

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**DANIELA TOZZI RIBEIRO**

**REPERCUSSÕES DO ABUSO SEXUAL SOBRE O COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS  
E ADOLESCENTES**

Porto Alegre

2005

DANIELA TOZZI RIBEIRO

REPERCUSSÕES DO ABUSO SEXUAL SOBRE O COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES

**Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem da Escola de  
Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Maria da Graça Corso da Motta**

Porto Alegre

2005

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVO	7
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	8
3.1 Tipo de estudo	8
3.2 Campo ou contexto	11
3.3 Coleta dos dados	11
3.4 Análise dos dados	11
3.5 Aspectos éticos	12
4 DISCUTINDO A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL	13
4.1 Introduzindo o tema: Definições	13
4.2 Breve caracterização das famílias	16
4.3 Comportamento da(s) criança(s)/adolescente(s) abusada(s)	20
5 ABUSO SEXUAL: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO HUMANIZADO	25
6 REVENDO E SINTETISANDO OS TEMAS EMERGENTES	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE- Ficha de leitura	39

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata do abuso sexual em crianças e adolescentes. Busca entender como essa violência é exteriorizada através do comportamento da criança/adolescente.

Considera-se abuso sexual um tipo muito grave de violência. Todo o ato ou jogo, relação hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa (CAMARGO; ARGÔLLO; BESERRA; SANTOS, 2002).

O abuso sexual infantil não é um fenômeno novo. O tabu do incesto existe há pelo menos 4000 anos, os primeiros registros pertencem ao babilônico código de Hammurabi (2150 a.C.) que se referia a uma filha gerando um filho de seu pai. Também está presente nas leis de Moisés (3000 a.C.), que descrevem o incesto como uma sina (GLASER, 2003).

No século XV a “figura infantil” era a representação do ingênuo, da inocência – a oposição da violência. A criança começa a fazer parte da pintura e da escultura, dando a idéia de ser um símbolo de beleza e esperança de uma vida melhor (SCHERER; SCHERER, 2000).

Nos séculos XVI e XVII, não havia privacidade. Os membros da família e os empregados da casa dividiam o mesmo espaço habitacional e as crianças eram vistas como adultos inferiores. Nesta época não havia nenhum tipo de proteção especial para as crianças e para os adolescentes (YATES, 1997). Scherer e Scherer (2000), também apontam o século XVI como a época de violência contra crianças. Começaram a surgir “escolas” que abrigavam estudantes pobres, sem famílias e que não eram bem vistos pela sociedade, submetendo-os aos piores castigos e formas de maus tratos. Assuntos sexuais eram livremente discutidos na presença das crianças. O abuso sexual, embora existente, não era encarado como um problema.

Sob a influência do Calvinismo, para Yates (1997), no século XVIII, muda a ótica pela qual as crianças e o sexo são vistos. O interesse e a atividade sexual eram considerados diabólicos. Crianças e adolescentes eram considerados corrompíveis. A função da família era a detecção precoce e a completa eliminação da corrupção infantil. Os sintomas de corrupção eram: desobediência, exibição de partes do corpo, perguntas e palavras inconvenientes (“seios, nádegas”). Ainda assim, o contato sexual entre crianças e adultos era visto como culpa das crianças.

Na metade do século XIX, a influência do Romantismo sobre as famílias mais abastadas fez com que as crianças fossem vistas como inocentes e assexuadas. A sociedade passou a evitar o contato das crianças e adolescentes com assuntos sexuais (YATES, 1997).

Já no século XX, o foco de interesse passou a ser o bem-estar das crianças, que continuavam a ser vistas como inocentes e necessitando de proteção contra conhecimento e atividade sexual. Neste momento surgiram os primeiros programas de prevenção do abuso sexual, que procuraram colocar a ameaça do abuso como externa à família e encorajar as próprias crianças/adolescentes a definir o que é sexual ou não (YATES, 1997).

Escolhi, então, estudar essa temática porque meu interesse surgiu no início do curso de enfermagem, quando tive experiências no cuidado de crianças e adolescentes que eram abusados sexualmente. Eram prestados atendimentos no ambulatório de Genética no Campus do Vale da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este foi o meu primeiro contato fora do hospital com um número maior de pacientes. Neste ambulatório são atendidos pacientes de diversas classes sociais, entretanto com o mesmo histórico: a violência como parte integrante da família. Posteriormente, esta atividade de extensão passou a abranger, também, uma escola na cidade de Taquari; onde se prestavam os mesmos tipos de atendimento. A minha vida acadêmica ficou marcada pela interação que tive com esses pacientes; e muitas preocupações surgiram frente as minhas reações, sentimentos, por vezes, contraditórios. Fiquei extremamente sensibilizada com a necessidade de cuidados que exigem

as crianças e adolescentes vitimadas por uma violência, tanto nos aspectos biológicos, como no que se refere à auto-estima, a confiança (em si mesmo e nos outros), bem como aos sentimentos. Essas crianças e adolescentes necessitam de suporte para reconstruir a imagem de seu próprio corpo, seus sentimentos e redescobrir o limite entre o “eu” e o “próximo”.

A violência intrafamiliar é considerada um problema de saúde pública, fazendo-se necessária a presença da temática “contexto familiar” neste estudo. Por isso, é de fundamental importância que os profissionais da enfermagem sejam preparados para atender tanto a vítima quanto à família que pratica a violência. Acolher as vítimas, mas também os abusadores (que também necessitam de auxílio), com a mesma qualidade de atendimento. Não banalizar a violência no âmbito familiar, oferecendo suporte para que a vítima possa denunciar o agressor a fim de que maior número de pessoas possam ser ajudadas. Alertar para a importância de se aliar a outros órgãos (conselho tutelar, justiça e outros), fazendo uma rede de apoio para que medidas efetivas sejam cumpridas. Ampliar a compreensão das relações familiares entendendo que, algumas vezes, são tidas como dinâmicas de poder/afeto e/ou relações de subordinação-dominação. Entender e implementar ações de cuidados de saúde à vítima e ao agressor.

Finalmente, acredito que a criança e adolescente que vivenciam a violência apresentam uma distorção de valores, acrescentando-se a isto uma negação do atendimento de suas necessidades humanas básicas (amor, proteção, segurança). Surge uma questão: poderá haver reestruturação humana mediante ao abuso sexual? Pretendo, neste estudo, entender o ciclo da violência no contexto familiar, considerando que a enfermagem cuida não só do paciente, mas também da família. E somente com uma melhor compreensão da realidade é que poderemos atuar de maneira eficaz com um cuidado realmente humanizado, que é o verdadeiro objetivo da enfermagem.

## **2 OBJETIVO**

Este trabalho tem por objetivo estudar as repercussões do abuso sexual sobre o comportamento de crianças e adolescentes através de pesquisa bibliográfica.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A seguir são descritas as etapas pelas quais o trabalho foi realizado.

#### 3.1 Tipo de estudo

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica. Este tipo de pesquisa é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído, principalmente de livros e artigos científicos.

De acordo com Gil (2001), a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao pesquisador ampliar muito mais seus conhecimentos do que se estivesse pesquisando diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço.

Ainda de acordo com Gil (2001), a pesquisa bibliográfica pode ser entendida como um processo que envolve as seguintes etapas:

Levantamento bibliográfico preliminar: logo após a escolha do tema, segue-se o levantamento bibliográfico preliminar para facilitar a formulação do problema. Essa etapa pode ser entendida como um estudo exploratório, proporcionando a familiaridade com a área de interesse, bem como sua delimitação. Pode-se, também, estudar uma área do assunto ainda mais restrita que possibilite uma visão mais clara e aprimorada do assunto.

Formulação do problema: nessa etapa é importante realizar uma reflexão crítica acerca dos assuntos estudados. Identificar controvérsias entre os autores, abordagens teóricas relevantes e optar por alguma abordagem teórica que fundamente o estudo.

Elaboração do plano provisório de assunto: após a formulação clara do problema e sua delimitação, elabora-se um plano de assunto, que consiste na organização sistemática das diversas partes que compõe o objeto de estudo. O plano provisório poderá passar por reformulações ao longo da pesquisa, mas é necessário que se tenha uma estrutura lógica do trabalho.

Identificação/busca das fontes: as fontes bibliográficas mais conhecidas são os livros de leitura corrente. No entanto, existem outras fontes de interesse para a pesquisa, tais como: obras de referência, teses e dissertações, periódicos científicos, anais de encontros científicos e periódicos de indexação e resumo.

Obtenção do material: a obtenção do material pode ser feita por empréstimo ou consulta privativa. A maioria das bibliotecas dispõe de certo número de títulos que podem ser retirados e de outros que só podem ser consultados no local.

Após a seleção do material a ser estudado, segue-se a leitura. Essa leitura feita na pesquisa bibliográfica tem os seguintes objetivos:

- a) identificar informações e os dados constantes do material impresso;
- b) estabelecer relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto;
- c) analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores.

Conforme o avanço da pesquisa realizam-se diferentes tipos de leitura:

Leitura exploratória: Esse tipo de leitura permite verificar se a obra interessa à pesquisa, utilizando uma visão global do conteúdo, bem como sua relevância para o estudo.

Leitura seletiva: Essa leitura é o passo seguinte, caracterizando-se pela determinação do material que interessa à pesquisa. É necessário que se conheça realmente os objetivos da pesquisa, evitando a leitura de textos desnecessários que não irão contribuir para a solução do problema em questão.

Leitura analítica: É feita com base nos textos selecionados. Tem por finalidade ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema de pesquisa. A leitura analítica possui alguns passos, como:

- leitura integral da obra ou do texto selecionado para se ter uma visão do todo;
- identificação das idéias-chaves por meio da junção inteligente entre os parágrafos do texto, é possível identificar as idéias mais importantes;
- hierarquização das idéias que permite distinguir as idéias principais das secundárias e estabelecer categorias para a análise do texto;
- sintetização das idéias é a etapa em que se elimina o que é secundário e se fixa no essencial para a solução do problema proposto.

Leitura interpretativa: Constitui a última etapa do processo de leitura das fontes bibliográficas. Tem por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução. É necessário que a interpretação se faça pela ligação dos dados com conhecimentos significativos, originados de pesquisas empíricas ou de teorias comprovadas. Esta última etapa não será desenvolvida no presente trabalho por falta de experiência e tempo da pesquisadora.

Fichamento: Para este estudo foi confeccionada uma ficha de leitura com os seguintes objetivos:

- registrar os conteúdos das obras a serem estudadas;
- identificar a obra e tecer comentários a respeito da mesma.

### **3.2 Campo ou contexto**

Neste trabalho, as fontes que embasaram o estudo foram livros publicados a partir da década de 90 disponíveis no sistema de bibliotecas da UFRGS (SABI) e artigos científicos disponíveis em base de dados (Scielo, Capes/periódicos, Bireme/Lilacs) e Revista Brasileira de Enfermagem.

As palavras chaves utilizadas para realizar a pesquisa foram: abuso sexual, violência, criança/adolescente, violência intrafamiliar.

### **3.3 Coleta dos dados**

A coleta dos dados foi realizada com base na ficha de leitura já elaborada. O modelo da ficha de leitura pode ser visualizado em Apêndice.

### **3.4 Análise dos dados**

De acordo com Bardin (2003), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, e por reagrupamento segundo analogia com os critérios previamente definidos. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico.

A partir da localização na literatura, foi construída uma classificação a respeito dos comportamentos mais comuns exteriorizados pela(s) criança(s)/adolescente(s) a fim de fornecer subsídios para um cuidado mais eficaz e humanizado.

### **3.5 Aspectos éticos**

As questões éticas foram preservadas a medida em que os autores consultados foram referenciados no texto, mantendo os direitos autorais dos mesmos.

## 4 DISCUTINDO A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Na revisão da literatura são apresentados alguns temas que embasam o estudo.

### 4.1 Introduzindo o Tema: Definições

A família define-se como “um grupo de pessoas vivendo juntas ou em contato íntimo, que cuida uns dos outros e propiciam orientação para seus membros dependentes” (WONG, 1999, p.54). Assim, a família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos. Conforme Seixas (1999), é dentro da família que o bebê estabelece as primeiras relações afetivas que irão construir sua subjetividade e influenciar suas relações futuras por toda a sua vida. Mesmo assim, é nas relações familiares que a violência surge como uma realidade. A família, então, que é um lugar de refúgio e afetividade pode ser um ambiente bom ou ruim de cuidado à criança e ao adolescente (MOTTA, 2004).

A palavra violência tem origem no latim “*violentia*” e designa o ato de violentar, força empregada abusivamente contra o direito natural, constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a praticar algo (COSTA, AREJANO; OLIVEIRA, 2004 apud CAMARGO; BURALLI <sup>1</sup>; 1998).

Para Araújo (2002), a violência intrafamiliar é a que ocorre dentro da família que convive ou não sob o mesmo teto. O conceito de violência intrafamiliar, portanto, não está restrito ao espaço físico, mas também às relações que se constroem e se efetuam. Ainda, o Ministério da Saúde (1993), conceitua a violência familiar como um fenômeno que permeia

---

<sup>1</sup> CAMARGO, C.L. de; BURALLI, K. O. **Violência familiar contra crianças e adolescentes**. Salvador: Ultragraph, 1998.

todas as classes sociais e está diretamente relacionado com a posição do poder do adulto frente à criança e que pode se configurar de diferentes formas. Além dessa violência ser cometida fora ou dentro de casa por algum membro da família, mesmo que seja alguém que passou a exercer uma função parenteral (ainda que sem laços cosanguíneos e em relação de poder sobre outra pessoa), a violência intrafamiliar é uma ação ou omissão que prejudica o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito da criança/adolescente ao seu pleno desenvolvimento. Para Pereira, Ferriani e Hirata (2001), a violência intrafamiliar, mais precisamente a violência sexual, é impulsionada por uma destrutiva combinação de poder, ira e sexo, sendo um produto de relações de dominação. Morales e Schramm (2002), concordam que há uma relação de poder no abuso, envolvendo chantagens e intimidações que resultam em sérias conseqüências emocionais e de estruturação de personalidade. Este tipo de violência é uma invasão das partes mais privadas e íntimas do corpo e da consciência de uma pessoa.

O abuso sexual na infância ou na adolescência define-se como a participação de uma criança ou de um adolescente em atividades sexuais que são inapropriadas à sua idade e ao seu desenvolvimento psicosssexual. Farinatti e Fonseca (1996), ainda acrescentam que essa exposição também se refere a uma maneira distorcida de compreender o papel da criança/adolescente na família. A vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da relação sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo (GAUDERER; MORGADO, 1992).

O abuso sexual se caracteriza por uma situação em que a criança e/ou o adolescente é usado no prazer sexual de uma pessoa mais velha com contato físico (carícias, passar as mãos em zonas sexuais como seios, nádegas ou genitália), pornografia, o ato sexual em si (com penetração vaginal, anal ou oral) com ou sem violência física ou sem o contato físico, que se caracteriza pelo abuso sexual verbal (conversa sobre atividades sexuais para despertar interesse ou chocar), exibicionismo (ficar exibindo as partes sexuais para um menino ou

menina), ou até mesmo quando alguém fica observando a criança ou adolescente em trajes mínimos ou sem roupa. Sendo assim, qualquer ação em que alguém seja constrangido a praticar atos libidinosos, com ou sem penetração vaginal, oral ou anal sob violência ou grave ameaça (SADIGURSKY; MAGALHÃES, 2002). Para Farinatti e Fonseca (1996), os abusos sexuais são realizados em sua maioria, sem o uso da violência, e que percorre uma escalada que se inicia com carícias, exibicionismo e chega ao extremo do coito, podendo ir a situações absurdas de sexo grupal e cenas de sadismo ou sadomasoquismo. Sendo assim, pensa-se que o abuso sexual é uma das formas mais graves de maus tratos, envolvendo muito mais que negligência, força física e sedução, causando danos psicológicos, físicos e emocionais irreversíveis. Conforme Souza e Eisenstein (1993), existem diferentes formas de categorizar os abusos sexuais, como sendo sensoriais (pornografia, exibicionismo, linguagem sexualizada); por estimulação (masturbação, contatos genitais incompletos) ou por realização (tentativas de violação ou penetração oral, genital ou anal); mas serão sempre considerados como agressão emocional.

Porém, o que mais assusta é a gravidade dos danos psicológicos. De acordo com Seixas (1999) apud Azevedo<sup>2</sup> (1989), assim como a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (1997), revelam que vivenciar num período de grande fragilidade (como o fim da infância- início da adolescência, por exemplo) uma experiência traumática como o abuso sexual, pode causar uma paralização no desenvolvimento psíquico. Os danos por toda a vida serão os psicológicos, e são também, os que predominam sobre outros danos, como físicos e comportamentais. Para Salomon (2002), qualquer forma de violência produz praticamente o mesmo dano psicológico, prejudicando a cognição, as emoções, o funcionamento do indivíduo e também rompe a estrutura social, fazendo com que se perpetue uma espiral transgeracional de ainda mais violência. Ainda, Padilha e Gomide

---

<sup>2</sup> AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Vitimação e vitimização: questões conceituais. In: \_\_\_\_\_ et al. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu Editora, 1989.

(2004) apud Azevedo, Guerra e Vaicunas<sup>3</sup> (1997) concordam em afirmar que o abuso sexual prolongado pode prejudicar o desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional da criança e do adolescente vitimizados.

Freud considerou os instintos sexuais como significativos no desenvolvimento da personalidade. Durante a infância, certas regiões do corpo assumem um significado psicológico proeminente como fonte de novos prazeres e de novos conflitos, deslocando-se gradualmente de uma parte do corpo para outra em estágios particulares de desenvolvimento: oral, anal, fálico, período de latência e estágio genital (WONG, 1999). O desenvolvimento da sexualidade, então, está ligado ao desenvolvimento biológico e psicossocial. É um dos elementos da personalidade. A forma de se relacionar com os outros, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos e de afeto, de alguma forma dependem da sexualidade (SOUZA; COSTA; LOPES, 2002).

#### **4.2 Breve caracterização das famílias**

A vitimização sexual em crianças e adolescentes envolve diversas formas de violência física, emocional, moral e familiar. Nas famílias em que o abuso sexual é praticado, entende-se que há uma profunda desorganização.

Essa desorganização familiar será tanto pior para a criança, quanto pior for a forma de início do abuso. Haverá conseqüências mais danosas dependendo da idade e nível de desenvolvimento da criança, da duração, freqüência e repetição do ato, do grau de coerção e trauma físico, da extensão da desorganização familiar, da história de problemas emocionais, do passado de instabilidade familiar e a relação entre a criança e o perpetrador (YATES, 1991

---

<sup>3</sup> AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N.; VAICUNAS, N. Incesto ordinário: a vitimização da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas. *In*: \_\_\_\_\_. **Infância e violência doméstica**. São Paulo: Cortez, 1997.

apud SCHETKY e GREEN<sup>4</sup> 1988; FURNISS, 1993; SADIGURSKY; MAGALHÃES, 2002; GLASER, 2003).

Alguns autores classificam essas famílias como disfuncionais. O abuso sexual dos filhos por parte dos pais existe como uma forma de domínio. A necessidade da aparência de uma “família perfeita” e “bem-sucedida” condiciona um pacto de silêncio entre eles (SADIGURSKY; MAGALHÃES, 2002). Sadigursky e Magalhães (2002), apud estudiosos como Hyde<sup>5</sup> (1994) e Flores<sup>6</sup> (1998), relacionam essas disfunções com alguns fatos familiares que parecem aumentar o risco de crianças/adolescentes serem vitimizadas, tais como: mau relacionamento entre o casal; presença do pai ou padrasto desocupado ou desempregado em casa; falta de comunicação entre mãe e filha; a ausência circunstancial ou duradoura da figura materna; o meio familiar fortemente agrupado e relativamente isolado da comunidade, com características hierárquicas; famílias constituídas com um pai autoritário, protetor e único provedor e uma mãe submissa, introvertida e vivendo isolada da família; vida religiosa exagerada; baixa escolaridade e a pobreza, entre diversas outras características. Para Glaser (2003), as circunstâncias familiares que facilitam a condição do abuso seriam a falta de satisfação das necessidades básicas, a negligência de supervisão e a formação de laços inseguros.

Kaplan (2002), revela que em estudos epidemiológicos, os fatores de riscos para o abuso sexual incluem ainda: uso abusivo de álcool pela mãe ou pelo pai; presença somente de um dos pais; pais que foram abusados na infância e nível sócio-econômico baixo. Santos (2002), acredita que a violência familiar é um sintoma dos desajustes da cultura e da estrutura social; e reforça que além das características já citadas, há que se levar em consideração a enfermidade mental. Embora pais pertencentes às classes econômicas mais favorecidas também possam abusar de suas crianças, é menos provável que sejam descobertos e acusados

---

<sup>4</sup> SCHETKY, D.; GREEN, A. **Child sexual abuse**: a handbook for health care and legal professionals. New York: Brunner/Mazel, 1988.

<sup>5</sup> HYDE, J. S. **Sexual Coercion in understanding human sexuality**. New York: Mcgraw-Hill Inc., 1994.

<sup>6</sup> FLORES, R. Z. Violência sexual em seus múltiplos aspectos. **Jornal da FEBRASGO**, n.8, 1998.

do que pais de classes menos favorecidas (YATES,1997). Essa posição de segredo e não descoberta do abuso reforça a facilidade de encobrir o crime e persuadir ou assustar a criança para que esta se mantenha calada, já que os agressores encontram-se numa posição de confiança enquanto a criança tem uma posição indefesa na família (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1997).

Trepper e Niedner (1996) apud Gordon<sup>7</sup> (1989) reafirmam que além do significativo risco de pais se tornarem abusadores por serem usuários de álcool e/ou drogas e terem problemas conjugais, ainda acrescentam como fator de risco para a prática desse tipo de violência a impotência sexual. Isso pode ser apontado como um potencializador do isolamento social de famílias mais vulneráveis a sofrerem atos de violência como o abuso sexual. Yates (1997), classifica as famílias isoladas como pessoas anti-sociais e com valores morais pobres. Isso se caracteriza por uma família que possui limites fracos e dá pouca importância aos direitos, pertences e privacidade dos indivíduos.

O pai assume um papel dominante e a mãe, passividade e dependência (YATES, 1991). Os pais dessas famílias são vistos como intimidadores e controladores, etilistas e com propensão a instabilidade de emprego. São incapazes de desenvolver relações fora da família e são considerados socialmente inibidos. Alguns são descritos como devotos religiosos e totalmente contrários a manter uma relação fora do casamento (YATES, 1997; YATES, 1991 apud HERMAN<sup>8</sup> (1981); MEISELMAN<sup>9</sup> (1978); GEBHARD et al.<sup>10</sup> (1965); WEINBERG<sup>11</sup> 1955).

---

<sup>7</sup> GORDON, M. The family environment of sexual abuse: a comparison of natal and stepfather abuse. **Child abuse and neglect**, v. 13, p. 121-130, 1989.

<sup>8</sup> HERMAN, J. **Father-Daughter Incest**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981.

<sup>9</sup> MEISELMAN, K. **Incest: a psychological study of causes and effects with treatment recommendations**. São Francisco: Jossey-Bass, 1978.

<sup>10</sup> GEBHARD, P.; GAGNON, J.; POMEROY, W. *et al.* **Sex offenders: an analyses of types**. New York: Harper e Row, 1965.

<sup>11</sup> WEINBERG, K. **Incest behavior**. New York: Citadel Press, 1955

As esposas de abusadores são vistas como dependentes e relutantes em reconhecer o abuso devido ao medo de acabar com a relação conjugal. Reforçando a falta desses valores morais, as mulheres abusadoras são solitárias e apresentam sérias dificuldades emocionais. Além disso, as esposas e mães são deprimidas, sexualmente inativas e podem estar rejeitando o papel maternal por estarem recriando situações abusivas vividas na infância (YATES, 1991).

Para Scherer e Scherer (2000), apud Krinski et al.<sup>12</sup> (1985), Mirabal<sup>13</sup> (1988) e Taylor<sup>14</sup>(1992), o isolamento social das famílias revela uma baixa auto-estima dos pais. Como os pais não conseguem resolver seus problemas, deslocam os conflitos conjugais nos filhos, usando-os para canalizar suas frustrações. Unindo-se a esses fatores, o estresse por estar desempregado, a possibilidade do divórcio (rompimento familiar), vivências inadequadas, precária utilização dos recursos comunitários e a passividade excessiva são fatores que estimulam o abuso sexual por parte das famílias.

Conforme afirma Araújo (2002), a família é uma instituição básica e importante na formação do indivíduo. É dever dos pais zelar pelo desenvolvimento físico e emocional dos filhos. Cabe aos pais, também, o atendimento das necessidades humanas básicas, tais como: proteção e segurança e o atendimento das necessidades materiais. Assim sendo, quando se instaura o quadro de violência na família, os pais usam o poder para satisfazerem suas necessidades pessoais. Os papéis e as funções de cada um se confundem, gerando uma certa “desordem” na cabeça da criança/adolescente. Esse processo torna-se mais complexo na medida em que a cena de abuso vem acompanhada de sedução e carinho que mascaram a violência. Tais comportamentos deixam a criança confusa e, dependendo do tipo de relação que mantém com o agressor, ela oscila entre calar ou denunciar tais atos praticados por alguém que, por obrigação, deveria lhe dispensar cuidado e proteção (ARAÚJO, 2002). Sendo

---

<sup>12</sup> KRYNSKI, S. *et al.* **A criança maltratada**. São Paulo:Almed, 1985. 137 p.

<sup>13</sup> MIRABAL, B. El manejo interdisciplinario del maltrato de menores ante la ley el tratamiento actual. **Bol. Asoc. Med. P. R.**, v.80, n.7, p. 251-252, 1988.

<sup>14</sup> TAYLOR, C. M. **Fundamentos da Enfermagem Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 465 p.

assim, a violência cometida por pessoas em quem a criança ou adolescente confiam é um importante fator de risco que afeta o desenvolvimento da auto-estima, da competência social e da capacidade de estabelecer relações interpessoais, potencializando a fixação de um autoconceito negativo e uma visão pessimista do mundo (ASSIS; AVANCI; SANTOS; MALAQUIAS; OLIVEIRA, 2003 apud GARBARINO et al.<sup>15</sup> 1986; AZEVEDO<sup>16</sup> 1989).

### **4.3 Comportamento da(s) criança(s)/adolescente(s) abusada(s)**

Nas famílias em que ocorre abuso sexual prolongado, as crianças não se sentem emocionalmente compreendidas nem adequadamente cuidadas por qualquer um dos pais (FURNISS, 1993). Essas crianças e adolescentes que foram submetidos a práticas sexuais inadequadas demonstram muito medo. Nada do que acontece pode ser revelado, pois a vítima está sendo constantemente ameaçada através de punições e castigos. Também de acordo com Furniss (1993), nas crianças que sofreram abuso sexual, os sentimentos de ser especial podem se transformar em sentimentos de culpa e desvalia, fazendo com que a criança se sinta suja e não amada.

Por outro lado, Farinatti e Fonseca (1996), acreditam que a criança relaciona a moral com as consequências de um determinado ato, ou seja, se dermos um brinquedo à criança, seremos bons, mesmo que isso venha acompanhado de uma chantagem, por exemplo. Entende-se que subjetivamente, o contato sexual é considerado bom pela criança, já que é realizado por alguém em quem ela confia e que garante uma dose a mais de carinho e um certo poder. A vítima é usada numa participação involuntária em uma relação complementar

---

<sup>15</sup> GARBARINO, J.; GUTTMAN, E.; SEELEY, J. W. **The psychologically battered child**. São Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1986.

<sup>16</sup> AZEVEDO, M. A. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

em que tira ganhos e que muitas vezes é a relação mais importante e significativa da sua vida (FURNISS, 1993). O ganho que a criança ou adolescente parece possuir é um carinho sexualizado. Suas demandas afetivas são respondidas pelo abusador num contexto que desperta precocemente sua sexualidade. A criança quer um cuidado emocional e recebe uma resposta sexual. Com o acúmulo de experiências de abuso, a vítima em sua confusão entre cuidado emocional e experiência sexual pode apresentar comportamento sexualizado, quando o que deseja é afeto, segurança emocional. Yates (1997), Kaplan (2002) e Glaser (2003), revelam que as crianças/adolescentes se tornam sedutoras, preocupadas com sexo e erotizam atividades comuns. E se essa criança/adolescente sentir prazer em algum ato sexual, ela se sentirá ainda mais culpada, aumentando o seu mal-estar. Ainda Junqueira e Deslandes (2003) apud Morgado<sup>17</sup>(2001), teorizam que o exercício da sexualidade adulta será prejudicado pela desconfiança no sexo oposto, falta de prazer e desconforto na relação sexual com parceiros. Além disso inicia-se um processo de dificuldade em confiar nas pessoas, mesmo que estas sejam próximas (FURNISS, 1993). Por isso, de acordo com Ribeiro; Zinn; Silva; et al. (2004, p.84): “ O abuso sexual é um assunto que gera grande dificuldade entre as pessoas que lidam com a violência, pois o poder exercido pelo agressor impressiona pela brutalidade do ato e pela fragilidade da criança ou do adolescente envolvido na violência”.

Por todos esses fatores, a criança/adolescente vitimizada pode apresentar sintomas comportamentais diversos. Sadigursky e Magalhães (2002) apud Lewis e Wolkmar<sup>18</sup> (1993) afirmam que, mesmo com o interesse precoce por brincadeiras sexuais, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e uma certa incapacidade de confiar nas pessoas, outros sintomas podem ser expressos: medo de ficar sozinha, recusar-se a sair de casa; terror e pavor noturnos; comportamento regressivo; diminuição no rendimento escolar; medo do sexo oposto ou sedução demasiada; comportamento agressivo, hostil, destrutivo e hiperativo;

---

<sup>17</sup> MORGADO, R. **Abuso sexual incestuoso**: seu enfrentamento pela mulher/mãe. 2001. Dissertação (Doutorado em Ciências Sociais)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

<sup>18</sup> LEWIS, M.; WOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

aversão a qualquer tipo de atividade ou brincadeira de conotação sexual, entre outros não menos graves. As crianças que sofreram abuso podem apresentar um baixo interesse sexual, que além da aversão, também se caracteriza por frigidez (YATES, 1997; SANTOS, 2002).

Segundo Santos (2002), Kaplan (2002), Padilha e Gomide (2004) apud Friedrich<sup>19</sup> (1998), Knell e Ruma<sup>20</sup> (1999), as crianças e adolescentes abusados apresentam sentimentos de que a inocência foi perdida e os sonhos foram destruídos. Há sentimentos de culpa; baixa auto-estima e visão distorcida de si mesmo; comportamento de alto risco e desatenção; reações depressivas com tentativas de suicídio; neurose aguda; habilidades sociais empobrecidas (incluindo distúrbios de caráter e do comportamento social); raiva e hostilidade reprimidas; capacidade para confiar prejudicada; limites pouco claros entre os papéis; fuga; uso de drogas e álcool; dificuldades de relacionamento (incluindo relações com pouca duração, caracterizando um comportamento disruptivo); muito poucos amigos íntimos; pseudomaturidade; ansiedade; inibição; queixas somáticas; agressividade e somatização; delinqüência e pouca responsabilidade; prostituição; problemas de comportamento sexual; problemas de autodomínio e controle; TEPT. Ainda, Day; Telles; Zoratto et al. (2003), reafirmam todas as características já citadas, incluindo efeitos mais imediatos, como: distúrbios alimentares, do sono e da aprendizagem; banhos freqüentes; quadros obsessivo-compulsivos; sintomas psicóticos; sentimentos de rejeição, humilhação, vergonha e medo. Ainda que uma ou mais características possam se manifestar nas crianças e adolescentes, o abuso sexual se confirma como o estressor traumático mais comumente encontrado em pacientes com transtorno de estresse pós-traumático- TEPT (POLANCZYK; ZAVASCHI; BENETTI; ZENKER; GAMMERMAN, 2003 apud LORION; SALTZMAN<sup>21</sup> 1993).

<sup>19</sup> FRIEDRICH, W. Behavioral manifestations of child sexual abuse. *In: Child abuse and neglect*, v. 22, n. 6, p. 523-531, 1998.

<sup>20</sup> KNELL, S. M.; RUMA, C. D. Terapia do jogo com crianças sexualmente abusadas. *In: REINECKE, M.; DATTILIO, F.; FREEMAN, A. (orgs.). Terapia cognitiva com crianças e adolescentes – manual para a prática clínica.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

<sup>21</sup> LORION, R.; SALTZMAN, W. Children's exposure to community violence: following a path from concern to research to action. *In: REISS, D.; RICHTERS, J.E.; RADKE-YARROW, M.; SCHARF, D. (org.). Children and violence.* New York: Guilford Press, 1993.

Enfocando, então, uma das conseqüências mais graves do abuso sexual que é o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), pode-se dizer que a crise causada pelo abuso será revivida pela criança/adolescente por algum tempo. Conforme Souza e Eisenstein (1993), a crise aparecerá em momentos de maior tensão alternando reações de depressão e ansiedade. A criança e o adolescente com esses sintomas experimentam uma forte sensação de reviver o trauma sofrido, assumindo uma conduta evitativa, tendo dificuldades para adormecer e se concentrar e assustando-se facilmente. Parece que a criança/adolescente está num constante estado de apatia emocional (DAY; TELLES; ZORATTO et al., 2003). As reações de susto e de regressão manifestadas pelo TEPT evoluem para uma desordem crônica traumática (YATES, 1997).

Flores e Caminha (1994) apud Goldson<sup>22</sup> (1991), afirmam que crianças abusadas não só apresentam diminuição de quociente de inteligência (QI), como também, compartilham menos, ajudam menos e se associam menos a outras crianças. Para Padilha e Gomide (2004) apud Amazarray e Koller<sup>23</sup> (1998) além da dificuldade de confiar nos outros, de compartilhar, de ajudar e de associar-se, as crianças que sofreram violência sexual são afetadas em todo o seu desenvolvimento social.

Sem dúvida, as conseqüências emocionais, psicológicas e comportamentais são as mais agressivas para um ser humano que está ainda se desenvolvendo. Porém, não se pode esquecer dos danos físicos, não menos graves e que requerem um tratamento imediato. Johnson (1992), aponta como principais danos físicos: a doença venérea; infecções freqüentes do trato urinário; contusão/laceração/sangramento/corrimento retal, vaginal ou peniano; dispaurenia; irritação na garganta e fadiga. Eisenstein e Souza (1993), sustentam que a criança/adolescente pode apresentar dores e queixas psicossomáticas, evidenciando sinais e sintomas de enurese e encoprese e de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), além de

---

<sup>22</sup> GOLDSON, E. The affective and cognitive sequelae of child maltreatment. **Pediatric clinics of North America**, v. 38, n. 6, p. 1481-1496, 1991.

<sup>23</sup> AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S.H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.11, n. 3, p. 559-578, 1998.

poder estarem presentes hemorragias, cicatrizes corporais e as lacerações genitais já citadas. Outros danos físicos existentes podem ser alterações no reto, alterações e/ou queimaduras cutâneas, equimoses, traumatismos repetitivos, dermatites peri-orais ou peri-anais, deformações e rompimento do hímen e gravidez (KAPLAN, 2002).

Portanto, podemos entender que as conseqüências do abuso sexual são múltiplas, sendo que seus efeitos físicos e psicológicos podem ser devastadores, marcantes e que não se apagam jamais, necessitando de um estudo com maior aprofundamento.

## **5 ABUSO SEXUAL: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO HUMANIZADO**

Santos (2002), afirma que os maus tratos ao menor são um problema universal, independente de barreiras geográficas, culturais ou ideológicas. Constitui um complexo fenômeno que tem como denominador comum um comportamento destrutivo e violento do processo normal de desenvolvimento e bem-estar da criança. Também Minayo (2002), se refere ao tema da violência contra a infância e a adolescência como uma forma secular de relacionamento das sociedades com suas variáveis em cada uma. Sua superação envolve um aprofundamento da consciência e um melhor grau de civilização.

Para a recuperação de um desenvolvimento saudável, o nosso maior desempenho, como profissionais da saúde, se refere a uma ação de cuidado interativo, ou seja, “... cuidar como comportamentos e ações que envolvam conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para melhorar a condição humana...” (WALDOW, 2001, p.127). Assim, o abuso sexual fere todas as esferas de sentimentos, de crescimento, de sonhos e de dignidade humana, sendo imprescindível tratar as crianças e os adolescentes vitimados com um cuidado especial, totalmente humanizado. Waldow (2001), define o cuidado humano como um relacionamento terapêutico no qual a presença é total e o sentido moral da enfermagem é preenchido, promovendo assim, o bem-estar. Nesse sentido, a enfermagem possui um papel fundamental e obrigatório no cuidado das vítimas. Ainda conforme Waldow (2001, p.62), “a enfermagem é uma profissão que lida com o ser humano, interage com ele e requer o conhecimento de sua natureza física, social, psicológica e suas aspirações espirituais”. Na violência sexual, esse conhecimento se torna mais nebuloso, considerando que a criança e/ou adolescente é ferido em toda a sua natureza. Enxerga-se, então, a enfermagem como um dos principais elos que unem comportamentos de solidariedade, de promoção do bem da saúde e que possibilita a criança/adolescente abusada transformar essa experiência difícil (mesmo que não esquecida) em uma situação que possa ser aceita de alguma maneira menos dolorosa para que ela

recupere a sua dignidade e possa seguir em frente, o que é muito importante. Diante disso, o profissional da saúde tem de estar apto a compreender de que maneira a violência atinge a criança/adolescente, para que se possa estimular uma atitude resiliente<sup>24</sup> frente à vida (ASSIS, 2002).

De acordo com a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (1997), Salomon (2002) e Westphal (2002), crianças maltratadas freqüentemente se tornam adultos maltratantes. O que mais as crianças e os adolescentes que sofreram abuso sexual precisam é serem simplesmente cuidados. Os objetivos de cuidar envolvem, entre outros aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer, dentre outros. No processo de ajudar o outro a crescer, a idéia é de que esse ser venha a cuidar de algo ou de alguém, bem como de si próprio (WALDOW, 2001). A partir disso, estaríamos agindo a favor da criança, interrompendo a violência e não permitindo que o abusado se torne um futuro agressor. Ajudando a criança e o adolescente a crescer também envolve ajudá-lo a enfrentar momentos difíceis, mantendo-se ao lado com solidariedade e auxiliando-o a extrair um significado da experiência vivida (WALDOW, 2001). Como romper com esse ciclo nas dimensões do nosso maior instrumento: o cuidado humanizado? Considerando que:

A violência doméstica, os acidentes e a violência social de modo geral, sem contornos muito delimitados, a falta de afeto e, muitas vezes, também das condições mínimas necessárias para a sobrevivência trazem problemas físicos, mentais e de relacionamento às crianças e jovens, sendo responsáveis, grande parte das vezes, pela sua própria violência contra os outros. O setor saúde precisa prevenir e tratar este tipo de enfermidade de maneira diferente das suas práticas habituais, uma vez que esta é pluricausal, com tentáculos macrossociais e estruturais e enraizamento nas consciências. A abordagem intersetorial por meio de políticas públicas integradas surge como um horizonte a ser buscado (WESTPHAL, 2002, p.16).

Quem sabe, não está aí o início da nossa resposta. Aliado a isto, manter a dignidade humana, facilitar meios para manejar com as crises e as experiências e aliviar o sofrimento humano (principalmente o causado nas crianças/ adolescentes vítimas do abuso sexual), que é

---

<sup>24</sup> Resiliência é uma superação/adaptação diante de uma dificuldade e a construção de novos caminhos de vida a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

a finalidade do cuidar na enfermagem (WALDOW, 2001). É importante que os profissionais da saúde conheçam e considerem a realidade de vida das crianças, orientando os responsáveis a respeitar a criança e o adolescente antes mesmo do seu nascimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1997). O fortalecimento dos laços familiares (desde o pré-natal), a educação comunitária, o desenvolvimento de pesquisa e estudo sobre o assunto, a denúncia e a inserção de profissionais em conselhos tutelares, em comitês de proteção à criança e ao adolescente das instituições hospitalares e ministério público seriam medidas fundamentais para o rompimento do ciclo da violência (RIBEIRO; ZINN; SILVA; et al.; MOTTA, 2004). Assim como diz Oliveira (2002), é preciso que a discussão sobre violência doméstica contra as crianças faça parte da formação dos agentes comunitários de saúde. É preciso ainda, que programas disciplinares de violência doméstica estejam incluídos no currículo de escolas de enfermagem, medicina e psicologia. A enfermagem necessita investir na sua prática como educadoras, sensibilizadoras, capacitadoras e promotoras de resgate ao bem estar comum, não só das vítimas como também, da comunidade e do meio que se quer transformar para melhor. Essas questões são essenciais para o desenvolvimento de um cuidado completo, amplo e eficaz, que rompa com a cadeia do abuso sexual. Assim como os autores já citados, Azevedo (2002), acredita que o rompimento da violência só é possível através de uma sinergia entre pesquisa, capacitação profissional e conscientização comunitária.

Minayo (2002), afirma que com ações específicas do setor saúde para prevenção e tratamento de conseqüências da violência, é importante canalizar nossas energias para a construção dos direitos humanos e sociais. Também se acredita que, embora tenhamos que romper com a existência da violência sexual, a prevenção também é um caminho a ser percorrido. Investir em campanhas e na comunicação social contra a violência doméstica que vitimizam crianças e adolescentes também é um papel nosso (dos profissionais), como de toda a sociedade (OLIVEIRA, 2002).

Enfim, para que possamos caminhar nesta jornada multifacetada da violência sexual em prol de um caminho mais humano, bonito e saudável para as crianças e adolescentes, necessitamos, como afirma Waldow (2001):

Assumir o cuidado como um valor, como um imperativo moral, prescinde de uma consciência do que ele significa para cada um individualmente. Isso só é possível no momento em que se questiona acerca do significado do cuidar e de sua relação com a vida e com a profissão de enfermagem (p.162).

## 6 REVENDO E SINTETISANDO OS TEMAS EMERGENTES

Os resultados são apresentados conforme as categorias que se seguem:

**A) Estrutura Familiar/ Características familiares:** A estrutura familiar é a base do crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente, servindo como exemplo para a vida futura. Quando essa estrutura está abalada, aumenta o risco de desencadear um quadro de violência familiar, oportunizando a continuação da violência e prejudicando a criança/adolescente em toda a sua história de vida.

- Estrutura familiar desorganizada/conflitos familiares
- Meio familiar fortemente agrupado e isolado da comunidade com características hierárquicas
- Pai autoritário, protetor e único provedor (papel dominante)
- Ausência da mãe ou presença de somente um dos pais
- Mãe submissa, passiva e dependente
- Falta de comunicação entre mãe e filha
- Pais que foram abusados na infância
- Limites fracos e desrespeito aos direitos, pertences e privacidade dos indivíduos
- Filhos que recebem pouco suporte da mãe
- Valores morais pobres
- Falta de satisfação das necessidades humanas básicas
- Negligência de supervisão
- Formação de laços inseguros
- Enfermidade mental
- Impotência sexual

- Mau relacionamento entre o casal ( deterioração da relação marital)

**B) Características sócio-econômicas:** As precárias condições sócio-econômicas podem ser vistas como fatores desencadeantes da violência na medida em que inexistem o atendimento das necessidades humanas básicas. As frustrações são constantes e o abuso sexual se manifesta como um desajuste e como uma tentativa de prover as demandas afetivas, sociais e financeiras.

- Baixo nível sócio-econômico
- Baixo nível escolar
- Presença do pai ou padrasto desocupado ou desempregado em casa
- Pais pertencentes às classes econômicas mais favorecidas também podem abusar de suas crianças
- Desajustes culturais e de estruturação social

**C) Conseqüências emocionais/ Comportamentais/ Danos psicológicos:** As vítimas de abuso sexual são abaladas em todos os aspectos da personalidade. O que mais afeta o desenvolvimento do ser humano são os danos psicológicos, muitas vezes, irreversíveis, e que impedem a construção de uma vida saudável e feliz.

- Elevada taxa de depressão
- Psicose/sintomas psicóticos
- Neurose aguda
- Quadros obsessivos-compulsivos
- Banhos frequentes
- Baixa auto-estima incluindo enfraquecimento da imagem corporal
- Culpa, vergonha, raiva e hostilidade
- Habilidades sociais empobrecidas (distúrbios de caráter e do comportamento social)
- Capacidade para confiar, compartilhar, ajudar e associar-se prejudicada

- Muito poucos amigos íntimos
- Sentimento de não ser amada e sentir-se “suja”
- Sentimentos de rejeição e humilhação
- Sentimentos de inocência perdida e sonhos destruídos
- Pseudomaturidade
- Limites pouco definidos entre papéis
- Problemas de autodomínio e controle
- Ansiedade, medo (comportamento fóbico) e desamparo/desvalia
- Queixas somáticas e psicossomáticas
- Somatização
- Inibição, retraimento
- Delinqüência, rebeldia, pouca responsabilidade
- Fuga
- Medo de ficar sozinha e/ou recusar-se a sair de casa
- Prostituição e problemas de comportamento sexual, comportamento erotizado
- Comportamentos sedutores com interesse precoce por brincadeiras sexuais
- Medo e/ou desconfiança do sexo oposto
- Baixo interesse sexual, aversão e frigidez
- Falta de prazer e desconforto na relação sexual
- Abuso de álcool e/ou drogas
- Irritabilidade
- Baixo rendimento escolar/ diminuição do quociente de inteligência (QI)
- Comportamento agressivo, hostil, destrutivo e hiperativo
- Comportamento disruptivo
- Comportamento regressivo
- Desordens comportamentais

- Comportamentos de alto risco com propensão à acidentes/desatenção
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
- Ideal suicida
- Transtorno do sono
- Terror e pavor noturnos
- Evitação de contato físico
- Desordens alimentares

**D) Conseqüências Físicas/ Danos físicos:** Os danos físicos são os que necessitam de um tratamento imediato e que podem ser revertidos. É necessário que o exame físico seja completo para detectar toda e qualquer tipo de alteração sofrida pela criança/adolescente.

- Doença venérea
- Dores e queixas psicossomáticas
- Infecções do trato urinário frequentes
- Dispaurenia
- Contusões, lacerações em genitais, hemorragias, cicatrizes
- Enurese e encoprese
- Dermatites peri-oral ou peri-anal
- Equimoses
- Corrimento vaginal
- Traumatismos repetitivos
- Gravidez indesejada
- Doenças sexualmente transmissíveis (DST's)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da realização deste trabalho, percebe-se como somos frágeis diante de uma violência que fere tanto às crianças e aos adolescentes, como a nós mesmos, profissionais. Talvez estejamos um pouco desamparados e com medo, assim como nossas vítimas violentadas, pois, invadir o terreno movediço das relações familiares, conjugais, sociais e afetivas, por vezes, é bastante complicado e nos custa muito... Dar um fim no que muitos profissionais não fazem questão de enxergar, significa muito mais do que vontade. É preciso repensar e redirecionar as políticas públicas, econômicas, culturais e buscando atuar na base, na origem onde tudo se inicia. Precisamos, constantemente, monitorar nossos esforços e enfrentar a violência.

Para tanto, considero que nós, profissionais da saúde, necessitamos investir nossos esforços numa maior instrumentalização do assunto, realizar atividades extra-muros por meio de prevenção e promoção da saúde e de uma constante revalorização da vida. E mais ainda, no caso da violência sexual, prestar atenção nas queixas das crianças e adolescentes e investigar o meio onde elas vivem e a sua relação com a família. Com base num projeto sólido de atenção à criança e ao adolescente e num enfrentamento contra a violência, estaremos atuando (ainda que indiretamente) contra a miséria, causadora em grande parte de enfraquecidas relações familiares. É necessário praticar e investir no cuidado humanizado, fundamental para que possamos “salvar” o que resta de melhor na criança/adolescente vitimizado sexualmente. É preciso manter um interesse real e verdadeiro na totalidade do ser humano violentado; somente assim, é possível resgatar a melhor condição humana daquele ser que precisa ser cuidado e confortado no seu sofrimento e nas marcas deixadas por uma violência tão brutal quanto a sexual. A profissão de enfermagem é que presta esse cuidado direto, o cuidado que tem relação inerente à vida, manifestado através da preocupação, do auxílio, do conforto e alívio e da valorização do outro.

A partir da realização deste estudo é possível perceber, mais claramente, que o início de uma solução para a violência sexual é unir esforços e conhecimentos no sentido de atuar caso a caso. O sentimento de impotência pode fazer parte, algumas vezes, considerando que a violência é multifacetada e não é algo estanque, talvez. Somos incapazes de “salvar o mundo”, mas podemos, cuidar, ainda que seja um caso isolado em meio ao grande contingente de vítimas de abuso sexual. Mas é muito importante estarmos preparados para enfrentar a violência e poder restituir a auto-estima de crianças e jovens, buscando restabelecer a sua saúde física e emocional e possibilitar o seu empoderamento como ser humano e cidadão.

## REFERÊNCIAS

AMAZARRAY, M. R. ; KOLLER, S. H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.11, n.3, 1998. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 15 jun. 2005.

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.7, n.2, jul./ dez., 2002. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 15 jun. 2005.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SANTOS, N. C. *et al.* Violência e representação social na adolescência no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v.16, n.1, jul., 2004. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 15 jun. 2005.

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

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Abuso sexual: mitos e realidade**. 1º ed. Petrópolis: Autores e Agentes e Associados, 1997, 40p.

\_\_\_\_\_. **Maus tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais de saúde**. 2º ed. Petrópolis: Autores e Agentes e Associados, 1997, 40p.

AZEVEDO, M. A. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *In*: WESTPHAL, M. F. (org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2002.

BARDIN, L. A categorização. *In*: \_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2003.

CAMARGO, C. L. *et al.* Violência no contexto familiar e escolar. *In*: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

COSTA, D. D. G.; AREJANO, V. L. T.; OLIVEIRA, A. M. N. A violência infantil e a intervenção da equipe de enfermagem na Unidade Básica de Saúde. *In*: LUZ, A. M. H.; MANCIA, J. R.; MOTTA, M. G. C. (org.). **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 2004.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H. *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.25, supl.1, abr., 2003. Disponível em:< [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 15 jun. 2005.

EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. Abuso sexual. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes**. Petrópolis: Vozes, 1993.

FARINATTI, F. A. S.; FONSECA, N. M. Maus tratos e abuso sexual. *In*: SUKIENNIK, P. B. (org.). **O aluno problema**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1996.

FLORES, R. Z.; CAMINHA, R. M. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, mai./ ago. 1994.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GAUDERER, E. C.; MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 68, n. (7,8), 1992.

GIL, A. C. Como elaborar uma pesquisa bibliográfica. *In*: \_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. Delineamento da pesquisa bibliográfica. *In*: GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GLASER, D. Child sexual abuse. *In*: TAYLOR, E.; RUTTER, M. **Child and adolescent psychiatry**. Massachusetts: Blackwell Science Ltd, 2002.

JOHNSON, C. F. Abuso na infância e o psiquiatra infantil. *In*: GARFINKEL, B. D.; CARLSON, G. A.; WELLER, E. B. **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan./fev., 2003. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 15 jun. 2005.

KAPLAN, S. J. Child and adolescent sexual abuse. *In*: LEWIS, M. **Child and adolescent psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996.

MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. *In*: WESTPHAL, M. F. (org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2002.

MORALES, A. E.; SCHRAMM, F. R. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, 2002. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 15 jun. 2005.

MOTTA, M. G. C. Ensinar a prevenção contra a violência em oficinas de criatividade. *In*: LUZ, A. M. H.; MANCIA, J. R.; MOTTA, M. G. C. (org.). **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 2004.

OLIVEIRA, H. A violência doméstica contra a criança e o adolescente. *In*: WESTPHAL, M. F. (org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2002.

PADILHA, M. G. S.; GOMIDE, P. I. C. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.9, n.1, jan./abr., 2004. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 15 jun. 2005.

PEREIRA, S. M.; FERRIANI, M. G. C.; HIRATA, M. C. Violência sexual: promoção de direitos humanos sexuais e reprodutivos x violência sexual. *In*: RAMOS, F. R. S. (org.). **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2001.

POLANCZYK, G. V.; ZAVASCHI, M. L.; BENETTI, S. *et al.* Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, fev., 2003. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 15 jun. 2005.

RIBEIRO, N. R. R. *et al.* Desvelando a violência contra a criança e o adolescente para acadêmicos de enfermagem. *In*: LUZ, A. M. H.; MANCIA, J. R.; MOTTA, M. G. C. (org.). **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 2004.

SADIGURSKI, C. A.; MAGALHÃES, M. L. C. Violência sexual: aspectos psicossociais e clínicos. *In*: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SALOMON, Z. Situação da criança e do adolescente em Israel: crescendo em ambientes violentos- vulnerabilidade e resiliência. *In*: WESTPHAL, M. F. (org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2002.

SANTOS, M. C. C. L. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. *In*: WESTPHAL, M. F. (org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2002.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, ago., 2000. Disponível em: < [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br) > Acesso em: 15 jun. 2005.

SEIXAS, A. H. Abuso sexual na adolescência. *In*: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. (org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

SOUZA, R. P.; COSTA, M. C. O.; LOPES, C. P. A. Comportamento sexual. *In*: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. **Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TREPPER, T. S.; NIEDNER, D. M. Intrafamily child sexual abuse. *In*: KASLOW, F. W. **Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns**. United States of America, 1996.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidado: na busca da integralização. *In*: \_\_\_\_\_. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3º ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

\_\_\_\_\_. As demais dimensões e espaços do cuidado humano na enfermagem. *In*: WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3º ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WESTPHAL, M. F. O Seminário Internacional “violência e criança”. *In*: \_\_\_\_\_. **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2002.

WONG, D. L. Influências da família na promoção da saúde da criança. *In*: \_\_\_\_\_. **Elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

\_\_\_\_\_. Influências do desenvolvimento na promoção da saúde da criança. *In*: WONG, D. L. **Elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

YATES, A. Sexual abuse of children. *In*: WIENER, J. M. **Textbook of child and adolescent psychiatry**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

**APÊNDICE- Ficha de Leitura**

FICHA DE LEITURA:

**Referência:**

Autor:

Título do texto/artigo:

Capa/Título:

Obra/editora/ano/local:

**Citação Literal:****Resumo:****Observações e Anotações:**