vítima. Isso ressalta a necessidade de qualificação profissional e a prestação de um atendimento competente e humanizado a estas vítimas.

Por último, realizamos durante o período de estágio, a divulgação da Rede na Semana de Pesquisa e Extensão com a exposição de um "pôster" sobre este trabalho; no artigo científico a ser publicado; nas discussões em sala de aula e exposição oral do tema para as turmas de Psicologia de Educação, Matemática e Física da UFSC. E no dia 08/07/03 no período vespertino foi realizada uma exposição oral, do trabalho, para a 4ª fase do Curso de Graduação de Enfermagem.

Assim podemos afirmar que este objetivo foi amplamente cumprido.

**Objetivo IV:** Integrar-se nas atividades desenvolvidas pelo SOS Criança e Projeto Acorde, visando identificar adolescentes vitimizados pelo abuso sexual, para serem motivados.

**Atividades:**

- Participar com a Assistente Social, Chefe do Plantão do SOS, na seleção das denúncias viáveis para o acompanhamento das acadêmicas junto ao Assistente Social responsável pelo caso;
- Realizar visitas domiciliares às famílias envolvidas na denúncia e/ou nos casos já atendidos pelo SOS Criança;
- Realizar levantamento de dados sobre o público alvo atendido pelo Projeto Acorde;
- Selecionar os adolescentes inseridos no Projeto Acorde para a formação do grupo a ser motivado.

**Resultados esperados:**

- Ter selecionado famílias a serem visitadas pelas acadêmicas acompanhada juntamente com Assistente Social;
- Ter observado indícios que confirmem a violência sexual contra o adolescente, através das visitas;
- Ter formado grupos de adolescentes vitimizados.

Inicialmente entramos em contato com a Assistente Social, Salete Laureci M. Dias, Chefe do Plantão do SOS – Criança, para sabermos da possibilidade da visita domiciliar. Ela se mostrou disposta a nos ajudar na realização deste objetivo, nos orientando sobre as atividades realizadas pelo SOS, apresentando-nos aos funcionários que fazem o atendimento e selecionando Assistentes Sociais, as quais poderíamos acompanhar nas visitas.

Realizamos apenas duas visitas devido a pouca demanda no caso de denúncias de violência sexual no período de realização do estágio. Houve um aumento do número de casos de violência física severa onde quem realiza o primeiro atendimento é o educador social; número de funcionários reduzidos para o atendimento de novas

denúncias recebidas, visto que as assistentes sociais precisam dar fechamento aos casos que estão sendo acompanhados para poderem atender novos casos; falta de meios de transporte cedido pela prefeitura para a realização das visitas e incompatibilidade de horários entre as acadêmicas e as Assistentes Sociais devido as outras atividades realizadas por nós em outros projetos. Entretanto pudemos observar que o atendimento é feito através de denúncia recebida pelo SOS – Criança. A Assistente Social vai aos endereços fornecidos através da denúncia, averiguando a mesma e colhendo informações que possibilitem indícios legais para confirmação da violência sexual.

Após a primeira abordagem é marcado um atendimento no SOS – Criança para as pessoas envolvidas no caso, conversarem com a Assistente Social e Psicólogo com para coletar mais informações sobre a violência. Em caso de confirmação são encaminhados para o Acorde, Conselho Tutelar e Juizado da Infância e Juventude, e depois também o encaminhamento para o IML e hospitais de referência.

Não conseguimos alcançar o resultado esperado de observar indícios que confirmem a violência sexual devido a pouca demanda durante o estágio.

No Projeto Acorde junto às Assistentes Sociais fizemos o levantamento de adolescentes que necessitariam de educação em saúde. A partir da listagem foram contatadas, por telefone e pessoalmente, adolescentes para a formação do grupo de vivência. Obtivemos a confirmação de grande parte de adolescentes contatadas e formamos o grupo que se encontrariam às quarta - feiras.

Consideramos o objetivo parcialmente alcançado.

**Objetivo V:** Desenvolver atividades de Educação em Saúde individualmente e em grupo buscando promover o autocuidado em saúde aos adolescentes vitimizadas sexualmente.

**Atividades:**

- Convidar adolescentes participantes do Projeto Acorde para compor o grupo;
- Propor o estabelecimento de vínculo com adolescentes através de dinâmicas de grupo;

- Eleger, junto com o grupo, quais os temas de maior interesse dentro do objetivo traçado, para serem discutidos;
- Desenvolver os temas escolhidos, através de oficinas e dinâmicas de grupo com objetivo estimular o autocuidado n@s adolescentes vitimizad@s sexualmente;
- Convidar @s adolescentes que não queiram ou que não possam fazer parte do grupo a participarem de consultas individuais .

**Resultados esperados:**

- Obter a presença d@s adolescentes no grupo;
- Ganhar a confiança d@s adolescentes para se poder trabalhar;
- Atender o interesse do grupo, obtendo dessa forma a participação do mesmo;
- Estimular ações de autocuidado n@s adolescentes participantes do grupo;
- Levar @s participantes a avaliar as atividades de maneira verbal e não verbalmente;
- Atender @s adolescentes individualmente, transferindo informações de saúde, esclarecendo suas dúvidas e motivando assim o autocuidado.

Como previamente estabelecido, formamos o grupo de vivências às quartas – feiras. No primeiro encontro procuramos inseri-los no trabalho, explicando-lhes os nossos objetivos, dinâmica de trabalho e sua forma de participação. Os temas de educação em saúde eleitos junto ao grupo para serem discutidos durante os encontros subseqüentes foram: mudanças físicas e fisiológicas do corpo na puberdade; namoro, virgindade e contraceptivos; gravidez e aborto; DSTs /aids e higiene pessoal.

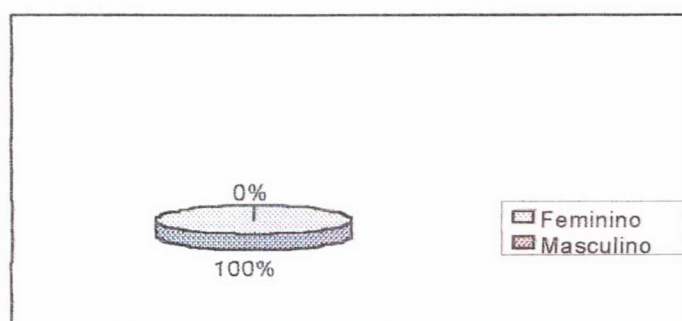
Para desenvolvermos os temas acima citados, utilizamos como recursos audiovisuais: fitas de vídeo, CDs, teatro de fantoches, palestras, manequins anatômicos, álbuns ilustrativos, questionários (Apêndices XII) e dinâmicas de grupo. O planejamento destes encontros estão no Apêndice XI.

O grupo de vivência foi formado por 07 adolescentes que são atendid@s pelos projetos do Complexo Ilha Criança. Estes foram identificados através da análise das fichas de atendimento dos projetos, das observações e dados colhidos durante as consultas realizadas por nós acadêmicas, caracterizando o perfil d@s adolescentes do grupo. Pudemos assim analisar que: 100% eram do sexo feminino; 71.43% estavam na

faixa etária dos 14 aos 16 anos; 85.71% eram da raça branca; 100% possui nível sócio – econômico baixo e com moradia precária; 85.71% estavam no ensino fundamental; 57.14% foram vítimas de estupro, tendo como agressor em 42.86% o padrasto ou desconhecidos e que em 57.14% a violência ocorreu dentro do lar.

Os gráficos abaixo dão uma amplitude maior sobre o perfil d@s adolescentes vitimizados que compuseram o grupo de vivência.

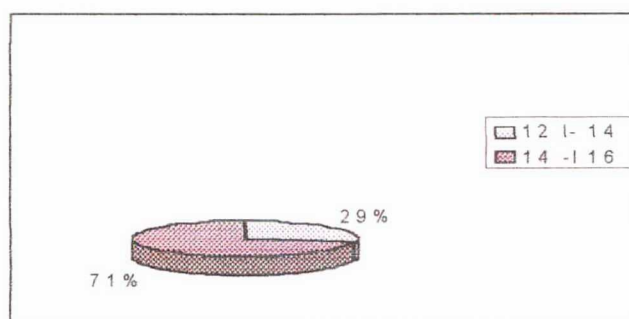
Gráfico 1: Distribuição d@s adolescentes vitimizad@s sexualmente atendid@s no grupo de vivência, **segundo sexo**, no período de abril a junho de 2003.



**Fonte:** dados obtidos durante a prática assistencial no Complexo Ilha Criança, Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003

O gráfico 1 apresenta o sexo d@s adolescentes que participaram do grupo de vivência, onde 100% destas eram do sexo feminino. Estes dados nos mostram que a violência sexual, apesar de ocorrer também no sexo masculino, é mais freqüente no sexo feminino (QUEIROZ, 2003).

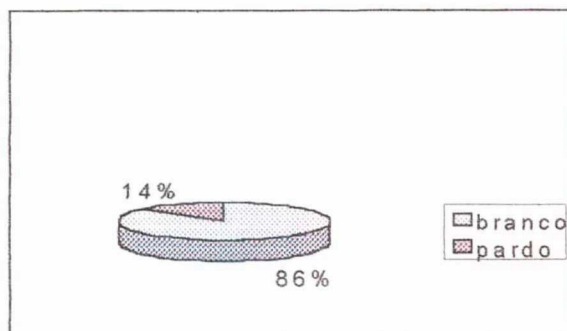
Gráfico 2: Distribuição d@s adolescentes vitimizad@s sexualmente atendid@s no grupo de vivência, **segundo a faixa etária**, no período de abril a junho de 2003.



**Fonte:** dados obtidos durante a prática assistencial no Complexo Ilha Criança, Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003

Observamos que 71.43% d@s adolescentes do grupo estão na faixa etária dos 14 aos 16 anos e 28.57% na faixa etária dos 12 aos 14 anos.

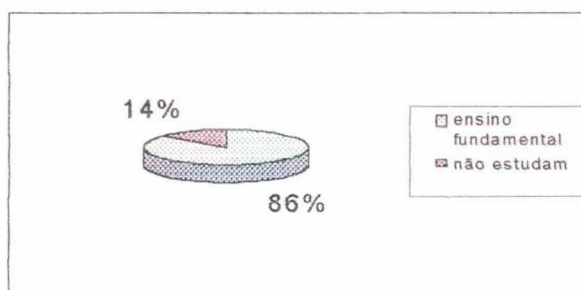
Gráfico 3: Distribuição d@s adolescentes vitimizad@s sexualmente atendid@s no grupo de vivência, **segundo a raça**, no período de abril a junho de 2003.



**Fonte:** dados obtidos durante a prática assistencial no Complexo Ilha Criança, Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003

O gráfico mostra que 85.71% d@s adolescentes do grupo são da raça branca e 14.29% são da raça parda.

Gráfico 4: Distribuição d@s adolescentes vitimizad@s sexualmente atendid@s no grupo de vivência, **segundo a escolaridade**, no período de abril a junho de 2003.

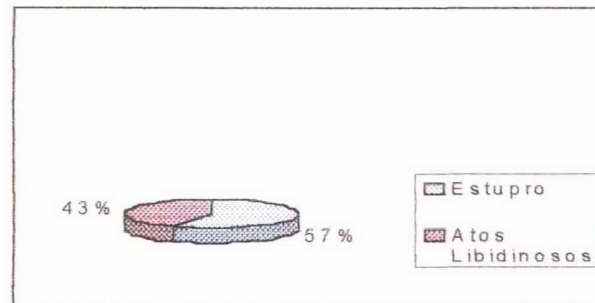


**Fonte:** dados obtidos durante a prática assistencial no Complexo Ilha Criança, Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003

Os dados referentes a escolaridade nos mostram que 85.71% d@s adolescentes estão freqüentando o ensino fundamental e 14.29% não estão estudando. Notamos a partir destes dados que há uma defasagem escolar em todas @s adolescentes, confirmando uma das características como comportamento típico que a violência

acarreta, a ausência escolar e distúrbios de aprendizado, que são citados por Deslandes (1994) e Ministério da Justiça, dentre tantos outros comportamentos.

Gráfico 5: Distribuição d@s adolescentes vitimizad@s sexualmente atendid@s no grupo de vivência, **segundo o tipo de violência sexual sofrida**, no período de abril a junho de 2003.

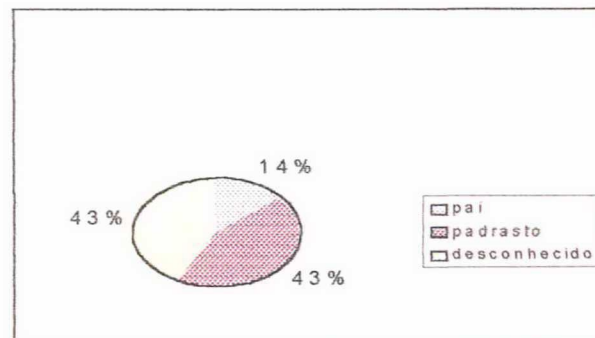


**Fonte:** dados obtidos durante a prática assistencial no Complexo Ilha Criança, Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003

No que diz respeito aos tipos de violência sexual sofrida, 57.14% foram estupro e 42.86% foram atos libidinosos.

Entendendo estupro como uma das formas de violência sexual com contato físico que é a relação sexual com penetração vaginal. Já os atos libidinosos são caracterizados por carícias, masturbação, sexo oral, entre outros.

Gráfico 6: Distribuição d@s adolescentes vitimizad@s sexualmente atendid@s no grupo de vivência, **segundo o agressor**, no período de abril a junho de 2003.

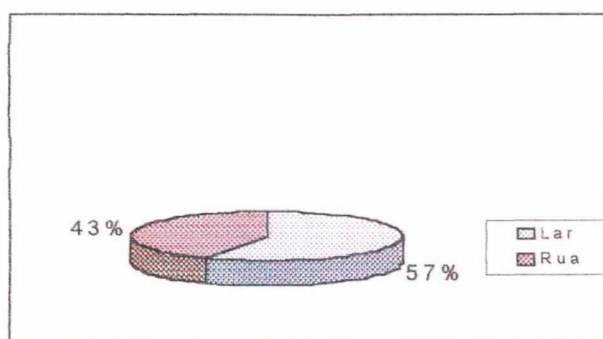


**Fonte:** dados obtidos durante a prática assistencial no Complexo Ilha Criança, Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003



Quanto ao tipo de agressor em 42,86% dos casos foi o padrasto ou desconhecidos e 14,28% foi o pai biológico. Diante destas informações, podemos observar que a violência sexual contra @ criança ou adolescente, na maioria dos casos acontece no ambiente familiar, ou seja, o agressor faz parte da família, tendo um vínculo com os membros desta.

Gráfico 7: Distribuição d@s adolescentes vitimizad@s sexualmente atendid@s no grupo de vivência, **segundo o local da violência sofrida**, no período de abril a junho de 2003.



**Fonte:** dados obtidos durante a prática assistencial no Complexo Ilha Criança, Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003

Em relação ao local de ocorrência da violência sexual, 57,14% dos casos ocorreram no lar e 42,86% na rua, confirmando o fato de que a maioria das vítimas são agredidas dentro de casa.

Existe nesta família, uma complacência de todos os membros, caracterizando o segredo familiar que encobre o abuso, a fim de manter a sua coesão, preservar a imagem no meio social e manter o agressor livre para sustentar a família (FALEIROS, 1997). Constatamos que todas as mães d@s adolescentes por nós atendidas no grupo de vivência, eram coniventes com a violência sofrida por sua filha.

Nos encontros tivemos a presença assídua de 03 adolescentes, sendo oscilante a presença d@s demais. Esta atitude era esperada pelas acadêmicas, devido a não aderência dos mesmos nos atendimentos propostos pelos projetos. Tivemos também a participação de um adolescente do sexo masculino-irmão de uma adolescente atendida pelo projeto Acorde o qual se interessou pelos temas discutidos.



Desde o início do estágio procuramos estabelecer um vínculo e confiança com @s adolescentes para obter a sua participação, buscando assim motivá-los para buscarem aprendizado para o seu autocuidado em saúde.

Durante os encontros, e a partir do vínculo formado, pudemos observar os diversos tipos de comportamentos dentro do grupo como: comportamento infantil, baixo nível de concentração, vergonha excessiva, comportamento sexual inadequado para a idade, baixo rendimento escolar, conduta muito sexualizada, alto nível de ansiedade, imagem corporal distorcida, baixa auto-estima e hiperatividade. Reafirmando o que a literatura expõe, de que crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, desenvolvem estes comportamentos, que levam a agravos em saúde. Desta forma, procuramos trabalhar a educação em saúde com estes seres humanos em desenvolvimento devido à vulnerabilidade a que estão expostos durante este período da vida.

Quanto a avaliação @s adolescentes participantes avaliaram como positiva a formação e o desenvolvimento dos encontros, pois foram debatidos temas de seus interesses, conforme aponta alguns depoimentos:

“Gostei bastante...” ( T.)

“Gostei de todos os encontros, pois tirei dúvidas, aprendi coisas novas e fiz amizades” ( C.)

“Gostei dos encontros, pois aprendi muitas coisas” ( J.) (Anexo IV)

“Achei legal, pois tirei dúvidas e aprendi sobre gravidez, aborto, menstruação e namoro” ( A .)

Também foram realizadas consultas de Enfermagem com 04 adolescentes que pertenciam ao grupo de vivência e 03 adolescentes aos outros projetos. Estas consultas inicialmente não estavam previstas na proposta, mas a necessidade percebida por nós, levou-nos a implementá-las. Com @s adolescentes do grupo, as consultas visavam conhecer seus hábitos de vida e solucionar dúvidas referentes aos temas trabalhados nos encontros ( Apêndice XIII).

Nas consultas individuais para @s adolescentes dos outros projetos, foram abordados temas de educação em saúde escolhido por el@s e por sugestões dos

profissionais envolvidos no seu atendimento, uma vez que as consultas de Enfermagem foram solicitadas pel@s próprias adolescentes. Realizamos com cada adolescente uma média de 3,5 consultas.

Para mostrar a sistematização de nossa Prática Assistencial, organizamos os dados na forma de três Processos de Enfermagem adaptado segundo o nosso marco conceitual. Deste dois serão apresentados no presente relatório, visto que a 3ª adolescente mostrava-se com mais “déficits” psicológicos do que em saúde.

Desta maneira consideramos este objetivo também atingido.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM

### Histórico de Enfermagem I

#### I - Identificação

Nome: C.M.S.                                      Idade: 14 anos                                      Sexo: Feminino  
Data de nascimento: 02/06/1989                                      Escolaridade: 5ª série  
Profissão: Estudante                                      Religião: Católica

#### II - Histórico da Violência:

*Característica da violência:* Atos libidinosos pelo padrasto e provavelmente por um pastor.

*Parecer psicológico:* Família em acompanhamento psicológico.

*Parecer Social:* Preocupação com a saúde da mãe da adolescente, devido ao alcoolismo; preocupação com a adolescente relacionada com a possibilidade da mesma em sair de casa e se prostituir; família com baixa renda e moradia precária.

#### III - Histórico de doenças familiares:

Mãe: alcoolismo; Irmã: HIV +; Padrasto: cego

#### IV - Exame físico:

- *Pele:* íntegra
- *Capacidade visual:* normal
- *Capacidade auditiva:* normal
- *Condições da cavidade oral:* Apresenta áreas escurecidas nos dentes. A adolescente relata que está indo ao dentista do Centro de Saúde toda semana para restaurar as obturações.
- *Condições de Higiene:* A adolescente diz que tem como hábitos de higiene tomar banho em torno de 3 vezes ao dia e escovar os dentes após as refeições. Apresenta sujidades nas unhas e roupas inadequadas para o clima.
- *Hábitos alimentares:* costuma comer arroz, feijão, carne moída, peixe, panqueca, tomate, pepino, alface, porém o que mais gosta é de macarronada.
- *Ingesta hídrica:* toma em torno de 20 copos de água por dia.

- *Eliminações*: urina sem problemas e evacua uma vez ao dia.
- *Sono/repouso*: a adolescente dorme em torno de 10 horas/ noite e que só acorda cedo quando sua mãe a chama.
- *Atividades físicas*: pratica futebol e vôlei no colégio.

#### V - Dados ginecológicos

Menarca (1ª menstruação): 02/07/02 Data da última menstruação (DUM): 20/05/03

C. relata que já teve relação sexual com um ex-namorado e que usou camisinha. Diz que nunca consultou com um ginecologista, mas gostaria.

#### VI - Relação familiar

A adolescente mora com sua mãe, padrasto, irmão e irmã. Relata que sua relação com seus familiares é difícil. Diz que sua irmã pega suas coisas para usar e que até vendia quando usava drogas, mas hoje C. diz que a irmã não faz mais uso de drogas e que trabalha no GAPA. Seu irmão tem muito ciúme dela e por isso os dois brigam muito. A mãe briga com a adolescente por causas dos irmãos, C. refere que a mesma é alcoolatra. Relata não gostar de seu padrasto, pois durante a noite ele passava a mão nela e em sua irmã e que por isso está consultando com psicólogo. C. diz que a relação de sua mãe com o padrasto é conflituosa, já presenciou brigas do casal que resultou duas vezes no esfaqueamento de seu padrasto pela sua mãe.

#### VII - Auto- imagem

C. se acha alegre, divertida, gosta de fazer amigos. Em seu corpo gosta dos olhos e do corpo em geral, mas gostaria de ser pouco mais encorpada, pois não gosta de ser tão magra. Em uma atividade a adolescente relatou "sou uma menina de 13 anos, já sou moçinha e me cuido muito quando estou me arrumando... eu gosto de passar batom e passar bastante maquiagem para ficar diferente... para verem que cresci e não verem a aparência de criança, com menos idade... sou uma pessoa que sempre gosta de ter um namorado, mas para ter um ele tem que vê que você cresceu e não é mais criança."

**PROCESSO DE ENFERMAGEM I**

Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem para o Autocuidado		Projeção e Planejamento para o Autocuidado		Produção e Gerenciamento do Sistema de Enfermagem	
Especificação	Classificação	Sistema de Enfermagem	Plano de Enfermagem	Ação de Enfermagem	Avaliação
"Déficits" de conhecimento sobre seu corpo.	Requisito Universal do Autocuidado	Apoio Educação	Compreender funcionamento e desenvolvimento do corpo.	Orientar quanto as mudanças anatômicas e fisiológicas do corpo. Encaminhar ao ginecologista.	A adolescente demonstrou interesse pelo assunto mas ficou constrangida com a apresentação de um vídeo sobre o tema mudanças no corpo.
"Déficits" na higiene pessoal	Requisito Universal do Autocuidado	Apoio Educação	Compreender a importância de higiene pessoal para manutenção de saúde.	Orientar quanto a importância e necessidade da higiene íntima corporal, bucal para integridade física e social.	Mostrou-se desatenta durante alguns períodos da palestra, porém participou da discussão do tema Higiene Pessoal.

"Déficits" de conhecimento sob métodos contraceptivos	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Adquirir conhecimento sobre os métodos contraceptivos.	Orientar quanto os tipos e o método mais usado na adolescência. Ensinar o modo de usar os contraceptivos.	A adolescente relata conhecer camisinha e a pílula. Participou das atividades e sanou dúvidas.
Risco para uma gravidez precoce	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Ressaltar o uso de contraceptivos. Compreender a evolução da gravidez e leis sobre o aborto.	Reforçar o uso de contraceptivos. Orientar sobre a gravidez e as mudanças neste período. Orientar os riscos e a legislação sobre o aborto.	A adolescente questionou os métodos abortivos e mostrou-se surpresa com a evolução do feto e relatou que sua irmã não pode ter mais filho por ter HIV.

Risco para contrair DST's e aids	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Ressaltar o uso de contraceptivos Compreender os meios de transmissões do DST's e aids.	Orientar sobre o uso de preservativos, meios de transmissão e tratamento de DST's e aids.	A adolescente relatou ter medo de pegar HIV da irmã e que gostaria de fazer o exame. Diz sentir preconceitos dos vizinhos que acham que ela também é portadora do vírus. Mostrou-se interessada e envergonhada diante a exposição das figuras das DST's.
Alterações nos padrões sexuais	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Expressar alterações que estão ocorrendo em torno de sua sexualidade.	Esclarecer e orientar sobre as alterações que ocorrem na sexualidade durante a adolescência. Propiciar espaço para expressar seus medos, angustia e ansiedades.	A adolescente apresenta uma sexualidade exarcebada para sua idade, demonstrado pelo uso de roupas inapropriadas e por apresentar uma história sexual incompatível com sua idade.

Alterações de auto-estima e auto-imagem	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Compreender que a puberdade e adolescência são uma fase de transformações.	Esclarecer quanto às modificações físicas e psicológicas que ocorrem nesta fase, informando-a sobre as ações que propiciem a passagem por esta fase de forma mais prazerosa. Participar de grupos de vivência e realizar atividades físicas e de lazer.	A adolescente relata que gostaria de ter uma aparência mais velha e que queria ser mais encorpada para ser percebida como uma mulher e não mais como uma criança. Esta adolescente participou de todos os encontros e avaliou que aprendeu coisas novas, tirou dúvidas, gostou dos temas trabalhados e fez novas amizades.
---	----------------------------	----------------	--	---	--



## Histórico de Enfermagem II

### I - Identificação

Nome: J. F.                      Idade: 15 anos                      Sexo: Feminino  
Data de nascimento: 24/11/1987                      Escolaridade: 5ª série  
Profissão: Estudante                      Religião: Evangélica, mas frequenta uma igreja católica.

### II – Histórico da Violência

*Característica da violência:* Suspeita de violência sexual perpetrada pelo padrasto contra a adolescente, que a acariciava e beijava (a genitália). Quando a adolescente foi para Casa Lar ele a pegou e levou para casa e praticou o estupro.

*Parecer psicológico:* A adolescente apresenta alterações na sexualidade, sai com vários meninos da sua escola. É uma menina que escuta e adere aos atendimentos psicológicos bem. Vem se desenvolvendo muito bem.

*Parecer social:* Exploração econômica (mendicância) por parte da mãe e pai (ambos falecidos – suspeita de HIV). O padrasto ajudava financeiramente a família. Negligência com as crianças com cuidados pessoais e com a educação.

### III – Histórico de Doenças Familiares

Mãe era soro positiva (falecida). Segundo J. o pai morreu com “problemas” nos pulmões.

### IV – Exame Físico

*Pele:* Integra

*Capacidade Visual:* Normal

*Capacidade Auditiva:* Normal

*Condições de Higiene:* Boa

*Condições da cavidade oral:* Boa. Sem presença de sujidades, presença de todos os dentes.

*Higiene pessoal diária:* Toma dois banhos por dia. Escova os dentes três vezes ao dia. Usa perfume e desodorante.

*Hábitos Alimentares:* Come de tudo. Gosta de tangerina, banana, pêra e mamão, batata doce, aipim, salada de cebola, feijão, arroz.

*Ingesta Hídrica:* Toma em média um copo de água por dia, pouco suco e muito refrigerante.

*Eliminações:* Evacua em dias alternados (dia sim e dia não)

*Sono/ Repouso:* Dorme 10 horas por dia

*Atividade física:* Pratica esportes na escola como futebol, vôlei e basquete e ajuda arrumar a casa.

#### V – Dados ginecológicos

Nunca foi ao ginecologista e acredita ter secreções normais.

#### VI – Relações familiares

Refere não ser feliz, diz que queria ter uma família. Declara que quando sair da casa lar, quer ter uma casa onde possa sustentar com seu próprio esforço e levar sua irmã para morar com ela (se tiver condições); se não, levará ela para passear e passar os finais de semana juntas.

Diz ainda que quando crescer quer ser professora de história e freqüentar a faculdade.

Fala que tem muitos amigos na escola e na casa lar.

#### VII – Auto-imagem

Quando perguntamos o que ela achava de si mesma, respondeu que não se acha nada, que acha feia e que quando se arruma se sente mais bonita.

**PROCESSO DE ENFERMAGEM II**

Diagnostico e Prescrição de Enfermagem para o Autocuidado		Projeção e Planejamento para o Autocuidado		Produção e Gerenciamento do Sistema de Enfermagem	
Especificação	Classificação	Sistema de Enfermagem	Plano de Enfermagem	Ação de Enfermagem	Avaliação
"Déficits" de conhecimento sobre seu corpo.	Requisito Universal do Autocuidado	Apoio Educação	Compreender funcionamento e desenvolvimento do corpo.	Orientar quanto às mudanças anatômicas e fisiológicas do corpo. Encaminhar ao ginecologista.	A adolescente demonstrou-se dispersa e calada. Apresentou-se envergonhada durante a apresentação do vídeo e estabeleceu vínculo afetivo com outro membro do grupo.
"Déficits" no conhecimento sobre a importância da ingestão hídrica.	Requisito Universal do Autocuidado	Apoio Educação	Adquirir conhecimento sobre a necessidade de aumentar a ingestão hídrica.	Esclarecer os benefícios de uma maior ingestão hídrica (2 litros) para hidratação da pele, mucosa e funcionamentos intestinal e renal.	A adolescente diz que irá tentar aumentar a ingestão de água.

"Déficits" de conhecimento sobre métodos contraceptivos	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Adquirir conhecimento sobre os métodos contraceptivos.	Orientar quanto os tipos e o método mais usado na adolescência. Ensinar o modo de usar os contraceptivos.	A adolescente mostrou-se desatenta, mas participou da atividade proposta pelo grupo.
Risco para uma gravidez precoce	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Ressaltar o uso de contraceptivos. Compreender a evolução da gravidez e leis sobre o aborto.	Reforçar o uso de contraceptivos. Orientar sobre a gravidez e as mudanças neste período. Orientar os riscos e a legislação sobre o aborto.	A adolescente esteve atenta, mas ficou envergonhada quanto a explicação do parto. A adolescente esteve mais participativa ao trabalhar em oficinas.

Risco para contrair DST's e aids	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Ressaltar o uso de contraceptivos Compreender os meios de transmissões do DST's e aids	Orientar sobre o uso de preservativos, meios de transmissão e tratamento de DST's e aids.	A adolescente permaneceu calada e atenta durante a apresentação do tema. Ela possui risco para ser portadora de HIV, por ter história familiar da doença e não ter realizado nenhum exame para confirmação.
Alterações nos padrões sexuais	Requisito desenvolvimental	Apoio Educação	Expressar alterações que estão ocorrendo em torno de sua sexualidade.	Esclarecer e orientar sobre as alterações que ocorrem na sexualidade durante a adolescência. Propiciar espaço para expressar seus medos, angustia e ansiedades.	A adolescente relatou durante os atendimentos psicológicas trocas frequentes de namorados.

<p>Alterações de auto-estima e auto-imagem</p>	<p>Requisito desenvolvimental</p>	<p>Apoio Educação</p>	<p>Compreender que a puberdade e adolescência são uma fase de transformações.</p>	<p>Esclarecer quanto às modificações físicas e psicológicas que ocorrem nesta fase, informando-a sobre as ações que propiciem a passagem por esta fase de forma mais prazerosa. Participar de grupos de vivência e realizar atividades físicas e de lazer.</p>	<p>A adolescente provavelmente por residir em uma Casa Lar, não ter núcleo familiar e pela violência sofrida, tem auto-estima baixa. Foi assídua ao grupo, apresentou-se descontraída em alguns temas e manteve bom vínculo afetivo com o grupo. Relatou ter gostado de participar do grupo.</p>
--	-----------------------------------	-----------------------	---	--	--

## VI CRONOGRAMA

### Mês de Abril

DIAS	OBJETIVOS
	<b>1ª SEMANA</b>
09/04 a 11/04	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Participar do I Curso pré-jornada sobre sexualidade, da XXXVII Jornada Catarinense de Debates Científicos e Estudos Médicos;</li><li>▪ Conhecer o Complexo Ilha da Criança e a equipe envolvida no Programa Sentinela (Projetos: ACORDE, SOS Criança e MEL);</li><li>▪ Relatar as atividades realizadas na semana em diário de campo;</li><li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li></ul>
	<b>2ª SEMANA</b>
14/04 a 17/04	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apresentar e discutir as propostas educativas para a equipe do Programa Sentinela;</li><li>▪ Selecionar casos no SOS Criança para visitas domiciliares e adolescentes no Projeto ACORDE para a formação do grupo;</li><li>▪ Realizar contato com @s adolescentes selecionados anteriormente e agrupá-los;</li><li>▪ Estabelecer vínculo com a equipe;</li><li>▪ Relatar as atividades realizadas na semana em diário de campo;</li><li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li></ul>
	<b>3ª SEMANA</b>
22/04 a 25/04	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Preparar o encontro com o grupo;</li><li>▪ Aprofundamento teórico do contexto da Violência Sexual;</li><li>▪ Realização do 1ª encontro com @s adolescentes do ACORDE;</li><li>▪ Avaliar o encontro com @s adolescentes;</li><li>▪ Participar do encontro da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual;</li><li>▪ Manter contato contínuo com a equipe;</li><li>▪ Relatar as atividades realizadas na semana em diário de campo;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li> </ul>
	<b>4ª SEMANA</b>
<b>28/04 a 02/05</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparar o encontro com @s adolescentes;</li> <li>▪ Realizar o 2º encontro com @s adolescentes do ACORDE;</li> <li>▪ Aplicar o instrumento número 1 e 2;</li> <li>▪ Avaliar o encontro com @s adolescentes.</li> </ul>

### Mês de Maio

<b>DIAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>
	<b>4ª SEMANA</b>
<b>28/04 a 02/05</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manter contato contínuo com a equipe;</li> <li>▪ Buscar aperfeiçoamento teórico e aprofundar conhecimento;</li> <li>▪ Relatar as atividades realizadas na semana em diário de campo;</li> <li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li> </ul>
	<b>5ª SEMANA</b>
<b>05/05 a 09/05</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar visitas domiciliares;</li> <li>▪ Preparar o encontro com @s adolescentes;</li> <li>▪ Realizar o 3º encontro com @s adolescentes do ACORDE;</li> <li>▪ Aplicar o instrumento número 3 e 4;</li> <li>▪ Avaliar o encontro com @s adolescentes;</li> <li>▪ Divulgação da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual;</li> <li>▪ Manter contato contínuo com a equipe;</li> <li>▪ Buscar aperfeiçoamento teórico e aprofundar conhecimento;</li> <li>▪ Relatar as atividades realizadas na semana em diário de campo;</li> <li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li> </ul>
	<b>6ª SEMANA</b>
<b>12/05 a 16/05</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar visitas domiciliares;</li> <li>▪ Preparar o encontro com @s adolescentes;</li> <li>▪ Realizar o 4º encontro com @s adolescentes do ACORDE;</li> <li>▪ Aplicar o instrumento número 3 e 4;</li> <li>▪ Avaliar o encontro com @s adolescentes;</li> <li>▪ Participar do encontro da Rede de Atenção integral às Vítimas de Violência Sexual;</li> <li>▪ Manter contato contínuo com a equipe;</li> <li>▪ Buscar aperfeiçoamento teórico e aprofundar</li> </ul>



	<p>conhecimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relatar as atividades realizadas na semana em diário de campo;</li> <li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li> </ul>
	<b>7ª SEMANA</b>
<b>19/05 a 23/05</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar visitas domiciliares;</li> <li>▪ Preparar o encontro com @s adolescentes;</li> <li>▪ Realizar o 5º encontro com @ adolescentes do ACORDE;</li> <li>▪ Aplicar o instrumento número 3 e 4;</li> <li>▪ Avaliar o encontro com @s adolescentes;</li> <li>▪ Manter contato contínuo com a equipe;</li> <li>▪ Buscar aperfeiçoamento teórico e aprofundar conhecimento;</li> <li>▪ Relatar as atividades realizadas na semana em diário de campo;</li> <li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li> </ul>
	<b>8ª SEMANA</b>
<b>26/05 a 30/05</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planejar o 6º encontro;</li> <li>▪ Realizar o 6º encontro com @s adolescentes do ACORDE;</li> <li>▪ Avaliação das atividades;</li> <li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li> </ul>

### Mês de Junho

<b>DIAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>9ª SEMANA</b>
<b>02/06 a 07/06</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar último encontro com @s adolescentes;</li> <li>▪ Participar do 3º SEPEX;</li> <li>▪ Estudar os casos atendidos, comparando-os com a literatura;</li> <li>▪ Discutir com a supervisora nossas dúvidas.</li> </ul>	
		<b>10ª SEMANA</b>
<b>09/06 a 12/06</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar e refletir sobre os dados obtidos durante o estágio;</li> <li>▪ Avaliação do estágio, com a supervisora e a orientadora deste trabalho;</li> <li>▪ Finalização do estágio com a equipe do Complexo.</li> </ul>	

**Obs:** Poderão ser realizadas consultas de enfermagem, individualmente, caso seja necessário.

## VII CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação deste projeto significou, para cada uma de nós estudantes, muito mais que o simples alcance dos objetivos, nos levou a ter um novo olhar sobre a violência. Aprendemos a não focar apenas as “feridas” visíveis, mas compreendermos o contexto ao qual o violentado e violentador pertencem, visualizando através dele, o papel da Enfermagem.

Este trabalho representa grandes conquistas pessoais e profissionais. Ele nos levou a enfrentar esta dura realidade com decidido empenho e dedicação, além da preocupação em não revitimizar @ adolescente, mas levando –@ a se tornar @ jovem protagonista de sua vida.

Seu desenvolvimento possibilitou o aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos acerca da violência sexual contra crianças e adolescentes, ao mesmo tempo que escancarou para nós, uma real e imperiosa necessidade de ajuda à essas vítimas.

No início das atividades, por não termos ainda uma visão geral do contexto, as pessoas tiveram dúvidas se conseguiríamos algum resultado positivo, pois viam nossas metas como muito pretensiosas. Isso só aumentou nosso desafio.

No entanto, assim como alguns estudiosos da área da violência, nós também cremos que a violência sexual atinge a saúde de suas vítimas. Apontando a brecha até agora não preenchida pela Enfermagem, cuja atuação é essencial para a minimização das nefastas marcas que ela deixa.

Embora o Complexo Ilha da Criança seja formado por vários projetos dirigidos por uma equipe multiprofissional, percebemos que existe um vazio referente ao cuidado de saúde da clientela atendida por esta instituição. Sabemos que existem instituições de saúde vizinhas a ele, as quais oferecem atendimento de caráter emergencial e curativo. Ainda assim, permanece a lacuna relativa à educação para a saúde visando a

prevenção de doenças de todas as pessoas que ali são atendidas, dada à precariedade no autocuidado, característica comum da clientela.

Acreditamos que a educação em saúde para adolescentes toca tanto a dimensão cognitiva do seu ser, quanto a física e a emocional, uma vez que possibilita desenvolver a autonomia, auto-estima, o conhecimento de si e sua saúde.

Um dos pontos fortes da teoria de Dorothea E. Orem é valorizar o ser humano ao capacitá-lo para o autocuidado, levando-o a adquirir conhecimentos que ajudam-no a decidir sobre o próprio cuidado e tome cuidados de prevenção a doenças.

Trabalhar com seres humanos em desenvolvimento, em nossa Prática Assistencial foi uma tarefa difícil, pois acompanhar adolescentes vítimas de violência sexual gerou, em nós acadêmicas, sentimentos negativos como angústia, revolta e tristeza. Mas, também trouxe muitos e grandes momentos de alegria pelas boas trocas ocorridas entre eles e nós.

A presente conquista é comprovada pelo alcance dos objetivos, bem como pela procura d@s adolescentes e solicitações dos profissionais de outros projetos, como o PETI e Brinquedoteca. Estes desejavam que proferíssemos mais palestras, realizássemos mais consultas de Enfermagem e formássemos novos grupos, a fim de desenvolver atividades que favoreçam a assimilação de cuidado com a saúde, para a sua clientela.

*Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o  
melhor fosse feito...*

*Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a  
Deus, não somos o que éramos.*

Martin Luther King

## VIII REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Maria Amélia e GUERRA, Viviane Nogueira A. **Infância e violência doméstica**. São Paulo: LACRI, PSA/IPUSP, 2000.

BALLONE, GJ; ORTOLANI IV. **Violência doméstica**, Disponível em <<http://www.Psiqweb.med.br/infantil/>>. Acesso em 05/05/2003.

BISCAIA, Mario. **Resiliência** – Descobrimo as próprias fortalezas. Disponível em: <<http://www.ages.com.br>> .Acesso em 28/08/2002.

BOCCALANDRO, Maria P. R. **A resiliência na abordagem holística** Disponível em <<http://www.pucsp.br/clinica/resiliencia.htm>> . Acesso em 31/10/2002

BORBA, Camila B.P. e LIMA, Margarete M. **Incontinência Urinária: promovendo o autocuidado através da educação em saúde com pacientes cirúrgicos**. Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC, 2002.

BORGES, Regina Maria. **Como os adolescentes vêem a sexualidade**. 55º curso Nestlé de atualização em pediatria. Brasília, 1998. Disponível em <<http://www.planeta.terra.com.br/saúde>> Acesso em 20/03/2003.

BRANDÃO, Ângela. **Porque a sexualidade existe?** Disponível em: <<http://www.sexualidades.com>> Acesso em 27/04/2003.

Brasil. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1991.

BUENO, Francisco Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo:FTD,1996.

Centro Crescer sem Violência. **Violência Doméstica contra crianças e Adolescentes**. Apostila. Florianópolis, 1999.

CERVO,A. L. ,E BERVIAN,P. A. **Metodologia Científica**. 4<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Makron Books,1996.

COHEN,C.; GOBBETT,G.J. Abuso Sexual Intrafamiliar. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. v6, n.24, p. 235-43, 1998.

COSTA, Antônio C. Gomes da. **Protagonismo juvenil**: adolescência e participação. Salvador, Fundação Odebrech, 1997.

CRAMI-SP e UNICEF. **Abuso Sexual Doméstico**: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor. São Paulo:Cortez, 2002.

DANTAS, Luciana; FEITOSA, Priscila. **Adolescência**: uma complicada fase de transição.Disponível em:<<http://www.dietanet.hpg.ig.br>>. Acesso em 20/03/2003.

Diário Catarinense.Disponível em <<http://www.clikrbs.com.br>> acesso em 12/05/2003.

DESLANDES, Suely F. **Prevenir a violência doméstica**: um desafio para os profissionais de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz/Claves, 1994.

DUARTE, Josiane. **As estratégias do agressor sexual**. Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais, Florianópolis, UFSC,2001. Digitado.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a critica do poder, da desigualdade e do**

**imaginário.** Trabalho apresentado na oficina de indicadores da violência intrafamiliar e exploração sexual e comercial de crianças e adolescentes, promovido pelo CECRIA. Brasília: Organização, 1997.

FARINATTI, Franklin et al. **Pediatria social: a criança maltratada.** Rio de Janeiro: Médica e Científica Ltda, 1993.

FELIPE, Sônia T. **O corpo violentado:** estupro e atentado violento ao pudor: um ensaio sobre a violência e três estudos de filmes à luz do contratualismo e da leitura cruzada entre direito e psicanálise. Florianópolis: ed da UDSC, 1998.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRAGA, Alcinei J.; SILVA, Andréia Nunes; KUSTER, Valdenesio. **Do hospital ao domicílio:** O autocuidado do cliente diabético no HU. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem. UFSC, 1998.

Fundação ABRÁPIA. **Abuso Sexual: Mitos e Realidade.** Rio de Janeiro, 1997.

----- **Reconhecendo os diferentes tipos de violência.** Disponível em: <<http://www.abrapia.com.br>>. Acesso em 29/04/2003.

FURNISS, Tilman. **Abuso sexual da criança:** uma abordagem multidisciplinar/ Tilman Furniss; trad: Maria Adriana Veríssimo Veronese – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem:** Os Fundamentos para a Prática Profissional. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

-----**Teorias de Enfermagem:** Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GONÇALVES, D.C.. **O discurso sobre as relações educação-saúde-trabalho, de professores universitários e trabalhadores da construção civil.** Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação.

GOMES, Ana Maria; MIGUEL, Nuno. **Educação sexual só para jovens.** Texto editora, 2000. Adaptado e disponível em: <<http://www.jovem.te.pt/servletr>> Acesso em 20/03/2003

GRUSPUN, Haim. **Violência e Resiliência: a criança resiliente na adversidades.** Disponível em <<http://www.elm.gov.Br>> Acesso em 27/11/2002.

GRÜDTNER, Dalva I. , ELSEN, Ingrid; Rodrigues, Pablini .**Conhecimentos e Práticas de Cuidados relacionados com o fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes nos cursos de graduação de Enfermagem de Santa Catarina.** Relatório. Florianópolis, 2002.

IENCARELLI, Ana Maria Brayner.**O perfil psicológico do abusador de crianças e adolescentes.** Disponível em <<http://www.abrapia.org.br>> acesso em 26/03/2003.

LACRI. **Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Disponível em: < <http://www.usp.br/ip/laboratórios/lacri> > .Acesso em 05/05/2003.

MACHADO, A.P. e BRIDA, F. **Assistência de Enfermagem no Pré e Pós operatório: revendo o cuidado de pessoas com feridas.** Trabalho de Conclusão de curso de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde.** Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência.** Sociedade Brasileira de Pediatria/FIOCRUZ/CLAVES. Rio de Janeiro, 2001.

----- **Cartilha de prevenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes.**

MONTARDO, Jorge. **Sexualidade na adolescência.** Disponível em: <<http://www.planeta.terra.com.br/saúde/montardo>; 1999>. Acesso em 20/03/2003.

MORAES, Eliane Pinheiro. **Enfermagem e Família: evitando a negligência.** Santa Maria, 1999.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Consultas de Enfermagem: um horáculo de saúde.** Apostila. UFSC, 1990.

PEREIRA, Silvana Maria.; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho e HIRATA, Marisa Correia. Violência Sexual in **Adolescer: compreender, atuar e acolher.** RAMOS, F.R.S (Org.).Ministério da Saúde ; ABEn. Projeto acolher.Brasília, 2001.

PEREIRA, Silvana Maria.;SANTANA, Judith S. Silva; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho e. Violência rima com adolescência? in **Adolescer: compreender, atuar e acolher.** RAMOS, F.R.S (Org.); ABEn. Ministério da Saúde. Projeto acolher.Brasília, 2001.

PROJETO MEL. **O silêncio só não protege a vítima.** Prefeitura Municipal de Florianópolis. Curso. Florianópolis, 2002.

QUEIROZ, Kátia. **Abuso sexual, conversando com esta realidade.** Disponível em <<http://www.violênciasexual.org.Br>>. Acesso em 28/03/2003.

RAMOS, Flávia Regina. Bases para uma re-significação do trabalho de Enfermagem junto a@ adolescente. In **Adolescer: compreender, atuar e acolher.** RAMOS, F.R.S (Org.); Ministério da Saúde; ABEn. Projeto Acolher.Brasília, 2001.



SOUZA, Ronald P.de. **Nossos Adolescentes**. 3ª Edição. Porto Alegre, Ufrgs, 1996.

TRENTINI, Mercedes e DIAS, Lygia Paim Muller. **Meu Primeiro Projeto Assistencial**. Florianópolis:UFSC, 1994.

WESTPHAL, M.F. **Violência e Criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

ZOMIGNANI, Mauricio de Araújo. Invulnerável, não: resilientes; **Viver Psicologia**. Setembro, 2002.

# **IX APÊNDICES**

## Termo de Consentimento

Eu,....., identidade n°.....  
residente a rua..... n°.....,  
bairro..... telefone:....., responsável  
por....., autorizo sua participação dos  
**encontros** propostos pelas acadêmicas Dayane N. Policarpo, Karina R. Teixeira, Kelly  
Luciana F. Chaves e Lia S. Vieira, alunas do curso de enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina-UFSC, na **Brinquedoteca do Complexo Ilha Criança**, nos  
**dias** ..... **de** ..... **às** .....

Declaro estar ciente da proposta de trabalho de conclusão de curso das referidas  
alunas, bem como do direito à desistência, o sigilo e anonimato assegurados aos  
participantes dos referidos encontros.

.....  
**assinatura do responsável**

Florianópolis,...../...../ 2003

## Histórico de Enfermagem

### I – Identificação do paciente

Nome: .....  
Idade: ..... Sexo: M  F  Estado civil: solteiro  casado  outros:.....  
Raça: Branca  Negra  Amarela  Outros.....  
Filhos: Sim  Não  Quantos: .....  
Escolaridade: ..... Religião: .....  
Profissão:.....

### II - Histórico da violência

Características da violência:

---

---

---

---

---

---

---

---

Parecer Psicológico:

---

---

---

---

---

Parecer Social:

---

---

---

---

---

### III – Levantamento dos déficits de autocuidado de Enfermagem

Observação das seqüelas do abuso:

---

---

---

---

---

Faz uso de algum medicamento? Não  Sim  Qual (ais)?

---

Sabe qual a utilidade desse (s) medicamento(s)? Não  Sim

---

Como realiza a higiene pessoal diária?

---

---

---

---

---

---

---

---

**IV – Classificação do sistema de Enfermagem para satisfazer aos requisitos de autocuidado do paciente:**

- Totalmente compensatório
- Parcialmente compensatório
- Apoio/Educação

DATA: ...../...../.....

Apêndice III

**Evolução do Grupo**

Encontro nº:.....

Data: ...../...../.....

I – Temas trabalhados:

---

---

---

---

---

II – Relato do Encontro:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

III – Temas levantados para os próximos encontros:

---

---

---

---

---

---



## Consulta de Enfermagem

### Identificação

Nome: .....  
Idade: ..... Sexo: M  F  Estado civil: solteiro  casado  outros:.....  
Raça: Branca  Negra  Amarela  Outros.....  
Filhos: Sim  Não  Quantos: .....  
Escolaridade: ..... Religião: .....  
Profissão:.....

### Histórico da violência

Características da violência:

---

---

---

---

---

---

---

Parecer Psicológico:

---

---

---

---

---

Parecer Social:

---

---

---

---

**Histórico familiar de doenças:**

---

---

---

**Exame Físico:**

- Pele: Inteira  Acne  Outros:
- Capacidade visual: Normal  Deficiente  Outros:
- Capacidade auditiva: Normal  Deficiente  Outros:
- Condições de Higiene: Adequada  Déficits  Outros:
- Condições da cavidade oral:

---

---



**Condições psicoemocionais:**

Dificuldades relacionais  Agressividade  Nervosismo   
Depressão  Ansiedade  Hiperatividade  Apatia

Outros:

Manifestações possíveis de: Abuso Físico  Abuso sexual  Negligência

**Dados Ginecológicos:**

DUM:   Menarca:  
Uso de anticoncepcivo: Sim  Não  Qual?

---

---

---

**Projeção e Planejamento**

    Totalmente compensatório   
    Parcialmente compensatório   
    Apoio/Educação

**Prescrição de Enfermagem:**

---

---

---

---

---

---

---

**Evolução:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA: ...../...../2003

## Apêndice VI

### **Entrevista: SOS-Criança**

No dia 13 de maio de 2003 entrevistamos Assistente Social Salete Laureci Marques dias, Chefe do Plantão do SOS-Criança, que nos cedeu as informações relatadas a seguir.

O Programa Sentinela é dividido em três projetos: Acorde, MEL e SOS-Criança, que são coordenados pela Assistente Social Kátia.

O SOS-Criança tem dois chefes de plantão. O SOS-Criança é mantido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, com verba Federal que mantém o recurso operacional e o recurso humano é mantido pela ONG AFLOV (Associação Florianopolitana de Voluntários), através da empresa Persona.

Atualmente trabalham no SOS-Criança, seis assistentes sociais, duas chefes de plantão, dois psicólogos, quatro educadores sociais, dois motorista e sete estagiárias de serviço social.

São atendidas pelo SOS-Criança denúncias de violência física, sexual, psicológica e negligência contra crianças e adolescentes. A denúncia pode ser feita pelo telefone 0800-643-1407 ou diretamente na sede do Complexo Ilha Criança.

Quando ocorre uma denúncia é feito um diagnóstico desta, a fim de saber se a violência realmente aconteceu, a dinâmica da violência (quais os meios utilizados pelo abusador), o risco que a vítima corre e as medidas que serão necessárias. A partir da análise dos itens citados, é visto se a vítima necessita de proteção, que ocorre através dos programas sociais ou da Vara da Infância e Juventude. Também é analisada a criminalização do agressor, através de abertura inquéritos (delegacias) e vara criminal (necessita de testemunho).

Quando o caso é de violência sexual, a primeira abordagem é feita pelo Assistente Social que acompanha o caso até o final. Para outros tipos de violência a primeira abordagem ocorre pelo educador social, que realizam uma triagem da violência, identificando o tipo e a gravidade. Se for caso de urgência o caso é atendido,

caso não, permanece como demanda reprimida por dificuldades de operacionalizar o atendimento ou pela falta de material e/ou pessoal.

Durante o processo de atendimento a uma vítima, o SOS-Criança pode realizar vários encaminhamentos como: passagens para a cidade de origem; cestas básicas; creches; a Casa da Liberdade; ao Centro de Educação Complementar - CEC; ao Florir - Floripa; a Centro Sede de Desintoxicação. Outros encaminhamentos podem ser dirigidos ao Juizado de Menor pelo Conselho Tutelar para proteção da vítima como: retirada do agressor do lar; busca e apreensão da criança, transferência da guarda; encaminhamentos ao IML, delegacias e Vara Criminal.

O SOS-Criança é um programa de caráter emergencial, que após o parecer final do Assistente Social, os casos são levados a programas de apoio como o ACORDE e Apoio Sócio Familiar para dar continuidade no atendimento à vítima e sua família. Estes projetos foram criados para dar suporte no atendimento à essas famílias.

O projeto existe há 12 anos e tem aproximadamente 15 mil prontuários. São recebidas por mês, aproximadamente 100 casos, dos quais só consegue atender 30%.

O SOS-Criança atende a Cidade de Florianópolis e o Continente (Coqueiros, Estreito, Monte Cristo e Capoeiras).

## **Entrevista no Acorde**

**Data:** 28/05/03

**Entrevistada:** Kátia Carvalho Figueiredo

### **1 – Quem é o coordenador do Acorde?**

Kátia Carvalho Figueiredo.

### **2 – Quem mantém o Acorde?**

O Programa Sentinela e a Prefeitura Municipal de Florianópolis.

### **3 – Quantos funcionários trabalham no Acorde?**

São 14 funcionários. Sendo eles: 4 assistentes sociais, 3 psicólogos, 1 coordenadora e 6 estagiárias.

### **4 – Quais os casos atendidos pelo Acorde?**

Crianças, adolescentes vítimas de violência sexual, violência física severa e exploração sexual e suas famílias.

### **5 – Quem encaminha os casos para serem atendidos no Acorde?**

Juizado da Infância e Juventude, SOS – Criança e Conselho Tutelar.

### **6 – Quais encaminhamentos realizados pelo Acorde?**

Acompanhamentos social e psicológicos. Os atendimentos são encaminhados para escola, hospital, projetos profissionalizantes, extra-escolares, cestas básicas, programa de apoio aos adolescentes e crianças, medicação, atendimento com especialidades médicas, inclusão para o mercado de trabalho, dentre outros.

### **7 – Como é o atendimento no Acorde?**

Atendimentos psico – sociais.

**8 – Quanto tempo a criança/ família ficam em atendimento?**

No mínimo 6 meses, sem tempo máximo de duração.

**9 – Quais atendimentos que tem mais urgência?**

Os de violência sexual.

**10 – Existe estatística do Acorde, quanto ao número de casos atendidos?**

São 96 casos atendidos. Sendo que 82 estão em atendimento e 14 já foram desligados.

**11 – Há quanto tempo o Acorde está situado no Complexo?**

Desde de outubro de 2000.

**12 – Como e porquê o Acorde surgiu?**

Surgiu no governo Fernando Henrique junto com o PETI, se chamando PEVES (Programa de Erradicação de Violência e Exploração Sexual).

Em 2001 se tornou Sentinela, quando foi reformulado, pela elaboração do Plano Nacional de Enfrentamento Contra Violência e Exploração Sexual, em Natal.

Em 2003, seta sendo estudada uma proposta para se tornar um programa de ação continuada.

## Apêndice VIII

### **Relato da Visita ao IML**

No dia 09/05/03 no horário matutino, fizemos uma visita ao IML com o objetivo de melhor entendermos o seu funcionamento nos atendimentos dos casos de vítimas de violência sexual. Fomos atendidas pela psicóloga Marisa Pecoit que é integrante da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual.

Sobre os atendimentos às vítimas ela nos explicou que em casos recentes às vítimas são levadas aos serviços de emergência das unidades de referência (Hospital Infantil, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Universitário), e estas acionam a 6ª. DP a qual registra Boletim de Ocorrência (BO) e chamam o IML para o exame de corpo delito. Já em casos de recorrência (antigos) a vítima vai à delegacia registrar o BO e é encaminhada ao IML. Era assim que deveria ocorrer, mas nem sempre funciona (há casos em que as vítimas vão direto para o IML), mostrando que os profissionais ainda não dominaram o fluxo do atendimento.

Sobre a atuação dos médicos legistas, ela nos relatou que a função deles é avaliar indícios, lesões e compará-los / comprovar a história contada. Eles emite laudo, colhem materiais / secreções, roupas, ect, e juntamente com a guia encaminha para o IAL (Instituto de Análise Laboratoriais). A bioquímica Graça do IAL (Instituto de Análise Legal) nos esclareceu que ocorrem casos em que há a guia e não o há o material (provas exemplo: roupas), ou há as roupas e não há a guia encaminhada pelo médico legista. Essa guia contém histórico da pessoa, da agressão e exame.

A responsabilidade sobre este material é do IAL, que pode analisar no mesmo dia ou pode armazenar por até três dias mais ou menos. É feito pesquisa de espermatozóide, PSH, luminol e DNA.

Foi reforçado também a importância do esclarecimento às vítimas e profissionais de saúde quanto a pedir à vítima para não tomar banho, guardar roupas, relatar o local da agressão sofrida para terem provas da identificação do agressor. Este é o principal papel do IML, em relação à responsabilidade judicial / legal.

Ambas, Marisa e Graça, expressaram seus pensamentos sobre a importância do papel da equipe de Enfermagem no atendimento a estas vítimas, visto que são seus membros que fazem o primeiro atendimento, sendo necessário assim esclarecimento sobre como cuidar dessas pessoas no aspecto da saúde além de colaborar para coleta de indícios para a parte legal.

Por último, conhecemos a estrutura básica do IML: sala de atendimento médico, sala de atendimento psicológico, perícia de balística, fotos, laboratórios de análise, etc.

## Apêndice IX

### **Relato da visita a Emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão**

No dia 22/05/03 às 8:30 h nos reunimos com a médica pediátrica Dr<sup>a</sup>. Leonice Tobias, no Hospital Infantil, com o objetivo de conhecermos como se dá o atendimento às vítimas de violência sexual, nesta Unidade de Saúde.

O Hospital Infantil passou a ser referência no atendimento a estes casos, a partir da implantação do Protocolo, em 2000. Antes era prestado um atendimento bio-psico-social, mas não assim institucionalizado.

Por ser um serviço novo ainda em fase de sistematização, a demanda e as estatísticas sobre os casos atendidos mostram a ocorrência média de três a quatro por semana. Estes vêm da Grande Florianópolis e de todo o estado. Estatísticas não oficiais revelam a ocorrência de 111 casos em 2001. Em 2002 foram 198 casos e em janeiro e fevereiro de 2003 foram de 12 casos.

O atendimento cumpre a seguinte dinâmica: as crianças/adolescentes vêm para a Emergência, onde o médico atende, é acionada a Rede, encaminha a criança e responsável para o Ambulatório em 48 e 72 horas, onde por sua vez, são encaminhados para acompanhamento médico e psicológico durante 02 ou 03 anos.

Este atendimento é realizado: por Médicos da Emergência, Enfermeira da Emergência, Médica Pediátrica, Enfermeira do Ambulatório e Serviço de Psicologia.

Os encaminhamentos realizados são: os da Rede, encaminhamento psicológico para a UNIVALI e para outras especialidades como ginecologia, infectologia e cirurgia pediátrica.

O papel da Enfermagem no atendimento emergencial é de acionar as outras instituições e a Enfermeira do Ambulatório exerce apenas atividades administrativas.

Os problemas nestes atendimentos não estão relacionados às vítimas, e sim no registro dos casos. Estão sendo realizados reuniões com o pessoal envolvido no atendimento. Com vista a sanar os problemas ainda existentes, estão sendo organizadas campanhas de prevenção com material educativo.



## Apêndice X

### **Relato da visita a Maternidade Carmela Dutra (MCD)**

No dia 10/06/2003, às 9:30h fomos recebidas pela Enfermeira Edith Ilza P. Esquivel, a qual nos relatou que são atendidas aproximadamente de 3 a 4 casos de violência sexual por mês.

A vítima de violência pode ir encaminhada da 6ª DP com Boletim de Ocorrência (BO), ou o primeiro atendimento pode ocorrer na própria Maternidade, o qual aciona a 6ª DP que mobiliza médico legista.

Na MCD existem pastas com todos os procedimentos a serem seguidos conforme o que determina o Protocolo da Rede. A montagem destas pastas é uma iniciativa da Enfermeira, já que esse atendimento é realizado por médicos residentes, o que significa que estes profissionais não habituados a realizar este atendimento devido a alta rotatividade de seu curso.

Nesta pasta há:

- Encaminhamento ao Hospital Nereu Ramos, ambulatório de DST's e Pró-cevic;
- Material para coleta de vestígios, realizado pelo médico legista do IML; e
- Kit de medicações (Penicilina Benzatina, Azitromicina, Timoral, Ofloxaxina, Pilem, Plasil e Metronidazol creme).

Os encaminhamentos ao Nereu Ramos tem o propósito de o infectologista avaliar a necessidade do uso do AZT e da imunoglobulina da hepatite B; ao Pró-cevic é para dar apoio psicológico e jurídico e ao ambulatório de DST's para observação e cuidados de doenças venéreas e AIDS.

Quando ocorre de uma vítima de violência sexual também ter sofrido violência física, esta é encaminhada ao Hospital Celso Ramos, para serem avaliadas e tratadas as lesões.

Nessa Unidade de Referência existe um livro onde são registrados todas as vítimas. Desde a sua implantação da Rede, já contam 79 casos, contudo, ainda não foi realizada nenhuma estatística.

Figuras em papel, canetas hidrocor, papéis, balões, crachás, pirulitos e mensagens.

*Planejamento do 2º encontro com os adolescentes: Oficina Mudanças na puberdade.*

Violência sexual: A Enfermagem promovendo o autocuidado através da educação em saúde ao adolescente vitimizado.

Data: 30/04/03

Horário: 9:30 às 11:30h e das 16 às 17:30 h.

Local: Brinquedoteca

- **Objetivos**

- ✗ Discutir o tema: mudanças no corpo durante a puberdade;
- ✗ Levantar e solucionar dúvidas d@s participantes;
- ✗ Promover vínculo com e entre @s adolescentes.

- **Desenvolvimento**

O primeiro passo foi promover descontração entre os participantes ao som da música “Assim caminha a humanidade”.

Depois foi passado um filme – Te cuida coração – que relata as mudanças físicas e comportamentais n@s adolescentes.

Na seqüência, solicitamos que @s adolescentes desenhassem como viam o corpo masculino e o feminino. Foi mostrado a eles o aparelho reprodutor feminino e masculino, bem como as mudanças fisiológicas que ocorrem durante a puberdade, bem como a menstruação. Foi ressaltada a importância do acompanhamento ginecológico.

Para a identificação do grupo foi escolhido, por eles, o nome ROSA LINDA, LINDA FLOR. Um lanche foi servido no último momento do encontro para todos nós.

- **Recursos didáticos**

Recursos áudio-visual, fita de vídeo, papel, canetas hidrocor, manequins anatômicos.

*Planejamento do 3º encontro com os adolescentes: Oficina relacionamentos e responsabilidades.*

Violência sexual: A Enfermagem promovendo o autocuidado através da educação em saúde ao adolescente vitimizado.

Data: 07/05/03

Horário: 10:30 às 12 h e das 15:30 às 17 h.

Local: Brinquedoteca e Sala de atendimento.

- **Objetivos**

- ✗ Discutir o tema: namoro, virgindade e contraceptivos;
- ✗ Levantar e solucionar dúvidas dos participantes;

- **Desenvolvimento**

O primeiro passo foi a realização de uma dinâmica com o uso de uma caixa com um espelho, onde os participantes teriam que dizer o que tinha na caixa que iria resolver os seus problemas. Após todas falarem, foi lhes explicado o objetivo da dinâmica que era mostrar que as soluções se encontram em nós mesmos.

Num segundo momento foi apresentado um teatro de fantoches que abordava o tema sobre namoro, virgindade e iniciação sexual.

A seguir foi passado um filme que abordava sobre os métodos contraceptivos. Após o vídeo, foi mostrado quadro com os métodos de barreiras, hormonais e químicos e demonstrado como utilizar a camisinha corretamente.

Para finalizar oferecemos um lanche.

- **Recursos didáticos**

Caixa de madeira com espelho, fantoches, fita de vídeo, quadro ilustrativo, “folders” e camisinhas.

### *Planejamento do 4º encontro com os adolescentes: Oficina uma nova vida.*

Violência sexual: A Enfermagem promovendo o autocuidado através da educação em saúde ao adolescente vitimizado.

Data: 14/05/03

Horário: 10:30 às 12 h e das 15:40 às 17 h.

Local: Brinquedoteca

- **Objetivos**

- ✕ Discutir o tema: gravidez e aborto;
- ✕ Levantar e solucionar dúvidas d@s participantes;
- ✕ Ressaltar importância dos anticoncepcionais.

- **Desenvolvimento**

Num primeiro momento oferecemos um lanche, no qual todas participaram.

Como segundo passo foi a realização da dinâmica do "cego" em que foram formado pares, onde um conduziria o outro com os olhos fechados, para exercitar a confiança de um no outro.

Num terceiro momento discutimos a fecundação e a evolução do feto, fazendo o uso de álbum ilustrativo. Também foi falado sobre as mudanças corporais e fisiológicas na gestação, sinais e sintomas da gravidez e tipos de parto. Foi ressaltado que tanto a parte física quanto a psicológica da adolescente não estão preparadas para uma gestação.

Após isto, foi falado sobre o aborto, enfocando a parte de que é ilegal, com exceção de alguns casos e que o mesmo pode trazer conseqüências à saúde da mulher.

Ainda no quinto momento, aplicamos um questionário para avaliar o que elas tinham aprendido.

- **Recursos didáticos**

Áudio-visual, figuras em papel, álbum ilustrativo, questionários e canetas.

*Planejamento do 5º encontro com os adolescentes: Oficina DSTs.*

Violência sexual: A Enfermagem promovendo o autocuidado através da educação em saúde ao adolescente vitimizado.

Data: 21/05/03

Horário: 10:30 às 12 h e das 15:30 às 17 h.

Local: Brinquedoteca

- **Objetivos**

- ✕ Discutir o tema: DSTs e HIV/aids;
- ✕ Levantar e sanar dúvidas d@s participantes;
- ✕ Ressaltar importância do uso de preservativos.

- **Desenvolvimento**

No primeiro momento oferecemos um lanche, onde participantes conversaram informalmente e após foi feito um alongamento.

A exposição do tema teve início com a indagação de quais DSTs elas conheciam. Em seguida passamos um filme – Sexo e Maçanetas – que abordava o tema.

Após isto discutimos sobre a aids/ HIV, Herpes genital, Gonorréia, Candidíase, Sífilis, Cancro Mole, Clamídia e Condiloma Acuminado, seus meios de transmissão, sintomas, tratamento, ressaltando ainda a importância do uso da camisinha. Para ilustrar foi utilizado álbum com fotos dos sintomas das DSTs.

Finalizamos aplicando um questionário para avaliar o que elas tinham assimilado sobre as DSTs.

- **Recursos didáticos**

Áudio-visual, álbum ilustrativo, camisinhas, questionários e canetas.

*Planejamento do 6º encontro com os adolescentes: Oficina Higiene Pessoal.*

Violência sexual: A Enfermagem promovendo o autocuidado através da educação em saúde ao adolescente vitimizado.

Data: 28/05/03

Horário: 10:30 às 12 h

Local: Brinquedoteca

- **Objetivos**

- ✕ Discutir o tema: Higiene Corporal, íntima, oral, escabiose e pediculose;
- ✕ Reconhecer déficits quanto ao autocuidado com higiene pessoal.

- **Desenvolvimento**

No primeiro momento foi oferecido um lanche, durante o qual os participantes conversaram informalmente. Em seguida foi realizado uma dinâmica de relaxamento.

Num segundo momento foi falado sobre a pediculose e escabiose, sua transmissão, sintomas, tratamento e prevenção.

Após isto, discutimos sobre a higiene facial, corporal, genital e oral.

Para finalizarmos pedimos que as adolescentes relatassem o que acharam do grupo.

“Gostei bastante...” ( T.)

“Gostei de todos os encontros, pois tirei dúvidas, aprendi coisas novas e fiz amizades” ( C.)

“Gostei dos encontros, pois aprendi muitas coisas” ( J.)

“Achei legal, pois tirei dúvidas e aprendi sobre gravidez, aborto, menstruação e namoro” ( A .)

- **Recursos didáticos**

Áudio-visual, papel, caneta e escovas de dente.

*Planejamento do último encontro com os adolescentes do Grupo Rosa Linda, Linda Flor.*

Violência sexual: A Enfermagem promovendo o autocuidado através da educação em saúde ao adolescente vitimizado.

Data: 03/06/03

Horário: 10:30 às 12 h

Local: Brinquedoteca

- **Objetivos**

- ✕ Realizar fechamento dos encontros com o grupo;
- ✕ Agradecer a participação d@s adolescentes nos encontros.

- **Desenvolvimento**

Oferemos uma festinha, com doces, salgados e refrigerantes, na qual todas participaram, conversando alegremente e ouvindo música.

Em seguida, agradecemos a todas por terem participado dos encontros e ressaltamos a importante contribuição que cada uma trouxe para o nosso trabalho. Distribuímos um presente para cada uma, um anjinho, juntamente com um porta retrato com foto de todas em grupo e ainda uma mensagem.

- **Recursos didáticos**

Áudio-visual, anjinhos, porta retratos e mensagens.

*Planejamento da confraternização com os funcionários do Programa Sentinela*

Violência sexual: A Enfermagem promovendo o autocuidado através da educação em saúde ao adolescente vitimizado.

Data: 12/06/03

Horário: 11:30 às 12:30 h

Local: Sala do Projeto Acorde

- **Objetivos**

- ✕ Realizar fechamento do nosso estágio;
- ✕ Agradecer o apoio dos funcionários para a realização do trabalho.

- **Desenvolvimento**

Primeiramente as acadêmicas agradeceram o apoio dos funcionários, bem como a ajuda dada por eles para a realização do nosso trabalho. A seguir a Assistente Social, chefe do SOS Criança, falou da importância do nosso trabalho para divulgação do tema, bem como para formação de novos profissionais para atuarem no cuidado às vítimas. Agradeceu a nossa presença e declarou esperar que novos estudantes se interessem em abordar este tema.

Num segundo momento oferecemos um lanche para confraternização com os funcionários e ao término deste nos despedimos de todos os presentes.

- **Recursos**

Refrigerante, torta salgada e bolo de chocolate.



## Apêndice XII

Perguntas	Verdade	Mentira
1) A ausência de menstruação é um sinal de gravidez.		
2) A mulher não engravida na primeira transa.		
3) Sempre que a mama da mulher está inchada é um sinal de gravidez.		
4) Sempre que não se menstrua se está grávida.		
5) Transar em pé não engravida.		
6) O embrião se fixa na parede do útero.		
7) Só a mulher tem responsabilidade quanto a contracepção.		
8) O aborto é o método mais eficaz de não se ter um bebê.		
9) A mulher que pratica o aborto corre risco de ter infecções e de futuramente não poder mais engravidar.		
10) O aborto só é permitido no Brasil em caso de gravidez resultante de violência sexual e risco para a vida da mãe.		

## *Verdade ou mentira ????*

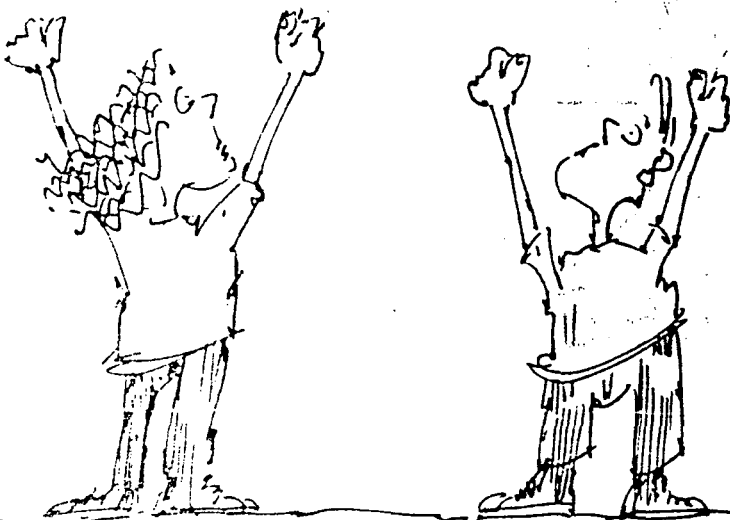
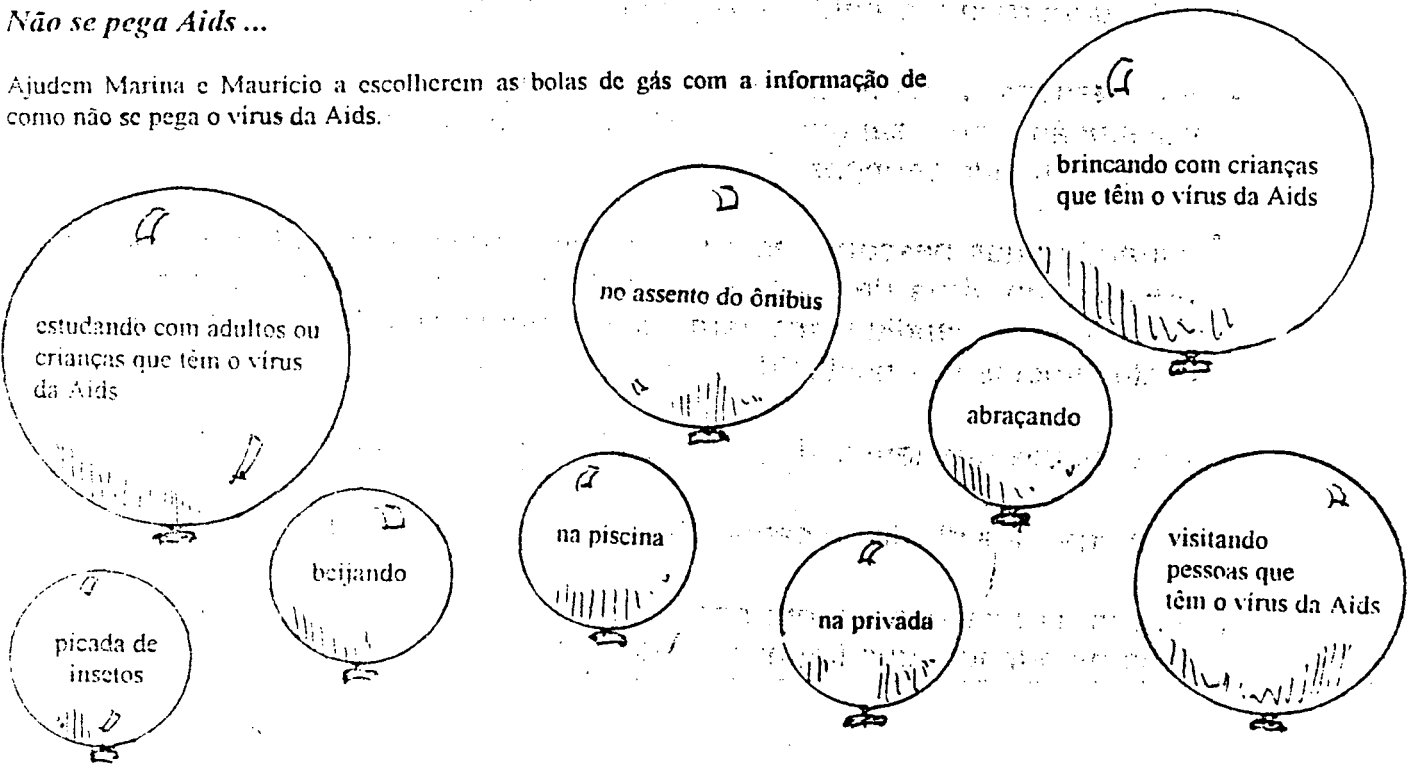
Responda se as afirmações abaixo são verdadeiras (V) ou Mentirosas (M):

1. As doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são transmitidas de uma pessoa para outra no contato sexual. ( )
2. Pode-se pegar uma dessas doenças nos banheiros ou na piscina. ( )
3. Aids, gonorréia e clamídia são alguns tipos de DSTs. ( )
4. As pessoas podem se contaminar com o vírus da Aids numa transfusão de sangue, relações sexuais sem camisinha e compartilhando seringas. ( )
5. Quando duas pessoas resolvem ter uma relação sexual precisam se prevenir do vírus da Aids e das outras DSTs usando camisinha. A camisinha é vendida nas farmácias, supermercados, e distribuídas gratuitamente nos postos de saúde. ( )
6. As crianças que tem o vírus da Aids podem freqüentar a escola. ( )
7. Se pega Aids dividindo sanduíches e Refrigerantes. ( )
8. Todas as pessoas podem pegar o vírus da Aids e as DSTs. Por isso todo mundo tem que tomar cuidado. ( )

## BRINCADEIRA

### *Não se pega Aids ...*

Ajudem Marina e Mauricio a escolherem as bolas de gás com a informação de como não se pega o vírus da Aids.



## Consulta de Enfermagem

### I – Identificação do paciente

Nome:.....  
Idade: ..... Sexo: M  F  Estado civil: solteiro  casado  outros:.....  
Raça: Branca  Negra  Amarela  Outros.....  
Filhos: Sim  Não  Quantos: .....  
Escolaridade: ..... Religião: .....  
Profissão:.....

### Histórico familiar de doenças:

---

---

---

### Exame Físico:

- Pele: Integra  Acne  Outros:
- Capacidade visual: Normal  Deficiente  Outros:
- Capacidade auditiva: Normal  Deficiente  Outros:
- Condições de Higiene: Adequada  Déficits  Outros:

---

---

- Condições da cavidade oral:

---

---

### Dados ginecológicos:

Menarca: ..... DUM: .....

Uso de contraceptivos:  
Já apresentou alguma infecção ou corrimento?

---

---

---

### Hábitos de vida:

Hábitos alimentares

---

---

Ingesta Hídrica

---

---

Eliminações/ excreção

---

---

Sono/repouso

---

---

Atividade física:

---

---

Atividades de lazer:

---

---

Relações familiares:

---

---

Relações sociais:

---

---

O que acha de si?

---

---

### **Projeção e Planejamento**

- Totalmente compensatório
- Parcialmente compensatório
- Apoio/ educação

### **Prescrições de Enfermagem**

### **Evolução da Consulta**

Data:...../...../.....

# **X ANEXOS**



XXXVII - JCDCEM - Jornada Catarinense de  
Debates Científicos e Estudos Médicos  
I CURSO PRÉ - JORNADA  
SEXUALIDADE

*Certificado*

Kelly Luciana Chaves; Karina Rachadel Teixeira;  
Lia Silva Vieira; Dayane Napoleão Policarpo

Certificamos que \_\_\_\_\_  
participou do I Curso Pré-Jornada, da XXXVII Jornada Catarinense de Debates  
Científicos e Estudos Médicos, realizado nos dias 9 e 10 de Abril de 2003 na  
qualidade de PARTICIPANTE.

Florianópolis - SC, 10 de Abril de 2003.



Dalto Antonio Viganó Pastro  
Presidente da XXXVII JCDCEM



Dr. Mujillo Rgnald Capella  
Coordenador Geral da XXXVII JCDCEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

# CERTIFICADO

Dayane Napoleão Policarpo; Karina Rachadel Teixeira  
Kelly Luciana de Freitas Chaves; Lia Silva Vieira

Certificamos que

participou da 3ª. SEPEX – Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC, realizada de 4 a 7 de junho de 2003, apresentando o(s) trabalho(s) *“Violência Sexual: a Enfermagem promovendo o autocuidado através da educação em saúde ao adolescente vitimizado”*. Os trabalhos farão parte dos anais de resumos do evento.

Florianópolis - SC, 08 de julho de 2003.

  
**Francisco de Assis Maroneze de Abreu**

Coordenação 3ª. SEPEX





**PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**CERTIFICADO**

Conferido a: Kelly Luciana Chaves; Karina Rachadel Teixeira;  
Lia Silva Vieira; Dayane Napoleão Policarpo

Na qualidade de Participante da: **Palestra: "Sensualidade, Violência e Consensualidade."**

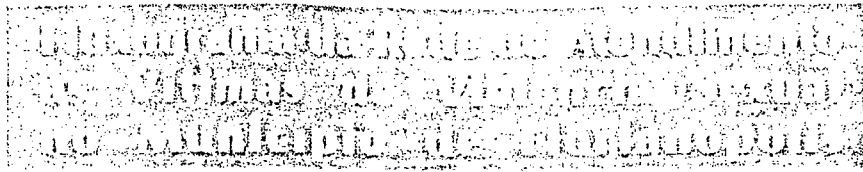
Promovido pelo: **Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde / Rede de Atenção Integral às Vítimas da Violência Sexual de Florianópolis.**

No período de: **18 de março de 2003 (4 horas).**

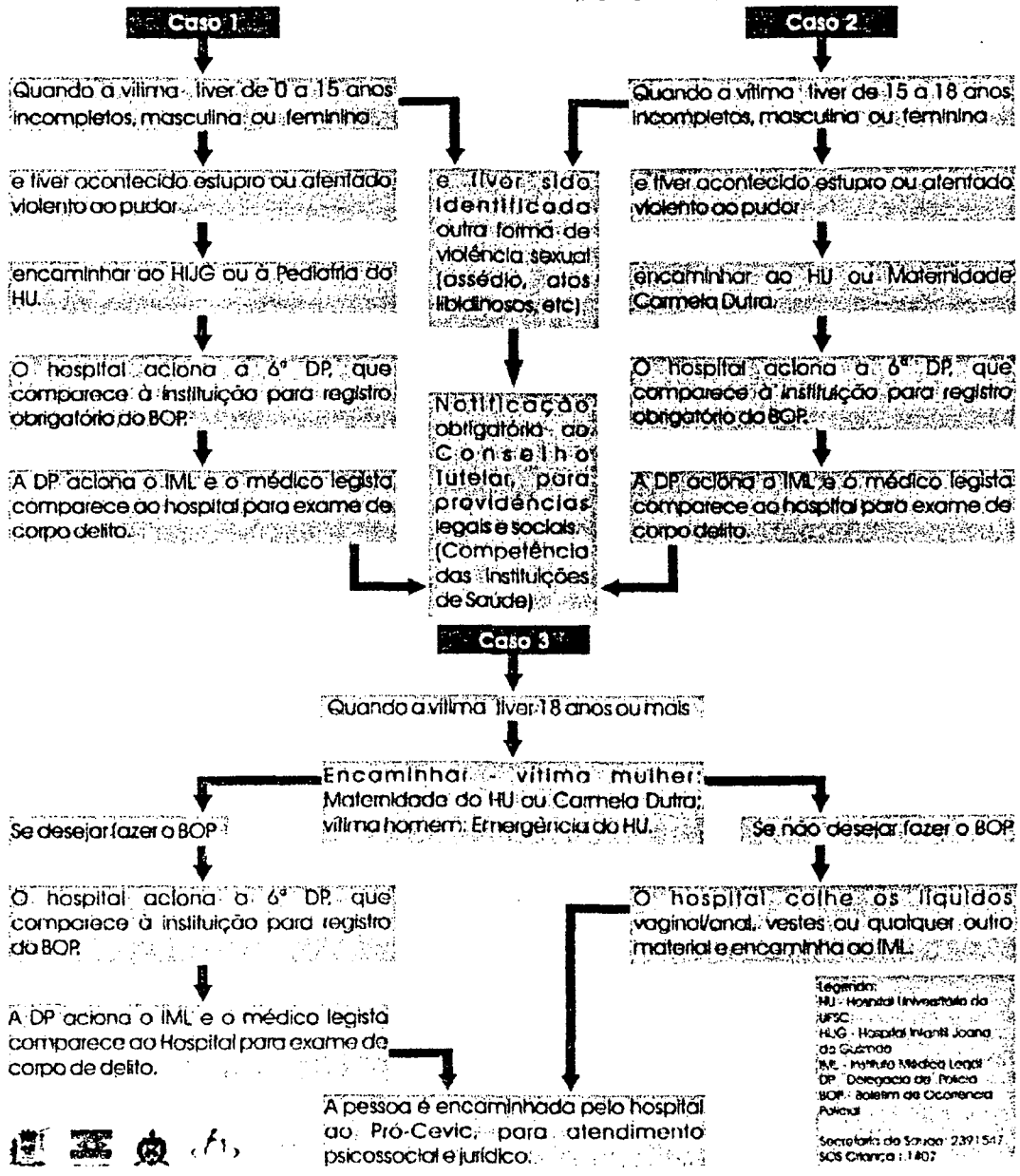
Florianópolis, Março de 2003.

**Olíndina Renaud Pacheco de Campos**  
**Coordenadora da Rede de Atenção Integral**  
**às Vítimas da Violência Sexual**

**Margarete Fernandes Mendes**  
**Diretora do Departamento de Saúde Pública**



Porta de entrada das vítimas: procura espontânea ou apresentada nas diferentes instituições (postos de saúde, delegacias, centros comunitários, etc). Deverão ser encaminhadas (no caso de adultos) e conduzidas (no caso de crianças e adolescentes) às unidades de referência em saúde, que são: Hospital Universitário, Hospital Infantil e Maternidade Carmela Dutra.



Legenda:  
 HU - Hospital Universitário da UFSC  
 HJUG - Hospital Infantil Joana de Gusmão  
 IML - Instituto Médico Legal  
 DP - Delegacia da Polícia  
 BOP - Sistema de Ocorrência Policial  
 Secretaria de Saúde: 2391547  
 SOS Criança: 11807

## Anexo III



# Normatização do Atendimento de Saúde Imediato à Mulher Vítima de Violência Sexual

A paciente vítima de violência sexual poderá procurar o Serviço de Saúde através de duas maneiras:

## 1. Encaminhada da Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança e ao Adolescente.

Neste caso, a paciente já terá realizado o registro do Boletim de Ocorrência Policial (BOP) e o IML já deverá ter sido acionado pela própria Delegacia para comparecer na Unidade de Saúde. *Portanto os itens C, D e E deverão ser realizados pelo IML.*

## 2. Procurar o Serviço de Saúde como primeiro atendimento.

Neste caso, compete ao Serviço de Saúde:

- Acolhimento adequado da vítima por todos os profissionais envolvidos, evitando atitudes que possam levar à revitimização;
- Não higienizar, nem remover roupas ou secreções antes da coleta de material para identificação do agressor, a não ser que haja ameaça à vida;
- Abrir prontuário de atendimento ou fazer registro em livro próprio para este fim, onde cada paciente deverá receber um número de registro.

a) **Quando** a paciente tiver idade igual ou superior a 18 anos, orientar sobre a importância de realizar o Boletim de Ocorrência Policial, na Delegacia de Proteção à Mulher, pois este é um direito de cidadania e evita a impunidade do agressor, embora não exista exigência legal para sua realização. Caso a paciente deseje efetuar o registro, acionar a 6ª Delegacia de Polícia (Fone: 228-5304) que comparecerá à unidade de saúde, com o perito do IML, para atendimento em conjunto à mulher vitimizada. Se a paciente não desejar realizar o registro, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral de saúde ou aos encaminhamentos que se fizerem necessários. *Na paciente com idade inferior a 18 anos, o registro do BOP é obrigatório assim como é compulsória a notificação ao Conselho Tutelar (Ilha: 228-6989; Continente: 244-5691).*

b) **Preenchimento obrigatório**, em todos os casos e de maneira completa, da "Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual", anexa. Esta ficha servirá de fonte de informação para um laudo indireto do IML ou para um perito indicado em caso de ação judicial.

c) **Realização de exame ginecológico** cuidadoso e com registro rigoroso das lesões encontradas (usar o verso da "Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual") sem utilizar qualquer substância que possa prejudicar a coleta de material para identificação do agressor. É prudente convocar um segundo médico para assessorar no exame. Se possível e se a paciente concordar, fotografar as lesões existentes.

d) **Coletar material** para identificação do agressor e para pesquisa de espermatozóides, fosfatase ácida prostática e antígeno prostático específico:

O material para identificação do agressor, obtém-se da coleta de conteúdo vaginal através de *swab* ou espátula de Ayres, que deve ser fixado em papel filtro poroso (tipo filtro de café), deixado secar em ar ambiente e ser armazenado em envelope comum, identificado com o nome da paciente, data da violência sexual e da coleta (não guardar em geladeira ou saco plástico), que deverá ser anexado fechado (colado ou grampeado) à "Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual".

Para pesquisa de espermatozóides, fosfatase ácida e antígeno prostático específico, utilizar o material fornecido pelo Instituto de Análises Laboratoriais (IAL) da Polícia Técnico-Científica e realizar a coleta de acordo com os procedimentos indicados no *kit* de coleta e envio de material.

e) **Solicitar exames laboratoriais** de rotina: Hepatite B, Sífilis, Teste de Gravidez e oferecer e incentivar a realização do teste anti-HIV.

Colher de 3,5 a 5,0 ml de sangue venoso em cada tubo de ensaio (em número de 02) fornecido pelo Instituto de Análises Laboratoriais (IAL) que realizará os exames de rotina. O material deverá ser imediatamente encaminhado ao IAL (veja item 'j'), ou armazenado em geladeira até o seu envio, juntamente com a "Solicitação de Exames" anexa preenchida.

A paciente deverá ser orientada a repetir os exames de acordo com a periodicidade descrita na tabela abaixo:

Hepatite B	Teste de Gravidez	Teste anti-HIV*
no 1º atendimento	no 1º atendimento: BHCG sérico	no 1º atendimento 6 semanas
6 meses após	6 semanas após a relação sexual: BHCG urina	12 semanas 6 meses

\*Para esta situação, utiliza-se a mesma recomendação de periodicidade para os acidentes percutâneos.

f) **Realizar profilaxia** das DST/Aids.

*Para todas as pacientes:*

#### Sífilis

PNC G Benzatina - 2.400.000 UI IM dose única. Para pacientes não grávidas e alérgicas à penicilina, prescreve-se tetraciclina 500 mg via oral de 6 em 6 horas durante 14 dias. Para pacientes grávidas e alérgicas à penicilina, proceder a dessensibilização oral com penicilina V, conforme protocolo abaixo:

**Protocolo de dessensibilização com Penicilina-V suspensão (Pen-Ve-Oral). Após reconstituição cada 5 ml contém 400.000 U de Penicilina Potássica (MMWR, 1998).**

Dose	UI/ml	ml	Unidades	Dose acum	Diluição
1	1.000	0,1	100	100	1 ml 1:79
2	1.000	0,2	200	300	
3	1.000	0,4	400	700	
4	1.000	0,8	800	1.500	
5	1.000	1,6	1.600	3.100	
6	1.000	3,2	3.200	6.300	
7	1.000	6,4	6.400	12.700	10 ml 1:79
8	10.000	1,2	12.000	24.700	
9	10.000	2,4	24.000	48.700	
10	10.000	4,8	48.000	96.700	
11	80.000	1	80.000	176.700	1 ml susp
12	80.000	2	160.000	336.700	
13	80.000	4	320.000	656.700	
14	80.000	8	640.000	1.296.700	

### **Observações:**

- Diluir: 5 ml suspensão = 400.000 U  
1 ml suspensão = 80.000 U  
1 ml sup+79 ml AD => 80 ml = 80.000 (dil 1:79)  
Logo: 1 ml = 1.000 U

- Intervalo entre as doses: 15 minutos.
- Tempo decorrido de dessensibilização: 3 h 45'.
- Cada dose da droga deve ser diluída em mais ou menos 30 ml de água e administrada VO.

Quando não for possível realizar a dessensibilização, utilizar estearato de eritromicina 500 mg via oral de 6 em 6 horas, durante 14 dias. Neste caso considerar o feto como não tratado.

### **DST Bacterianas**

Azitromicina 1 g VO dose única + Ofloxacina 400 mg VO dose única (evitar em menores de 18 anos) ou Azitromicina 1g VO dose única + Cefixima 400 mg VO dose única. No caso da paciente ser gestante ou nutriz: amoxicilina 500 VO de 8/8 h, por 7 dias + cefixima 400 mg VO, dose única.

### **Trichomoníase**

Metronidazol ou Tinidazol ou Secnidazol: 2 g VO dose única. Em nutriz, suspender o aleitamento por 24 horas. Em gestantes no primeiro trimestre, utilizar Clotrimazol ou Miconazol creme por sete dias.

### **Hepatite B**

Realizar a imunoprofilaxia com inumoglobulina hiperimune para hepatite B (HIBG) na dose de 0,06 ml/kg de peso IM. Associar ao uso da vacina anti-hepatite B intramuscular na dose de 20 g (1 ml) para adultos e 10 g (0,5 ml) para crianças menores de 12 anos. A gravidez e a lactação não são contra-indicações para o seu uso. A paciente deverá ser encaminhada, preferencialmente, nas primeiras 12 horas, com a requisição de imunobiológicos especiais anexa preenchida, para receber esta medicação no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais.

*Maiores de 15 anos: Hospital Nereu Ramos (possui plantão 24 horas).*

*Fone: 228-5333 R - 220 ou 208.*

## Vírus HIV

Para as pacientes que foram violentadas sexualmente, onde houve penetração, presença de esperma e lesão com sangramento e nos casos em que o tratamento possa ser iniciado até 72 horas após o estupro e que desejem aderir ao tratamento, deverá ser adotado por 4 semanas o seguinte esquema:

Zidovudine (AZT) - 200 mg (2 compr.) VO 3 vezes ao dia (8/8 h).

Lamivudine (3 TC) - 150 mg (1 compr.) VO 2 vezes ao dia (12/12 h).

Nelfinavir - 750 mg (3 compr.) VO 3 vezes ao dia (8/8 h) ou Indinavir 800 mg (2 compr.) VO 3 vezes ao dia (8/8h).

A paciente maior de 15 anos, deverá ser encaminhada com o Formulário de Solicitação de Medicamentos Anti-retrovirais anexo preenchido, para receber estes medicamentos no Hospital Nereu Ramos à qualquer hora do dia e da noite, onde também fará a imunoprolaxia da Hepatite B, conforme orientado anteriormente. Fone: 228-5333.

g) **Vacinação anti-tetânica**, quando houver ferimentos perfuro-cortantes ou contato com terra.

h) Muitas mulheres anseiam por **higienização da genitália**. Nestes casos, pode-se prescrever a utilização de creme vaginal, contendo associação de tricomonocida e fungicida.

i) **Realizar prevenção da gestação**, quando puder ser iniciada no máximo até 72 horas após ter ocorrido o estupro e nas pacientes que não estejam usando métodos anticoncepcionais de alta eficácia com anticoncepcional oral, injetável, DIU ou ITT. Recomenda-se o "Método de Yusse", que consiste na tomada de anticoncepcional oral combinado na dose total de 200 mcg de etinil-estradiol mais 100 mcg de levonorgestrel divididos em 2 tomadas com intervalo de 12 horas, através de um dos seguintes esquemas:

➤ Anticoncepcionais combinados de alta dosagem contendo levonorgestrel. Exemplos: Anfertin, Evonor, Primovlar ou Neovlar: 2 comprimidos seguidos de mais 2 comprimidos 12 horas após.

➤ Anticoncepcionais combinados de baixa dosagem contendo levonorgestrel. Exemplos: Nordette, Microvlar...: 4 comprimidos seguidos de mais 4 comprimidos, 12 horas após.

➤ Em caso de contra-indicação ao uso de estrógenos: Levonorgestrel 750 mcg/comprimido (Postinor 2) – 1 comprimido seguido de outro comprimido 12 horas após. Em caso de indisponibilidade ao Postinor 2 pode-se utilizar o Nortrel (0,30 mcg/comprimido) na dose de 25 comprimidos seguidos de mais 25 comprimidos 12 horas após.

Se houver vômitos até 1 hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após alimentar-se precedido do uso de um antiemético.

j) **Acionar o IML** em horário comercial (Fone: 244-2166), para vir buscar o envelope contendo material de secreção vaginal e o sangue para as sorologias. Até a vinda do IML, o material deverá ser acondicionado em geladeira. Encaminhar a "Ficha de Atendimento à Vítima de Violência Sexual" para o Banco de Dados, conforme endereço na "Lista de Endereços para Encaminhamentos" anexa.

l) **Encaminhar a paciente** para o serviço ambulatorial para continuidade do atendimento médico (uma semana após atendimento no Hospital) e início do atendimento jurídico e psicossocial, se assim o desejar, mediante preenchimento do Termo de Encaminhamento (deverá ser preenchido um termo para cada encaminhamento) e conforme endereço na "Lista de Endereços para Encaminhamentos" anexa .

m) Orientar para retornar ao serviço em caso de **atraso menstrual**.



Estado de Santa Catarina  
 Secretaria de Estado da Segurança Pública  
 Delegacia Geral de Polícia Civil  
 Diretoria de Polícia Técnico-Científica  
 Instituto de Análises Laboratoriais

## Procedimentos de Coleta para Pesquisa de Espermatozóides, Fosfatase Ácida Prostática e Antígeno Prostático Específico (PSA)

### 1. Material

- Dois (02) cotonetes esterilizados;
- Uma (01) escova cervical;
- Uma (01) etiqueta auto adesiva para lacre;
- Um (01) envelope de papel;
- Um (01) espelho.

### 2. Metodologia

#### 2.1. Secreção vaginal

- Colher com os dois (02) cotonetes material do fundo do saco vaginal com a utilização do espelho;
- Fazer uma coleta com a escova cervical do orifício endo-cervical;
- Submeter o material à secagem, em temperatura ambiente, sem a utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- Usar o próprio envelope dos cotonetes e da escova para armazenar, individualmente, os materiais colhidos e secos;
- Preencher a etiqueta impressa no envelope com todos os dados;
- Colocar o material dentro do envelope de papel e lacrá-lo;
- Enviar ao IAL o mais rápido possível.
- **Em hipótese alguma, embalar o material em sacos de plástico.**

#### 2.2. Secreção anal

- Colher dois (02) cotonetes da ampola anal;
- Submeter o material à secagem, em temperatura ambiente, sem utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- Usar o próprio envelope dos cotonetes e da escova para armazenar, individualmente, os materiais colhidos e secos;
- Preencher a etiqueta impressa no envelope com todos os dados;
- Colocar o material dentro do envelope de papel e lacrá-lo;
- Enviar ao IAL o mais rápido possível.
- **Em hipótese alguma, embalar o material em sacos de plástico.**

#### 2.3. Outros materiais de vítimas de crimes sexuais

Além das secreções vaginal e anal, outros materiais contaminados por sêmen podem ser periciados.

Peças de roupas, por exemplo, podem ser periciados. Calcinha utilizada pela vítima na hora da agressão, peças de roupas do agressor, como a cueca e a calça, assim como qualquer outra peça de roupa ou material com suspeita de contaminação por sêmen.





**Estado de Santa Catarina**  
**Secretaria de Estado da Segurança Pública**  
**Delegacia Geral de Polícia Civil**  
**Diretoria de Polícia Técnico-Científica**  
**Instituto de Análises Laboratoriais**

- Submeter as peças de roupa à secagem, em temperatura ambiente, sem utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;

### **Metodologia**

- Submeter as peças de roupas à secagem, em temperatura ambiente, sem a utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- Material após secagem deve ser embalado, individualmente, em envelopes ou sacos de papel;
- Identificar e enviar ao IAL;
- Preservativos encontrados no local de crime colher três cotonetes e em seguida proceder como em secreção vaginal.

### **Observações**

- O material deve ser conservado em geladeira por um período que não ultrapasse a 24 horas (Se não houver condições de envio nesse período de tempo ao IAL o material deve ser congelado em freezer);
- Em crianças o material deverá ser coletado sem o uso de espelho;
- Todo o pessoal que tiver contato com o material coletado deverá ser nomeado no envelope de envio.

### **Material para pesquisa de DST (HIV, Hepatite e Sífilis) e Teste de Gravidez.**

- O material utilizado para os testes será soro;
- O IAL fornecerá dois (02) tubos de ensaio para a coleta do material;
- Todo o pessoal que tiver contato com o material coletado deverá ser nomeado no envelope de envio.



## FICHA DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Raça: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Atividade sexual antes: ( ) sim ( ) não    Gesta: \_\_\_\_\_    Para: \_\_\_\_\_    Abortamentos: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da violência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Hora: \_\_\_:\_\_\_

Local: ( ) residência ( ) rua    outro: \_\_\_\_\_

Agressor: ( ) conhecido ( ) desconhecido ( ) múltiplos    parente: \_\_\_\_\_

Raça do agressor: \_\_\_\_\_

Tipos de relação: ( ) vaginal ( ) oral ( ) anal

Intimidação: arma \_\_\_\_\_ ( ) força física ( ) ameaça

Paciente havia utilizado álcool ou drogas: ( ) não ( ) sim    tipo: \_\_\_\_\_

Agressor havia utilizado álcool ou drogas: ( ) não ( ) sim    tipo: \_\_\_\_\_

Traumas físicos: ( ) não ( ) sim    tipo: \_\_\_\_\_

Breve história da ocorrência:

Data do BOP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Nº BOP: \_\_\_\_\_    Delegacia: \_\_\_\_\_

Realizado laudo do IML: ( ) não ( ) sim

### 3. ATENDIMENTO LOGO APÓS A VIOLÊNCIA SEXUAL

Uso de contracepção de emergência: ( ) não ( ) sim    tipo: \_\_\_\_\_

Profilaxia DST/AIDS: ( ) não ( ) sim    tipo: \_\_\_\_\_

Outros exames: \_\_\_\_\_

Colhido conteúdo vaginal: ( ) não ( ) sim

Colhido sangue ou sêmen nas vestes: ( ) não ( ) sim

Orientada sobre direitos legais: ( ) não ( ) sim

Encaminhamento ao ambulatório: ( ) não ( ) sim

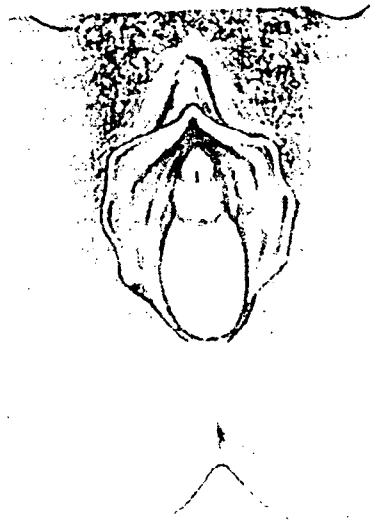
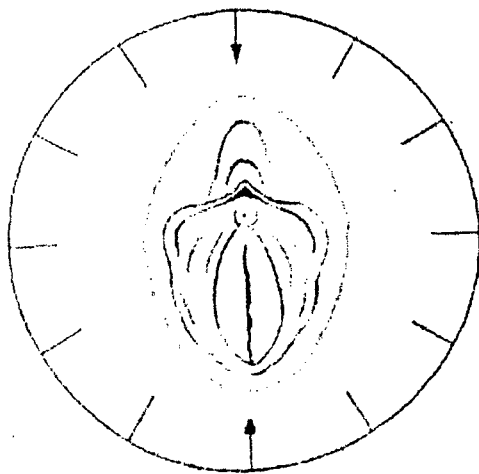
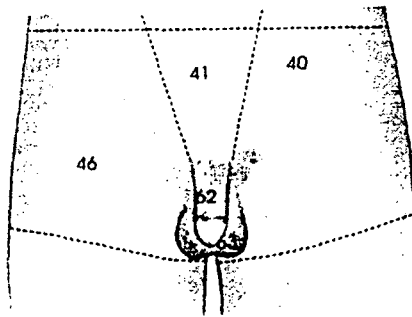
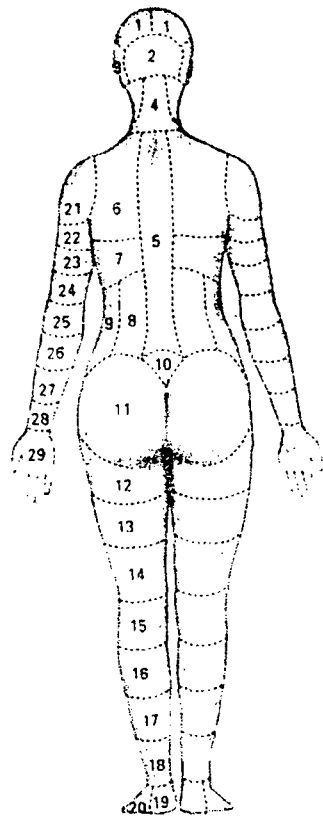
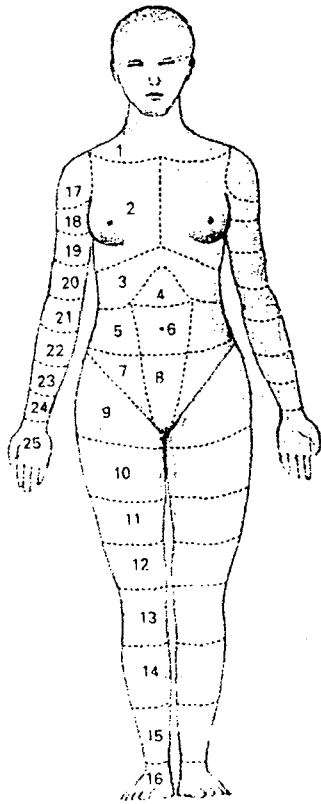
Encaminhada ao atendimento psicossocial: ( ) não ( ) sim

Assinatura e carimbo do profissional responsável

*Esta ficha deverá ser preenchida e encaminhada para o Banco de Dados da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, conforme endereço na "Lista de Endereços para Encaminhamentos".*



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE  
SANTA CATARINA





Rede de Atenção Integral às Vítimas  
de Violência Sexual do Município de Florianópolis

Termo de Encaminhamento

De: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Encaminhamos \_\_\_\_\_  
para atendimento neste serviço.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE  
SANTA CATARINA



## Solicitação de Exames

Nome: \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
BOP nº: \_\_\_\_\_

Solicitamos ao IAL os seguintes exames:

- Sorologia para sífilis
- Sorologia para hepatite B
- Sorologia para HIV
- Gravidez
- Pesquisa de espermatozóides
- Fosfatase ácida prostática
- Antígeno prostático específico (PSA)

Os resultados das sorologias deverão ser encaminhados para:

- Ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário - para pacientes maiores de 15 anos, atendidas no HU.
- Ambulatório de pediatria do Hospital Universitário - para pacientes até 15 anos, atendidas no HU.
- Ambulatório de alto risco do Hospital Infantil - para pacientes até 16 anos, de qualquer procedência.
- Ambulatório de DST/Aids da Prefeitura Municipal de Florianópolis - para pacientes com 16 anos ou mais, que residirem em Florianópolis.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO

REQUISIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

FICHA DE REFERÊNCIA

Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_  
Data nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Identificação do Médico requisitante:

Nome: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Imunobiológico(s) indicado(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo da indicação:

(Descrever resumidamente o motivo da indicação)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data, assinatura e CRM do solicitante

**Dirigir-se ao:**

- ( ) Hospital Infantil Joana de Gusmão - Rua Rui Barbosa, 152 - Agronômica. Fone: 251-9000
- ( ) Hospital Nereu Ramos - Rua Rui Barbosa, s/n - Agronômica. Fone: 228-5333



# CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
BOP nº: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, pessoa responsável pelo paciente \_\_\_\_\_, declara ter recebido informações do médico a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais:

## CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro.  
( ) Aceitou ( ) Não aceitou ( ) Criança ( ) Masculino

## PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.

Sífilis ( ) Aceitou ( ) Não aceitou  
 Gonorréia ( ) Aceitou ( ) Não aceitou  
 Infecção por Clamídia ( ) Aceitou ( ) Não aceitou  
 Infecção por Tricomonas ( ) Aceitou ( ) Não aceitou  
 Hepatite B ( ) Aceitou ( ) Não aceitou

## PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

Medicamentos usados para diminuir a possibilidade de contrair o HIV após o contato sexual.  
( ) Aceitou ( ) Não aceitou

## REALIZAÇÃO DE EXAMES

Sorologia para sífilis ( ) Aceitou ( ) Não aceitou  
 Sorologia para hepatite B ( ) Aceitou ( ) Não aceitou  
 Sorologia anti-HIV ( ) Aceitou ( ) Não aceitou  
 Teste de Gravidez ( ) Aceitou ( ) Não aceitou ( ) Criança ( ) Masculino

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima ou responsável

\_\_\_\_\_

Testemunhas:

1ª: \_\_\_\_\_  
2ª: \_\_\_\_\_



## Lista de Endereços para Encaminhamentos

**O que** - MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIA DA AIDS E DA HEPAPITE B.

➤ Maiores de 15 anos.

**Onde** - Hospital Nereu Ramos. R. Rui Barbosa, s/nº, Agrônômica.

Fone: 228-5333. A qualquer hora do dia.

➤ Menores de 15 anos.

**Onde** - Hospital Infantil Joana de Gusmão. R. Rui Barbosa, nº152, Agrônômica.

Fone: 251-9000. A qualquer hora do dia.

**O que** - ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL.

➤ Menores de 15 anos atendidas no Hospital Universitário.

**Onde** - Ambulatório de pediatria do HU/ UFSC, Campus Universitário, Trindade.

Fone: 331-9138.

➤ Maiores de 15 anos atendidos no Hospital Universitário.

**Onde** - Ambulatório de ginecologia do HU/UFSC, Campus Universitário, Trindade.

Fone: 331-9137.

➤ Menores de 16 anos de qualquer procedência.

**Onde** - Ambulatório de alto risco do Hospital Infantil. R. Rui Barbosa, nº 152, Agrônômica.

Fone: 251-9080 (para marcar). Pode ser agendado por telefone por qualquer pessoa.

➤ Maiores de 16 anos residentes em Florianópolis.

**Onde** - Ambulatório-DST/Aids - Av. Rio Branco, nº 197, Centro. Fone: 225-3997.

**O que** - ATENDIMENTO JURÍDICO.

**Onde** - Cevic. R. Artista Bittencourt, n.º 176 - 3º andar, Centro. Fone: 224-6462.

**O que** - ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL.

➤ Crianças, adolescentes e adultos de qualquer procedência.

**Onde** - Cevic. R. Artista Bittencourt, n.º 176 - 3º andar, Centro. Fone: 224-6462.

➤ Crianças e adolescentes (até 18 anos) residentes em Florianópolis (a partir de 2001).

**Onde** - Divisão da Criança e do Adolescente. R. Rui Barbosa, nº 677, fundos, Agrônômica.

Fone: 228-8611.

**O que** - BANCO DE DADOS.

**Onde** - Secretaria Municipal de Saúde. Av: Henrique Fontes, nº 6100, Trindade.

Fone: 239-1500.



No grupo das adolescentes aprendi sobre o mamão, a menstruação, sexualidade etc... Eu gosto desse grupo que eu estou participando pois me ajuda em muitas coisas que eu estou aprendendo várias coisas que eu não sabia e significando de eu também gostando de tudo do grupo eu não quero mais sair do grupo pois tudo que eu aprendo está muito bom.

Eu gostaria de falar que eu estou muito feliz de estar com vocês eu gosto muito do grupo que eu estou vivendo com vocês nesse grupo fiz muitas coisas que eu gostei pois eu gosto deste grupo pois eu nunca pensei que eu ia conhecer pessoas diferente como eu conheci uma pessoa muito legal para mim eu acho que uma amiga pois minha que eu acho que eu vou ter de fazer mais



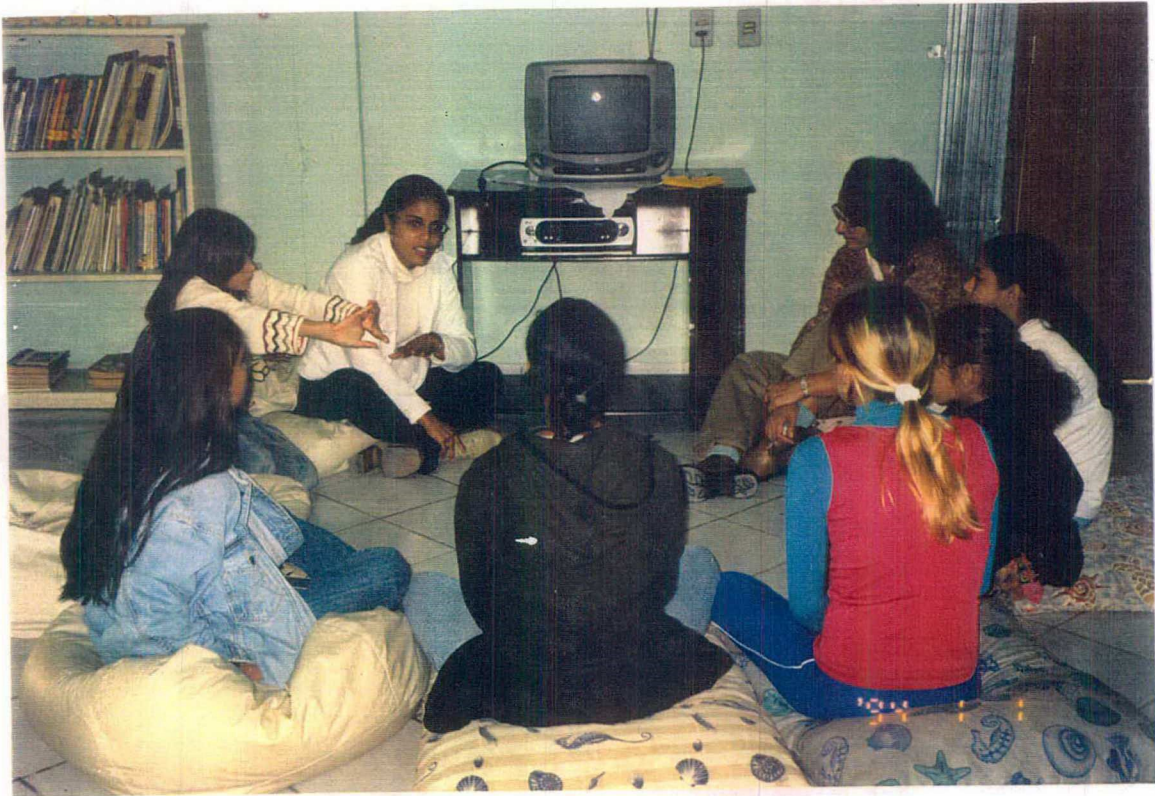
Foto 1: Participação com Pôster no 3º SEPEX

Foto 2: Encontro com @s adolescentes na Brinquedoteca





Foto 3 e 4: Encontro com @s adolescentes na Brinquedoteca.







UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE**  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331-9480 – 331-9399 Fax (048) 331-9787  
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

## **DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

### **Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial**

Em todas as etapas do trabalho, as acadêmicas mostraram compromisso, responsabilidade e um acentuado espírito de equipe, característica primordial no tipo de atendimento que esta clientela requer.

O relatório comprova o alcance dos objetivos propostos além de alguns não previstos também. De maneira que este Trabalho de Conclusão de Curso traz grande contribuição para o atendimento de Enfermagem às vítimas de violência sexual e de violência doméstica contra criança e adolescente, de maneira em geral.

Na sua apresentação à Banca Examinadora, esta conferiu-lhes a nota máxima (10), com a sugestão de estudantes apenas esclareçam mais sobre a amostra que, embora composta de adolescentes vítimas de violência sexual, não seria abordada a ocorrência em si, e sim o cuidado à saúde destes adolescentes, mais especificamente: Educação para a Saúde, plena atuação do âmbito da Enfermagem.

Outra recomendação foi a de que elas deveriam colocar mais sua experiência, a fim de retratarem a carga emocional à que estiveram expostas, durante este trabalho acadêmico, sem deixar de ser um legítimo trabalho científico. O que foi cumprido com todo empenho que também caracterizou a Prática Assistencial do início ao fim.

Em sendo assim, considero cumpridas as complementações solicitadas.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dalva Irany Grüdtner