

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil^a

Lucyana Conceição Lemes JUSTINO^b, Sandra Regina Paulino FERREIRA^c, Cristina Brandt NUNES^d, Maria Angélica Marcheti BARBOSA^e, Maria Auxiliadora de Souza GERK^f, Sandra Luzinete Félix de FREITAS^g

RESUMO

Estudo com o objetivo de verificar nos Conselhos Tutelares Norte e Sul do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a ocorrência de notificações de violência sexual contra adolescentes em 2007 e 2008. Pesquisa descritiva quantitativa retrospectiva baseada em dados dos arquivos de notificações de violência sexual contra adolescentes. A maioria das vítimas era do sexo feminino. Houve prevalência da faixa etária de 10 a 14 anos, para ambos os sexos. Predominaram agressores masculinos. A maior parte dos atos de violência sexual notificados ocorreu em ambiente doméstico. A abordagem do profissional de saúde frente aos casos de violência sexual deve ser permeada por respeito para com a vítima e sua família. Para tanto, requer-se um atendimento acolhedor, que assegure a privacidade necessária para que o adolescente possa expressar os fatos e manifestar seus sentimentos.

Descritores: Violência sexual. Defesa da criança e do adolescente. Saúde do adolescente. Enfermagem pediátrica.

RESUMEN

Estudio desarrollado con el objetivo de verificar la ocurrencia de notificaciones de violencia sexual contra adolescentes en 2007 y 2008 en los Consejos Tutelares Norte y Sur de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. Investigación descriptiva cuantitativa retrospectiva con base en archivos de notificaciones de violencia sexual contra adolescentes. La mayoría de las víctimas era de sexo femenino. Se registró una prevalencia de grupo etario de 10 a 14 años para adolescentes del sexo femenino y del masculino. Predominaron agresores masculinos. La mayor parte de los actos de violencia sexual verificados ocurrió en el ambiente del hogar. El abordaje del profesional de la salud frente a los casos de violencia sexual debe estar imbuido de respeto para con la víctima y su familia. A tal fin, se hace necesaria una atención acogedora, que asegure la privacidad necesaria como para que el adolescente pueda expresarse acerca de lo sucedido y manifestar sus sentimientos.

Descriptorios: Violencia sexual. Defensa del niño. Salud del adolescente. Enfermería pediátrica.

Título: La violencia sexual contra adolescentes: notificaciones en los Consejos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

ABSTRACT

This study examines reports of sexual violence against adolescents in 2007 and 2008 made with the North- and South-District Child and Adolescent Protective Services of Campo Grande, the capital city of the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. Data for this retrospective, descriptive and quantitative research were collected from the services' archives on sexual violence against adolescents. Results: most victims were females. Reports predominantly concerned boys and girls from 10 to 14 years of age. Most offenders were males. The majority of reported cases occurred at home. When addressing cases of sexual violence, healthcare professionals should adopt a stance permeated by respect for the victims and their families. This requires providing a receptive environment, so as to ensure the level of privacy required for victimized adolescents to report facts and express their feelings.

Descriptors: Sexual violence. Child advocacy. Adolescent health. Pediatric nursing.

Title: Sexual violence against adolescents: notifications filed in the Child and Adolescent Protective Services in the city of Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul, Brazil.

^a Trabalho extraído da monografia apresentada em 2009 ao Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP).

^b Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família, Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, Dois Irmãos do Buriti, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^c Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família, Enfermeira do Hospital El Kadri, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^d Doutora em Ciências, Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^e Mestre em Enfermagem Pediátrica, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^f Doutora em Ciências, Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^g Mestre em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

Embora a violência sexual contra adolescentes se manifeste nas diversas classes sociais e em todo o mundo, constitui evento frequentemente silenciado. Na maioria das vezes, as vítimas deixam de buscar atendimento, dado o temor de represálias, o preconceito e o segredo, fatores que dificultam o relato dos fatos, particularmente no caso de adolescentes^(1,2). Além disso, grande parte dos casos de abuso sexual ocorre no ambiente intrafamiliar, repetidas vezes e sem evidências físicas, levando o adolescente a vivenciar sentimentos de vergonha, medo, raiva e humilhação⁽³⁾.

Pesquisadores definem abuso ou violência sexual contra criança e adolescente, quando um adulto ou adolescente com mais idade, pode variar desde atos que envolvem contato sexual com ou sem penetração genital, anal ou oral a atos em que não há contato sexual, como o voyeurismo, o exibicionismo, prática de carícias e manipulação de genitália, mama ou ânus, sendo sempre considerada como violência quando a vítima é menor de 14 anos⁽⁴⁾.

O incesto pode ocorrer em até 10% das famílias. Entre os principais agressores estão o pai, padrasto, tio, avô ou pessoa de confiança da família^(2,5).

No Brasil, essa problemática assumiu relevância política e visibilidade social principalmente a partir da década de 1990, com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069). Esse dispositivo legal, cujo princípio básico é garantir a cidadania de crianças e adolescentes com a finalidade de estimular a promoção da saúde e a prevenção de agravos, torna obrigatória a identificação e a denúncia de casos de violência⁽⁶⁻⁹⁾. Entretanto, o Código Penal Brasileiro define que abuso sexual é ter relação sexual com violência ou grave ameaça, quando a vítima for menor de 14 anos a pena é agravada⁽⁷⁾.

Atualmente, a violência sexual é reconhecida como grave problema de saúde pública, exigindo preparo tanto dos profissionais quanto das instituições de saúde para atuarem com a população infanto-juvenil. Estima-se que aproximadamente 20% das mulheres e 5% a 10% dos homens sofram abuso sexual na infância ou adolescência e que 30% das primeiras experiências sexuais sejam forçadas^(1,3). No entanto, devido à falta de denúncias, esses dados não permitem uma estimativa suficientemente precisa do número de casos, indicando,

porém, que o problema é relevante, pelo risco significativo que impõe à saúde, especialmente do adolescente.

A adolescência caracteriza-se por grandes transformações físicas e emocionais, particularmente no desenvolvimento e maturação sexual e na necessidade de experimentar o novo com um pensamento "mágico" de indestrutibilidade⁽¹⁰⁾. Tais características, aliadas à pouca idade, são subentendidas como fragilidade para o agressor, o que torna os adolescentes vulneráveis à ação sexual abusiva.

Dessa forma, os profissionais da saúde, dentre eles o enfermeiro, têm o papel de identificar, notificar e acolher, além de iniciar imediatamente o tratamento necessário, proporcionando cuidados físicos e emocionais à vítima⁽¹¹⁾.

A identificação dos perfis do adolescente que sofreu violência sexual e do agente agressor por meio de consulta a documentos de notificação de casos pode subsidiar a formulação de medidas preventivas que envolvam o adolescente, a família e a comunidade, bem como a realização de ações educativas voltadas a essa clientela, além da capacitação dos profissionais na efetivação das denúncias.

Este estudo objetivou verificar nos Conselhos Tutelares Norte e Sul do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a ocorrência de notificações de violência sexual contra adolescentes no período de 2007 a 2008; caracterizar as vítimas quanto a sexo e idade; e caracterizar o agressor sexual em termos de sexo, idade e grau de proximidade com a vítima.

METODOLOGIA

Os dados para esta pesquisa descritiva retrospectiva de abordagem quantitativa⁽¹¹⁾ foram coletados em janeiro e fevereiro de 2009 nos arquivos de notificações dos Conselhos Tutelares Norte e Sul de Campo Grande. Para tanto, utilizou-se um formulário que permitiu organizar os dados segundo o número de notificações de violência sexual em cada ano, o sexo e a idade dos adolescentes e o sexo, a idade e o grau de proximidade dos agressores. A amostra incluiu adolescentes de ambos os sexos que sofreram violência sexual de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

O conselho tutelar é um órgão municipal permanente e autônomo, responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adoles-

cente definidos no Estatuto da Criança e do Adolescente⁽⁶⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como o período dos 10 aos 19 anos de idade, em que ocorre transição entre a infância e a idade adulta. Esse período se subdivide em pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos) e adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19)⁽¹²⁾. Foram, no entanto, coletados dados referentes à faixa etária de 10 a 18 anos, uma vez que as notificações feitas junto a esses conselhos tutelares se limitam a esta idade máxima.

Os dados foram tabulados com auxílio do programa Microsoft Office Excel 2007, analisados e apresentados em forma de tabelas, com distribuição por frequência simples e porcentagem.

Por razões éticas, manteve-se sigilo sobre as informações referentes às vítimas e suas famílias, bem como se preservou o anonimato dos adolescentes. A realização deste estudo foi precedida de aprovação, após solicitação e autorização formal, junto à responsável pelo Programa Psicojurídico Social (Programa Sentinela).

Uma vez que a pesquisa envolveu consulta a arquivos, o projeto incluiu um Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados e uma Carta de Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (protocolo 1300/2008), em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

RESULTADOS

A avaliação dos dados permitiu identificar as características da violência sexual praticada contra os adolescentes. Dos 361 casos levantados no período de estudo, 170 (47%) foram notificados ao Conselho Tutelar Norte e 191 (53%) ao Conselho Tutelar Sul.

A faixa etária de maior prevalência foi a dos 10 aos 14 anos, tanto para vítimas do sexo feminino quanto do masculino. Constatou-se aumento das notificações em 2008 (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos de violência sexual notificados junto aos conselhos tutelares, por sexo e faixa etária da vítima. Campo Grande, MS, 2007-2008.

Variáveis	2007		2008		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	159	92	168	89	327	91
Masculino	13	8	21	11	34	9
Total	172	100	189	100	361	100
Idade (Vítimas do sexo feminino)						
10 a 14	98	62	117	70	215	66
15 a 18	61	38	51	30	112	34
Total	159	100	168	100	327	100
Idade (Vítimas do sexo masculino)						
10 a 14	8	62	13	62	21	62
15 a 18	5	38	8	38	13	38
Total	13	100	21	100	34	100

Fonte: Conselhos Tutelares Norte e Sul, Campo Grande, MS, 2009.

A Tabela 2 caracteriza os agressores quanto ao sexo e ao grau de proximidade com as vítimas, revelando grande predominância de casos de vio-

lência sexual envolvendo familiares ou conhecidos. Poucos foram os episódios infligidos por pessoas desconhecidas.

Tabela 2 – Casos de violência sexual notificados junto aos conselhos tutelares, por características do agressor. Campo Grande, MS, 2007-2008.

Características do agressor	2007		2008		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agressor (Vítimas do sexo feminino)						
Feminino	158	99	165	98	323	99
Masculino	1	1	3	2	4	1
Total	159	100	168	100	327	100
Agressor (Vítimas do sexo masculino)						
Feminino	13	100	19	90	32	94
Masculino	-	-	2	10	2	6
Total	13	100	21	100	34	100
Grau de proximidade						
(Vítimas do sexo feminino)						
Padrasto	51	32	57	34	108	32
Pai	25	15	32	18	57	17
Vizinho	14	9	19	11	33	10
Vários homens	10	6	13	8	23	7
Namorado	9	6	11	7	20	6
Tio	7	4	9	5	16	5
Chefe	5	3	3	2	8	2
Desconhecido	3	2	3	2	6	2
Conhecido da vítima	1	1	2	1	3	1
Primo	1	1	2	1	3	1
Marido da avó	1	1	1	1	2	1
Padrinho	1	1	1	1	2	1
Avô	1	1	-	-	1	0
Tia	1	1	1	1	2	1
Mulher conhecida	-	-	2	1	2	1
Não especificado	29	17	12	7	41	13
Total	159	100	168	100	327	100
Grau de proximidade						
(Vítimas do sexo masculino)						
Pai	3	23	4	18	7	20
Padrasto	2	15	5	24	7	20
Desconhecido	2	15	4	18	6	18
Vários homens	2	15	2	10	4	12
Amigo	-	-	2	10	2	6
Avô	1	9	-	-	1	3
Vizinha	-	-	1	5	1	3
Cunhada	-	-	1	5	1	3
Não especificado	3	23	2	10	5	15
Total	13	100	21	100	34	100

A Tabela 2 revela que a maioria dos agressores era do sexo masculino, independentemente do sexo da vítima. Em vítimas do sexo feminino, o padrasto (108 casos, ou 32%) foi o agressor mais comum, seguido do pai (57, ou 17%) e de vizinho (33, ou 10%). Em vítimas do sexo masculino, a agressão foi mais comumente praticada pelo pai ou padrasto (7 casos, ou 20%), por estranho (6, ou 18%) e por vários homens (4, ou 12%).

DISCUSSÃO

A maior incidência ocorreu entre meninas. Tal fato pode estar relacionado com sua fragilidade física, que reforça a discriminação e a exploração que as meninas sofrem em relação aos meninos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

O fato de as vítimas serem, em sua maioria, meninas no início da adolescência costuma fazer com que a culpa da agressão recaia sobre elas próprias, uma vez que vivenciam uma fase em que já não são mais crianças e despertam para feminilidade. Em nossa sociedade, predominantemente machista, tal condição é muitas vezes confundida com incitação voluntária ao abuso do agressor⁽¹⁵⁾.

A maior incidência de violência sexual ocorreu entre adolescentes mais jovens, em ambos os sexos (Tabela 1). A literatura aponta que, quanto menor a idade, maiores são as consequências do abuso sexual à vítima, o que torna relevante a condução de estudos diagnósticos e epidemiológicos que possam contribuir para a prevenção desse tipo de violência⁽⁷⁾. Perpetrado na fase de construção da personalidade, o abuso sexual provoca traumas psicológicos e pode levar à prática sexual desprotegida, à gravidez, à depressão ou até ao suicídio⁽¹⁷⁾.

A maior parte dos agressores foi do sexo masculino (Tabela 2). A literatura expõe que na maioria das vezes as mulheres tendem a serem omissas em casos de violência, principalmente quando o agressor é o padrasto⁽⁴⁾. O uso intenso de mecanismos de defesa é um aspecto relevante no abuso sexual. A mãe tenta negar os fatos buscando preservar-se de conflitos internos, uma vez que, para proteger uma suposta unidade familiar, tem de escolher entre a filha e/ou filho e o companheiro, defendendo geralmente este último.

De cada dez violadores, cinco são os próprios pais da vítima, um é o padrasto, três são tios e apenas um é desconhecido⁽¹⁸⁾. As agressões praticadas por desconhecidos são menos comuns e, nestes casos, a consumação do ato geralmente envolve força

física, ocorrendo com maior frequência longe do ambiente familiar e em situações ligadas ao sexo comercial.

O abuso sexual intrafamiliar confronta os tabus sociais relativos à vivência harmoniosa familiar, o respeito e o amor paterno e materno. Assim, uma pessoa violentada sexualmente por um familiar, sobretudo se este está incumbido de ser seu cuidador e protetor, pode passar a manter relações sexuais conflituosas com qualquer pessoa que represente papéis de autoridade e poder para com ela. Soma-se a essa situação a falta de preparo e a insensibilidade de alguns funcionários que atendem as vítimas em delegacias, em hospitais e também em conselhos tutelares⁽¹⁹⁾.

Estes e outros aspectos colaboram com os inúmeros desdobramentos e lesões advindos da experiência de violência sexual. A vítima pode passar a ver o próprio corpo como profano, reduzindo sua autoestima, desenvolvendo sentimento de perda de integridade física, sofrendo de angústia, depressão e inferioridade, vivenciando perturbações e medos, tendo dificuldade de lidar com o sexo oposto, vendo a atividade sexual como punitiva e, no extremo do comportamento autodestrutivo, chegando ao suicídio. Quanto maior o período de abuso, maior a sensação de culpa das vítimas⁽¹⁹⁾.

Constata-se a crescente necessidade de criar serviços especializados e capacitar os profissionais que trabalham com essas crianças e com suas famílias, de modo a permitir-lhes alcançar real compreensão dos casos, bem como conduzir intervenções adequadas.

Os profissionais de saúde não podem ficar alheios a essa problemática, principalmente, devido a possibilidade de tornar visível a situação de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, possibilitada pelo exame físico completo e anamnese sobre as experiências sexuais da criança, visto que o profissional de saúde é, frequentemente, o primeiro a ser procurado em casos de abuso sexual⁽⁹⁾.

É de responsabilidade e dever de todo cidadão notificar ao conselho tutelar da respectiva localidade todos os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos sofridos por crianças e adolescentes. É garantido o sigilo do denunciante. Subsequentemente, o órgão orientará a vítima ou os responsáveis por ela com relação a seus direitos, bem como procederá aos encaminhamentos e acompanhamentos necessários⁽¹⁶⁾.

A esse respeito, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece que o enfermeiro ao se deparar com casos de maus-tratos, dentre eles a violência sexual contra crianças e adolescentes, a partir do diagnóstico de risco e levantamento de suspeita precoce o profissional deverá desencadear meios de proteção e cuidados especializados, principalmente para tomar providências quanto ao afastamento do agressor, comunicando o fato ao conselho tutelar e inexistindo esse órgão no município, a notificação deverá ser feita à autoridade judicial, dado que o teor dessa comunicação constitui justa causa para o rompimento do sigilo profissional⁽²⁰⁾.

Diante da gravidade da situação e da fragilidade das vítimas, a postura do profissional de saúde frente a um caso de violência sexual deve ser de acolhimento e respeito para com a vítima e sua família. A investigação requer atendimento em ambiente acolhedor e o profissional deve estar preparado para ouvir apenas uma vez, pois após o relato a vítima poderá silenciar.

Os profissionais, por sua vez, acabam erroneamente omitindo a realidade para manter o sigilo profissional, contribuindo para agravar a situação traumática. O dever legal, no entanto, está acima do sigilo profissional. Durante todo o processo de atendimento de situações de violência, a equipe de saúde se vê envolvida em dilemas éticos e preocupada com a qualidade da intervenção e suas consequências. Por vezes, o atendimento representa a primeira instância em que a vítima revela uma situação de violência, o que torna esse momento uma oportunidade para o profissional de saúde conquistar a confiança desse cliente⁽²⁰⁾.

Esta é uma problemática que, para se tornar visível, exige dos profissionais de saúde um novo olhar, que não se limite a reduzir esse fenômeno a uma patologia do agressor ou da vítima, mas que o compreenda como consequência de uma dinâmica relacional complexa, não só interpessoal, mas também social⁽⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a maioria dos casos de violência sexual pesquisados neste estudo envolveu pessoas próximas às vítimas e não deixou evidências físicas, independentemente de uso de força física.

Sabe-se que o silêncio é a marca característica da violência sexual doméstica contra crianças e

adolescentes, uma vez que qualquer tentativa de revelação é repreendida pelo agressor por meio de ameaças ou seduções. Quase sempre os parentes não-agressores costumam fechar os olhos, tentando evitar escândalos que possam abalar ainda mais a estrutura familiar.

Dadas as decorrências potencialmente drásticas da violência sexual, principalmente na população jovem, atingindo predominantemente o sexo feminino, torna-se premente o desenvolvimento de estudos e trabalhos integrados que respaldem os profissionais e serviços de saúde com estratégias para enfrentá-lo.

Um elemento importante para auxiliar a prevenção desse tipo de violência é o preenchimento completo e correto dos dados que compõe a ficha de atendimento dos conselhos tutelares, pois as falhas de registro não só dificultam a assistência a ser prestada, mas prejudicam a identificação de fatores de risco para violência intrafamiliar e sua possível prevenção. Observamos que algumas das fichas pesquisadas apresentavam campos incompletos, ou mesmo nenhuma informação além da identificação da vítima, comprometendo a análise de algumas variáveis, particularmente as referentes ao agressor. A criação de um protocolo abrangendo itens de interesse para programas voltados à prevenção, com informações sobre a vítima, o agressor e a família, seria altamente oportuna.

Nas fichas dos conselhos tutelares de Campo Grande não constam campos para preenchimento de dados sobre decorrências psicológicas da violência sexual, local de ocorrência da violência, grupo étnico da vítima e do agressor, consequências para o abusador ou encaminhamentos institucionais para atendimento à vítima e seus familiares. Sugere-se que esses dados sejam acrescidos às notificações, pois forneceriam mais subsídios para a prevenção de casos novos e para a realização de novos estudos.

Cabe ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde identificar famílias com risco potencial para comportamentos abusivos, bem como a existência de crises situacionais decorrentes de algum tipo de violência, e propor soluções alternativas, incluindo orientação e encaminhamento para tratamento especializado. Compete também ao enfermeiro realizar visitas domiciliares para prover cuidados específicos e educação em saúde aos grupos vulneráveis, além de atuar na prevenção terciária para tratamento, reabilitação e prevenção da recorrência de violência.

REFERÊNCIAS

- 1 Campos MAMR. Violência sexual como questão de saúde pública: Atenção específica em serviço de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.
- 2 Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito RS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):602-8.
- 3 Bittar DB. Violência intrafamiliar: um estudo com mães agressoras usuárias de álcool e drogas [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.
- 4 Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. J Pediatr. 2005;81(Supl 5):S-197-204.
- 5 Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. Acta Paul Enferm. 2009;22(n esp):903-8.
- 6 Costa MCO, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestação de violência. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(5):1129-41.
- 7 Oliveira MPC. Abuso sexual de meninos: estudo das consequências psicossociais na adolescência [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
- 8 Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Conceptions held by health professionals of violence against children and adolescents within the family. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(1):136-41.
- 9 Paixão ACW, Deslandes SF. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. Saúde Soc São Paulo. 2010;19(1):114-26.
- 10 Brêtas JRS, Moreno RS, Eugenio DS, Sala DCP, Vieira TF, Bruno PR. Os rituais de passagens segundo adolescentes. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):404-11.
- 11 Lemes LC, Ferreira SRP. Características das notificações de violência sexual contra adolescentes em Campo Grande – MS [monografia]. Campo Grande: Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal; 2009.
- 12 Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra; 1995.
- 13 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 14 Sanchez RN, Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: Lima AA, organizador. Violência faz mal à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. p. 29-38.
- 15 Ferriani MGC, Garbin LM, Ribeiro MA. Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000. Acta Paul Enferm. 2004;17(1):45-54.
- 16 Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cad Saúde Pública. 2010;26(2):347-57.
- 17 Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(4):440-6.
- 18 Machado HB, Lueneberg CF, Régis EI, Nunes MPP. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí / SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. Texto Contexto Enferm. 2005;14(n esp):54-63.
- 19 Garcia L, Gomes RF, Almeida AP. Perfil da violência sexual na Paraíba: levantamento dos crimes entre 1998 e 2005. Revista Artemis. 2005;2(n esp):1-17.
- 20 Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):472-7.

Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:

Lucyana Conceição Lemes Justino
Rua Gerônima Teixeira Ramos, 335, Centro
79215-000, Dois Irmãos do Buriti, MS
E-mail: lucyanacg@gmail.com

Recebido em: 31/05/2011
Aprovado em: 18/11/2011