



Secretaria Especial de
Políticas para as Mulheres



Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência

Propostas de intervenção para o setor saúde

Módulo de auto-aprendizagem

Stella R. Taquette
(organizadora)

A violência perpetrada contra as mulheres adolescentes e jovens é uma questão multicausal atravessada por elementos culturais, econômicos, políticos, psicológicos, sociais e geracionais que caracterizam sua complexidade e a necessidade de respostas diversas e articuladas envolvendo diferentes atores e instituições da sociedade.

As conseqüências dessa forma peculiar de violência, em sua maioria, podem ser detectadas nas unidades de saúde que nem sempre oferecem o tratamento adequado. Um dos entraves que se apresentam é a falta de habilitação dos profissionais para identificar, acolher e apresentar respostas para esse flagelo social. Essa sensação de imobilidade e impotência leva, invariavelmente, à perpetuação e ao agravamento da situação de violência que envolve a mulher adolescente e jovem.

Com esse panorama como pano de fundo, o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA/UERJ), em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, desenvolveu este material didático de auto-aprendizagem, com a utilização de metodologia de problematização. Ele tem como proposta subsidiar as equipes de saúde, que lidam com mulheres adolescentes e jovens, para discutir e apresentar estratégias de ação e enfrentamento da interface saúde/violência.

Os casos que compõem este material refletem situações reais de violência e apresentam narrativa e enredo que exigem a participação de uma equipe multidisciplinar, a identificação da rede e a integralidade das ações a fim de possibilitar a resolução dos problemas colocados.

Este material didático estimula as equipes de saúde a encontrarem soluções coletivas de abordagem para as situações de violência enfrentadas pelas adolescentes e jovens, sem apresentar respostas prontas e dogmáticas, mas, sim, valorizando as experiências locais na condução adequada dos diversos problemas vivenciados. Com isso, esperamos contribuir para uma vivência mais saudável da adolescência e juventude brasileiras.

Mulher
Adolescente/Jovem
em Situação de Violência

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
PRESIDENTE DA REPÚBLICA

NILCÉA FREIRE
MINISTRA DA SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES

Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência

propostas de intervenção para o setor saúde
módulo de auto-aprendizagem

Stella R. Taquette (organizadora)

Adriana da Silva Mello - Carmen Maria Raymundo

Célia R. J. Caetano Mathias - Evelyn Eisenstein - Fernanda Graneiro Bastos

Larissa Wollz Novotny - Margareth Attianezzi - Mario E. Maiztegui Antunez

Olga Bastos - Regina Célia da Silva Machado Melo

Suyanna Linhales Barker - Vera Pollo

Brasília, 2007



Secretaria Especial de
Políticas para as Mulheres



AUTORES(AS)

STELLA R. TAQUETTE – Médica, Doutora em Medicina USP/Ribeirão Preto, Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), Diretora de Programas da Subsecretaria de Monitoramento de Ações Temáticas da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

ADRIANA DA SILVA MELLO – Fonoaudióloga, NESA/UERJ

CARMEN MARIA RAYMUNDO – Assistente Social do NESA/UERJ, Mestre em Serviço Social/UERJ

CÉLIA R. J. CAETANO MATHIAS – Cirurgiã-dentista do NESA/UERJ, Mestre em Odontologia Social/UFF

EVELYN EISENSTEIN – Médica, Doutora em Nutrição e Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UERJ)

FERNANDA GRANEIRO BASTOS – Assistente Social do NESA/UERJ, Mestre em Serviço Social/UERJ, Coordenadora da Atenção Primária do NESA/UERJ

LARISSA WOLLZ NOVOTNY – Psicóloga, Especialista em Adolescência, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da FCM/UERJ

MARGARETH ATTIANEZI – Fonoaudióloga do NESA/UERJ, Mestre em Saúde Coletiva do NESC/UF RJ

MÁRIO E. MAIZTEGUI ANTUNEZ – Cirurgião-dentista do NESA/UERJ

OLGA BASTOS – Médica do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Doutora em Ciências pelo IFF/Fiocruz

REGINA CÉLIA DA SILVA MACHADO MELO – Enfermeira do NESA/UERJ, Especialista em Obstetrícia

SUYANNA LINHALES BARKER – Psicóloga do NESA/UERJ, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

VERA POLLO – Psicóloga do NESA/UERJ, Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-RJ

COLABORADORES(AS)

ELOISA GROSSMAN – Médica, Doutora em Ciências pelo IFF/Fiocruz, Professora Adjunta da FCM/UERJ

MIRIAM VENTURA – Advogada Colaboradora da Associação Brasileira Interdisciplinar da AIDS (ABIA)

MOYSÉS RECHTMAN – Médico Ginecologista/Obstetra, Coordenador do SOS Mulher e do Centro de Atenção à Mulher Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde-RJ

SIMONE GONÇALVES DE ASSIS – Pesquisadora Titular Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/Fiocruz)

Mulher

Adolescente/Jovem

em Situação de Violência

© 2007. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

Edição, distribuição e informações:

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR)
Esplanada dos Ministérios, Bloco "L", Edifício Sede, 2º andar, sala 200
70047-900 – Brasília – DF
Telefones: (61) 2104-9377 e 2104-9381
Fax: (61) 2104-9362 e 2104-9355
spmulheres@spmulheres.gov.br
<http://www.spmulheres.gov.br>

Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ)
avenida 28 de Setembro, nº 109, fundos
Pavilhão Floriano Stoffel – Vila Isabel
20551-030 – Rio de Janeiro – RJ
Telefones: (21) 2587-6570 e 2264-2082
Fax: (21) 2264-2082
nesa@uerj.br
<http://www.nesa.uerj.br>

Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher

Edição e projeto gráfico
Heloisa Frossard

Capa
Luís Cláudio Calvet

Foto da capa
Nara Vieira da Silva Osga

Revisão
Arnaldo Marques

Tiragem: 5 mil exemplares.
Distribuição gratuita.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Taquette, Stella (org.)

Taquette, Stella et alii. Mulher adolescente/jovem em situação de violência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.
128 p.

1. Violência contra as mulheres. 2. Crime contra as mulheres. 3. Mulheres mal-tratadas - Serviços para.
I. Título.

CDU 396

Sumário

Índice de resumos, 9

Apresentação, 11

Prefácio, 13

Introdução, 15

Metodologia, 17

Incesto:

Caso 1 – “Falso carinho”, 21

Violência física:

Caso 2 – “Dente por dente”, 35

Violência doméstica:

Caso 3 – “É melhor ficar sozinha que é pra não ficar pior”, 43

Exploração sexual comercial:

Caso 4 – “Viajando e arriscando”, 53

Relação sexual forçada:

Caso 5 – “Alvo fácil”, 61

Homofobia e bullying:

Caso 6 – “A namorada”, 73

Racismo:

Caso 7 – “Beleza roubada”, 81

Violência institucional:

Caso 8 – “A dor da gente não sai no jornal”, 87

Violência contra portadoras de deficiência física:

Caso 9 – “Viver a diferença”, 95

Exploração de trabalho juvenil:

Caso 10 – “Trabalho doméstico”, 101

Violência intrafamiliar:

Caso 11 – “Em nome do pai”, 107

Bibliografia e sites de interesse, 115

Anexos, 119, 121, 123 e 125

Índice de resumos

Abortamento legal, 26

Abuso sexual em crianças e adolescentes, 28

Abuso sexual na pessoa com deficiência mental, 98

Acidente de trabalho, 104

Alcoolismo, 77

Anticoncepção de Emergência (AE), 51

Aspectos éticos e legais do atendimento de adolescentes, 28

Assédio moral, 105

Atenção humanizada ao abortamento, 91

Atendimento à adolescente vítima de violência sexual, 65

Atendimento em emergência de casos suspeitos de violência sexual, 58

Bebidas alcoólicas, drogas e violência sexual, 58

Código de conduta contra o turismo sexual de crianças e adolescentes, 59

Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, 91

Conselho Tutelar, 92

Contracepção e a pessoa com deficiência mental, 98

Construção da identidade sexual, 78

Declaração dos direitos sexuais, 78

Deficiência mental – diagnóstico, 99

Direito à atenção odontológica, 83

Estupro – relação sexual forçada, 29

Exploração sexual comercial, 59

Gravidez na adolescência, 29

Homofobia, 79

Incesto, 30

Inclusão de pessoas com deficiência, 99

Instituições voltadas para a garantia de direitos humanos em situações de racismo, 84

Legislação e instâncias para a garantia de direitos de adolescentes no Brasil, 31

“Lei Maria da Penha”, 48

Lei sobre o planejamento familiar, 93

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social, 93

Mulheres que fazem sexo com mulheres, 79

Nomenclatura sobre deficiência física, 100

Normas e rotinas institucionais – apontamentos, 93

Plano integrado de enfrentamento da feminização da AIDS e outras DST, 98

Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil, 60

Pobreza e diversidades étnico-raciais, 84

Redes de apoio social, 31

Subjetividade, 85

Trabalho doméstico, 104

Tráfico de drogas, 104

Traumatismo oro-dento-facial, 41

Violência de gênero contra a mulher adolescente, 69

Violência doméstica, 50

Violência escolar/*bullying*, 80

Violência estrutural, 69

Violência física contra a mulher adolescente, 42

Violência intrafamiliar, 173

Violência institucional, 94

Violência psicológica, 40

Violência sexual, 70

Violência simbólica, 105

Apresentação

NILCÉA FREIRE
MINISTRA DA SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES
BRASÍLIA, AGOSTO DE 2007

Revolta, dor, humilhação e vergonha traduzem o sentimento daquelas que vivenciam a violência. Enfrentar esta expressão de relações de gênero assimétricas na sociedade brasileira significa antes de tudo reconhecer seu caráter de dominação e de apropriação do corpo e da vontade de mulheres adultas, jovens e adolescentes por alguém que, em parte considerável dos casos, compartilha de sua intimidade e afetos.

As mulheres jovens e adolescentes vítimas de violência têm como fator agravante a vulnerabilidade própria da idade no enfrentamento da situação a qual estão submetidas. Esta circunstância é, muitas vezes responsável pela demora ou até a negativa na busca de ajuda adequada para a solução de dramas tão íntimos e pessoais, embora cotidianos.

A violência contra a mulher, fenômeno tão complexo quanto freqüente, não tem sido abordada suficientemente nos processos formativos de diferentes categorias profissionais que se deparam, cotidianamente, com casos desta natureza. Tratando-se da violência contra as adolescentes e jovens a lacuna é ainda maior nos currículos profissionais, seja na área da saúde, social ou jurídica.

Esta publicação, organizada pelo Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e resultante de parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, destina-se a profissionais que atuam em serviços, especializados ou não, que atendem ou têm a missão de acolher mulheres adolescentes e jovens em situação de violência.

O presente manual apresenta onze casos emblemáticos de violência contra mulheres adolescentes e jovens, e através de metodologia de auto-aprendizagem visa contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem específica e adequada a estas faixas etárias qualificando a intervenção profissional nestas situações.

Dentre os inúmeros desafios a superar na construção de uma nova dinâmica nas relações sociais fundada nos princípios da equidade e da igualdade está a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres. A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República tem atuado no sentido de fortalecer o compromisso com o cumprimento da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU), a Convenção para Prevenir, Punir e Eliminar a Violência contra a Mulher (OEA) e a Lei Maria da Penha (Lei 11340/2006). É com base neste compromisso que foi lançado pelo Presidente da República, no dia 17 de agosto de 2007, o “Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres”.

A presente publicação incorpora-se, já, como instrumento de trabalho para a implementação do Pacto e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que acaba de ser revisado na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.

É direito de todas as mulheres ter uma vida livre de violência. Mais que o reconhecimento, este é o nosso compromisso!

Prefácio

MARIA HELENA RUZANY

PROFESSORA ADJUNTA DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO,
DOUTORA EM CIÊNCIAS PELA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Lidar com a população juvenil, por si só, já é complicado na prática clínica dos poucos abnegados que aceitam atender esta demanda. Quando este atendimento abarca situações de violência, sem dúvida a complexidade aumenta e o profissional se vê frente à necessidade de lançar mão de competências e habilidades que não são ministradas em seus cursos de graduação, nem tampouco nos de pós-graduação. Nesta perspectiva, felicito a equipe elaboradora deste trabalho, sob a competente liderança da professora Stella Taquette, por ter aceitado este desafio e desenvolvido este material instigante, tanto do ponto de vista provocativo quanto do reflexivo.

A violência, mesmo quando acarreta agravos físicos que culminam com invalidez temporária ou permanente, nem sempre foi encarada pelo setor saúde como uma temática própria, tendo sido delegada à Justiça o debate das suas causas e conseqüências. Muitos adolescentes, principalmente do sexo masculino, têm sido atendidos no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente com problemas desta ordem e a equipe vem buscando soluções, muitas vezes paliativas, para apoiá-los bem como as suas famílias. Entretanto, os casos vêm se multiplicando e a equipe se sentindo cada vez mais fragilizada frente à complexidade destas situações que, hoje, são uma constante no cotidiano dos serviços. O que fazer? Existe alguma solução? Que sociedade é esta que não protege seus adolescentes e jovens? Muito pelo contrário, os rejeita e os liquida como seres descartáveis...

Os números estão aí e, infelizmente, não me surpreendem. Desde o final da década passada, a mortalidade por armas de fogo de adolescentes e jovens tem me preocupado. Na ocasião, publiquei um artigo em que apontava o aumento assustador da mortalidade deste grupo etário e a relação deste achado com a distribuição da gravidez na adolescência e a concentração populacional, como fatores interligados na dimensão do problema. Aventurei a possibilidade de que intervenções adequadas pudessem modificar este cenário no município do Rio de Janeiro¹. Todavia, este panorama não vem se modificando e, segundo uma publicação da UNESCO², este problema continua em ascensão em nível nacional pois, no Brasil, comparando dados de 1994 e 2004, houve um incremento de 64,2% de homicídios na população de 15 a 24 anos enquanto, na população geral, foi de 48,4%. No ano de 2004, Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro foram as Unidades Federativas (UF) com as maiores taxas de homicídio no país. Este estudo mostra, ainda, que as maiores vítimas são jovens do sexo masculino e de raça negra, com uma taxa de vitimização de 85,3% superior aos dos brancos. Observa-se, no entanto, que, em 2003,

¹ Ruzany, MH; Andrade, CLT; Esteves, MHP; Pina, MF; Szwarcwald, CL. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente do Município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, RJ, 18 (3): 639-649, mai-jun, 2002.

² Waiselfisz, J. Mapa da violência IV: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro, UNESCO. Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br>. Acesso em 19/03/2007.

houve uma diminuição significativa nas taxas de homicídio na tendência histórica que vinha sendo apontada, possivelmente devido à política de desarmamento implementada no país.

Dentro do fenômeno da violência, as agressões contra as mulheres adolescentes precisam ser estudadas para que a sociedade possa encontrar explicações e mecanismos adequados para coibi-las. No início da puberdade, o desenvolvimento normal incita as meninas a apresentarem um novo comportamento ao mundo adulto, que inclui uma exposição do corpo recém-adquirido. Esta exposição é realizada por meio de mensagens de sedução que são interpretadas pela sociedade como de aceitação a atitudes pouco respeitadas. Sabemos, nós que lidamos com este grupo etário, que este conjunto de atitudes, consideradas provocadoras, fazem parte do processo de aceitação do novo corpo. De uma forma perversa, o que freqüentemente se observa é que, pela natureza complexa do ser humano, a sociedade ao invés de proteger esta pessoa em formação e em situação vulnerável, se aproveita de suas carências afetivas e desejos latentes para uma exploração injustificada.

Vale lembrar que, a partir da Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim (1995), quando as organizações que trabalham com os direitos humanos reivindicaram medidas concretas para melhorar a situação das mulheres, o Governo brasileiro vem cumprindo uma pauta de discussão sobre este tema e promulgando leis de proteção a este grupo. Ressalto a Lei nº 10.224 de 15/05/2001, sobre assédio sexual no trabalho, e a Lei nº 11.340 de 07/08/2006 "Lei Maria da Penha", sobre prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. Neste sentido, acredito que, da mesma forma que a política do desarmamento impactou o número de homicídios, é possível que a implementação de estratégias nacionais, baseadas nas leis publicadas, reduza a violência doméstica minimizando este grave problema de saúde pública.

Para o entendimento das repercussões da violência na vida de adolescentes e jovens e a eficácia das medidas de proteção a este grupo, compete aos profissionais de saúde se capacitar para acolher, identificar e encaminhar aos equipamentos sociais disponíveis em nível local. O envolvimento destes profissionais, de forma competente e integrada com os outros setores da sociedade, poderá levar a um impacto positivo na saúde desta população.

Com o intuito de modificar este panorama, foi construído este material didático. Para que os objetivos que nortearam a sua elaboração sejam atingidos, incentivo sua utilização cuidadosa numa perspectiva de debate contínuo, ampliando as situações nele apresentadas com as vivenciadas nos próprios serviços. Desta forma, expandiremos a rede de profissionais envolvidos com a temática da adolescência e, em especial, com as situações de violência a que estão sujeitos.

Enfatizo a importância da construção de espaços democráticos de discussão e aprofundamento sobre os grandes desafios a que está submetida a sociedade como um todo. Torna-se inadiável o engajamento do setor saúde na busca de soluções viáveis com relação ao fenômeno da violência, responsável pela interrupção precoce nos projetos de vida de tantos adolescentes e jovens.

Introdução

A violência perpetrada contra a mulher na sociedade brasileira é de alta incidência e as adolescentes/jovens são mais freqüentemente vitimadas do que as mulheres mais velhas pois, ao fato de serem mulheres soma-se a baixa idade, o que representa um fator de vulnerabilidade. A violência enfrentada por este grupo populacional de mulheres adolescentes/jovens é de caráter menos letal e permanece “invisibilizada” porque, freqüentemente, é cometida por alguém de seu convívio – pai, padrasto, parceiro, parente ou vizinho – na maioria das vezes, em seus próprios lares. A violência contra meninas e mulheres, embora não seja exclusiva do âmbito doméstico, ocorre com maior freqüência nesse espaço e, em geral, não evolui a óbito, mas pode causar severos danos à saúde física e mental.

No dia-a-dia de trabalho no campo da saúde com a população adolescente, olhares mais atentos podem identificar situações de agressões violentas ou potencialmente violentas enfrentadas pelas mulheres.

A idéia deste material didático partiu da experiência docente-assistencial da equipe multidisciplinar do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ) no atendimento de adolescentes em situação de vulnerabilidade e de risco de violência e/ou que já sofreram algum tipo de agressão. Somada a esta experiência clínica, nos aproximamos da metodologia de problematização para criar este módulo de auto-aprendizagem, pois já havíamos utilizado este procedimento em outros materiais didáticos (MS, 2002; OIT, 2006), de forma bem-sucedida. A proposta é oferecer às equipes de saúde, que lidam com adolescentes e jovens, subsídios para discussão, construção de conhecimento e elaboração de estratégias de intervenção no enfrentamento de situações de violência.

Nos diversos cenários de capacitação no atendimento das adolescentes no NESA, temos observado uma crescente necessidade de formar profissionais para identificar e atuar frente a situações de violência numa perspectiva de gênero. O Rio de Janeiro, cidade-sede deste projeto, apresenta altos índices de violência em geral e, em especial, contra adolescentes. Os casos de mulheres adolescentes vítimas de violência se apresentam de diversas formas, dentre elas: violência sexual, física ou psicológica perpetradas por parceiros e/ou família; adolescentes impedidas de freqüentar a escola; exploração pelo trabalho etc. Na atenção à saúde destas adolescentes, freqüentemente o profissional não identifica a situação de violência e, quando o faz, não se sente habilitado para buscar soluções adequadas ao problema. O resultado é a perpetuação e/ou agravamento destas situações, em decorrência da invisibilidade das formas de violência que envolvem mulheres adolescentes e jovens brasileiras. Neste sentido, faz-se necessária a elaboração de propostas de capacitação com vistas a qualificar o atendimento nos serviços de saúde.

Sabemos que o enfrentamento das situações de violência perpetradas contra a mulher adolescente e jovem não é uma tarefa fácil, na medida em que a violência é um fenômeno complexo, que abarca vários campos de conhecimento e que, para ser minimizada, é necessária a ação em equipe multidisciplinar.

Este material didático não pretende oferecer um modelo pronto e acabado para o enfrentamento destas situações. Apresenta problemas que são comuns no cenário da violência contra a mulher adolescente/jovem e discute possíveis caminhos a serem percorridos. Uma das principais características deste módulo de auto-aprendizagem é a sua flexibilidade e a possibilidade que isto proporciona às equipes de saúde de criarem suas próprias alternativas para solução dos problemas identificados.

Apesar da violência ser um problema cujas raízes não encontram respaldo no campo da saúde para removê-las, é lá que desembocam suas conseqüências e onde, primeiro, pode-se visualizar seu alto poder destrutivo.

Referências bibliográficas

Ministério da Saúde. *A saúde de adolescentes e jovens – uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes da atenção básica de saúde*. Brasília: 2002.

Organização Internacional do Trabalho. *Módulos de auto-aprendizagem sobre saúde e segurança no trabalho infantil e juvenil*. Brasília: 2006.

Metodologia

A primeira finalidade deste material é reafirmar o fenômeno da violência como um problema de saúde pública, que exige ações urgentes para a sua prevenção, detecção precoce, intervenção e tratamento dos agravos à saúde resultantes. A capacitação profissional e a organização de práticas que diminuam seu impacto na qualidade de vida de mulheres adolescentes e jovens, portanto, são ações inadiáveis.

A tarefa dos profissionais de saúde, ao lidar com essas questões, não é fácil. Modelos teóricos de abordagem não são suficientes para o desenvolvimento de seu trabalho em situações concretas. A compreensão dos fatores e contextos específicos na abordagem dos processos violentos torna-se, desta forma, fundamental.

Estrutura pedagógica

Na elaboração deste módulo, como já foi pontuado na Introdução, optou-se pela adoção do método de aprendizagem baseada em problemas (Problem Based Learning – PBL). Trata-se de uma estratégia pedagógica/didática centrada no aluno. Foi desenvolvido com o objetivo de substituir materiais expositivos descontextualizados do mundo real.

O PBL tem sido aplicado nos últimos 30 anos e é um método de eficiência comprovada por inúmeras pesquisas no campo da psicopedagogia e da avaliação de desempenho dos profissionais por ele formados. O problema é o elemento central: um bom problema deve ser simples, objetivo, motivador, propor situações sobre as quais o aluno possua algum conhecimento prévio ou já tenha vivenciado na prática. Propõe-se a formar profissionais autônomos, capazes de relacionar teoria e prática e, especialmente, aptos a buscar informações e utilizá-las em seu processo cotidiano de tomada de decisão, em diferentes áreas do conhecimento.

Portanto, a aprendizagem baseada em problemas, apontada como uma alternativa aos métodos didáticos convencionais, traz algumas vantagens, tais como: aumento da retenção de informação; desenvolvimento de uma base de conhecimento integrada; encorajamento em direção ao aprendizado como algo a ser construído ao longo da vida, e aumento da motivação geral.

Os casos que compõem esta coletânea foram elaborados por profissionais de reconhecida trajetória no atendimento à saúde de adolescentes e jovens. Foram selecionados a partir da experiência docente-assistencial do NESAs, de dados epidemiológicos e das discussões desenvolvidas no I Seminário sobre violência contra a mulher adolescente/jovem, realizado em novembro de 2005, no Rio de Janeiro.

As situações apresentadas são histórias construídas, envolvendo adolescentes, jovens, profissionais de saúde e educação, familiares, amigos, amigas, namorados, namoradas, companheiros, companheiras, dentre outros, que se movimentam em torno de uma situação central e de uma seqüência de eventos por ela desencadeados. São narrativas que contêm enredos particulares, que retratam acontecimentos e pessoas, refletindo contextos econômicos, sociais, religiosos e culturais que são o palco de diversos processos violentos. Foram construídas a partir de uma estética realista e de fatos e sentimentos envolvendo pessoas reais, pertencentes ao nosso mundo.

Nesta perspectiva, não se teve como proposta a abordagem isolada das situações de violência mas sim, a compreensão do fenômeno na perspectiva de atenção integral a essa clientela. A construção dos casos teve o objetivo de propiciar uma discussão que pudesse articular o cuidado, a integralidade, a ética e o trabalho em equipe. O acolhimento de adolescentes e jovens nos serviços de saúde, as peculiaridades da consulta, as estratégias de trabalho interdisciplinar, os mecanismos de referência e contra-referência, e a integração intersetorial foram enfatizados em diversos cenários.

Propõe-se, também, a discussão de outras ações prioritárias a serem dirigidas a esse grupo etário como, por exemplo, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a orientação nutricional, a vacinação, e a identificação e encaminhamento de agravos à saúde determinados por diversas outras causas.

Um exemplo dos casos disponíveis para estudo é a história de Mariana, 15 anos, estudante da 7ª série. Ela tem dúvidas em relação à sua orientação sexual e é vítima de agressão por parte dos colegas da escola. Traz também queixas clínicas tais como falta de apetite, emagrecimento, dores de cabeça e distúrbios do sono.

Outra situação é a de Ana Maria, 17 anos, que busca a inserção no mercado de trabalho por contingências econômicas familiares. Sofre discriminação racial no desgastante percurso de conseguir o seu primeiro emprego. Sente-se feia e se depara com inúmeros entraves para conseguir tratamento odontológico, que considera um importante passo para resgatar sua "beleza roubada".

O conteúdo deste módulo foi organizado, portanto, em estudos de caso abarcando os diversos eixos temáticos do fenômeno da violência que atinge adolescentes e jovens do sexo feminino. Os temas foram trabalhados dentro do marco conceitual de competências. Pode-se afirmar que educar para competências é ajudar o indivíduo a desenvolver condições, por meio de mobilização de conhecimentos e habilidades, para enfrentar uma determinada situação; ou, em outras palavras, a ter capacidade de encontrar recursos para desenvolver respostas criativas e eficazes na solução dos desafios encontrados.

Como utilizar o material

Sugere-se que esse material seja usado por equipes de saúde em seu cotidiano de trabalho. Acredita-se que esta é uma boa estratégia para a criação de uma efetiva troca de saber, adequação da formação profissional às distintas realidades epidemiológicas e sociais, para a educação permanente das equipes e conseqüente aprimoramento de suas práticas.

Espera-se que, no corpo-a-corpo com os casos apresentados para estudo, os diferentes componentes das equipes resolvam em conjunto as dificuldades enfrentadas no trabalho diário. A partir da constituição de “questionamentos produtivos”, o grupo poderá desenvolver um novo saber, flexível a cada situação singular.

Os casos apresentados são narrados em capítulos. Ao término de cada parte, é apresentada uma mesma seqüência: problematização (“Refletindo e discutindo”), enumeração dos problemas (“Aspectos relevantes identificados”) e sugestões de abordagens e condutas dos problemas identificados.

Não há um caráter obrigatório de discussão dos casos na seqüência em que estão apresentados. Será interessante que a própria equipe determine a ordem de utilização, em função de sua necessidade. Desta forma, recomenda-se que um primeiro passo seja a leitura cuidadosa das histórias, aguçando a capacidade de perceber e pensar a realidade. Como afirma Paulo Freire: “A compreensão do texto a ser alcançada por sua leitura crítica implica a percepção das relações entre o texto e o contexto.”

A agregação de outras informações provenientes de leituras prévias e experiências anteriores muito enriquecerá a segunda etapa, isto é, a discussão em grupo das questões sugeridas ao término de cada capítulo.

A seguir, aconselha-se a formulação de hipóteses diagnósticas e de sugestões de abordagem e encaminhamento das questões detectadas. Ao final, sugere-se a síntese das idéias em um quadro esquemático e sua posterior comparação com o desenvolvido pela equipe elaboradora.

Além dos casos apresentados, os profissionais têm à disposição textos teóricos, lembretes e glossários. Nos resumos, as temáticas são abordadas por meio de uma linguagem simples e sucinta. Os lembretes trazem informações e comentários pontuais que não deverão ser esquecidos; os glossários foram desenvolvidos com a intenção de esclarecer o significado de algumas expressões próprias de disciplinas específicas. Acredita-se que esse material complementar forneça subsídios para a discussão, entretanto ressalta-se que não se teve a intenção de esgotar os temas abordados e, sim, sensibilizar os usuários do módulo a buscar novas fontes de pesquisa e informação. Devido ao caráter objetivo e sintético dos resumos, optou-se por não referir nos textos citações de publicações. Ao final deste livro, foram listadas a bibliografia consultada e outras referências de interesse para o campo estudado.

Durante o processo de elaboração deste livro, teve-se em mente que os casos construídos permitissem um distanciamento da banalização da realidade, propiciando uma compreensão mais profunda dos acontecimentos, desvencilhando os profissionais dos condicionamentos e amarras que o racionalismo impõe ao conhecimento dos fatos. Assim, recomenda-se o estabelecimento de condições propícias para estudo, incluindo espaços tranquilos e horários dedicados especialmente para esta atividade, facilitadores do aprofundamento das discussões.

Finalizando, salienta-se que este módulo tem como objetivo auxiliar equipes de saúde a traçar condutas em seus “dilemas” específicos. Almejou-se que as histórias contadas se configurassem em estruturas bastante flexíveis

para abarcar o conhecimento prático, as deduções lógicas, os julgamentos e as tomadas de decisões no exercício cotidiano da assistência à saúde de adolescentes e jovens vítimas de violência.

Referência bibliográfica

FREIRE, Paulo. *A importância do ato de ler*. São Paulo: Cortez, 1986. 12ª ed. p. 11-13.

Incesto

Caso 1 – “Falso carinho”

1ª parte

D. Olinda leva Beatriz, sua filha única de 13 anos, ao Posto de Saúde, por estar engordando e com a menstruação atrasada há dois meses. Foi atendida pela Dra. Sandra, que buscou conversar com a adolescente, mas ela nada respondeu. Dirigiu-se, então, à sua mãe. D. Olinda disse que Beatriz nunca tinha tido nenhum namorado, muito menos um contato sexual, pois nunca saiu de casa sozinha, nem para ir à escola. Ela estuda em casa, sendo seu marido o professor. Eles são muito religiosos e o pai de Beatriz proíbe sua filha de sair desacompanhada. Sendo assim, ela foi alfabetizada por ele e recebe todas as aulas necessárias no próprio domicílio.

Ao término da anamnese e com o consentimento da adolescente, realizou-se exame físico. Dra. Sandra constatou o diagnóstico clínico de gravidez e solicitou uma ultrassonografia para confirmação.

Após 15 dias, D. Olinda retornou ao Posto de Saúde com sua filha, que novamente manteve-se calada, trazendo o resultado do exame com a confirmação de uma gravidez de oito semanas. Muito nervosa, D. Olinda explicou à Dra. Sandra a fatalidade que tinha ocorrido. A criança que Beatriz estava esperando era filha de seu marido. Disse que, após manter relações sexuais com ele, utilizava uma toalhinha para se enxugar, que era deixada no banheiro para ser lavada no dia seguinte. Beatriz, numa destas noites em que D. Olinda teve relação sexual, enxugou-se com a mesma toalhinha usada por sua mãe e, por este motivo, engravidou.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste caso?

Como você abordaria a gravidez de uma adolescente aos 13 anos?

Como trabalhar a questão do incesto com a família?

Qual a implicação da religião neste caso?

Como avaliar a dinâmica e a composição desta família?

Que outras informações você considera importantes para conduzir este caso?

Aspectos relevantes identificados

Suspeita de relação sexual forçada;

Suspeita de incesto;

Isolamento social;

Não cumprimento do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) em relação à escolarização e convivência comunitária;

Influência da religião na dinâmica familiar;

Gravidez na fase inicial da adolescência.

Abordagem e conduta

Suspeita de relação sexual forçada e incesto

- Acolher e ouvir Beatriz em atendimento individual para garantir o sigilo, a confidencialidade e a autonomia da adolescente;
- Realizar anamnese e exame clínico/ginecológico;
- Discutir o caso em equipe e avaliar a necessidade de encaminhamentos ao Serviço Social e ao setor de Saúde Mental;
- Conversar com D. Olinda e encorajá-la a fornecer mais informações sobre o fato, procurando mostrar que o interesse é ajudar Beatriz e a família como um todo.

Isolamento social e não cumprimento do ECA em relação à escolarização e convivência comunitária

- Investigar o cotidiano de Beatriz, suas relações sociais e familiares, e como se sente por não estar na escola e ser impedida de sair sozinha de casa;
- Buscar a possibilidade de inserção de Beatriz em grupos sociais (esportivos, culturais, educativos etc.);
- Conversar com a família sobre a obrigatoriedade e o direito de Beatriz frequentar a escola, e de ter convivência comunitária;
- Oferecer ajuda no sentido de contactar a coordenação de ensino para inseri-la na educação formal;
- Tomar a família como alvo de atenção, considerando que tanto a adolescente como seu possível agressor devem ser beneficiados nas condutas terapêuticas e de assistência.

Influência da religião na dinâmica familiar

- Conhecer a dinâmica religiosa da família para avaliar suas possíveis implicações na saúde da adolescente.

Gravidez na fase inicial da adolescência

- Avaliar Beatriz do ponto de vista médico, social e psicológico, para procurar identificar como a gravidez ocorreu;
- Após estas verificações iniciais, avaliar com Beatriz e sua mãe as alternativas possíveis: o acompanhamento da gravidez em serviço de pré-natal ou a interrupção da mesma por meio do abortamento legal.

2ª parte

No terceiro encontro com D. Olinda e sua filha, Dra. Sandra convida Beatriz para uma conversa a sós, que é aceita por ambas.

Durante o atendimento individual, Beatriz permanece calada e retraída. Dra. Sandra inicia a conversa falando sobre assuntos gerais e pergunta se ela gosta de estudar em casa ao invés de ir à escola. A adolescente diz que preferiria sair e ter amigos, porém seu pai não permite. Ao indagar sobre sua vida social, observa que Beatriz somente se relaciona com pessoas de sua comunidade religiosa. Quando o tema sexualidade e gravidez surgem, Beatriz se cala. Dra. Sandra, então, solicita que ela fale um pouco de sua família, seu pai e sua mãe. A adolescente relata que seu pai é um homem carinhoso e dedicado à família, que nunca lhe faltou nada, porém todos têm que satisfazer a sua vontade, pois não gosta de ser contrariado. Sua mãe, muitas vezes, não concorda com as atitudes mais rígidas dele, mas não consegue fazê-lo mudar de idéia. Beatriz demonstra sentir medo do pai e chora. Neste momento Dra. Sandra, sensibilizada com o caso, reconhece o sofrimento da adolescente e combina uma nova consulta para o dia seguinte, para realização de um exame ginecológico. Nesta oportunidade, conforme acordado na reunião de equipe, orienta sobre a necessidade de atendimento psicológico. Beatriz aceita a indicação, D. Olinda é informada e anui com a conduta.

Refletindo e discutindo

Que outras perguntas você faria à Beatriz e à D. Olinda?

Que outros problemas você identifica nesta parte do caso?

É necessária a solicitação da presença do pai de Beatriz?

Em que momento está indicada a notificação deste caso ao Conselho Tutelar?

Aspectos relevantes identificados

Relacionamento familiar conflituoso;

Influência da religião na dinâmica familiar;

Dificuldade e medo de Beatriz na verbalização de seus sentimentos;

Ambivalência emocional de Beatriz;

Obrigatoriedade de notificação aos órgãos competentes.

Abordagem e conduta

Relacionamento familiar conflituoso

- Conversar separadamente com Beatriz, sua mãe e seu pai. Ouvi-los atentamente sobre o cotidiano da família e relações familiares;

- Oferecer apoio psicológico e de serviço social à família;

- Informar aos pais de Beatriz sobre a importância e os direitos de Beatriz conviver com seus pares;

- Incentivar Beatriz a participar de atividades educativo-culturais de jovens em sua comunidade.

Obrigatoriedade de notificação aos órgãos competentes

- Informar à adolescente e à família as atribuições do Conselho Tutelar e a necessidade de comunicação da situação de Beatriz;
- Fazer a notificação compulsória dos maus tratos ao Conselho Tutelar e Secretaria de Saúde.
- Atender Beatriz sozinha, garantindo sigilo e confiabilidade da consulta. Procurar deixá-la livre para falar o que está sentindo;
- Propiciar à adolescente a possibilidade de falar sobre sua angústia, dúvidas e temores, com a certeza de que não será submetida a nenhum julgamento crítico ou censura de qualquer espécie;
- Enfatizar a possibilidade de uma consulta com a psicóloga da equipe.

3ª parte

Beatriz, na consulta com a psicóloga Heloisa após um período de silêncio, iniciou um diálogo apenas respondendo sim e não. Disse estar com medo de ter esse filho, pois se considera muito nova e não quis falar a respeito de seu pai. Foi encaminhada à consulta ginecológica, sendo acompanhada por Heloisa a pedido da adolescente. Durante o exame ginecológico realizado pela Dra. Renata, constatou-se que Beatriz tinha o hímen íntegro. Depois do exame físico reiniciou-se o processo investigativo, informando-a sobre as formas pelas quais ocorre uma gravidez mesmo sem rompimento himenal. Aos poucos Beatriz foi relatando que seu pai já tinha lhe ensinado como se faz filhos e, com dificuldade, contou sobre os "carinhos" a que era submetida por ele. Disse que ele a obrigava a não contar para sua mãe e nem para ninguém o que ocorria entre os dois e até lhe fazia ameaças. Após este relato, Beatriz se calou e disse estar cansada. Foi marcada uma nova consulta para o dia seguinte.

A equipe do Centro de Saúde marcou uma reunião urgente para o final do dia no intuito de discutir que medidas deveriam ser tomadas neste caso.

Refletindo e discutindo

Que medidas devem ser tomadas diante da situação de abuso sexual incestuoso e conseqüente gravidez na adolescência?

Frente à constatação de uma gravidez fruto de violência em adolescente com hímen íntegro, qual a atitude a ser tomada?

Como iniciar a discussão acerca da manutenção da gravidez ou a opção pelo abortamento legal?

Aspectos relevantes identificados

Incesto;

Atentado violento ao pudor;

Violência doméstica/intrafamiliar.

Abordagem e conduta

Incesto e atentado violento ao pudor

- Refletir com Beatriz sobre o incesto procurando perceber a presença de sentimentos ambivalentes em relação à situação apresentada;
- Conversar com a adolescente sobre a gravidez, investigar seus sentimentos em relação à maternidade e ao incesto;
- Manter-se aberto ao diálogo para que a adolescente possa exteriorizar seus pensamentos;
- Informá-la sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e sobre seu direito à interrupção legal de sua gravidez;
- Explicar à Beatriz que é necessário informar à sua mãe sobre o ocorrido e sobre as medidas que serão tomadas para protegê-la;
- Convocar D. Olinda à consulta;
- Informar ao Conselho Tutelar a constatação de incesto com atentado violento ao pudor.

Violência doméstica/intrafamiliar

- Verificar que circunstâncias dentro do ambiente doméstico contribuem para a negligência da mãe em relação à violência sofrida pela adolescente;
- Investigar a ocorrência de outros episódios de violência intrafamiliar.

4ª parte

D. Olinda compareceu ao Posto de Saúde no horário marcado. Foi recebida pela Dra. Sandra, a psicóloga Heloisa e a assistente social Elizabeth. Dra. Sandra fez um relato sumário da avaliação da equipe sobre a situação de sua filha e informou que medidas de proteção à Beatriz deveriam ser tomadas e também as medidas legais cabíveis, já que se trata de um caso de incesto. D. Olinda começa a chorar e diz que não sabe o que fazer, pois seu marido é um homem autoritário e violento em certos momentos e que já ameaçou até matá-la em outra ocasião em que foi contrariado. Disse que está muito envergonhada, que não tem nem ido aos compromissos religiosos, com medo de que a comunidade descubra. A equipe se mostra solidária ao sofrimento da mãe da adolescente, orienta-a a procurar a Delegacia da Mulher e leva adiante o propósito de debater a possibilidade do abortamento legal. Foi informada do direito de interrupção da gravidez e dos riscos médicos e psicossociais a que sua filha estava exposta ao realizar ou não o abortamento. Após um período de silêncio, concorda em levar adiante a efetivação do procedimento proposto. Beatriz foi chamada à conversa e, quando perguntada, revelou preferir não ter esse filho e aceita a decisão de se submeter a um abortamento legal.

Refletindo e discutindo

Quais os próximos passos a serem tomados pela equipe?

Como proteger a família?

Qual o encaminhamento indicado para a realização do abortamento legal?

Quais os possíveis desdobramentos deste caso após a realização do abortamento?

Aspectos relevantes identificados

Violência intrafamiliar/doméstica;
Abortamento legal.

Abordagem e conduta

Violência intrafamiliar/doméstica

- Atualizar as informações ao Conselho Tutelar;
- Oferecer suporte social, psicológico e médico a todos os membros da família;
- Refletir junto a D. Olinda e Beatriz a possibilidade da adolescente ser acolhida por algum parente por um período de tempo até que se sinta recuperada das agressões sofridas;
- Acompanhar Beatriz até sua completa reintegração no ambiente social.

Abortamento legal

- Orientar D. Olinda sobre a possibilidade de efetivação na delegacia local de boletim de ocorrência do atentado violento ao pudor que Beatriz sofreu e resultou na gravidez;
- Contactar hospital público disponível para a realização do procedimento cirúrgico em condições seguras;
- Encaminhar Beatriz ao hospital, explicando em detalhes todo o procedimento a ser realizado, inclusive, se for do seu desejo, a himenoplastia para recomposição da membrana himenal, caso ela se rompa;
- Acompanhar a adolescente até a sua completa recuperação;
- Oferecer informações a respeito de sexualidade, métodos contraceptivos e prevenção de DST/AIDS.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- O abortamento é uma situação de alto risco à saúde caso não seja realizado em condições médicas seguras.
- Ouvir a adolescente é o primeiro passo para entendê-la.
- O autor da violência sexual freqüentemente é alguém do convívio da adolescente.



GLOSSÁRIO

Atentado violento ao pudor

Segundo artigo 214 do Código Penal, constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal.



RESUMOS

Abortamento legal

O abortamento não é permitido pela legislação brasileira, a não ser em duas condições excepcionais: quando a vida da gestante está em risco por causa da gravidez e em casos de estupro. Contudo, sabe-se que o abortamento é praticado clandestinamente tanto por pessoas não habilitadas quanto por profissionais de saúde. As complicações de um abortamento provocado de forma insegura e inadequada são muitas e potencialmente graves, podendo levar até a morte. São freqüentes os casos de hemorragia uterina e infecções pélvicas provenientes de abortamentos provocados de forma inadequada e por profissional não qualificado. A esterilidade também é uma complicação não rara das pelviperitonites secundárias a abortamentos. Outras conseqüências maléficas para a vida das adolescentes que são submetidas ao procedimento de abortamento são os problemas psicológicos envolvidos na questão do engravidar e de ser mãe. As adolescentes que sofrem abortamento provocado, muitas vezes, se sentem culpadas por estar praticando um ato ilícito e reprovado socialmente. Muitas adolescentes interrompem a gravidez sem o conhecimento da família, o que aumenta o sentimento de culpa e solidão. Sintomas depressivos, tais como tristeza profunda, falta de prazer nas atividades antes agradáveis, anorexia e insônia geralmente estão presentes nesses casos.

No Brasil, as complicações do abortamento provocado de forma inadequada e por profissional não qualificado representam uma das principais causas de morte de mulheres jovens. O abortamento legal pode ser realizado em condições seguras até 20 semanas de idade gestacional. O procedimento médico pode ser feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o documento “Prevenção e tratamento dos agravos da violência sexual contra mulheres e adolescentes – normas técnicas”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2005. A adoção destas normas técnicas foram muito importantes para legitimar o atendimento ao abortamento previsto em lei, além de orientar os procedimentos necessários contribuindo, assim, para a aceitação e garantia da segurança dos profissionais de saúde na prática do abortamento legal.

Às mulheres que são vítimas de estupro e que engravidam após essa agressão é assegurado, legalmente, o direito de interromper a gravidez. Entretanto, faz-se necessária a certificação desta demanda baseada nos seguintes aspectos: identificação do desejo de interrupção da gravidez ou não, discussão a respeito dos direitos legais já garantidos à mulher, existência de valores morais e religiosos que possam determinar ou influenciar a decisão da mulher e a discussão alternativa à interrupção da gravidez, como a entrega da criança para adoção, a realização do pré-natal etc.

O artigo 128, inciso II do Código Penal autoriza o abortamento quando a gravidez resulta de estupro. Para esse procedimento, exige-se o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Trata-se de um abortamento considerado sentimental, ético, humanitário e lícito pelo sistema penal. A jurisprudência e a doutrina entendem que, por analogia, o abortamento também pode ser praticado quando a gravidez resulta de atentado violento ao pudor, que é um crime definido no artigo 214 do Código Penal: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal. Segundo parecer de José Henrique

Rodrigues Torres, juiz de direito da Vara do Júri de Campinas-SP e professor de Direito penal da PUC-Campinas, não há necessidade de decisão judicial afirmando a ocorrência de estupro ou do atentado violento ao pudor para a prática do abortamento sentimental. A palavra da mulher que busca assistência afirmando ter sido vítima de um crime sexual há de gozar de credibilidade e, pelo menos para o serviço de saúde, deve ser recebida com presunção de veracidade. O serviço de saúde não tem como atribuição julgar e nem condenar ninguém pela prática do crime sexual, mas, sim, garantir à mulher o exercício de um direito de não prosseguir uma gravidez indesejada resultante de crime sexual. É recomendável o preenchimento do Boletim de Ocorrência (BO), porém não há que confundir os procedimentos do serviço de saúde com os procedimentos policiais ou judiciais. Estes procedimentos são distintos, têm objetivos distintos e, inclusive, podem ser realizados independentemente um do outro.

Nos casos em que há divergência entre a vontade da adolescente vítima de estupro e do seu responsável legal, deve prevalecer a vontade da adolescente. Porém, considerando o grau de complexidade da questão, a equipe de saúde deve encaminhar o caso para o Conselho Tutelar ou Promotoria da Infância e Juventude que deverão, por intermédio do devido processo legal, solucionar o impasse.

Abuso sexual em crianças e adolescentes

Consiste em todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou a/o adolescente. Pode se apresentar sob a forma de diversas práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou à/o adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. É possível incluir: carícias não desejadas, penetração oral, anal ou genital com pênis de forma forçada; exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e masturbação forçados, uso de linguagem erotizada em situação inadequada, impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo, ser forçado (a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas. Engloba, ainda, a situação de exploração sexual visando lucros, como é o caso da prostituição e da pornografia. O abuso pode ocorrer sem contato físico (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos) e com contato físico (contato sexual sem ou com penetração).

O abuso sexual geralmente é praticado por adultos que gozam da confiança da criança ou da/do adolescente e, pode ser de caráter incestuoso. Nesse tipo de violência, o abusador se utiliza da sedução ou da ameaça para atingir seus objetivos, não tendo que, necessariamente, praticar uma relação sexual genital para configurar o abuso. Entretanto, o coito acontece nestes casos numa incidência bastante alta. A prática de atos libidinosos diferentes da conjunção carnal tais como toques, carícias e exibicionismo também é comum e pode não deixar marcas físicas, mas nem por isso, deixa de ser abuso grave devido às conseqüências emocionais para suas vítimas.

Um outro aspecto a ser enfatizado é a constatação de violência sexual em todos os casos de relações sexuais antes dos 15 anos, pois, segundo o Código Penal Brasileiro, estas se configuram em crime de estupro, previsto no artigo 213, estando a violência presumida na razão da idade da vítima (art. 224, alínea a). Entretanto, segundo as diretrizes da SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria e FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, na atenção à menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente ao conhecimento que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico.

Aspectos éticos e legais do atendimento de adolescentes

Os princípios éticos do atendimento a adolescentes estão relacionados à privacidade, confidencialidade, sigilo, respeito à autonomia e à maturidade/capacidade de julgamento do cliente adolescente. O adolescente tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários.

A diferença da relação do profissional de saúde-paciente desta faixa etária em relação à da criança é que passa da relação profissional-mãe ou responsável para a relação profissional-adolescente. A família não deve ser excluída, mas seu envolvimento não pode preponderar sobre a relação profissional de saúde-paciente, e a ausência do familiar não inviabiliza a atenção à saúde.

A garantia ao sigilo no atendimento ao adolescente é respaldada pelos códigos de ética das profissões de saúde. Quando há conflitos de interesse entre o adolescente e seus responsáveis, a situação deve ser individualmente estudada deliberando-se, conjuntamente com a equipe de saúde, o encaminhamento mais adequado à preservação da inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da adolescente. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu Capítulo II, art. 17 dispõe a respeito “Do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade” da criança e do adolescente e prescreve: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.”

Estupro – relação sexual forçada

Consiste em constranger uma mulher de qualquer idade ou condição a conjunção carnal, por meio de violência ou grave ameaça. Trata-se de um coito vaginal forçado. Segundo o Código Penal, artigo 213: constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça.

A conotação da conjunção carnal é, comumente, restrita ao coito vaginal, mas alguns consideram como estupro todo ato de penetração oral, anal ou vaginal, utilizando o pênis ou objetos, e cometido à força ou sob ameaça ou quando a vítima é incapaz de ter julgamento adequado.

Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência tem sido identificada como um problema de saúde pública, com conseqüente impacto na vida das adolescentes e na sociedade. A redução paulatina da fecundidade, observada no Brasil desde os anos 50, é menos acentuada na faixa etária dos 15 aos 19 anos e, ao contrário, há um aumento entre as menores de 15 anos. Estudos revelam que a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a doença hipertensiva da gravidez e cárie dentária/doenças gengivais são mais freqüentes entre adolescentes, quando comparadas às gestantes mais velhas. Entretanto, isso não se deve diretamente a uma questão biológica e, sim, a fatores geralmente concomitantes tais como a demora em iniciar o pré-natal ou a ausência do mesmo, alimentação precária, baixo nível socioeconômico.

Os motivos que levam uma adolescente a engravidar são variados. As pesquisas neste campo evidenciam uma associação entre alta fecundidade, baixa escolaridade e renda, ou seja, a gestação na adolescência que vai a termo

ocorre com freqüência nas camadas mais pobres e menos escolarizadas da população. Observa-se também que muitas vezes estas adolescentes grávidas são filhas de mães que engravidaram na adolescência, vêm de famílias com ausência de um genitor, geralmente o pai, ou com problemas psicossociais como alcoolismo, violência etc.

Dando voz às mães adolescentes, observa-se que algumas delas referem-se arrependidas de ter engravidado tão cedo, já outras afirmam estar felizes, que suas vidas melhoraram após terem se tornado mães, pois agora são mais respeitadas na comunidade em que vivem, recebem mais auxílio social e têm alguém para cuidar e dar amor como elas gostariam de ter recebido. Observa-se claramente que a gravidez, apesar de muitas vezes não planejada, é desejada, conscientemente ou não.

As adolescentes mais pobres, parcela significativa do universo de mães adolescentes, referem ter como principal ou único sonho na vida o fato de casar e ter filhos. Cedo elas se desiludem com o futuro, ao perceberem que não lhes são garantidas as condições necessárias para alcançar outros objetivos como, por exemplo, continuar a estudar para ter uma profissão melhor e conquistar espaço no mercado de trabalho.

Dentro deste cenário, observamos que os programas governamentais que visam à redução da gravidez na adolescência são focados na orientação em sexualidade e no planejamento familiar. Isso não parece estar sendo suficiente pois, apesar de todo o investimento neste campo, as taxas de gravidez na adolescência estão em ascensão abaixo dos 15 anos e têm pouca redução em jovens mais velhas. Por outro lado, ainda são precários e insuficientes os investimentos em melhora da qualidade de vida, do nível socioeconômico, da escolarização e no aumento das oportunidades de trabalho e mobilidade social, que poderiam resultar num maior impacto nas taxas de morbidade na adolescência feminina, devido à gravidez, parto e puerpério.

Em nosso país, apesar do parto quase exclusivamente hospitalar, temos um índice de cobertura pré-natal bem heterogêneo entre as camadas sociais da nossa população, ou seja, quanto mais precária a condição de vida, menor é o índice de acompanhamento pré-natal. O Brasil exibe níveis alarmantes de mortalidade materna e perinatal. Os índices obtidos a partir de óbitos declarados estão em torno de 52 óbitos/100 mil nascidos vivos. Porém, é do conhecimento de todos que a subnotificação é grande, admitindo-se que o verdadeiro índice seja superior a 100 óbitos/100 mil nascidos vivos. As melhores taxas já alcançadas por outros países giram em torno de menos de nove por 100 mil nascidos vivos. Países em desenvolvimento como Cuba e Costa Rica apresentam percentuais de mortalidade muito menores que os do Brasil, demonstrando que, com uma saúde pública bem-organizada, é possível diminuir bastante este índice.

Em adolescentes, as complicações obstétricas e perinatais – por exemplo, anemia, doenças sexualmente transmissíveis (DST), doença hipertensiva da gravidez, baixo ou excessivo ganho ponderal, baixo peso ao nascer e prematuridade – podem ser sensivelmente minoradas por meio de uma assistência pré-natal, ao parto e um puerpério de qualidade. Esses problemas acima descritos originam-se também de fatores políticos, sociais, emocionais, educacionais, econômicos e familiares. Portanto, é necessário que se adotem medidas ancoradas nas realidades sociais em que se pretende intervir, partindo da construção de alternativas legítimas de conquista da cidadania e autonomia de adolescentes de ambos os sexos.

Incesto

Consiste na união sexual entre parentes consangüíneos, afins ou adotivos. O incesto é visto como qualquer relação de caráter sexual entre adulto e uma criança ou adolescente, quando existe um laço familiar direto ou não, ou mesmo uma mera relação de responsabilidade. O mecanismo familiar que envolve o incesto é complexo. Comumente ocorre entre pai e filha. Este, geralmente, inicia o processo com carícias simples que, com o tempo, tornam-se cada vez mais de natureza sexual genital. Às vezes, o incesto é consentido na família, consciente ou inconscientemente, para manter sua aparente normalidade.

Segundo dicionário jurídico, “o incesto – derivado do latim *incestus* (incesto, mancha, impureza). Designa o coito ou a conjunção carnal entre parentes por consangüinidade ou afinidade, que se acham em grau proibido para as justas núpcias. O casamento incestuoso, além da sanção civil que lhe é imposta, a de nulidade absoluta, configura-se crime punível, desde que era o impedimento, gerador do incesto, conhecido pelos cônjuges”.

Redes de apoio social

A construção de uma rede de apoio social de atenção à criança e ao adolescente requer o mapeamento das entidades, instituições, políticas públicas, organizações governamentais e não-governamentais, conselhos de direitos, fóruns de debate etc. Entretanto, a soma dessas partes não necessariamente forma um todo, integrado e articulado. O grande desafio é encontrar mecanismos que possibilitem a integração dessas partes em um conjunto de ações articuladas que visem à integralidade na atenção a crianças e adolescentes.

O mapeamento dessa rede não deve se limitar à mera catalogação; deve servir para avaliar as lacunas e as superposições de ações, estimular a troca de informações e facilitar os encaminhamentos. É necessária sua ampla divulgação e atualização permanente. Esse mapeamento possibilita o reconhecimento dos pares, o que torna o trabalho mais articulado e integrado.

A proteção integral a crianças e adolescentes definida no ECA requer uma tarefa que não pode ser cumprida apenas por uma organização não-governamental ou equipamento estatal mas, sim, por um corpo articulado de ações, instituições, políticas e recursos que busquem com absoluta prioridade a garantia da proteção integral dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à liberdade, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, e à convivência familiar e comunitária.

Legislação e instâncias responsáveis pela garantia de direitos de crianças e adolescentes no Brasil

1 – Leis (ver instrumentos jurídicos no Anexo I)

- Constituição Federal.

É a lei máxima do país: todas as demais leis, normas administrativas ou regulamentos devem dar cumprimento aos dispositivos constitucionais, e a eles não podem ser contrários. Em relação aos direitos da criança e do adolescente, afirma: Art. 227 – “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” O parágrafo 8º, Art. 226 afirma que: “O Estado

assegurar a assistência à família e a cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.”

- Código Penal.

Define os tipos de crimes, sua gravidade e punições correspondentes, dentre eles os crimes contra a liberdade sexual, contra a assistência familiar e os cometidos no exercício do poder familiar.

- Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

O ECA dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, considerando criança, para os efeitos da lei, a pessoa até 12 anos incompletos; e adolescente, aquele entre 12 e 18 anos. No artigo 5º assegura que: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, e será punido, na forma da lei, qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais.”

2 – Conselhos

- Conselhos dos Direitos da Mulher.

São formados a partir da iniciativa dos governos, juntamente com mulheres dos municípios ou estados. Têm a função de elaborar propostas e promovem políticas para eliminar discriminações, constrangimentos à mulher e superar as desigualdades de oportunidades entre homens e mulheres.

- Casas de apoio para mulheres em situação de risco.

São locais que acolhem mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, com seus filhos e filhas crianças e adolescentes. O local é sigiloso e eles podem permanecer por um período determinado, recebendo assistência médica, psicológica e capacitação profissional.

- Conselhos de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

É uma instância de controle e participação social, com as funções de deliberar e acompanhar as políticas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, como aquelas voltadas para o enfrentamento da violência (art. 88, II, ECA).

- Conselhos Tutelares.

O Conselho Tutelar é o órgão municipal permanente e autônomo, responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Dentre as suas funções, está encarregado de acolher denúncias, averiguar, encaminhar e orientar, nos casos de violação dos direitos da criança e do adolescente. Pode agir tanto quando existe ameaça, risco ou quando a violência já aconteceu.

3 – Instituições

Para garantir a aplicação das leis, dispomos de um sistema de garantia de direitos composto pelos órgãos e instituições referidos anteriormente e, ainda, das seguintes instituições governamentais de caráter judicial:

- Ministério Público.

Instituição destinada à preservação e proteção dos direitos fundamentais da pessoa humana, e à defesa da ordem jurídica.

- Defensoria Pública.

Órgão responsável pela assistência judiciária gratuita aos que dela necessitarem.

- Varas e Juizados Especializados.

Responsáveis pelo acompanhamento e julgamento de casos de violência. As mais importantes para tratar da

violência intrafamiliar são as Varas de Família, as Varas da Infância e Juventude e as Varas Criminais.

O Juizado ou autoridade semelhante pode colocar a vítima em abrigos ou com famílias substitutas. No caso de violência contra a criança e/ou adolescente, o afastamento da vítima do lar pode ser traumático e considerado como uma segunda violência, por inúmeras razões: a dificuldade de readaptação da vítima à família, a má recepção da vítima pelas famílias ou o medo da vítima de que uma nova violência ocorra.

- Delegacias.

Executam atividades de proteção, prevenção e vigilância às vítimas de qualquer tipo de violência, e investigação dos crimes praticados e responsabilização dos agressores. A investigação dos casos de violência intrafamiliar é função das delegacias.

Existem delegacias especializadas de proteção à criança e ao adolescente, e as delegacias de proteção à mulher. No entanto, estas delegacias ainda não foram criadas em todos os municípios brasileiros.

Violência física

Caso 2 – “Dente por dente”

1ª parte

Cláudia, 15 anos, comparece ao Posto de Saúde com o seu namorado Ivan, por estar com vergonha de sorrir, já que tanto os incisivos superiores como os inferiores estão quebrados. É encaminhada ao setor de Odontologia e atendida pelo Dr. Gabriel que faz anamnese, exame clínico e radiográfico completo. Indagada sobre o que aconteceu, relata ter caído da bicicleta há dois meses, mas como estava no sítio, no interior do estado, só fez compressas com gelo, realizou bochechos com água morna e sal, e tomou analgésicos. Menciona que a dor foi diminuindo até desaparecer. Completando a história clínica, relata estar cursando a 8ª série e que vive com sua madrinha, pois seus pais a abandonaram e não tinham condições financeiras para criá-la. Sobre o estado vacinal, não se lembra, pois perdeu a caderneta de vacinação. Em relação à sua vida afetiva e social, fala que namora um rapaz de 18 anos. Diz que é muito ciumento e periodicamente se envolve em brigas em festas e no futebol. Feito o diagnóstico sobre o estado dos tecidos dentários, periodontais, ósseos e moles, foi estabelecido o plano de tratamento, a saber: higiene oral, aplicação de flúor, realização de restaurações, tratamentos de canais e aparelhos protéticos. Foi remarcada para a semana seguinte a fim de dar continuidade ao tratamento odontológico.

Dr. Gabriel encaminha a adolescente para o serviço de vacinação, visando à atualização vacinal.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste caso?

Como você abordaria uma adolescente de 15 anos com os dentes incisivos fraturados?

Como o Dr. Gabriel deve avaliar este caso?

Que outras informações você considera importantes para conduzir este caso?

Aspectos relevantes identificados

História de acidente – queda da bicicleta;

Traumatismo oro-dento-facial;

Abandono – por parte dos pais;

Estado vacinal desconhecido.

Abordagem e conduta

História de acidente – queda da bicicleta e traumatismo oro-dento-facial

- Colher todos os dados da história pregressa;
- Investigar detalhadamente a história do acidente;
- Realizar anamnese, exame clínico e radiográfico odontológicos;
- Orientar a adolescente sobre medidas preventivas e de tratamento imediato no campo da saúde oral referentes a acidentes (traumatismos dentários);
- Informar à Cláudia a importância da atualização de sua caderneta de vacinação;
- Realizar tratamento odontológico.

Abandono – por parte dos pais

- Conversar a sós com a adolescente a respeito da situação familiar antiga e atual, e sobre seu namorado;
- Solicitar a presença do responsável na próxima consulta.

2º parte

Cláudia comparece à consulta odontológica com Ivan e sem o responsável, para dar início ao tratamento. Entra sozinha no consultório para ser atendida pelo Dr. Gabriel e equipe. Este percebe a adolescente apreensiva e triste. Inicia a consulta com perguntas gerais para as quais Cláudia responde com monossílabos. Em seguida, a paciente recebe instruções sobre higiene oral (técnicas de escovação e uso de fio dental), através da identificação da placa bacteriana feita com o evidenciador de placa e aplicação de flúor. A adolescente esteve atenta aos procedimentos e resultados dos exames, o que amenizou sua apreensão.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica nesta parte do caso?

Como você abordaria uma adolescente que se apresenta silenciosa e apreensiva?

Que outras informações você considera importantes para conduzir este caso?

Aspectos relevantes identificados

Silêncio, apreensão e tristeza;

Ausência do familiar responsável;

A importância do olhar integral do profissional de saúde ao seu paciente.

Abordagem e conduta

Silêncio, apreensão e tristeza

- Propiciar um diálogo com a adolescente;
- Verificar se há outros sinais e sintomas que expliquem a situação de silêncio, apreensão e tristeza;
- Interagir com o namorado, verificando se há uma razão para o comportamento atual da adolescente;

- Continuar a observar o comportamento da adolescente nas próximas consultas.

A importância do olhar integral do profissional de saúde ao seu paciente

- Desenvolver a capacidade de perceber o indivíduo como um todo, não apenas enfocando a atuação na sua queixa principal.

Ausência do familiar responsável

- Solicitar novamente a presença do responsável na próxima consulta.

3ª parte

Na semana seguinte, continuando o tratamento odontológico, Cláudia comparece com o lábio superior edemaciado e dolorido, o que chama a atenção do Dr. Gabriel. A princípio, veio com a desculpa de haver mordido o lábio – o que não tinha relação com o tamanho, forma e grau de inchaço (aspecto clínico). Dr. Gabriel tenta obter mais informações. No meio da conversa, ela começa a chorar. Incentivada a contar o motivo desse choro, não fala nada. Desta vez, o namorado não comparece – fato que também chama a atenção do profissional. Além disso, apesar da solicitação da presença do responsável, este também não acompanhou Cláudia. Ela informa que sua madrinha é muito ocupada e diz não poder faltar ao trabalho para ir à consulta.

Foi informada que, no serviço, existem outros profissionais que também podem ajudá-la. Ela concordou com a sugestão de encaminhamento ao serviço de Saúde Mental.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste caso?

Como você abordaria uma adolescente de 15 anos com o lábio edemaciado e dolorido?

Como o Dr. Gabriel deve avaliar este caso?

Frente a indícios de violência física sofrida por uma adolescente, qual a abordagem indicada?

Que outras informações você considera importantes para conduzir este caso?

Qual é o diagnóstico diferencial?

Aspectos relevantes identificados

Suspeita de Violência física;

Traumatismo oro-dento-facial;

Crise de choro;

Ausência do responsável.

Abordagem e conduta

Suspeita de violência física

- Conversar com a adolescente de forma acolhedora, possibilitando um espaço para ser ouvida;
- Esclarecer que a história relatada não justifica os aspectos clínicos apresentados;
- Abordar as possíveis causas para explicar a lesão do lábio, possibilitando que a adolescente verbalize o que realmente aconteceu;
- Questionar sobre a ausência do namorado na consulta;
- Realizar anamnese mais detalhada;
- Fazer o diagnóstico diferencial.

Traumatismo oro-dento-facial

- Proceder às medidas de tratamento/acompanhamento.

Ausência do responsável

- Verificar quem é o responsável legal pela adolescente e conversar sobre estratégias para trazê-lo à consulta ou um adulto de referência;
- Avaliar a necessidade de encaminhar o caso ao Serviço Social para contato e atendimento da família.

Crise de choro

- Respeitar o choro e o silêncio da adolescente;
- Conversar com adolescente sobre a necessidade de realizar uma consulta com o profissional da saúde mental, (visando a saúde como um todo).

4ª parte

Na consulta com a psicóloga, Cláudia relata que Ivan é muito ciumento e não gosta que ela converse com garotos. Ele a ameaça e, se não lhe obedece, parte para a agressão. Apresenta medo de perder o namorado, ao mesmo tempo em que sente raiva quando é maltratada. Fala do relacionamento difícil com seus familiares e que sente falta de carinho. Sua madrinha, irmã de sua mãe, não tem filhos e, por isso, a acolheu em sua casa, mas também não lhe dá muita atenção. Ela apóia seu namoro com Ivan, pois o considera gentil e trabalhador.

No acompanhamento pela Psicologia e, após algumas sessões, pôde relatar com detalhes as agressões perpetradas pelo namorado.

Refletindo e discutindo

Que outras perguntas você considera importantes para serem feitas à Claudia?

Que outros problemas você identifica nesta parte do caso?

Você acha necessária a convocação de algum responsável? Em caso afirmativo, quem seria chamado?

É caso de notificação? Em caso afirmativo, em que momento você acha indicada a notificação? A quem notificar?

Quem notifica?

Quais as ações prioritárias neste caso?

Que problemas emocionais ou sociais você identifica neste caso?

Aspectos relevantes identificados

Negligência;

Abandono;

Dificuldade de Cláudia em verbalizar seus sentimentos;

Violência psicológica;

Violência física;

Violência de gênero;

Abordagem sobre notificação com a adolescente;

Responsabilidade civil em relação à pessoa, à guarda e à tutela da adolescente.

Abordagem e conduta

Negligência, abandono, violência psicológica, violência física, violência de gênero

- Conversar com a adolescente a respeito da violência na relação com o namorado;
- Encaminhar para consulta clínica para verificação de outras lesões recentes ou antigas, fruto de agressões (queimaduras, feridas, hematomas);
- Encaminhar ao Serviço Social para análise da situação sócio-familiar da adolescente;
- Discutir os fatores de risco e de proteção em sua vida;
- Abordar a questão de gênero nas relações afetivas.

Dificuldade de Cláudia em verbalizar seus sentimentos

- Conversar com a adolescente a respeito de sua vida afetiva;
- Identificar a expectativa de futuro para a sua vida;
- Dar continuidade aos atendimentos na Unidade de Saúde.

Abordagem sobre notificação com a adolescente

- Responsabilidade civil em relação à pessoa, à guarda e à tutela da adolescente;
- Verificar a questão legal, no que diz respeito à responsabilidade civil em relação à posse, à guarda e à tutela da adolescente;
- Discutir com a adolescente a importância de realizar a notificação de violência/maus tratos aos órgãos competentes;
- Notificar ao Conselho Tutelar e à Secretaria de Saúde (Notificação Compulsória de Maus Tratos).

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- É importante diferenciar “acidente” de “violência”.
- Deve-se suspeitar de violência/maus tratos quando um(a) adolescente apresenta lesão(ões) em região oro-dento-facial .
- Em mulheres, as lesões traumáticas conseqüentes à violência, mais freqüentemente, ocorrem na face.



GLOSSÁRIO

Negligência

Caracteriza-se pela omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social. Pode ser provocada por privação de medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio (como o frio e o calor), não provimento de estímulos e de condições para a freqüência à escola.

Abandono

É a forma extrema de negligência. Devido à situação de miséria e de extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte delas chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência dos filhos, a identificação da negligência/abandono freqüentemente é um ato de difícil discernimento. Freqüentemente nos deparamos com situações de negligência em que existe extrema pobreza das famílias e o abandono se dá por parte do Poder Público. Neste sentido, a proteção deve ser estendida a todo o núcleo familiar.



RESUMOS

Violência psicológica

Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.

O abuso psicológico é uma das formas de violência mais difícil de ser detectada, estando presente não apenas na família, mas também em outros espaços de convivência da criança/adolescente.

Apresenta-se sob diferentes formas:

- rejeitar: não reconhecer o valor da criança e/ou adolescente, nem a legitimidade de suas necessidades;
- isolar: afastá-los de experiências sociais normais, impedindo-a de ter amigos e fazendo-a crer que está só no mundo;
- aterrorizar: por meio de agressões verbais, instaurando clima de medo e fazendo-os crer que o mundo é hostil;
- ignorar: não estimulando seu crescimento emocional e intelectual;
- criar expectativas irreais ou exigências extremadas sobre o seu rendimento escolar, intelectual, esportivo;
- interferir negativamente sobre a criança/adolescente, induzindo a uma auto-imagem negativa e ao fraco desempenho ou estimulando um padrão de comportamento destrutivo;
- danos propositais e/ou ameaças a pessoas queridas;
- danos propositais a objetos queridos;
- danos propositais a animais de estimação.

Traumatismo oro-dento-facial

São lesões causadas por agentes que se manifestam por ação mecânica nas estruturas de face, boca e dentes. Em relação às fraturas dentais, são acometidas por agentes que se manifestam por ação mecânica, sendo rápidos, violentos, imprevistos, acidentais. Podemos diferenciá-las dos chamados microtraumatismos, que são originados no próprio organismo, que obedecem a fatores derivados de anomalia de posição ou vícios de articulação dental ou da articulação têmporo-mandibular. Para melhor compreensão, podemos dividir os traumatismos externos em: simples, complicados e combinados.

Os traumatismos simples: contusão, provocada por golpes de pouca violência, sem sinais externos de traumatismo, mas que provocam movimentos nos dentes; fissuras e lesões, localizadas exclusivamente no esmalte, podendo passar despercebidas, sem conseqüências; fraturas, soluções de continuidade que se produzem nos dentes pela ação brusca, de algum fator externo, muito freqüente em dentes permanentes, raro nos dentes decíduos (são classificadas em fraturas coronárias, radiculares e corono-radiculares).

Os traumatismos complicados: são compostos por deslocamento total (expulsão) ou parcial dos dentes.

Os traumatismos complexos: aqueles acompanhados de lesões em estruturas distantes do dente tais como, por exemplo, fraturas mandibulares ou das maxilas, com repercussões nas fossas nasais ou seio maxilar, com seção de troncos nervosos, vasculares e com grandes feridas de mucosas, lábios, bochechas, língua etc.

Os traumatismos combinados: os traumatismos simples associados aos traumatismos complicados.

Etiologia de lesões traumáticas durante a adolescência:

- quedas,
- acidentes de trânsito,
- acidentes esportivos,
- pancadas em brigas ou atos de violência, dentre outras.

Tratamento: devemos ter sempre presente que todo traumatismo é considerado uma situação de emergência, que o atendimento tem que ser imediato, aliviando a dor e dando tranqüilidade ao adolescente e seus familiares, e que pode ir desde um simples traumatismo sem maiores conseqüências a um traumatismo grave com comprometimento cerebral.

A ocorrência de traumatismo dentário em adolescentes é muito comum, principalmente acometendo os incisivos superiores, causando fratura coronária, de raiz ou avulsão (saída do dente do alvéolo dental).

Em caso de avulsão, de dente permanente, é de fundamental importância o reimplante. No momento do trauma, recolocar o dente no lugar, sem lavá-lo para não eliminar a fibras periodontais. Se isso não for possível, mergulhar o dente num copo com leite, saliva, soro fisiológico ou, em último caso, água. Deve-se manter o dente no lugar comprimindo-o até procurar o mais rápido possível o serviço odontológico mais perto, visando ao sucesso do reimplante. Importante verificar a situação vacinal antitetânica e fazer cobertura antibiótica. Ao contrário do dente permanente, o dente decíduo não deve ser reimplantado porque pode afetar o germe do dente permanente.

Violência física contra a mulher adolescente

A violência física pode ser definida como atos dirigidos contra as jovens que produzam dores e danos ao corpo. Acontece na forma de tapas, empurrões, chutes, bofetadas, puxões de cabelo, beliscões, mordidas, queimaduras, tentativas de asfixia, ameaça com faca, tentativa de homicídio, dentre outras. Pode ocorrer no âmbito doméstico (pais, parentes e parceiros íntimos), institucional (profissionais) e comunitário (policiais, desafetos etc). A violência física não deve ser confundida com agressividade, pois não se refere a uma reação momentânea e descontrolada de um sujeito contra o outro. Ao contrário, as ações de violência são repetidamente usadas como forma de exercício de poder e controle que, a partir do uso da força, subjuga e comanda aquele violentado. Deve-se considerar que tanto as vítimas como os autores estão situados em um contexto cultural que autoriza o uso da força física como forma de expressão de poder. Muitas crianças e adolescentes apresentam seqüelas físicas que nem sempre são percebidas como sintoma de violência, pois são consideradas como pertinentes para esta faixa etária. Muito ainda se acredita que se pode ensinar através do uso da força física.

Violência doméstica

Caso 3 - “É melhor ficar sozinha que é pra não ficar pior”

1ª parte

lara, 16 anos, estudante da 8ª série do ensino fundamental, engravidou pela primeira vez devido a um acidente com preservativo. Frequentou as consultas de pré-natal e o grupo de gestantes regularmente, com seu companheiro Francisco, de 23 anos, com quem vive maritalmente desde o nascimento do filho.

Em consulta agendada para fazer o preventivo, a enfermeira Natália notou que a adolescente estava muito triste. Perguntou se gostaria de conversar sobre o que lhe afligia e lara, chorando, fala que foi agredida pelo companheiro há duas semanas e está com atraso menstrual de 20 dias. Mostra algumas marcas no corpo e conta que a partir da demissão de Francisco, este vinha por vezes chegando em casa embriagado. Nestes episódios aconteceram discussões e, na última vez, o conflito culminou em agressão física na presença do filho de um ano e seis meses. lara relata que já denunciou o companheiro na delegacia e, desde então, voltou para a casa de seus pais. Estes não concordam que ela volte a viver com Francisco e ameaçam de não ajudá-la financeiramente se o aceitar de volta.

Natália ouviu atentamente o relato da adolescente e solicitou a participação de Sônia, assistente social, para acompanhamento conjunto do caso. lara perguntou à enfermeira se deveria aceitar voltar com o companheiro. A pergunta é devolvida e a adolescente chora novamente. Diz gostar muito do companheiro e não quer perdê-lo. Entretanto, teme a ocorrência de um novo episódio e não gostaria de decepcionar seus pais. A enfermeira propõe um encontro com a psicóloga e lara pede um pouco mais de tempo para pensar. Natália registra o atendimento e agenda nova consulta.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste caso?

Como você abordaria esta situação de conflito?

Que outros dados e quais profissionais seriam importantes para o encaminhamento dos problemas detectados?

Aspectos relevantes identificados

- Suspeita de gravidez;
- Uso inadequado do preservativo/contracepção;
- Violência doméstica envolvendo adolescente e criança;
- Abuso de bebida alcoólica pelo companheiro;
- Dependência financeira/desemprego do companheiro;
- Pressão da família em relação ao apoio financeiro.

Abordagem e conduta

Suspeita de Gravidez

- Registrar Data da Última Menstruação - DUM;
- Realizar exame físico;
- Solicitar TIG – Teste Imunológico para Gravidez, com orientação adequada da coleta de urina.

Uso inadequado do preservativo/contracepção

- Enfatizar a importância de negociar com o companheiro a dupla proteção;
- Apresentar alternativas de métodos contraceptivos e orientar para uma escolha adequada futura;
- Confirmando-se a gravidez, ratificar a importância de iniciar, o mais cedo possível, acompanhamento pré-natal.

Violência doméstica envolvendo adolescente e criança

- Estar disponível para ouvir a adolescente sobre os episódios de violência que já sofreu;
- Discutir o significado, fases e repercussão da violência doméstica;
- Mobilizar recursos existentes na comunidade (creches, escolas, postos de saúde) a fim de se promover uma rede de apoio e prevenção, tendo em vista a reincidência;
- Reforçar a importância de buscar apoio na família de origem;
- Informar a possibilidade de ajuda prestada por organizações de apoio a vítima de violência doméstica;
- Discutir com a adolescente a importância da denúncia de agressão;
- Informar sobre os aparatos legais de proteção à mulher;
- Notificar ao Conselho Tutelar;
- Notificar à Secretaria de Saúde (Notificação Compulsória de Maus Tratos);
- Orientar lara na observação de alterações de comportamento de seu filho frente às situações de violência vivenciadas.

Abuso de bebida alcoólica

- Convidar Francisco à comparecer à Unidade de Saúde e conversar sobre as motivações que o levaram a consumir de forma abusiva a bebida alcoólica;
- Fazer contato com serviços de apoio a dependentes químicos;
- Sugerir e enfatizar a importância do companheiro de lara procurar ajuda profissional e/ou grupos de apoio;
- Estimular a adesão ao tratamento, prevenindo outros episódios de uso/abuso de bebida alcoólica.

Dependência financeira/desemprego

- Verificar o grau de necessidade material do casal para manutenção da alimentação;
- Apontar as possibilidades de apoio na comunidade, serviços de capacitação profissional, programas de ajuda comunitária e de transferência de renda ou de capital, dentre outras;
- Orientar para a inserção no mercado formal de trabalho;
- Estar disponível para intermediar diálogo com o companheiro e familiares de lara;
- Manter atendimento à adolescente e sua família para acelerar o processo de diálogo e enfrentamento dos problemas mais emergentes.

2ª parte

Na consulta seguinte, lara mostra o resultado positivo do teste de gravidez. Fala com alegria e um misto de tristeza, devido ao momento difícil de seu relacionamento. Abatida e angustiada por ter contrariado a orientação dos pais, conta que voltou a viver com o companheiro, na condição de não retirar a denúncia nos próximos seis meses. Além disso, omitiu a confirmação da gravidez a Francisco, pois teme ser culpabilizada. Questionada sobre o motivo de omissão do resultado, lara chora e diz que foi novamente agredida. Apesar disso, afirma que deseja continuar convivendo com Francisco, pois acredita que ele é uma boa pessoa e só está passando por um momento difícil. Aceita o agendamento com a psicóloga e pergunta se o companheiro também poderá receber ajuda. Natália lhe orienta que discuta esta questão com a psicóloga. Depois de avaliar os dados antropométricos – peso: 48 Kg; estatura: 160 cm; pressão arterial? 90 x 60 mm/ hg: fazer o exame físico/obstétrico, a enfermeira orientou sobre os cuidados, solicitou os exames de rotina e agendou entrevista com a psicóloga na mesma semana, com retorno ao pré-natal em 30 dias.

Refletindo e discutindo

- Como você abordaria os sentimentos de lara em relação à gravidez?
- Quais profissionais seriam destacados para acompanhar este caso?
- Que ações poderiam ser propostas no sentido de incluir Francisco e os pais de lara?
- Poderíamos considerar a gravidez de lara como de risco? Por quê?

Aspectos relevantes identificados

- Sentimentos de ambivalência em relação ao companheiro e à gestação;
- Riscos da gravidez para a gestante e o feto;
- Violência de gênero.

Abordagem e conduta

Sentimentos de ambivalência em relação ao companheiro e à gestação

- Oferecer um espaço de escuta para que a adolescente se expresse e possa entender a importância da psicoterapia na elaboração de sua ambivalência;

- Estar disponível para conversar com o pai do bebê no próximo atendimento, caso Lara demonstre interesse em ter apoio da equipe para comunicá-lo sobre a gravidez.

Riscos da gravidez para a gestante e o feto

- Acolher a adolescente para identificar e auxiliar nas dificuldades da gravidez;
- Solicitar exames da rotina de pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde;
- Avaliar as condições clínicas;
- Fortalecer o vínculo afetivo da gestante com o bebê, conversando com Lara sobre o desenvolvimento intra-uterino;
- Identificar sinais de vulnerabilidade emocional e/ou social e intervir o mais precocemente possível;
- Ratificar a importância do acompanhamento psicológico;
- Estimular a dieta rica em proteínas, vitaminas, ferro e cálcio, sugerindo alimentos compatíveis com as condições socioculturais da adolescente, buscando recursos locais disponíveis;
- Estimular a participação de Lara no grupo de gestantes.

Violência de gênero

- Abordar a construção cultural coletiva dos papéis sexuais e a questão da dominação masculina;
- Estimular a participação em grupos de convivência social.

3ª parte

Lara comparece à segunda consulta de pré-natal, acompanhada de Francisco, com aparência triste e emagrecida. É atendida pela Dra. Fabiana que os recebe com simpatia. A obstetra já tinha conhecimento da situação de conflito e violência sofrida pela gestante, e pergunta como foi a entrevista com a psicóloga. Lara responde de forma reticente, dando a entender que não compareceu ao atendimento. A médica tentou abordar a questão com o casal e foi impedida por Francisco. Este criticou sua intervenção, por ser um problema particular. Foi explicado o motivo do interesse mas, diante da resistência e atitude beligerante do rapaz e da dificuldade de Lara em se manifestar, a médica optou em conduzir a consulta dentro dos limites clínicos. Ao fazer a avaliação dos exames, ficou preocupada com o resultado: hemácias 2.900 milhões/mm³, hemoglobina 8,0g/dl e hematócrito 29%. A médica perguntou sobre sua alimentação. Lara conta que está inapetente e, quando consegue se alimentar, vomita em seguida. Tem apresentado mais de três episódios de vômitos por dia e dor em baixo ventre, tipo cólica, ocasionalmente. Ao exame físico, registrou-se peso de 45 kg, pressão arterial de 85 x 50mm/hg e palidez cutâneo-mucosa +++/4+. Está com 13 semanas de gestação.

Diante do quadro apresentado, Dra. Fabiana prescreve os medicamentos necessários e reforça a importância do atendimento psicológico e uso regular da medicação, com atenção especial na alimentação. Antes de finalizar a consulta, a médica tenta uma nova aproximação com o rapaz, explicando a importância de Lara ser bem cuidada tanto física quanto emocionalmente. Ressalta para os dois sua responsabilidade de informar ao Conselho Tutelar os fatos ocorridos ultimamente, considerando os riscos a que adolescente e o bebê estão expostos. Agenda novo atendimento psicológico e retorno ao pré-natal para o mês seguinte.

Refletindo e discutindo

Que problemas podem ser destacados nesta parte do caso?

Qual a conduta mais adequada diante do comportamento beligerante de Francisco?

Que outros dados podem ser obtidos para melhor conduzir este caso?

Que outros atores devem estar envolvidos na solução destes problemas?

Aspectos relevantes identificados

Intimidação de Francisco à Iara e à profissional de saúde;

Gravidez com quadro clínico instável e preocupante: inapetência, anemia, perda ponderal, hipotensão, náuseas e vômitos (hiperemese gravídica);

Falta de adesão ao tratamento psicológico proposto.

Abordagem e conduta

Intimidação de Francisco à Iara e à profissional de saúde

- Solicitar a permanência de mais um profissional da equipe no consultório;
- Esclarecer ao casal o interesse pelo bem-estar da gestante e do bebê;
- Discutir com Francisco as suas responsabilidades como pai e companheiro;
- Solicitar a presença de um membro da família de origem, de confiança de Iara, para verificar a possibilidade de apoio material e emocional à adolescente;
- Discutir a ocorrência de intimidação com a equipe multidisciplinar e com o Conselho Tutelar, a fim de obter orientação para lidar com outros possíveis episódios de violência.

Gravidez com quadro clínico instável e preocupante: inapetência, anemia, perda ponderal, hipotensão, dor em baixo ventre, náuseas e vômitos (hiperemese gravídica)

- Agendar consultas semanais até o controle do quadro clínico/obstétrico;
- Avaliar a necessidade de internação para obter resposta mais eficaz do quadro clínico/obstétrico;
- Enfatizar a importância de usar os medicamentos conforme prescrição;
- Orientar para a adoção de uma dieta rica em proteínas, vitaminas, ferro e cálcio, de acordo com as condições socioculturais;
- Abordar com a adolescente a necessidade de orientação e acompanhamento nutricional, caso persista a perda ponderal;
- Conversar com Iara sobre os cuidados indispensáveis à sua saúde ao realizar as tarefas domésticas, e a necessidade de mais repouso, considerando o atual quadro de anemia;
- Verificar a possibilidade de visita domiciliar semanal para a verificação do peso, pressão arterial e acompanhamento da situação de violência doméstica.

Falta de adesão ao tratamento psicológico proposto

- Refletir com a adolescente sobre os seus sentimentos e angústias;
- Procurar estratégias de apoio entre seus familiares e amigos;
- Sensibilizar a adolescente para a importância do acompanhamento psicológico.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- O diagnóstico de gravidez pode ser feito precocemente, mesmo antes do atraso menstrual, pela dosagem plasmática da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico. A partir da sexta semana de gravidez, com cerca de 15 dias de amenorréia, torna-se positivo o TIG urinário e a ultrassonografia obstétrica revela a presença de embriões com cinco a seis semanas de gestação.
- Existe na legislação brasileira uma lei específica para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, intitulada “Lei Maria da Penha”: nº 11340 de 07/08/2006.
- A Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres disponibiliza uma Central de Atendimento à Mulher – Disque 180 com funcionamento 24 horas.
- A Anticoncepção de Emergência (AE) não pode substituir o uso da pílula diária porque, se tomada com frequência, pode causar transtornos menstruais como antecipação ou atraso da menstruação, dificultando o reconhecimento das fases do ciclo e o período de fertilidade da mulher.
- Na inexistência de Conselho Tutelar na localidade onde ocorrer a violência contra a adolescente, o artigo 262 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que “enquanto não instalados os Conselhos Tutelares, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária”. Nesses casos, as notificações devem ser encaminhadas ao Juizado da Infância e da Juventude, à Vara da Família, ao Ministério Público ou a qualquer outra autoridade judiciária existente na localidade onde reside a vítima.



GLOSSÁRIO

Ambivalência

Estado de quem experimenta ao mesmo tempo, numa determinada situação, sentimentos opostos.



RESUMOS

“Lei Maria da Penha”

Com a promulgação da “Lei Maria da Penha” (Lei nº 11.340), que foi sancionada em 7 de agosto de 2006 e entrou em vigor em 21 de setembro do mesmo ano, espera-se que as mulheres se sintam mais seguras e confiantes em denunciar as situações de violência doméstica e familiar cometidas por seus companheiros. A “Lei Maria da Penha” altera artigos do Código Penal e do Código de Processo Penal, criando instrumento de proteção à mulher para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar, como a

possibilidade do juiz, em até 48 horas, determinar medidas adequadas e efetivas de proteção. Dentre as previstas na lei, vale destacar as seguintes: saída do agressor da residência e proibição de aproximação física da mulher agredida e dos filhos, direito de reaver bens e cancelar procurações; prisão do agressor em flagrante ou que tenha prisão preventiva decretada; fim das penas pecuniárias e mudança no período de detenção, que pode ser de três meses a três anos. A inclusão da mulher no cadastro de programas assistenciais dos governos federal, estadual e municipal é uma outra medida prevista na área da assistência social.

Para dimensionar outros benefícios com a aprovação da “Lei Maria da Penha”, basta consultar o quadro abaixo:

Antes da Lei	Lei Maria da Penha
Não existe lei específica sobre a violência doméstica contra a mulher.	Tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher.
Não estabelece as formas desta violência.	Estabelece as formas de violência doméstica contra a mulher como sendo física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.
Aplica a lei dos juizados especiais criminais (Lei 9.099/95) para os casos de violência doméstica. Estes juizados julgam os crimes com pena de até dois anos (menor potencial ofensivo).	Retira dos juizados especiais criminais (Lei 9.099/95) a competência para julgar os crimes de violência doméstica contra a mulher.
Os juizados especiais criminais tratam somente do crime mas, para a mulher vítima de violência doméstica resolver as questões de família (separação, pensão, guarda de filhos), tem que ingressar com outro processo na Vara de Família.	Serão criados juizados especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher, com competência cível e criminal para abranger todas as questões.
A autoridade policial efetua um resumo dos fatos através do TCO (Termo Circunstanciado de Ocorrência).	Prevê um capítulo específico, para o atendimento pela autoridade policial, para os casos de violência doméstica contra a mulher.
A mulher pode desistir da denúncia na delegacia.	A mulher somente poderá renunciar perante o juiz.
É a mulher que, muitas vezes, entrega a intimação para o agressor comparecer em audiência.	É vedada a entrega da intimação pela mulher ao agressor.
A mulher vítima de violência doméstica geralmente não é informada quanto ao andamento dos atos processuais.	A mulher vítima de violência doméstica será notificada dos atos processuais, especialmente quanto ao ingresso e saída da prisão por parte do agressor.
A mulher vítima de violência doméstica, em geral, vai desacompanhada de advogado ou defensor público nas audiências.	A mulher deverá estar acompanhada de advogado ou defensor em todos os atos processuais.
A violência doméstica contra a mulher não é considerada agravante de pena.	Altera o artigo 61 do Código Penal para considerar este tipo de violência como agravante de pena.
A violência doméstica contra mulher portadora de deficiência não aumenta a pena.	Se a violência doméstica for cometida contra mulher portadora de deficiência, a pena será aumentada em 1/3 (um terço).

Antes da Lei	Lei Maria da Penha
Não prevê o comparecimento do agressor a programas de recuperação e reeducação.	Altera a Lei de execuções penais, para permitir que o juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.

Fonte: Revista Rádis, nº 49.

Violência doméstica

A violência doméstica não é um fenômeno social novo. Encerra questões culturais e socialmente construídas ao longo dos séculos, reafirmando a dominação do mais forte dentro do grupo familiar. Caracteriza-se por agressão física, verbal, psicológica, abuso sexual e negligência, direcionada à companheira ou ao companheiro, e pode envolver crianças e adolescentes. Contudo, as mulheres engajadas nos movimentos sociais resgataram a discussão sobre a violência doméstica, revelando sua condição de gênero. No atual cenário observamos, nos serviços públicos de saúde, uma crescente demanda de atendimento às crianças e adolescentes vítimas dos vários tipos de violência doméstica. Esta situação tem provocado debate na sociedade civil e jurídica, obrigando a criação de normas, leis e procedimentos que possam garantir a integridade física, psicológica e moral de cidadãos em formação.

Aspectos como estresse, desemprego, baixos salários, filhos não desejados, falta de condições de sobrevivência, abuso de drogas, alcoolismo, problemas psicológicos/psiquiátricos, história de abuso dos pais quando crianças, fanatismo religioso, dentre outros, têm sido identificados como fatores desencadeantes da violência doméstica.

Apesar de se constatar que a violência doméstica na adolescência é muito elevada, os estudos divulgados sobre essa questão estão relacionados à violência cometida pelos pais, não contemplando aquelas praticadas por parceiros, namorados, companheiros e maridos. Essa constatação reforça a necessidade de estudos e pesquisas que quantifiquem e qualifiquem esta nova realidade, para que se visualize a real situação de mulheres adolescentes e jovens nessas condições e, desta forma, se possa pensar em estratégias de prevenção e intervenção, as quais devem contemplar assistência multidisciplinar.

No contexto do atendimento à vítima de violência doméstica, a equipe de saúde deve se preocupar com as questões éticas e suas conseqüências. Para tanto, os profissionais precisam observar os seguintes princípios: sigilo e segurança; intervenção que evite fragilizar a vítima; respeito ao tempo, ritmo e às decisões da pessoa, e consciência do impacto da violência sobre si mesmo.

A violência está associada à forma como a sociedade se organiza, distribui os seus bens e serviços, e constrói seus valores e normas. Tem raízes profundas nas estruturas culturais, sociais, econômicas e políticas. A violência é representada pelas ações de indivíduos ou grupos e causa danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outros. A violência doméstica se distingue da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função

parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados. É um fenômeno trazido à luz pelos movimentos sociais de mulheres. Por esta razão, muitas vezes o termo foi utilizado para descrever situações de violência intrafamiliar, no espaço doméstico, atingindo as mulheres por sua condição de gênero.

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra.

Anticoncepção de emergência (AE)

É um método para evitar a gravidez após a relação sexual. Suas indicações são: situações especiais e excepcionais – relação sexual desprotegida (rompimento do preservativo, deslocamento do diafragma) e violência sexual. Pode ser utilizada de duas formas: método de Yuzpe (AHOC – 200 microgramas de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel) ou levonorgestrel (1,5 mg em dose única ou duas doses com intervalo de 12h) até cinco dias após o coito desprotegido. O índice de efetividade é de 75% e é mais eficaz quanto mais cedo é administrada. O uso repetido de AE compromete a sua eficácia. Seus efeitos colaterais são: náuseas e vômitos em 15 a 20% das mulheres. Caso haja vômito até duas horas após a ingestão do medicamento, deve-se repeti-lo. Se ocorrer após duas horas, recomenda-se que a administração da AE seja feita por via vaginal, que tem uma boa absorção.

A AE não provoca sangramento imediato após o seu uso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que 57% das mulheres não terão alteração no ciclo após o uso de AE, 28% têm antecipação da menstruação, e 15% têm atraso da menstruação. A única contra-indicação absoluta é a gravidez confirmada. A AE é considerada extremamente segura para a mulher devido ao tempo muito curto de tratamento e pela baixa dose total administrada. Nos casos de uso acidental de AE durante a gestação, não há evidência epidemiológica de riscos de anomalias fetais. As contra-indicações relativas para adolescentes são as mesmas estabelecidas para mulheres adultas (tromboembolismo, acidente vascular, diabetes). Mas, como o tempo de tratamento é curto e a dose total utilizada é baixa, não devem servir de impedimento para o uso da AE, principalmente se realizada com o levonorgestrel.

O mecanismo de ação da AE varia conforme o momento do ciclo menstrual em que é administrada. Pode impedir ou retardar a ovulação, alterar o transporte de espermatozóides e do óvulo para as trompas, modificar o muco cervical, interferir na capacidade dos espermatozóides. Tudo isso resulta no impedimento da fecundação sempre antes da implantação, portanto, não é um método abortivo.

A AE é um método aprovado pelos órgãos de vigilância sanitária e os medicamentos que a realizam estão disponíveis, mediante receita médica. Está incluída pelo Ministério da Saúde nas normas técnicas de planejamento familiar e violência sexual. A AE faz parte das recomendações da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana.

Aconselhamentos importantes na AE:

- Evita a gravidez após a relação sexual;
- O prazo de tempo disponível para iniciar o método é de até 5 (cinco) dias;
- A eficácia diminui proporcionalmente ao tempo em que é usada após a relação sexual;
- Não induz a sangramento após o uso;
- Não protege nas relações sexuais posteriores nem das DST/HIV;
- Deve-se estimular o uso concomitante de preservativo;
- O uso repetitivo de AE é menos eficiente;
- Pode causar efeitos colaterais leves;
- Ausência de efeito abortivo.

Exploração sexual comercial

Caso 4: “Viajando e arriscando”

1ª parte

Silvina, 16 anos, veio ao Rio de Janeiro passar as férias na casa de uma tia, pois estavam ocorrendo muitas brigas na sua família, entre ela e seu pai, que é muito autoritário e rigoroso. A adolescente ficou feliz em aproveitar a temporada, conhecer a cidade grande e a praia, passear com sua prima no shopping e “curtir” as festas com os novos amigos. Ontem à noite dançou, bebeu e, repentinamente, desmaiou no salão. Sua prima e alguns colegas a levaram à Unidade de Emergência, pois ela começou a vomitar e a sentir tonteiros sem conseguir ficar em pé.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste caso?

Quais os cuidados de prevenção e de alerta para adolescentes que viajam desacompanhados de seus pais e/ou responsáveis?

Que avaliações diagnósticas são importantes?

Qual encaminhamento você daria ao caso?

Aspectos relevantes identificados

Vômitos e tonteira;

Responsabilidade e confidencialidade no atendimento de adolescentes;

Consumo de bebidas alcoólicas e suspeita de uso de outras drogas;

Conflitos familiares;

Novo grupo de amigos e desafios sociais;

Prevenção de riscos durante viagens e férias.

Abordagem e conduta

Vômitos e tonteira

- Verificar os sinais vitais;

- Perguntar sobre a data da última menstruação;

- Realizar os procedimentos médicos necessários para combater os sintomas de náuseas, vômitos e manutenção dos sinais vitais;

- Se houver suspeita de intoxicação aguda por substância psicoativa (ataxia, sonolência, arritmias etc.), solicitar exames laboratoriais.

Responsabilidade e confidencialidade no atendimento de adolescentes

- Após a conduta médica de emergência, atender Silvina em ambiente com privacidade;
- Orientá-la a respeito do caráter confidencial do atendimento e sobre a manutenção do sigilo das informações colhidas.

Consumo de bebidas alcoólicas e suspeita de uso de outras drogas

- Estabelecer uma relação de confiança com a adolescente;
- Realizar anamnese e exame físico para identificar a possibilidade de efeitos decorrentes do abuso de substâncias tóxicas;
- Perguntar sobre o início, a frequência, os tipos de bebidas, drogas ou medicamentos consumidos;
- Avaliar a possibilidade da associação de bebidas alcoólicas com outras drogas;
- Identificar o tipo de droga e seus efeitos como estimulante, depressora ou alucinógena, também conhecida como droga perturbadora;
- Conversar sobre riscos do uso abusivo do álcool e das drogas, e tipos de usuários: recreacional, experimentador, habitual e dependente ou adicto;
- Explicar sobre as consequências físicas (corporais) e psíquicas (mentais) do uso abusivo das drogas.

Conflitos familiares

- Acolher e ouvir as queixas de Silvina;
- Buscar mais informações sobre os conflitos da adolescente com seu pai;
- Procurar estabelecer um canal de comunicação com os familiares de Silvina.

Novo grupo de amigos e desafios sociais durante a adolescência

- Na anamnese, perguntar à Silvina sobre seus novos amigos: quem são, o que fazem e como se sente em relação a eles;
- Conversar com a adolescente sobre o seu relacionamento com o grupo, pontos positivos e negativos;
- Fortalecer sua auto-estima e valorizar seus ideais.

Prevenção de riscos durante viagens e férias na adolescência

- Orientar sobre os principais riscos e cuidados durante viagens e férias;
- Perguntar sobre a caderneta de vacinação, e verificar sua atualização, principalmente para reforço de tétano (dupla), tríplice viral e hepatite B;
- Perguntar sobre autorização dos pais e/ou responsáveis para viagens interestaduais e internacionais, quando menor de 18 anos (artigos 83, 84 e 85 do Estatuto da Criança e do Adolescente);
- Verificar documentação e endereço com telefone de contato do responsável durante a ausência do local de residência permanente.

2ª parte

Durante a consulta, Silvina ficou muito assustada mas, aos poucos, começou a conversar com o profissional que a atendeu, enquanto recebia uma hidratação venosa e ia se recuperando. Contou sobre tantas surpresas, boas e ruins, que têm acontecido com ela nos últimos meses. Disse que um tio paterno tentou seduzi-la e, ao contar a história para os pais, eles brigaram mais ainda com ela, chamando-a de “mentirosa” e “pecadora”. Ficou feliz em vir passar as férias no Rio para poder, assim, sair de casa. Relatou que gostou tanto desta liberdade que não queria mais voltar. Disse também que conheceu, na praia, um simpático estrangeiro com cerca de quarenta anos, muito carinhoso, e que gostava de tirar fotos suas enquanto passeavam juntos.

Refletindo e discutindo

Que aspectos importantes aparecem nesta parte da história?

A que situações de risco Silvina está vulnerável?

Que informações são necessárias para melhor entendimento e acompanhamento deste caso?

Quais os setores a serem contactados?

Aspectos relevantes identificados

O Serviço de Emergência como porta de entrada ao atendimento de vítimas de violência;

Suspeita de sedução, assédio ou abuso sexual intrafamiliar;

Suspeita de cooptação pelo turismo sexual, exploração sexual comercial e rede de pornografia.

Abordagem e conduta

O Serviço de Emergência como porta de entrada ao atendimento de vítimas de violência

- Realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias;
- Obter consentimento informado da adolescente e de seu responsável legal, caso esteja presente, antes de iniciar a entrevista e/ou exame clínico e/ou ginecológico;
- Explicar sobre a necessidade de um responsável que auxilie no acompanhamento de Silvina;
- Avaliar a história prévia de violência, abusos sexuais ou maus tratos em adolescentes atendidos após acidentes, intoxicações por bebidas alcoólicas e/ou drogas, gestos ou tentativas suicidas ou ferimentos corporais sem explicações plausíveis;
- Providenciar o protocolo de coleta de exames preconizado pelo Ministério da Saúde para vítimas de abuso sexual e encaminhar ao Instituto Médico Legal (IML) para exame de corpo de delito.

Suspeita de sedução, assédio ou violência intrafamiliar

- Explicar para a adolescente sobre a importância da entrevista (anamnese) e do relato dos fatos passados (história prévia e familiar), além das etapas do exame clínico e ginecológico, para a coleta dos dados;

- Respeitar as dificuldades de Silvina em revelar fatos conflituosos de sua vida, mas colocar-se à disposição para possíveis esclarecimentos;
- Oferecer oportunidade para entrevista de avaliação social e acompanhamento psicológico.

Suspeita de cooptação pelo turismo sexual, exploração sexual comercial de adolescentes

- Avaliar a vulnerabilidade da adolescente em relação a sua história passada e a sua associação com atual exposição de riscos de exploração sexual comercial;
- Alertar a adolescente sobre riscos do relacionamento sexual sem proteção com pessoas estranhas ou desconhecidas tais como turistas estrangeiros e mais velhos;
- Fazer orientação contraceptiva e informar sobre a importância do uso de preservativos, em qualquer relação sexual;
- Informar sobre a criminalidade da rede de aliciamento e dos fatos que envolvem a exploração sexual comercial;
- Solicitar a presença da família e oferecer apoio através de suporte social (ou alternativa de abrigo, se necessário).

3ª parte

Uma semana depois, Silvina retornou ao Pronto Socorro com queixas de dificuldade e dor ao urinar, sensação de queimação e lesões na região vulvo-vaginal, além de mal-estar geral e uma "ponta de febre". No atendimento médico disse que começou a ter relações sexuais na semana anterior, depois de sua última menstruação. Relatou que queria ficar "logo boa", pois vai viajar com o namorado estrangeiro, mas não sabe ainda bem para qual lugar. Silvina veio desacompanhada de sua tia ou prima, pois não quis "assustar ninguém" com seus queixumes.

Refletindo e discutindo

E agora, o que fazer e como conversar com Silvina?

Quais as suas principais suspeitas diagnósticas?

Quais são as etapas da consulta clínica e do exame ginecológico de uma adolescente sexualmente ativa?

Aspectos relevantes identificados

Suspeita de infecção urinária;

Suspeita de DST;

Contracepção e uso de preservativos;

Suspeita de tráfico sexual e exploração sexual comercial de adolescentes.

Abordagem e conduta

Suspeita de infecção urinária e de DST

- Realizar anamnese, exame clínico e ginecológico;

- Solicitar exames laboratoriais complementares para infecção urinária;
- Fazer a coleta de material vaginal para exames laboratoriais de comprovação de DST;
- Colher material cervical para exame colpocitológico;
- Fazer abordagem sindrômica de DST de acordo com o Manual de DST do Ministério da Saúde;
- Solicitar sorologias para DST (sífilis, hepatites B e C e anti-HIV) após aconselhamento;
- Iniciar tratamento para infecção urinária após coleta de urina para exame;
- Prescrever a profilaxia, se confirmada a violência sexual: critérios e recomendações do Ministério da Saúde;
- Solicitar a presença dos pais ou responsáveis e, a seguir, referir para atendimento do serviço social;
- Rever e atualizar, se necessário, o esquema vacinal.

Contracepção e uso de preservativos

- Reforçar a necessidade do uso de preservativos em qualquer relação sexual;
- Ter preservativos e materiais educativos/informativos a respeito do seu uso para oferecer aos adolescentes e encaminhar à unidade básica de saúde;
- Considerar o uso de anticoncepção de emergência (AE) e informar sobre métodos anticoncepcionais bem como sobre a possibilidade de gravidez;
- Acompanhar e fazer teste de gravidez no momento do primeiro atendimento (bHCG plasmático) e repetir o exame em 4 (quatro) e em 6 (seis) semanas, se não houver menstruação normal a seguir.

Suspeita de tráfico sexual ou exploração sexual comercial de adolescentes

- Alertar a adolescente sobre a necessidade de proteção contra exploração sexual comercial e de comunicação ao Conselho Tutelar dos fatos ocorridos;
- Preencher a ficha de notificação compulsória e documentar o caso;
- Notificar o caso ao Conselho Tutelar;
- Oferecer denúncia contra o agressor estrangeiro, ou para qualquer suspeita de rede nacional ou internacional de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, por meio do boletim de ocorrência policial no plantão de emergência ou órgão responsável (Ministério Público);
- Estabelecer um fluxograma para os atendimentos e referências entre o Serviço de Emergência e a Rede de Apoio Social em sua cidade, para ações conjuntas e intersetoriais de intervenção e de prevenção da exploração sexual comercial, tráfico e turismo sexual de crianças e adolescentes;
- Discutir, com a equipe de atendimento nos serviços de emergência, as recomendações nacionais e internacionais para as ações de prevenção e interrupção da rede de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- O turismo sexual não pode ser considerado como turismo em si por se constituir, na essência, uma violência, o que é antagônico ao turismo.

- A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência - Abrapia (<<http://www.abrapia.org.br>>) disponibiliza o número do Sistema Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil (Disque-denúncia 0800-99-0500), além de outras informações.



GLOSSÁRIO

Exploração sexual através do turismo

Inclusão, promoção, oferta e/ou utilização da exploração sexual nas viagens de visitantes nacionais e estrangeiros. A maioria das vítimas desse crime são crianças e adolescentes que se submetem a esse tipo de exploração por questões de sobrevivência, abuso sexual, violência doméstica, maus tratos, negligência, vulnerabilidade social, desestruturação familiar, dentre outras.



RESUMOS

Atendimento em emergência de casos suspeitos de violência sexual

Vítimas de violência sexual podem procurar atendimento em serviços de emergência sem, entretanto, revelarem que foram violentadas ou até mesmo não terem consciência deste fato. Portanto, é de suma importância que os Serviços de Emergência estejam preparados para identificar a violência contra adolescentes assim como estarem capacitados a tratar seus agravos e a encaminhar para outros setores que se façam necessários.

Para que a violência seja identificada e a vítima atendida em suas necessidades, as equipes dos serviços de emergência precisam ser treinadas para o atendimento de casos suspeitos. As fichas de notificação compulsória devem estar disponíveis e acessíveis para documentação completa dos casos. É necessária a disponibilização de sala ou local apropriado e reservado para o exame clínico e ginecológico e, também, para a realização da entrevista psicológica, social ou familiar pela equipe multidisciplinar.

Bebidas alcoólicas, drogas e violência sexual

Bebida alcoólica é a droga mais popular e consumida por adolescentes em festas, finais-de-semana e férias, e usada para facilitar a relação sexual, principalmente quando não-consensual. Muitas drogas são também usadas em casos de violência sexual, com ou sem associação às bebidas alcoólicas. As drogas mais usadas são a maconha, a cocaína, os medicamentos tranquilizantes (benzodiazepínicos) e as drogas estimulantes (anfetaminas). As adolescentes, quando consomem bebidas alcoólicas ou outras drogas, podem perder seu controle ou consciência e ficar mais vulneráveis a episódios de violência sexual. Há socialmente uma "dupla mensagem", pois a mulher que bebe ou usa drogas é culpabilizada pela sua vitimização e o agressor é desculpado ou justificado, pois estava "sob influência" do álcool ou de drogas, e "perdeu seu controle". É sempre da máxima importância que os profissionais de saúde, nos serviços de emergência, sejam alertados para os sinais sugestivos da violência sexual facilitada pelo uso de álcool e outras drogas e, quando possível, recolham amostras de sangue e urina para exame toxicológico.

Sinais sugestivos de associação de consumo de álcool e outras drogas com violência sexual

- Perda da consciência, perda de memória, desorientação ou confusão mental;
- Dificuldades de fala, marcha e de coordenação psicomotora;
- Sinais de trauma ou feridas na região genital ou perianal;
- Descrição de “viagens” ou alucinações e “experiências sobrenaturais ou extracorpóreas”;
- Intoxicações que não correspondem ao consumo de álcool conforme relatado.

Código de conduta contra o turismo sexual de crianças e adolescentes

O código de conduta contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes (ESCCA) em viagens e turismo foi iniciado pela organização da sociedade civil e rede internacional da End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes – ECPAT, em 1998, em cooperação com a Organização Internacional de Turismo e o Ministério do Turismo do Brasil. Este código é um compromisso assinado por uma rede de países e adotado, dentre outros setores, por hotéis nacionais/internacionais e operadoras de turismo, que reconhecem a existência da ESCCA por meio do turismo. No Brasil, várias redes de hotéis, bares e restaurantes adotaram este Código de Conduta, que propõe:

1. Estabelecer políticas éticas empresariais contra a exploração sexual comercial;
2. Educar e informar viajantes e turistas, em suas cidades de origem e de destino de viagem;
3. Introduzir uma cláusula de repúdio à exploração sexual comercial em contratos firmados pelas redes de hotéis e operadoras de turismo;
4. Desenvolver uma rede de informação e conscientização dos turistas nacionais e internacionais, para divulgação das ações de prevenção e proteção social de crianças e adolescentes;
5. Divulgar informações para as “pessoas-chave” nos locais turísticos e destinos de viagens;
6. Monitorar anualmente a implementação destes critérios e do Código de Conduta entre os países signatários da Convenção das Nações Unidas.

Exploração sexual comercial

A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, também conhecida pela sigla ESCCA, é considerada como uma questão social e prática criminosa, segundo os artigos 70, 82, 239, 240, 241, 250 do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Código Penal Brasileiro, com as modificações de 2004. Representa uma violação de direito humano fundamental, especialmente do direito ao desenvolvimento de uma sexualidade saudável, e uma ameaça à integridade física e psicossocial. Existem três formas primárias de exploração sexual comercial e que possuem uma relação entre si: a prostituição, a pornografia e o tráfico com fins sexuais, incluindo o turismo sexual. A violação está relacionada a algum tipo de transação comercial ou alguma troca e/ou benefício em dinheiro, ofertas ou bens, por intermédio da exploração sexual de menores de 18 anos. Ocorre uma relação de mercantilização (exploração/dominação) e abuso de poder do corpo de crianças e adolescentes (oferta) por exploradores sexuais (mercadores), organizados em redes de comercialização local ou global (mercado) e por consumidores de serviços sexuais pagos (demanda). O sexo torna-se objeto de consumo de falsas promessas e erotização, existindo uma ordem perversa de trabalho, em experiências de sobrevivência social. Em muitas cidades, existe um mercado com fins sexuais, em que o corpo de adolescentes (na maioria do sexo feminino, das várias classes, originadas de cidades do interior, zonas rurais, populações ribeirinhas ou bairros de periferia) é “abusado” ou “explorado” para uma demanda consumidora (na maioria do sexo masculino e mais idoso), numa prática clandestina, ilegal e, muitas vezes, ligada ao crime organizado, redes de tráfico sexual internacional ou re-

des de pornografia e erotização de crianças e adolescentes. Muitos dos turistas sexuais são agressores ocasionais, caminhoneiros ou viajantes dentro do próprio país, ou estrangeiros que se aproveitam de adolescentes desprevenidas ou já traumatizadas em situações anteriores, e que se submetem ou ficam seduzidas em troca de algum afago ou presente, que pode ser um prato de comida ou algum “trocado”. Geralmente são homens mais velhos que se justificam afirmando que foram “provocados” pelas adolescentes que estão em busca de dinheiro ou bens dados em troca, ou afirmando que o sexo com adolescente é “aceitável” e “natural” no país que visitam. O turismo sexual faz parte de toda uma rede de pornografia, pois as fotos e imagens são depois usadas, sem qualquer autorização e à revelia da adolescente e/ou de sua família, para fins comerciais, ou colocadas em redes virtuais, na internet. A proteção de crianças e adolescentes contra a ESCCA está prevista em códigos internacionais, tais como a Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e contra o Crime Transnacional Organizado (Protocolo de Palermo, artigo 2, alínea A, 2000), que é considerada uma das Metas de Desenvolvimento do Milênio, documento das Nações Unidas e compromisso assumido e referendado pelo Brasil.

Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil

É um instrumento de garantia e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, que visa à criação, ao fortalecimento e à implementação de um conjunto articulado de ações e metas fundamentais para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente vulnerável à violência sexual, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente. O processo de articulação e mobilização da sociedade civil e do governo, desde a década de 90, resultou na construção coletiva e participativa do Plano Nacional, discutido e aprovado num seminário nacional realizado em Natal, Rio Grande do Norte, no ano de 2000. Foi também firmado um compromisso denominado “Carta de Natal”, que se constituiu na expressão da vontade política desse Fórum, para viabilizar a implantação e implementação do Plano Nacional em todo território brasileiro. Este plano foi deliberado e aprovado no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), em julho de 2000 e, atualmente, as 27 Unidades Federadas já elaboraram e implantaram seus Planos Estaduais. Estas ações estão sendo desenvolvidas a partir de seis eixos:

1. Análise da situação;
2. Articulação e mobilização;
3. Prevenção;
4. Atendimento médico e psicossocial;
5. Defesa e responsabilização;
6. Protagonismo infanto-juvenil.

A estratégia de enfrentar a ESCCA por meio das redes sociais é uma das orientações do Plano Nacional. Em 2002, após a divulgação do relatório nacional da “Pesquisa sobre o tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial no Brasil – Pestraf”, foi constituído um comitê nacional permanente de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, que é o interlocutor oficial da sociedade civil e de setores públicos para monitorar a implementação do Plano Nacional. Em 2003, foi criado o site <http://www.caminhos.ufms.br>, com os objetivos de mobilizar a sociedade, dar visibilidade ao fenômeno da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, provocando reflexões e discussões sobre o assunto, além de integrar as redes de enfrentamento e capacitação à distância. Este site é executado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, num convênio firmado com a Secretaria Especial de Direitos Humanos, com apoio do Programa de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil.

Relação sexual forçada

Caso 5 – “Alvo fácil”

1ª parte

O senhor Moacir chega na Unidade de Saúde com a filha Ana, de 15 anos, procurando por um atendimento de urgência, pois ela sente muitas dores no baixo ventre. O pai da adolescente é viúvo e trabalha como zelador da escola da comunidade em que mora. Dá entrada na Unidade de Saúde, visivelmente transtornado. Sua filha, também abalada, parece não entender o que está acontecendo, e se mostra um tanto atordoada. No atendimento médico, a jovem se recusa a falar sobre as possíveis causas das dores que sente. É seu pai quem conta que, quando chegou em casa nesta tarde, se assustou ao ver “Mazinho” (chefe do tráfico de drogas na sua comunidade) saindo de lá e, ao lhe ver, disse: “bico calado, fica na tua!” O senhor Moacir, apavorado, deparou-se com Ana sentada no sofá, “muito nervosa” e dizendo que não tinha sido sua culpa. Aos prantos, contou ao pai que o rapaz havia forçado uma relação sexual e que ela estava sentindo muita dor e vergonha. Ao final do relato, o pai foi enfático ao afirmar que não faria denúncia contra o agressor pois, se o fizesse, estariam correndo risco de vida.

Durante o atendimento individual, foi realizado o exame clínico/ginecológico e os procedimentos de rotina confirmaram lesões sugestivas de trauma genital. Foi conversado com Ana sobre a necessidade de medicamentos para a prevenção de gravidez e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS. A médica agendou consultas de retorno e encaminhamento para o serviço social e psicologia. Enfatizou a importância do acompanhamento tanto médico como psicológico e social, e sugeriu apresentá-la à psicóloga da instituição que estava, naquele momento, disponível para conhecê-la. A adolescente consentiu e, no encontro com a psicóloga, mostrou-se bastante reservada, falando poucos detalhes da sua vida e nada sobre a relação sexual forçada que havia sofrido.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica nesse caso?

Que esclarecimentos você daria, num primeiro momento, para Ana e seu pai?

É possível intervir em situações de violência sexual contra a mulher sem levar em conta seu contexto sociocultural, econômico e político?

Qual o momento ideal para notificação ao Conselho Tutelar?

Aspectos relevantes identificados

Violência sexual/relação sexual forçada;

Risco de gravidez indesejada;

Dificuldade de Ana em verbalizar seus sentimentos frente à situação de violência;

Recusa do pai de denunciar a violência sexual perpetrada por um integrante do tráfico de drogas.

Abordagem e conduta

Violência sexual/Relação sexual forçada

- Fazer anamnese e exame clínico/ginecológico, tendo o cuidado de previamente explicar à adolescente a necessidade destes procedimentos e como são realizados;
- Colher espécimes de: conteúdo vaginal para exame direto a fresco e corado pelo Gram; endocérvice e reto para cultura em meio Thayer-Martin (gonococo); e endocérvice para imunofluorescência direta (clamídia), quando disponíveis;
- Coletar imediatamente sangue para sorologias: sífilis, HIV, hepatite B e C (para conhecimento sorológico no momento do atendimento e para posterior comparação);
- Iniciar antibioticoterapia para DST e profilaxia do HIV;
- Iniciar vacina e imunoterapia passiva para hepatite B;
- Realizar profilaxia de HIV, hepatite B e outras DST;
- Orientar sobre a necessidade de encaminhamento ao Instituto Médico Legal (IML) para exame de corpo de delito e sobre os limites de atuação do serviço de saúde na culpabilização da vítima;
- Encaminhar ao IML, DEAM (Delegacia de Atendimento à Mulher), DPCA (Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente) ou demais delegacias existentes.

Risco de gravidez indesejada

- Investigar a data da última menstruação e realizar contracepção de emergência.

Dificuldade de Ana em verbalizar seus sentimentos frente à situação de violência

- Ouvir e acolher Ana em atendimento individual para garantir o sigilo, a confidencialidade e a autonomia da adolescente.

Recusa do pai em denunciar a violência sexual exercida por um integrante do tráfico de drogas

- Acolher o pai e escutar a situação de violência estrutural vivida pela família;
- Discutir o caso com a equipe de saúde.

2ª parte

Quinze dias depois, Ana, embora ainda não mencionasse a relação sexual forçada, já se sentia mais segura para se expressar e trazia como queixa principal o fato de estar se sentindo muita presa em casa.

A adolescente contou que, desde o ocorrido, seu pai não permite que vá à escola, converse com seus amigos ou, até mesmo, que deixe a janela de casa aberta. Somente abre exceção para vir ao ambulatório nos atendimentos médico e psicológico, pois é o único lugar que pode acompanhá-la. Durante a discussão do caso em equipe, a assistente social relata o trabalho que tem realizado para que Sr. Moacir concorde em notificar o episódio de violência ao Conselho Tutelar. Refere que ele continua bastante apreensivo com as possíveis repercussões deste fato, porém já acredita que o Conselho pode ajudá-lo a encontrar uma saída para esta situação. Ele solicita que a reunião com o Conselho seja realizada no Posto de Saúde. A equipe concorda e agenda a reunião.

Refletindo e discutindo

Que outros problemas você identifica nessa parte da história?

Como proceder frente às queixas de Ana?

Quais perguntas você considera importante fazer ao senhor Moacir?

Aspectos relevantes identificados

Absenteísmo escolar;

Isolamento e afastamento do seu grupo social;

Pressão psicológica do pai.

Abordagem e conduta

Absenteísmo escolar

- Acolher e escutar as preocupações da família;
- Orientar a família sobre a necessidade de retorno imediato para a escola;
- Discutir estratégias seguras de frequência à escola.

Isolamento e afastamento do grupo social

- Conversar com a adolescente, procurando aumentar sua capacidade de se expressar sobre os acontecimentos relatados, no intuito de elaborar estratégias de enfrentamento.

Pressão psicológica do pai

- Contatar o Conselho Tutelar para uma discussão com a equipe de saúde e a família sobre a melhor forma de agir neste caso.

3ª parte

O senhor Moacir chega ao posto de saúde para a reunião com a equipe e o Conselho Tutelar e, durante a mesma, fica esclarecido que Ana sofreu durante meses o assédio sexual do rapaz e que resistiu por considerar perigoso namorar pessoas envolvidas com o tráfico de drogas. Porém, sua recusa foi

entendida como rejeição e punida com a relação sexual forçada. Ana já conseguia conversar com o pai sobre o ocorrido e lhe pediu para voltar a ter uma vida normal.

O pai da adolescente diz que a única alternativa viável é mudar para a casa de uma irmã, no interior do estado, pois acredita que somente lá estariam seguros para denunciar o agressor. Seu único problema era não saber como conseguiria trabalho para sustentar sua família após essa mudança de cidade. Neste momento, é sugerido que o caso de Ana seja discutido com uma organização de defesa de direitos humanos na busca de possíveis soluções. Ana e o pai concordam e, com o auxílio da unidade de saúde e do Conselho Tutelar, começam a se articular em uma rede de proteção e garantia de direitos humanos.

Refletindo e discutindo

Quais outras violências você identifica nesse caso?

Quais são as redes interinstitucionais que podem ser envolvidas numa situação semelhante a esta na sua cidade?

Aspectos relevantes identificados

Desemprego estrutural;

Êxodo relacionado à violência gerada a partir do tráfico de entorpecentes;

Dificuldade para garantia dos direitos de pessoas moradoras de territórios com pouca ou nenhuma interferência do Poder Público e dominados por grupos armados.

Abordagem e conduta

Desemprego estrutural

- Orientar seu Moacir a contatar o seu sindicato para informações de re-alocação.

Êxodo relacionado à violência gerada a partir do tráfico de entorpecentes

- Entrar em contato com o posto de saúde da cidade onde Ana vai morar para avaliar a possibilidade da jovem dar continuidade ao seu tratamento médico e psicológico.

Dificuldade para garantia dos direitos de pessoas moradoras de territórios com pouca ou nenhuma interferência do Poder Público e dominados por grupos armados

- Informar e apontar alternativas para a resolubilidade da denúncia, do atendimento, da defesa de direitos e responsabilização do agressor;

- Articular, em rede, com organizações governamentais (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher/DEAMs, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e de Direitos, Juizado da Infância e Adolescência, Ministério Público) e não-governamentais (Direitos Humanos, Direitos das Crianças e Adolescentes, Direito das Mulheres) na busca de soluções locais.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- “A pobreza é a pior forma de violência.” (Mahatma Gandhi)
- A violência sexual contra a mulher é uma das principais causas da feminização da epidemia de AIDS e outras DST.



RESUMOS

Anticoncepção de emergência (AE) – p. 51

Atendimento à adolescente vítima de violência sexual

O profissional que atende vítimas de violência precisa se instrumentalizar para registrar e notificar adequadamente a violência sexual. É importante registrar os casos com precisão e riqueza de detalhes.

Orientações para abordagem do profissional que atende vítimas de violência sexual:

- acreditar no relato da vítima;
- propiciar a ela um ambiente acolhedor e discreto;
- garantir sigilo sobre o caso;
- registrar informações a respeito do denunciante e da denúncia;
- identificar o local da ocorrência, circunstâncias em que ocorreu e a percepção de seqüelas na vítima;
- notificar ao Conselho Tutelar e à Secretaria de Vigilância em Saúde por meio da ficha de notificação / investigação individual sobre violência doméstica, sexual e outras violências;
- realizar, se necessário, contracepção de emergência e profilaxia de DST/AIDS;
- disponibilizar atendimento psicológico à vítima e à família;
- contribuir para a retirada do abusador do convívio da vítima.

O atendimento da vítima deve ter, como objetivo, interromper o abuso considerando as peculiaridades da dinâmica da violência intrafamiliar, em especial da violência sexual provocada por pessoas que têm laços afetivos com a vítima.

É necessário que os profissionais de saúde notifiquem os maus tratos a crianças e adolescentes, entendendo que esta ação não se assemelha em nada a uma denúncia policial. No entanto, cabe frisar que a notificação insere-se na lógica protetiva voltada para crianças, adolescentes e suas famílias.

O atendimento deve buscar meios de garantir a integridade física e psicológica dos envolvidos. É preciso que se leve em conta a ambivalência e as fantasias presentes nas dinâmicas familiares.

Segundo o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, os profissionais de saúde têm o dever de notificar os casos, suspeitos ou confirmados, de que tenham conhecimento, fundamentado-se em evidências consistentes e sustentáveis. A notificação deve ser feita ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude local, sem prejuízo de outras medidas legais, tais como: o encaminhamento à delegacia de polícia para a investigação, o Instituto Médico Legal para exame etc.

Protocolo de atendimento e prescrição médica para criança/adolescente em situação de violência sexual

Profilaxia para HIV – Em caso de:

Exposição: Sexo vaginal, sexo anal e sexo oral

Exposição ocorrida < 72 horas

Drogas utilizadas por 4 (quatro) semanas:

- AZT (Zidovudina) 240 mg/m²/dose de 12/12 horas

Dose máxima 600mg/dia (1 comprimido=100 mg e 1 ml=10mg)

$m^2 = \text{peso (kg)} \times 4 + 7 / \text{peso (kg)} + 90$

$\text{peso em kg} = 2 \times \text{idade} + 8$

- 3TC (Lamivudina): 4mg/ kg/ dose de 12/12 horas

Dose máxima: 150mg 12/12 horas

Adolescente < 50 kg 2 mg / kg de 12/12 horas

(1 comprimido = 150mg e 1ml = 10mg)

- NFV (Nelfinavir) 50mg/ kg/ dose de 12/12 horas

Dose máxima: 1.250mg de 12/12 horas

(1 comprimido = 250 e pó para suspensão 1 medida = 50 mg)

Profilaxia da hepatite B

Não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto

Crianças com menos de 3 doses de vacina anti-hepatite B – HB:

Vacina HB (complementar esquema posteriormente) + Imunoglobina humana anti-hepatite B.

Profilaxias de outras DST

Sífilis: Penicilina benzatina IM – dose única

Até 10kg: 300.000UI; > 10kg e < 25kg: 600.000UI; > 25kg: 1.200.000UI; >45kg: 2.400.000UI (aplicar 1,2mi-lhões UI em cada nádega)

Gonorréia: Ceftriaxone – <45kg 125mg; >45kg: 250mg IM – dose única

Clamídia: Azitromicina – 20mg/kg VO – dose única. Dose máxima: 1g

Observações

- Não existem alternativas de imunoprofilaxia para hepatite C.

- A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de Imunoglobulina hiperimune para hepatite B – IGHAHB.
- Não deverá ser realizada a profilaxia para o HIV quando ocorrer uso de preservativo feminino ou masculino durante todo o ato sexual.
- A realização do teste anti-HIV no agressor deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimio-profilaxia com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral, se o resultado for negativo.

Contracepção de emergência

Indicado, se já tiver ocorrido menarca, ou próxima a ela até 5 (cinco) dias após a exposição, sendo mais eficaz quanto menor for o tempo de uso após a exposição sexual:

Levonorgestrel 0,75mg – 1 comprimido VO de 12/12 horas por 1 (um) dia. Mas, se mesmo assim ocorrer a gravidez, a mulher pode recorrer a um serviço de abortamento previsto em lei em hospital público. É um direito incluído no Código Penal (artigo 128) e regulamentado pelo Ministério da Saúde.

Serviços de atendimento à mulher em situação de violência

- Centros de Referência ou de Atendimento: oferecem atendimento psicológico, social e jurídico e prestam serviços de orientação e informação às mulheres em situação de violência. Há centros de referência que também prestam atendimento médico.
- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs): surgiram a partir de uma política pública pioneira no Brasil e na América Latina no enfrentamento à violência contra a mulher. A primeira DEAM foi implantada em 1985, em São Paulo, e atualmente está presente na maioria dos estados. Estas delegacias se caracterizam como uma porta de entrada das mulheres na rede de serviços, cumprindo o papel de investigar, apurar e tipificar os crimes de violência contra a mulher. As DEAMs vinculam-se aos sistemas de segurança pública estaduais e a articulação junto a elas pode ser feita em parceria com a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) do Ministério da Justiça.
- Defensorias Públicas da Mulher: as Defensorias Públicas de Atendimento à Mulher são uma política pública inovadora e recente, constituindo uma das formas de ampliar o acesso à Justiça e garantir às mulheres orientação jurídica adequada, bem como o acompanhamento de seus processos.
- Casas-abrigo: até 2002, a casa-abrigo era tida como uma das políticas prioritárias no enfrentamento à violência contra a mulher sendo, muitas vezes, o único equipamento disponível em alguns dos municípios brasileiros. Contudo, na avaliação da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (SPM), a implementação dessa política tem pouca sustentabilidade e baixa efetividade, se desarticulada de outros equipamentos. Nesse sentido, a SPM passou a dar prioridade a projetos de casas-abrigo que atendam a uma micro-região, onde já existam outros serviços, configurando uma rede mínima de atendimento.
- Serviço de saúde: é outra importante porta de entrada das mulheres em situação de violência na rede dos serviços públicos. Os serviços de atendimento a casos de violência sexual e estupro devem realizar, também, o protocolo preconizado para tais casos, que consta de profilaxias para DST/AIDS, exames laboratoriais (HIV, bHCG, VDRL, e outros) e a distribuição da contracepção de emergência, a “pílula do dia seguinte”.

Estupro – relação sexual forçada – p. 29

Plano integrado de enfrentamento da feminização da AIDS e outras DST

No início da epidemia de AIDS, poucas mulheres eram acometidas e sua ocorrência era restrita a prostitutas, parceiras de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos e de homens bissexuais. No entanto, o cenário atual é bem diferente. Cerca de metade dos infectados por HIV no mundo são mulheres. Os fatores que influenciam a feminização desta epidemia estão associados a maior vulnerabilidade social e individual das mulheres devido a questões vinculadas à desigualdade de gênero, dentre elas a violência doméstica e sexual.

Para o enfrentamento desta questão, a Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e AIDS e a área técnica de Saúde da Mulher elaboraram um plano integrado de atuação que visa nortear a implantação de ações a nível federal, estadual e municipal, cujo objetivo central é a promoção da saúde reprodutiva. Para isso, pretende desenvolver ações intersetoriais com capacidade de acelerar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, para as mulheres das diferentes regiões do país.

Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil – p. 60

Tráfico de drogas

A comercialização de drogas ilícitas nomeada como “tráfico de drogas” ou “narcotráfico” cresceu de forma vertiginosa durante os anos 80, e é responsável atualmente pela movimentação em todo o mundo de, aproximadamente, 500 bilhões de dólares. Esta cifra supera os ganhos obtidos pelo comércio internacional de petróleo e só é superada pelo tráfico de armamentos. No Brasil, as atividades do tráfico de drogas estão ligadas a outras ações criminosas como seqüestro e assalto a bancos. Seus grupos estão organizados como um poder paralelo que desafia autoridades, corrompe a força policial e subjuga as populações dos territórios que controlam. Estão incluídos, em suas atividades, recursos e atores internacionais, tanto no que se refere ao tráfico de drogas como no contrabando de armas. Entretanto, são nas atividades de varejo que vemos a atuação de gangues ou comandos, que são responsáveis pela instalação de um tipo de empresa comercial que utiliza espaços populares segregados como base para suporte logístico. Este tipo de comércio ilegal, ou seja, sem controle institucional, gera ações violentas entre os sujeitos envolvidos sob uma quantidade enorme de pretextos e circunstâncias: roubo do dinheiro ou da própria droga, disputas em relação a sua qualidade ou quantidade, desacordo de preço, disputa de territórios, de tal forma que a violência se torna uma estratégia para disciplinar o mercado e os subordinados. Do mesmo modo, o narcotráfico potencializa e torna mais complexo o repertório das ações violentas: a delinquência organizada; aquela agenciada pela polícia e pelas instituições de segurança do estado; a violência social dispersa; a promovida por grupos de extermínio e, também, a das gangues juvenis.

No Brasil, o tráfico de drogas tem se estabelecido como uma forma de inclusão no mercado de trabalho, sobretudo para os jovens pobres das periferias e favelas que, sem expectativas de conseguir emprego formal, buscam saciar suas necessidades de sobrevivência, de identidade social, *status*, sonhos de consumo, dentre outros as-

pectos. Jovens, pobres de favelas e periferias urbanas, tornam-se força de trabalho preferencial para o tráfico e, uma vez integrados neste mercado, participam de uma série de relações de reciprocidade social onde favores recebidos e retribuídos são regidos por rígido controle do grupo, a ponto de tornar-se difícil a saída espontânea de um membro. Esse grupo de jovens é selecionado dentro de um contexto violento, com promessas de ganhos fáceis e imediatos, numa situação de escassez de opções dentro do mercado de trabalho formal.

Dentre os ganhos alcançados pelos jovens, inclui-se a sensação de se sentirem poderosos na medida em que a rede do narcotráfico expande sua malha de atuação nas comunidades. O medo que os moradores sentem é mal interpretado como “respeito”, que é imposto aos residentes. Quanto mais um jovem ascende na hierarquia do narcotráfico, mais “respeito” é exigido.

Violência estrutural

A violência estrutural pode ser definida como aquela resultante da atuação de classes, grupos ou nações com vasto poder econômico ou político que, por meio de leis e instituições, mantêm sua situação de privilégio, como se esse fosse um “direito”. Implica condições extremamente adversas e injustas para com a parcela mais desfavorecida da população. É expressa pelo quadro de miséria, má distribuição de renda, exploração dos trabalhadores, crianças nas ruas, falta de condições mínimas para a vida digna, falta de assistência social, educação e saúde. Impõem a estes grupos um cotidiano de sofrimento e constante violação dos direitos humanos.

A violência estrutural no Brasil brota da prática do autoritarismo, profundamente enraizada, apesar das garantias democráticas tão claramente expressas na Constituição de 1988. Suas raízes encontram-se no passado colonial, mas ainda hoje apresenta inúmeras manifestações, e os dispositivos de enfrentamento usados se baseiam no uso da força ou da omissão para conter as desigualdades. O Estado tem se mostrado bastante ineficaz no combate à prática de tortura nas instituições públicas e aos maus-tratos aos presos, bem como à ação dos grupos de extermínio e ao tráfico de drogas.

Constantes violações de direitos humanos permanecem, em sua maioria, impunes, especialmente quando sofridas pelas classes populares. A ineficiência em garantir um Estado de direitos dificulta o fortalecimento da legitimidade do governo democrático como promotor da cidadania.

Violência de gênero contra a mulher adolescente

O conceito de gênero tem importância fundamental para se entender o fenômeno da violência contra a mulher adolescente.

Gênero indica a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos dos seres humanos. O sexo anatômico e biológico sugere, mas o que determina o comportamento é a construção social e cultural. As características tidas como masculina e feminina são ensinadas e assumidas como naturais no decorrer do tempo, inicialmente na família e “depois” na escola. Assim, o menino “não brinca de boneca” e a menina “não joga bola”.

O gênero é a construção social do masculino e do feminino, mas o conceito não explicita as desigualdades entre

os sexos. Estas são presumidas pois, na definição de “gênero” não é explícito o poder assimétrico. No entanto, a maioria dos autores reconhece o conceito tendo, como ponto de vista, a hegemonia masculina.

A violência contra a mulher é a manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, que têm perpetuado a dominação pelo homem e a discriminação contra a mulher. Deriva de estruturas culturais que conferem à mulher a condição de inferioridade na família, no trabalho, na comunidade e na sociedade.

A Convenção de Belém do Pará de 1994 definiu violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.

A violência de gênero inclui a violência doméstica, não sendo, no entanto, sinônimo dela, pois tem dimensão mais ampla e caráter mais difuso. Pode ser perpetrada em outros âmbitos sociais como, por exemplo, na comunidade e no trabalho.

A violência de gênero contra as adolescentes pode manifestar-se por meio de violência conjugal (física, psicológica e sexual) ou de maus tratos (principalmente perpetrado por pais, padrastos e familiares).

Violência psicológica – p. 40

Violência sexual

É a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyerismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas (coerção física ou por medo do que venha a ocorrer).

Dentre as violências sexuais, destacamos aqui as seguintes:

- Assédio sexual:

Assédio sexual é um tipo de coerção de caráter sexual praticada por uma pessoa em posição hierárquica superior a um subordinado. Caracteriza-se por alguma ameaça, insinuação de ameaça ou hostilidade contra a pessoa baseada em relações assimétricas de poder. Manifesta-se por meio de propostas indecorosas, falas obscenas, pressão para ter relações sexuais que o outro não deseja.

- Relação sexual forçada contra a mulher:

Configura-se como uma cópula violenta, sem consentimento de uma das partes; coito forçado; ou violação. Pode ser através de relações sexuais orais (felação), vaginais (estupro) ou anais (atentado violento ao pudor).

Após sofrer violência sexual, a mulher adolescente pode contrair DST, como HIV/AIDS, ou engravidar. Para prevenir essas ocorrências, o Ministério da Saúde emitiu uma Norma Técnica para orientar os serviços de saúde sobre como atender as vítimas de violência sexual.

A violência sexual e sua denúncia

As mulheres que sofrem violência podem procurar qualquer delegacia, mas é preferível que procurem as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), também chamadas de Delegacias da Mulher (DDM). Há, também, os serviços que funcionam em hospitais e universidades, e que oferecem atendimento médico, assistência psicossocial e orientação jurídica.

A mulher que sofreu violência pode, ainda, procurar ajuda nas Defensorias Públicas e Juizados Especiais, nos Conselhos Estaduais dos Direitos das Mulheres e em organizações de mulheres.

Se for registrar a ocorrência na delegacia, é importante contar tudo em detalhes e levar testemunhas, se houver, ou indicar o nome e endereço delas. Se a mulher achar que a sua vida ou a de seus familiares (filhos, pais etc.) está em risco, ela pode também procurar ajuda em serviços que mantêm casas-abrigo, que são moradias em local secreto onde a mulher e os filhos podem ficar afastados do agressor.

Dependendo do tipo de crime, a mulher pode precisar ou não de um advogado para entrar com uma ação na Justiça. Se ela não tiver poder aquisitivo, o Estado pode nomear um operador do direito para defendê-la.

Em alguns casos, a mulher adolescente ou seu responsável pode, ainda, pedir indenização civil pelos danos morais e materiais sofridos. Para isso, ela deve procurar a Defensoria Pública local ou outros órgãos e/ou instituições governamentais, como as Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos Constitucionais do Cidadão, e não-governamentais de assistência judiciária.

Veja o Anexo II desta publicação, que se encontra na página 121: apresenta um fluxograma de atendimento à mulher vítima de violência.

Homofobia e bullying

Caso 6 – “A namorada”

1ª parte

Mariana, 15 anos, aluna da 7ª série do ensino fundamental, chega à unidade de saúde com encaminhamento da escola por apresentar “conduta de descontrole”. Em atendimento no Serviço Social, relata ter tido uma crise de choro após sofrer freqüentes agressões por parte dos colegas que descobriram seu relacionamento amoroso com Sílvia, aluna da 8ª série. Seu relato ainda registra que atitudes discriminatórias e violentas são comuns na escola. A adolescente refere sentir-se constrangida e triste por sempre adotar uma postura passiva, não reagindo às agressões. Emociona-se quando fala de sua reação e diz que gostaria de ser como Sílvia, que consegue se impor e, por isso, é menos incomodada. Vem faltando muito à escola e suas notas têm sido bem mais baixas. Os meninos de sua turma tentaram beijá-la à força justificando que, desta forma, poderiam fazê-la “voltar a gostar de homem”. Mariana já teve dois namorados, sendo esta sua primeira relação homossexual. Refere dúvidas quanto à continuidade deste relacionamento. Nunca recebeu atendimento ginecológico. A adolescente foi remarcada e encaminhada para atendimento clínico e psicológico.

Refletindo e discutindo

Que problemas são identificados neste caso?

Como abordar questões relacionadas à orientação sexual com adolescentes?

Qual o papel do serviço de saúde no enfrentamento das situações de agressão entre alunos na escola?

Que outros profissionais devem estar envolvidos no atendimento de Mariana?

Os profissionais de saúde e da escola devem comunicar à família sobre o que está ocorrendo com Mariana?

Aspectos relevantes identificados

Dúvidas de Mariana quanto à sua orientação sexual;

Homofobia;

Violência na escola – *bullying*;

Absenteísmo escolar;

Queda no rendimento escolar;

Crise de choro e baixa auto-estima.

Abordagem e conduta

Dúvidas de Mariana quanto a sua orientação sexual

- Proporcionar, na consulta, um ambiente acolhedor que possibilite a Mariana falar e ser ouvida;
- Orientar a adolescente sobre desenvolvimento da sexualidade e sobre os sentimentos envolvidos;
- Informar à adolescente sobre construção da identidade sexual, gênero e orientação sexual;
- Conversar com a adolescente sobre o fato de que todas as pessoas têm direito à autonomia e integridade sexual, e que a decisão sobre a própria sexualidade é totalmente pessoal e intransferível.

Homofobia

- Afirmar para a adolescente que homofobia é uma prática discriminatória e preconceituosa, devendo ser combatida;
- Esclarecer à adolescente que a orientação sexual não é uma opção das pessoas e, sim, um sentimento sobre o qual não temos domínio. É de caráter íntimo e privado, e cabe somente ao indivíduo a decisão de expressão da mesma.

Violência na escola – bullying

- Estimular a adolescente a informar ao professor ou funcionário da escola a violência sofrida;
- Orientar a adolescente a se afastar daqueles que a agredem e procurar fazer amizades com colegas não agressivos.

Absenteísmo e queda no rendimento escolar

- Avaliar quais são os fatores que estão contribuindo para a baixa frequência na escola e para a queda no rendimento escolar.

Crise de choro e baixa auto-estima

- Conversar sobre as possíveis relações entre as crises de choro e o que vem acontecendo em sua vida recentemente;
- Estabelecer um ambiente acolhedor para que a adolescente comece a elaborar suas questões de auto-estima.

2ª parte

Mariana recebeu atendimento clínico, no qual foi relatado: falta de apetite, emagrecimento repentino, alteração de sono e cefaléia. Após discussão da equipe de saúde, ficou decidida uma visita à escola a fim de melhor conduzir o caso. Os profissionais foram recebidos pela orientadora pedagógica, professora Salete, que acreditava que sua intervenção junto aos colegas de Mariana (dois foram suspensos por uma semana e o restante do grupo recebeu uma advertência) tinha encerrado as agressões e constrangimentos. Seu encaminhamento ao Serviço de Saúde fora em função da aluna frequentemente ser encontrada chorando e por ter um relacionamento homossexual com uma colega. Informou que a intenção da direção da escola é a de transferir as alunas para o turno noturno ou, até mesmo, para

outra escola e, desta forma, resolver o problema. Professora Salete afirma estar sensível à situação vivenciada por Mariana, mas que as atitudes violentas na escola são comuns. Os alunos que foram suspensos se envolvem em brigas e fazem uso freqüente de bebidas alcoólicas. Relata, ainda, que os professores têm dificuldade em lidar com temas ligados à sexualidade e refere sua preocupação com o número crescente de adolescentes grávidas. Solicita a contribuição da equipe de saúde para tratar desta questão, desviando o foco da violência sofrida por Mariana. A coordenadora refere que qualquer atividade deverá ser direcionada aos alunos, uma vez que existem muitas dificuldades para reunir os professores.

Refletindo e discutindo

Que problemas são identificados neste momento?

Como avaliar os sintomas clínicos relatados?

O que você pensa sobre a forma como a escola está respondendo às questões apresentadas?

Que estratégias interinstitucionais podem ser desenvolvidas para abordagem da violência, do *bullying* e da homofobia?

Que estratégias podem ser desenvolvidas a fim de envolver os professores, alunos, funcionários e familiares no enfrentamento da violência?

Como responder às demandas sobre sexualidade por parte da coordenação pedagógica?

Aspectos relevantes identificados

Sintomas clínicos (cefaléia, falta de apetite, alteração de sono e emagrecimento);

Medicalização do conflito (transferência, por parte da escola, do enfrentamento da questão para a área da saúde);

Dificuldades da escola em lidar com questões relacionadas à sexualidade e ao consumo de bebidas alcoólicas na adolescência.

Abordagem e conduta

Sintomas clínicos (cefaléia, falta de apetite, alteração de sono e emagrecimento)

- Realizar anamnese e exame físico;
- Avaliar o padrão nutricional;
- Utilizar o gráfico de peso e altura – NCHS (ver Anexo III), a Tabela de Desenvolvimento Puberal de Tanner (Anexo IV) e cálculo do Índice de Massa Corporal [IMC = (peso em kg)/ (estatura em m)²] para a avaliação do crescimento, desenvolvimento e estado nutricional;
- Agendar nova consulta para acompanhamento;
- Explicar os mecanismos da cefaléia e alteração do sono, e os possíveis fatores precipitantes;
- Alertar para o risco da automedicação;
- Orientar a adolescente para a adoção de um padrão alimentar mais saudável.

Medicalização do conflito (transferência, por parte da escola, do enfrentamento da questão para a área de saúde)

- Dialogar com os profissionais da escola sobre a importância do envolvimento da comunidade escolar em ques-

tões ligadas ao universo juvenil;

- Identificar estratégias coletivas e interinstitucionais de enfrentamento das questões apresentadas.

Dificuldades da escola em lidar com questões relacionadas à sexualidade e ao alcoolismo na adolescência

- Estimular a discussão na escola sobre sexualidade e consumo de bebidas alcoólicas na adolescência;
- Oferecer ajuda, por meio de parceria interinstitucional;
- Identificar professores que possam ser instrumentalizados para trabalhar os temas em sala de aula;
- Estimular a articulação da escola com a unidade de saúde para a promoção de atividades de prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas;
- Promover atividades educativas relacionadas à saúde em geral e à orientação em sexualidade e saúde reprodutiva (anticoncepção, prevenção de DST/AIDS, pré-natal).

3ª parte

Mariana retorna ao atendimento do Serviço Social acompanhada por Sílvia. Relata que se sente melhor, tem comparecido às consultas de psicologia semanalmente, está se alimentando e dormindo bem, e a dor de cabeça não é mais tão freqüente. Demonstra interesse em saber como foi a visita da equipe de saúde ao estabelecimento de ensino. Quando informada da proposta de desenvolvimento de um projeto em sua escola para redução da violência, fica bastante animada e solicita a presença de Sílvia, pois "ela conhece todo mundo". Sílvia é convidada a entrar na sala e agradece a atenção dispensada à Mariana pela equipe, demonstrando grande afetividade pela namorada. Relata ter experiência com oficinas de música e dança na comunidade em que vive, onde aprendeu que "a arte é capaz de transformar o mundo".

Refletindo e discutindo

Como a escola pode contribuir para reduzir a intolerância à diversidade sexual?

A que você atribuiria a possível melhora de Mariana?

Que outros setores da sociedade podem ser parceiros no enfrentamento dessas questões?

Aspectos relevantes identificados

Relação afetiva/sexual entre adolescentes do mesmo sexo;

Criação de projetos interinstitucionais de enfrentamento da violência na escola;

A importância da relação família–escola–comunidade e com o setor saúde.

Abordagem e conduta

Relação afetiva/sexual entre adolescentes do mesmo sexo

- Mostrar-se disponível para ouvir e tirar dúvidas sobre sexualidade;
- Orientar quanto à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
- Disponibilizar informação sobre redes de apoio e organizações de defesa de direitos sexuais e reprodutivos.

A importância da relação família–escola–comunidade e com o setor saúde

- Construir junto com a escola estratégias de utilização dos espaços já existentes de articulação entre família, escola, comunidade e setor saúde, tais como: Conselho Escola – Comunidade, Escola Aberta etc.

Criação de projetos interinstitucionais de enfrentamento da violência na escola

- Pactuar, com a escola, a criação de projetos de enfrentamento da violência, buscando parcerias com outras organizações governamentais e não-governamentais.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe

**LEMBRETES**

- Em 1997, no XIII Congresso Mundial de Sexologia realizado na cidade de Valência (Espanha), foi definida a Declaração dos Direitos Sexuais. Esse documento vem sinalizar e defender, conseqüentemente, o desempenho da sexualidade personalizada e desvinculada de modelos e padrões genéricos.

**GLOSSÁRIO**Auto-estima

Consiste na avaliação subjetiva, que o sujeito faz de si mesmo, como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau. Esse fenômeno também encontra expressão no comportamento: como uma característica permanente de personalidade ou como uma condição psicológica temporária.

**RESUMOS**Alcoolismo

O alcoolismo é o conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool. É entendido como o vício de ingestão moderada/intensa e regular de bebidas alcoólicas, e todas as conseqüências disto decorrentes. O alcoolismo é, portanto, um conjunto de diagnósticos. Compreende a dependência, a abstinência, o abuso (uso excessivo, porém não continuado), a intoxicação por álcool (embriaguez) e as síndromes: amnésica (perdas restritas de memória), demencial, alucinatória, delirante e de humor, e os distúrbios de ansiedade, sexuais, do sono, dentre outros.

Do ponto de vista da saúde, o alcoolismo é uma doença crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, na qual o usuário se torna progressivamente tolerante à intoxicação produzida pela droga e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando a mesma é retirada. O consumo de bebidas alcoólicas produz efeitos imediatos no comportamento dos indivíduos e também em longo prazo. Adolescentes sob influência de álcool diminuem sua

capacidade de perceber riscos e se expõem com mais frequência a situações que podem ameaçar sua saúde, como naquelas em que há envolvimento de violência ou em relações sexuais desprotegidas. É comum também se observar comportamentos agressivos em consumidores contumazes tais como, por exemplo, homens alcoólatras que sistematicamente violentam física e moralmente suas companheiras, atribuindo a elas atos de infidelidade e promiscuidade inexistentes.

A Organização Mundial da Saúde considera o alcoolismo como uma das três doenças que mais contribui para o aumento dos índices de mortalidade. As instituições de ensino não podem ficar omissas a esta realidade, devendo estar preparadas não só para a formação intelectual como também para fornecer aos seus alunos informações que os ajudem em sua prática social global.

Construção da identidade sexual

A construção da identidade sexual se dá ao longo da vida, mas só é consolidada no final da adolescência, com a passagem para a idade adulta. É a época em que se estabelece a distinção nítida entre homem e mulher. É quando o sujeito renova suas escolhas de objeto de desejo. Se, antes, obtinha satisfação privilegiadamente com o próprio corpo (auto-erotismo), ao adolecer passa a buscar esta satisfação especialmente em outro corpo, exterior, real, desligado da constelação familiar. Segundo a teoria psicanalítica, é somente após a puberdade que o comportamento sexual assume sua forma definitiva. Na infância existe uma "bissexualidade", que vai sendo substituída pela identidade sexual masculina ou feminina à medida em que ocorrem as transformações biológicas do corpo e as condutas psicológicas e sociais são apreendidas. A identidade sexual adulta se define e se afirma, durante todo o processo evolutivo, pela identificação.

A identidade sexual tem três componentes principais: o sexo biológico, a identidade de gênero e a orientação sexual. O sexo biológico se refere à bagagem genética do indivíduo, aos seus caracteres sexuais secundários, e é classificado em "masculino" ou "feminino". A identidade de gênero é constituída através do aprendizado social e diz respeito ao comportamento esperado para homens e mulheres, ou seja, como um macho se transforma num homem e como uma fêmea se transforma numa mulher. Já a orientação sexual define por quem o sujeito se sente atraído para manter relações sexuais: pode ser heterossexual, homossexual ou bissexual.

Durante a adolescência, é comum observarmos uma fase de "homossexualidade", em que as meninas convivem com suas amigas intimamente, trocando confidências, e os meninos buscam parceiros para brincadeiras e vivências. É uma etapa da vida de experimentação sexual que, geralmente, não influi na identidade sexual adulta futura. A moda unissex mostra claramente a ambivalência da definição sexual na adolescência. Por intermédio da roupa e do cabelo, pode-se ver como o jovem expressa seus conflitos de identificação sexual. Portanto, é normal que na adolescência apareçam períodos de predomínio de aspectos femininos no menino e masculinos na menina. A posição heterossexual adulta exige um processo de flutuação e aprendizagem de ambos os papéis. As experiências homossexuais ocasionais entre adolescentes são representativas do processo de angústia da definição sexual.

Declaração dos direitos sexuais

Os direitos sexuais e reprodutivos são constituídos por direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações consensuais, fundados nos direitos de liberdade,

igualdade e dignidade da pessoa humana. Incluem os direitos de todas as pessoas, livres de coerção, discriminação e violência, de alcançar o mais alto padrão de saúde sexual, incluindo: acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; receber informação relacionada à sexualidade e reprodução, educação sexual; respeito pela integridade corporal; por escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; decidir ter filhos ou não, quantos filhos e os intervalos que deseja para tê-los; ter relações sexuais e uniões; casamento consensual; e buscar satisfação, vida sexual e reprodutiva saudável e prazerosa. Saúde sexual e reprodutiva é entendida como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade e reprodução, e não meramente a ausência de doenças, disfunções ou debilidades. Este completo bem-estar implica uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e reprodução, e da possibilidade de ter experiências sexuais e reprodutivas prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência, e de ter seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados, protegidos e assegurados.

Ao se planejar ações de prevenção à violência na escola, deve-se considerar sempre as características sociais, econômicas e culturais de cada população, sendo fundamental o envolvimento de alunos, pais, professores e funcionários. A escola deve trabalhar com conceito de inclusão, desde raça ou etnia até a própria questão da sexualidade, mantendo a permanência do indivíduo na escola sem que seja discriminado. Em 1985, o Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade da relação de doenças; em 1999, o Conselho Federal de Psicologia determinou que nenhum profissional pode exercer “ação que favoreça a patologização de comportamentos e práticas homoeróticas”.

Homofobia

Homofobia é definida como intolerância e o desprezo por aqueles e aquelas que têm orientação e identidades diferentes da heterossexualidade, ou seja, é aversão a *gays*, lésbicas, transgêneros e transexuais.

A homofobia confere à heterossexualidade o monopólio da normalidade, gerando e incentivando o menosprezo por aqueles que divergem do modelo de referência. Afeta homens e mulheres, sendo um fenômeno mais visível sob a forma de preconceito, repúdio, discriminação e violência praticada contra esse grupo.

Em 17 de maio de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) eliminou a homossexualidade da sua lista de transtornos mentais, ou seja, esta deixou de se configurar como uma doença e, portanto, não precisa ser “tratada”. Por esta razão, todos os anos, nesta data, se comemora o Dia Internacional contra a Homofobia.

Além de prejudicar a imagem das pessoas – alunos, professores ou servidores – a homofobia interfere no aprendizado e na evasão escolar. Cria e consolida um conjunto agressivo de referência contra *gays*, lésbicas, transgêneros e transexuais, identificando-os como pessoas perigosas, ridículas, anormais e doentes. É importante ressaltar, também, que a homofobia incita à intolerância, ao ódio, à violência, à difamação, à injúria, à perseguição e à exclusão.

Mulheres que fazem sexo com mulheres

Diversos estudos indicam a vulnerabilidade desta população no que diz respeito às suas questões de saúde. Observa-se uma menor frequência de consultas ginecológicas e, conseqüentemente, uma menor frequência de

exame colpocitológico, além de uma incidência importante no que diz respeito às DST/AIDS. A maior parte das mulheres que fazem sexo com mulheres, sejam homossexuais ou bissexuais, não informa essa condição aos profissionais de saúde. Este fato indica a importância de que, na coleta de informações, o profissional não presuponha as trajetórias sexuais da mulher. A história sexual e reprodutiva da mulher deve ser investigada em um ambiente de confiança, em que haja espaço de diálogo, evitando-se estereótipos.

Violência escolar / *bullying*

A denominação “violência escolar” diz respeito a todos os comportamentos agressivos e anti-sociais, incluindo conflitos interpessoais, danos ao patrimônio, atos criminosos, dentre outros praticados por alunos, professores, funcionários e familiares no ambiente escolar. É considerada um problema social grave e complexo, provavelmente o tipo mais freqüente e visível da violência juvenil.

Pesquisas realizadas pela UNESCO no Brasil demonstram que, aproximadamente, 60% dos jovens na faixa de 14 a 19 anos de idade foram vítimas de algum tipo de violência nas unidades escolares, nos últimos anos. Uma das formas naturalizadas de violência escolar que vem ganhando destaque é o *bullying*.

Bullying é uma palavra em inglês sem tradução no Brasil mas, por definição, compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes, contra outro(s), causando dor e angústia, sendo executados dentro de uma relação desigual de poder.

A agressão pode ser: direta física (por exemplo: empurrão, brigas), verbal (por exemplo: xingamentos, apelidos); indireta (por exemplo: exclusão do grupo, bilhetes ofensivos); ou *cyber bullying*: através do uso de tecnologia como telefones celulares e internet, ultrapassando os limites físicos tradicionais.

É uma prática antiga que ocorre nas escolas de todo o mundo, entre crianças e adolescentes, independentemente da classe social. Traz prejuízos emocionais, acadêmicos e sociais para vítimas, autores e testemunhas da violência. A negação ou indiferença por parte da direção e professores pode gerar desestímulo e a sensação de que não há preocupação com a segurança dos alunos.

Os programas que trabalham com a prevenção da violência nas escolas buscam instituir uma cultura de paz, tentando transformar o ambiente escolar em um lugar onde a resolução de conflitos não se dê de forma violenta. Nesse sentido, torna-se imperativo o envolvimento de funcionários, professores, alunos e familiares.

Racismo

Caso 7 – “Beleza roubada”

1ª parte

Ana Maria, 17 anos, moradora de um espaço popular, procura a unidade de saúde mais próxima de sua residência, em busca de atendimento odontológico. Demonstra muita preocupação com a restauração de uma fratura dentária ocorrida ainda na infância. Chora ao ser informada, pelo dentista, que a unidade não dispunha do material necessário para realizar o procedimento. Portanto, teria que ir para outro Serviço de Saúde, onde provavelmente haveria uma longa lista de espera. Relata que vem procurando emprego, há algum tempo, para poder contribuir no orçamento familiar, ficar responsável por seus gastos, e continuar seus estudos. Em seguida, disse que se sentia feia e precisava resolver este problema para conseguir um emprego. Ao ser questionada sobre o porquê daquela auto-avaliação depreciativa, contou que, durante uma entrevista de trabalho para atuar como vendedora em um shopping-center, foi surpreendida com o comportamento indiferente da gerente da loja. Esta se mostrou reticente em lhe entregar o formulário de inscrição e, ao ser perguntada sobre o motivo daquele comportamento, respondeu agressivamente que negros não eram aceitos na loja como vendedores. Diante de novo questionamento da adolescente, que exigiu saber por que não, lhe foi dito que os vendedores devem ser vistos como modelos para os clientes se identificarem. Em seguida, lhe perguntou: “quem você acha que iria querer se parecer com você?” A jovem relatou que ficou sem reação na hora e não conseguiu falar mais nada, logo se retirando. Porém, desde então, tem sentido muita raiva e gostaria de saber se o que dizem na televisão é verdade, ou seja, que racismo é crime.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste caso?

Qual a relevância dos aspectos étnico-raciais articulados com juventude e saúde?

Que ações prioritárias devem ser tomadas?

Aspectos relevantes identificados

Desigualdades étnico-raciais e primeiro emprego;

Discriminação racial;

Acesso a tratamento odontológico para adolescentes.

Abordagem e conduta

Desigualdades étnico-raciais, discriminação racial e primeiro emprego

- Incluir, nos espaços de educação continuada da equipe multidisciplinar de saúde, estudos e pesquisas sobre as possíveis relações entre o racismo e o processo saúde e doença;
- Encaminhar ao Serviço Social para: referendar aos órgãos responsáveis pelo recebimento e acompanhamento de denúncias de discriminação racial; refletir com a jovem as temáticas de racismo, desigualdade social e pobreza; discutir sobre os significados do trabalho para a juventude na sociedade contemporânea, respeitando a singularidade das questões apresentadas pela jovem, e disponibilizar a rede de instituições responsáveis por inserção no mercado de trabalho, com ênfase nos Programas de Primeiro Emprego.

Acesso a tratamento odontológico para adolescentes

- Discutir com a jovem a pertinência e o direito ao atendimento odontológico, e concomitantemente mapear e encaminhar para a rede assistencial existente, por meio de serviço de referência e contra-referência.

2ª parte

A jovem teve uma nova consulta agendada. Nesta oportunidade, foi orientada pelo Serviço Social sobre as garantias legais e os órgãos pertinentes referentes aos casos de discriminação racial, considerados como crime de acordo com a Constituição Federal. Em seguida, foi solicitada a presença da família para atendimento conjunto. A jovem e seus familiares avaliaram que deveriam denunciar o ocorrido, e percorrer os trâmites legais necessários para tal. A equipe do serviço de saúde continuou acompanhando os desdobramentos do caso e, algum tempo depois, foi informada pela adolescente que a referida loja sofreu as devidas sanções. No momento de encerramento do caso, a jovem demonstrou necessidade de trazer mais uma questão e relatou que “no fundo, no fundo... sabia que era feia, e por isto havia sido discriminada... acho que tudo isto aconteceu por causa deste dente quebrado”.

Refletindo e discutindo

Que problemas vocês identificam nesta parte da história?

Quais são as instituições responsáveis pela prevenção e enfrentamento da discriminação racial?

Que relações podem ser estabelecidas entre as experiências de discriminação racial e a construção da subjetividade?

Como uma equipe de saúde pode contribuir com ações de promoção de equidade racial?

Aspectos relevantes identificados

Discriminação racial e construção da subjetividade na adolescência;

O papel da saúde nas ações de promoção da igualdade racial.

Abordagem e conduta

Discriminação racial e construção da subjetividade na adolescência

- Discutir a relação entre discriminação racial e subjetividade;

- Realizar intervenção voltada para a reflexão, junto à adolescente e sua família, sobre os aspectos ideológicos, políticos e culturais que envolvem a inserção social das diferentes etnias;
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para o setor de saúde mental.

O papel da saúde nas ações de promoção da equidade racial

- Realização de articulações com instituições de garantia e defesa de direitos, incluindo as instituições governamentais e não-governamentais direcionadas para a promoção da equidade racial;
- Inserção do tema “racismo” nas reuniões de planejamento e avaliação do serviço de saúde.

3ª parte

A complexidade do tema da discriminação racial trazido pelo relato da jovem, ao mesmo tempo em que suscitou inúmeras ponderações nas discussões de casos multidisciplinares, trouxe a necessidade de inserção da questão na organização do serviço o que foi realizado por meio das seguintes ações: fóruns de educação continuada (seminários, grupo de estudos), linhas de pesquisa, sessões clínicas, atividades de educação e saúde etc.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- A pior forma de racismo é desconsiderar a existência de conflitos étnico-raciais na sociedade. A dissolução de qualquer conflito passa, inicialmente, pelo seu reconhecimento.



GLOSSÁRIO

Discriminação

É conceituada pela Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial, de 1966, em seu artigo primeiro, como sendo: qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica, que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, gozo ou exercício em pé de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.



RESUMOS

Direito à atenção odontológica

O conceito de saúde bucal pode ser expandido para o conceito de saúde oral, entendendo este último como a harmonia e equilíbrio anátomo-fisiológico de todas as estruturas da boca e face, e as funções de mastigação, deglutição, respiração, articulação, fala, gustação, defesa imunológica, afetividade e estética. Permite a interação das diferentes áreas de conhecimento: odontologia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia.

No Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8.069/1990) – Título II – Dos direitos fundamentais – Capítulo I – Do direito à vida e à saúde, encontra-se:

Art. 14 – O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção de enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.

Instituições voltadas para a garantia de direitos humanos em situações de racismo

Ao sofrer, presenciar ou tomar conhecimento de uma violação de direitos humanos, como em casos de racismo, deve-se: denunciar o fato à polícia, de preferência junto à delegacia mais próxima, que deverá emitir um Boletim de Ocorrência (B.O.) e iniciar procedimentos de investigação. A polícia é a porta de entrada do sistema de garantia de direitos, e poderá orientar e fornecer informações relativas ao andamento da denúncia.

Vale ressaltar que, em situações em que a denúncia tenha sido negligenciada ou colocada em dúvida pelos órgãos policiais, ou caso haja suspeita de que a violação tenha sido praticada por agente policial, recomenda-se procurar órgãos de defesa de direitos, tais como:

- Ministério Público Federal – MPF - Disponível em: <http://www.prsp.mpf.gov.br>
- Procuradorias Regionais dos Direitos do Cidadão (há Procuradorias Regionais no Distrito Federal e em todos os estados);
- Ouvidoria de Polícia. Já existem ouvidorias de polícia nos seguintes estados: São Paulo, Pará, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahia, Pernambuco, Ceará, Paraná e Espírito Santo. Telefone: 0800 177070;
- Conselhos de defesa de direitos humanos e/ou organizações da sociedade em seu município/estado, como o Movimento Nacional de Direitos Humanos – MNDH;
- Rede Nacional de Direitos Humanos, disponível em <http://www.rndh.gov.br/>.
- Ordem dos Advogados do Brasil – OAB (há seccionais e Comissões de Direitos Humanos em todos os estados)
- Instituições de defesa, tais como Defensorias Públicas.

Pobreza e diversidades étnico-raciais

A diversidade é uma condição da existência humana, e a riqueza desta experiência se funda em grande parte na interação, na intercomunicação e no intercâmbio entre indivíduos oriundos de culturas específicas, e pertencentes a povos de diferentes partes do mundo: África, Ásia, Américas, Europa e Austrália.

As situações de carência material, em que estão historicamente concentradas determinadas etnias, não correspondem às suas potencialidades, referem-se a uma gama de questões, que incluem o racismo na origem e reprodução das desigualdades, tais como obstáculo no acesso a bens e riquezas e também, do ponto de vista dos sujeitos sociais, ao desconhecimento e desvalorização da bagagem cultural que trazem.

No entanto, a inserção social dos diversos grupos étnicos, em todos os países do mundo, não se efetiva de forma igualitária. A pobreza atinge com maior intensidade os imigrantes e as minorias étnicas, tanto nos países de economia dependente quanto nos países centrais.

No Brasil, a desigualdade é proporcionalmente mais significativa entre os negros, indígenas e mestiços, que compõem as parcelas mais pauperizadas da população. Convém ressaltar que esta experiência de desigualdade enfrentada também é responsável por significados sociais e culturais em que são difundidos e reproduzidos sentimentos de inferioridade e de baixa auto-estima. É importante destacar que a qualidade de vida inclui necessariamente as mediações de etnia, portanto este é um tema de grande relevância para o setor saúde.

No sistema de saúde, houve avanços empreendidos a partir da Constituição de 1988, em que construímos importantes e profundas reformas a partir da prerrogativa da saúde como direito de todos e dever do Estado. No entanto, deixamos de discutir as especificidades raciais, não reconhecendo a presença do racismo no âmbito do processo saúde e doença, o que se reflete na ausência de políticas públicas de saúde específicas nesta direção.

Em nosso país, as desigualdades raciais “resistem” a planos econômicos, crises e picos de desenvolvimento, parecendo intransponíveis. Mesmo nos momentos em que progressos na área social são registrados para toda sociedade como, recentemente, o aumento de anos de escolaridade, a distância entre brancos e negros se mantém. Observamos a existência de salários diferenciados para trabalhos iguais, em função da etnia e gênero, como demonstram os últimos censos oficiais. Neste processo, as mulheres negras encontram-se na base da pirâmide.

A reprodução de iniquidades em função das diferenças étnico-raciais, de gênero, de classe, de orientação sexual, de crença e de tantas outras ofusca o que há de mais positivo em nossa sociedade: a diversidade que opera como precondição para a construção coletiva e democrática de uma sociedade fraterna, etnicamente múltipla, culturalmente plural, solidária, aberta, livre e justa.

Subjetividade

A subjetividade é a característica do sujeito, aquilo que é pessoal, individual, que pertence ao sujeito e apenas a ele, sendo, portanto, em última análise, inacessível a outrem. É um processo dinâmico e histórico, imanente aos fenômenos humanos, construída ao longo da vida. A subjetividade possibilita a emergência de instâncias singulares que constroem identidades pessoais, afetivas e culturais. Sua expressão propicia a diferenciação dos sujeitos, uns em relação aos outros dentro do mesmo grupo, ou seja, uma relação de alteridade. No entanto, demonstra também as marcas de pertencimento aos diferentes coletivos socioculturais. É importante garantir a possibilidade de manifestação subjetiva como forma de implicar os sujeitos em suas próprias histórias e ações.

Sujeito é um termo corrente em psicologia, filosofia e lógica. É empregado para designar ora um indivíduo, como alguém que é simultaneamente observador dos outros e observado por eles, ora uma instância com a qual é relacionado um predicado ou um atributo. Na acepção da filosofia ocidental, o sujeito é definido como sujeito do conhecimento, do direito ou da consciência.

Na experiência psicanalítica, a instalação do dispositivo da associação livre produz as condições para a emergência do sujeito do inconsciente, por meio da repetição e da transferência. As chamadas “formações do inconsciente” – atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas e chistes – são outra modalidade de emergência do sujeito. O sujeito é, portanto, menos um *construto a priori* do que uma categoria que se impõe à experiência. Por isso, se pode dizer que o sujeito não “nasce” e não se “desenvolve”, mas “se constitui” no campo da linguagem. É a essência da subjetividade humana, no que tem de universal e singular.

Violência institucional

Caso 8 – “A dor da gente não sai no jornal”

1ª parte

Lara, 15 anos, é a filha mais velha de uma família formada por mãe, padrasto e seis irmãos. Sua mãe trabalha como diarista, inclusive aos sábados, e o padrasto insere-se na construção civil em trabalhos temporários. Desde pequena, a jovem cuida dos irmãos e da casa. Gosta da mãe, mas conversam pouco. Está cursando o primeiro ano do ensino médio e namora Cláudio há dois anos, um rapaz de 24 anos que trabalha como garçom.

Lara estava na oitava semana de gravidez, mas ainda não tinha conseguido contar para a mãe, já que temia sua reação: ela nunca aprovou seu relacionamento com Cláudio, pois o achava muito velho para a filha. Cláudio insistia para que contassem logo, já que Lara reclamava de alguns sintomas e sentia-se muito cansada. A adolescente temia começar o pré-natal e sua família descobrir, visto que o posto de saúde era próximo à sua casa.

Na escola, sentiu-se indisposta e solicitou à professora de educação física que fosse dispensada, alegando que estava menstruada. Normalmente não gostava de participar da aula, pois não havia chuveiro e o bebedouro estava sempre com algum problema. A professora lhe disse que menstruação não é doença e não a liberou da atividade. Durante a aula, Lara teve uma forte cólica e percebeu que estava sangrando. Sua amiga Suelen, que sabia da gravidez, avisou a professora, que imediatamente comunicou à direção. O relato feito pela professora sugeria que a adolescente havia provocado o abortamento e a história logo se espalhou pelo colégio.

Levaram a jovem para um serviço de emergência e relataram o episódio, com a suposição do abortamento provocado. Lara, muito nervosa, pedia para que avisassem ao namorado e dizia que não havia provocado a interrupção da gravidez.

Assim que chegou, foi abordada por um profissional para o preenchimento da ficha de atendimento, na qual foram feitas inúmeras perguntas sobre o método utilizado para o abortamento. Lara chorava bastante e dizia sentir muitas dores mas, apesar disso, aguardou durante duas horas na recepção até que fosse internada. Enquanto aguardava para ser atendida por um médico, solicitou um analgésico

e este foi administrado. No entanto, o procedimento veio acompanhado do seguinte comentário: "agora tá chorando, mas na hora de fazer tava gostando."

Logo em seguida, Lara foi levada para a sala de procedimento onde foi constatado colo uterino aberto, confirmando a necessidade de submetê-la à curetagem. Lara ficou muito nervosa, pois não sabia o que isso significava, e disse que gostaria de esperar pela chegada do namorado e da mãe. A solicitação de Lara é ignorada e o esvaziamento uterino realizado. Após o procedimento cirúrgico, Lara é orientada a retornar em 15 dias, para avaliação no ambulatório de ginecologia.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste caso?

Como a escola deve proceder em situações como as relatadas?

Você avalia que houve violação de direitos pelas instituições responsáveis por Lara durante seu episódio de abortamento?

Que profissionais deveriam estar envolvidos na recepção da jovem na emergência?

Aspectos relevantes identificados

Violência institucional;

Abortamento na adolescência;

Desumanização no atendimento do serviço de saúde.

Abordagem e conduta

Violência institucional (violação dos direitos garantidos pelo ECA)

- Promover a capacitação dos profissionais da educação e da saúde para o trato das questões trazidas pelos adolescentes, e para reconhecê-los como sujeitos de direitos;
- Valorizar a fala e as necessidades do jovem, reconhecendo o direito ao sigilo e à garantia da autonomia;
- Discutir, nos fóruns intra-institucionais pertinentes, as situações de violência institucional;
- Notificar ao Conselho Tutelar as situações de violações.

Abortamento na adolescência

- Escutar a adolescente em ambiente com privacidade, garantindo a confidencialidade das informações e evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos;
- Realizar exame clínico e ginecológico, solicitar exames laboratoriais e ultra-sonografia obstétrica, caso disponível;
- Desenvolver todos os procedimentos indicados no Manual de atendimento humanizado ao abortamento, do Ministério da Saúde;
- Ampliar a discussão sobre a temática, nas instituições de relevância para a formação e cuidado de jovens;
- Promover capacitação dos profissionais da educação e da saúde para uma abordagem acolhedora sobre hábitos, modos de vida, e escolhas sexuais e reprodutivas.

Desumanização no atendimento do serviço de saúde

- Incluir, na capacitação continuada de profissionais que lidam com jovens, temas tais como: preconceito, gênero, etnia, inserções de classe, dentre outros, para que estejam na pauta de discussão;
- Buscar impactar a política de recursos humanos por meio de análises dos processos de trabalho nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- Reconhecer a importância e garantir o trabalho multidisciplinar na acolhida dos serviços de saúde;
- Capacitar os profissionais de saúde, que trabalham em emergência obstétrica, para o atendimento humanizado em casos de abortamento.

2ª parte

Na consulta de retorno com a ginecologista, Lara relata toda a história de sua gravidez e se mostra muito chateada pois, além de não concordar com a forma como a trataram no hospital, quando voltou para a escola percebeu que a notícia do seu abortamento havia se espalhado e ressentiu-se com a postura dos professores, da direção e dos colegas. Acrescenta, que em função disso, passou a faltar à escola e, para sua mãe não descobrir, tem ido para a casa de Cláudio. Eles decidiram tentar ter um outro bebê e, por temerem outro abortamento espontâneo, resolveram procurar uma unidade de saúde. Conta que ouviu dizer que, num determinado posto de saúde, tem um projeto de planejamento familiar e resolve ir até lá se informar sobre como ter uma gravidez saudável.

Para tanto, chegou à unidade às 7h da manhã, mas foi informada de que tinha que chegar mais cedo para garantir a senha. No outro dia retornou às 5h da manhã e, finalmente, conseguiu a marcação da triagem para a semana seguinte. Foi recepcionada pelo guarda da unidade que, antes dela entrar, perguntou o motivo de sua procura. Constrangida, falou o motivo e só depois foi encaminhada. Ao chegar, encontrou uma sala-de-espera lotada e uma senhora atrás do guichê que perguntou seus dados e quantos filhos tinha. Lara respondeu que o motivo de sua procura era seu desejo de engravidar e que gostaria de algumas orientações. Conta que a atendente mostrou espanto e reprovação, dizendo que só poderia agendar a sua consulta com a presença de um responsável. Lara refere que insistiu, mas foi em vão, e toda a sala-de-espera naquele momento ouviu a abordagem. Ela então desistiu e, ao sair, escutou o seguinte comentário: “Vê se pode, querendo engravidar. Já tem tanta criança abandonada. Como é que ela vai sustentar? Tá pensando que é brinquedo.”

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste relato?

O que você acha que poderia ser alterado na recepção feita a Lara?

Os adolescentes têm autonomia para decidir sobre o momento de engravidar?

Sua demanda somente poderia ser abordada na presença de um responsável?

Aspectos relevantes iIdentificados

Normas e rotinas institucionais;
Autonomia na adolescência.

Abordagem e conduta

Normas e rotinas institucionais

- Facilitar o acesso ao atendimento;
- Investir na capacitação dos profissionais da recepção;
- Reavaliar as rotinas periodicamente;
- Não permitir que os valores pessoais sejam utilizados como forma de entrave ao acesso da população usuária;
- Criar condições para que a consulta seja agendada para breve. Se possível, criar uma acolhida (primeiro atendimento) logo que o usuário procure a unidade;
- Possibilitar uma recepção que prime pela privacidade e que evite perguntas desnecessárias e constrangedoras;
- Potencializar o espaço da sala-de-espera com a participação da equipe multidisciplinar.

Autonomia na adolescência

- Discutir, com a equipe multidisciplinar, questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos na adolescência;
- Promover espaços de discussão sobre a garantia da autonomia na adolescência do ponto de vista subjetivo, cultural, social e legal;
- Garantir o direito ao atendimento de adolescentes, nas unidades de saúde, sem a presença de responsável legal.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- O ECA garante aos adolescentes o direito de atendimento individual no serviço de saúde.
- Devem ser garantidos o sigilo e a confidencialidade nos atendimentos de saúde, salvo nos casos em que a conduta do adolescente possa pôr em risco a sua saúde ou a de outros.



GLOSSÁRIO

Autonomia

É a capacidade da vontade racional de determinar, por si mesma, as regras ou princípios gerais do agir; condição contrária à heteronomia, que configura uma situação de alienação, na qual a vontade racional

não é determinada por ela própria mas, sim, pela pressão das circunstâncias, poderes ou instâncias alheios a ela.



RESUMOS

Aspectos éticos e legais do atendimento de adolescentes – p. 29

Atenção humanizada ao abortamento

Abortamento é a interrupção da gravidez até a vigésima semana, e com o produto da concepção pesando menos de 500g. O abortamento representa um grave problema de saúde pública no Brasil. A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso a assistência à saúde.

O abortamento espontâneo ocorre em cerca de 10% das gestações e envolve sentimentos de perda, de culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção técnica adequada, segura e humanizada. São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, permanecem indeterminadas.

Os profissionais de saúde devem promover uma escuta privilegiada que evite julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com abordagem que preserve a autonomia das mulheres, procurando estabelecer uma relação de confiança e garantindo a privacidade e confidencialidade das informações. Esta atitude é recomendada a todas as situações de abortamento, seja ele espontâneo ou provocado, e o profissional de saúde tem o dever de não denunciar a mulher.

Os procedimentos a serem realizados devem ser informados e explicados, com linguagem simples e apropriada ao universo da mulher. A orientação deve incluir, também, dados sobre os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e quanto à escolha contraceptiva no momento pós-abortamento. Deve-se oferecer a todas as mulheres exames para classificação sanguínea, administração de imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sífilis, hepatite B/C e pesquisa do HIV.

Quando há somente ameaça de abortamento, o sangramento genital é pequeno ou moderado e o orifício interno do colo uterino encontra-se fechado. A terapêutica, nestes casos, inclui a recomendação de repouso e o uso de antiespasmódicos, se houver cólicas. No abortamento inevitável, o sangramento é maior, as dores mais intensas e o orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultra-som confirma o diagnóstico, embora não seja imprescindível. O tratamento é o esvaziamento uterino por meio de curetagem, sob anestesia geral ou o uso de método AMIU (aspiração intra-uterina, em casos selecionados).

A recuperação normal de um abortamento inclui sintomas tais como um pouco de cólica uterina, que cede com analgésicos leves, e um sangramento discreto. Uma nova menstruação pode ocorrer dentro

de 4 (quatro) a 8 (oito) semanas. Deve ser agendado um retorno para no máximo 15 (quinze) dias, para revisão pós-abortamento. Caso ocorram cólicas intensas e prolongadas, sangramento abundante, febre e alterações de consciência, deve ser procurado um serviço de emergência.

Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal nº 8.069/90, dispõe sobre os direitos das crianças e adolescentes brasileiros. Esta legislação propõe um novo olhar para as crianças e adolescentes, que passaram a ser entendidos como sujeitos de direitos, merecendo prioridade no trato de suas questões. A Lei determina a criação de um sistema de garantia de direitos (Executivo, Legislativo, Judiciário e sociedade civil) que deve atuar compreendendo a criança e o adolescente como sujeitos de direito e com prioridade na resolução de suas necessidades. A gestão de nova forma de fazer política, destinada a este segmento populacional, pressupõe a descentralização e a participação democrática da sociedade.

Para tanto, são criados os Conselhos de Direitos, que devem atuar nos três níveis da administração pública, e os Conselhos Tutelares nos municípios, além dos Fundos de Direitos. Outros espaços importantes, na luta pela garantia dos direitos de crianças e adolescentes, são os Fóruns de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, presentes em alguns estados brasileiros, tendo como função acompanhar a realização de políticas públicas, participar do processo de escolha dos conselhos de direitos e conselhos tutelares e, principalmente, na organização e mobilização da sociedade civil em favor da garantia dos princípios da prioridade absoluta e da proteção integral dos direitos infanto-juvenis.

O Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente é um órgão obrigatório, colegiado, permanente, paritário e deliberativo, com a incumbência de formular, supervisionar, avaliar as políticas públicas e executar o processo de reordenação das entidades governamentais e não-governamentais, que atuam diretamente na realização de programas de atendimento a crianças e adolescentes. É por meio destes Conselhos que a comunidade participa ativamente da gestão pública.

Conselho Tutelar

O Conselho Tutelar é o órgão responsável em zelar pelo cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes, previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Conselho é permanente, autônomo, não jurisdicional e composto por cinco membros, escolhidos pela sociedade, com mandato de três anos. O processo eleitoral é de responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, sob a fiscalização do Ministério Público.

Situações de negligência, discriminação, exploração, violência, abusos, crueldade e opressão, que tenham crianças e adolescentes envolvidos, devem ser encaminhados ao Conselho Tutelar.

Algumas das principais funções do Conselho Tutelar são:

- receber a comunicação dos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos, e determinar as medidas de proteção necessárias;
- determinar matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental, garantindo

acesso à escola;

- solicitar certidões de nascimento e óbito, quando necessário;
- atender e aconselhar pais ou responsáveis, aplicando medidas de encaminhamento a programas e serviços necessários;
- abrigar em entidades adequadas;
- encaminhar ao Ministério Público as infrações contra os direitos de crianças e adolescentes.

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, art. 1º: “A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.”

Somente na Constituição de 1988, a Assistência Social foi alçada à condição de política pública e passou a integrar o tripé da Seguridade Social no Brasil, juntamente com a Previdência e a Saúde. Conforme o artigo 203 da Constituição, passa a ser dever do Estado prover, a quem necessitar, benefícios e serviços para acesso à renda mínima, por intermédio de um conjunto de ações, não ficando mais ao critério da benevolência, da filantropia e da descontinuidade das políticas públicas de governo.

Dessa forma, com a LOAS, ficou garantido à Assistência Social a condição de política pública voltada para a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes oriundos das camadas populares; a integração no mercado de trabalho; e a reabilitação e integração de pessoas portadoras de deficiências. Sendo assim, hoje a Assistência Social é uma política que visa, por meio de ações articuladas, a garantir o exercício dos direitos sociais básicos do cidadão: o direito à vida, à saúde, à alimentação, à moradia e – especialmente para as crianças e adolescentes – o direito ao desenvolvimento integral.

Lei sobre o planejamento familiar

A Lei nº 9.263 dispõe sobre o planejamento familiar e seu texto prevê que este é direito de todo cidadão. Afirma que o planejamento familiar é um conjunto de ações de regulação da fecundidade, em que estão previstas ações que assistam tanto à limitação quanto ao aumento do número de filhos. No entanto, é comum encontrarmos ações de planejamento familiar que se limitam à assistência para a contracepção, sem considerar a amplitude e a complexidade das questões que envolvem os desejos e necessidades da população-alvo. Quando o planejamento familiar envolve mulheres jovens (adolescentes), é recorrente percebermos uma grande reprovação pelo desejo de engravidar e, quando a gravidez ocorre, é apresentada como sendo um “descuido”. Dificilmente as jovens que engravidam encontram espaços acolhedores onde possam falar dos seus projetos e, assim, receber a assistência necessária.

Normas e rotinas institucionais – apontamentos

As normas e rotinas institucionais devem facilitar o acesso da população usuária aos serviços e primar pela qualidade destes. Devemos procurar entender se a organização e as condições de atendimento estão facilitando a entrada do adolescente aos serviços ou se, apenas, atendem à comodidade da equipe de saúde. Atitudes preconceituosas e grosseiras devem ser repudiadas. Cabe lembrar que a instituição é um espaço privilegiado de

correlação de forças e interesses, por vezes antagônicos. Sendo assim, devemos criar canais que possibilitem a participação efetiva da população usuária, com disponibilidade para considerar a crítica e operar mudanças.

Os serviços que se propõem a atender adolescentes devem criar condições para que haja uma primeira acolhida no ato da procura. Possibilitar um primeiro atendimento acolhedor é condição essencial para que o adolescente retorne. Como sabemos, nem sempre a primeira demanda apresentada pelo jovem é a demanda real de sua ida ao serviço. Em geral, questões relacionadas à sexualidade e à violência intrafamiliar são permeadas por sentimentos antagônicos que, dificilmente, serão explicitados na recepção. É comum encontrarmos, nos serviços de saúde, a recepção sendo realizada por profissionais despreparados para tal atividade.

Geralmente, encontramos serviços preocupados com as condições de trabalho e a infra-estrutura do local para o atendimento. Entretanto, a recepção onde o jovem solicita o atendimento, comumente, é desprovida de qualquer privacidade. Dependendo da demanda trazida, esse pode ser um momento de profundo constrangimento.

Rede de apoio social – p. 31

Violência institucional

Violência Institucional é aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos tais como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, Judiciário, dentre outras. É perpetrada por agentes que deveriam garantir uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos.

Na seara da violência institucional, podemos encontrar desde a dimensão mais ampla, como a falta de acesso aos serviços de saúde e a má qualidade dos serviços prestados, até mesmo como expressões mais sutis, mas não menos violentas, tais como os abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário. Uma forma, infelizmente, muito comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião um terreno fértil para a ocorrência de tal violência.

A eliminação da violência institucional requer um grande esforço de todos nós pois, em sua grande maioria, acontece em nossas práticas cotidianas com a população usuária dos serviços.

Violência contra portadoras de deficiência física

Caso 9 – “Viver a diferença”

1ª parte

Carlos, agente comunitário, observou que Carina, uma jovem de 19 anos que tem deficiência mental, encontra-se às escondidas com um homem de 39 anos, casado, que reside próximo à sua casa. Tentou conversar com Carina, que começou a rir, não prestando atenção ao que ele falava. Ela, apesar de ter frequentado vários anos a escola, não se alfabetizou. Apresenta uma capacidade adaptativa razoável com autonomia para a higiene pessoal, ajuda em tarefas domésticas simples e, principalmente, circula no ambiente social, fazendo compras perto de sua casa.

Para melhor compreensão da situação, Carlos resolveu fazer uma visita domiciliar, e percebeu que a mãe de Carina, D. Francisca, também tem um déficit cognitivo, embora seu comprometimento seja muito menor, sendo ela responsável pela criação da filha e cuidados com a casa. Seu ex-marido, pai de Carina, abandonou a família quando percebeu a deficiência da criança. Não sabe de seu paradeiro e não recebe nenhuma ajuda financeira dele. A renda familiar é proveniente de benefícios sociais. Ao comentar com a mãe sobre o que viu, esta informa que sabia que a filha estava se relacionando sexualmente com o vizinho, mas não o achava culpado porque Carina ia encontrá-lo por vontade própria. Ao perguntar sobre escolaridade e sobre as atividades de Carina, D. Francisca conta que a tirou da escola aos 13 anos porque ela “não aprendia nada” e, desde então, não participa de nenhuma oficina e/ou qualquer outra atividade. Alega que as dificuldades da filha, com alguns problemas de comportamento que nem sempre são compreendidos pelos demais, contribuíram para seu afastamento dos familiares e das pessoas da comunidade.

Ao procurar o Conselho Tutelar (CT), o agente comunitário foi informado de que, por causa da idade, ela já não estaria protegida pelo ECA.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica neste caso?

A deficiência mental implica alguma alteração na sexualidade?

Como você avalia a atitude materna em relação à educação e à atividade sexual de Carina?

Como você avalia a inclusão social da jovem?

Quais são os direitos e benefícios para as pessoas com deficiências?

Aspectos relevantes identificados

Deficiência mental;

Suspeita de abuso sexual;

Dificuldade de abordagem da sexualidade de pessoas com deficiência cognitiva;

Comprometimento intelectual da mãe;

Violação de direitos.

Abordagem e conduta

Deficiência mental

- Encaminhar Carina ao Serviço de Saúde, para atendimento multidisciplinar;
- Buscar, na comunidade, atividades nas quais Carina possa ser inserida.

Suspeita de abuso sexual

- Tentar conversar novamente com Carina, comentar sobre temas conhecidos para possibilitar o diálogo necessário na abordagem da suspeita de abuso.

Comprometimento intelectual da mãe

- Discutir, em equipe multidisciplinar, sobre a melhor conduta a ser tomada, levando em consideração os recursos locais.

Dificuldade de abordagem da sexualidade de pessoas com deficiência cognitiva

- Promover atividade de discussão clínico-científica sobre a abordagem da sexualidade de pessoas com deficiência cognitiva.

Violação de direitos

- Notificar ao Ministério Público a recusa do Conselho Tutelar em acompanhar o caso de Carina, que se insere nas excepcionalidades previstas no ECA.

2ª parte

Em consulta clínica, foi investigada sua história pregressa e ginecológica. A mãe relata que a filha teve atraso no desenvolvimento desde a infância e os médicos não descobriram a causa da deficiência. A menarca de Carina foi aos 13 anos e os ciclos menstruais eram regulares, sem dismenorréia. A última menstruação ocorreu dez dias antes da consulta. Quando questionada sobre atividade sexual, a jovem confirma sua relação com o vizinho há alguns meses. Apresenta dificuldade de compreender questões relacionadas à utilização de métodos contraceptivos e/ou prevenção de DST/AIDS. O exame clínico e

ginecológico não revelou anormalidades. Foi colhido material para citologia e pesquisa de DST. A equipe discutiu sobre a notificação ao Conselho Tutelar.

Refletindo e discutindo

Que outros exames deveriam ser solicitados?

Que critérios devem ser considerados na escolha do método contraceptivo para Carina?

O que poderia ser feito no sentido de melhorar as habilidades de Carina, tornando-a menos vulnerável ao abuso, gravidez e DST/AIDS?

Quais as atribuições do Conselho Tutelar nesse caso?

O grau de deficiência mental faz diferença na autonomia para a relação sexual? Que tipo de avaliação está indicado?

Que habilidades e competências os profissionais da saúde precisam ter para o atendimento de adolescentes com deficiência mental?

Aspectos relevantes identificados

Abuso sexual;

Necessidade da contracepção e prevenção de DST/AIDS;

Sexualidade do adolescente com deficiência mental;

Vulnerabilidade social.

Abordagem e conduta

Abuso sexual

- Carina tem 19 anos e ser portadora de deficiência mental está sob a proteção do ECA (artigo 2º parágrafo único). Portanto, deve ser notificado ao Conselho Tutelar, que encaminhará o caso de abuso sexual ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas legais. Em caso de não cumprimento por parte do Conselho Tutelar de suas atribuições, o Ministério Público deve ser notificado;
- Solicitação de sorologias para HIV, hepatite B e C, e sífilis.

Contracepção e prevenção de DST/AIDS

- Apresentar à Carina os diversos métodos e sua forma de utilização, reforçar a importância da prevenção de DST/AIDS e envolver a mãe nesse processo;
- Verificar o cartão vacinal de Carina, em especial a cobertura para hepatite B.

Sexualidade do adolescente com deficiência mental

- Proporcionar um ambiente de escuta, e estimular a adolescente a expressar seus sentimentos e vivências de sua sexualidade;
- Reconhecer a sexualidade das pessoas com deficiência mental, pois a sua negação torna-os mais expostos;
- Promover educação em saúde que privilegie a autonomia dos adolescentes com deficiência mental, fornecendo subsídios para que possam vivenciar sua sexualidade da melhor forma possível.

Vulnerabilidade social

- Procurar, na rede social próxima, atividades que contribuam para o desenvolvimento de Carina, tais como esportes e oficinas de profissionalização, no sentido de favorecer a sua possível inserção no mercado de trabalho, contribuindo para aumentar sua auto-estima e, conseqüentemente, suas possibilidades de escolha.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- Anticoncepcional oral, injetável e preservativo são os métodos disponíveis na rede pública. Neste caso, se a mãe não puder se responsabilizar pelo uso da pílula, a contracepção injetável está indicada.
- Enfatizar a dupla proteção: contracepção e doenças sexualmente transmissíveis.
- Cabe lembrar que, em situações de excepcionalidade, o ECA se aplica a jovens até os 21 (vinte e um) anos (artigo 2º, parágrafo único).



RESUMOS

Abuso sexual na pessoa com deficiência mental

Estudos mostram a maior prevalência dos diversos tipos de maus-tratos às pessoas com deficiência mental, pois a violência flui com maior intensidade quando há desigualdade entre a vítima e o agressor. Enquanto o abuso físico é mais freqüente em meninos, o sexual prevalece em meninas, sendo que as adolescentes estão especialmente susceptíveis a esta forma de maus-tratos. Esta maior susceptibilidade relaciona-se, em parte, a uma educação que faz com que acreditem que não têm controle sobre o que lhes acontece, tornando-as com poucas possibilidades de escolhas. A carência de programas de educação sexual nas escolas também é um outro fator que contribui para esse agravo. Como a credibilidade da pessoa com deficiência mental não é reconhecida, pouco se valoriza seu testemunho diante de uma agressão, tornando-a um alvo fácil para o abusador.

Algumas situações familiares relacionam-se com a maior vulnerabilidade aos maus-tratos, destacando-se o uso abusivo de substâncias químicas.

No sentido de prevenir o abuso sexual, o mais importante é o reconhecimento da sexualidade das pessoas com deficiência mental, pois a sua negação torna-as mais expostas, assim como uma educação que, além de privilegiar a autonomia, respeite a sua sexualidade, fornecendo subsídios para que esta possa ser vivenciada da melhor forma possível.

Contraceção e a pessoa com deficiência mental

Nas últimas décadas, conseqüente à implementação do debate sobre sexualidade impulsionado pelo aparecimento da pílula anticoncepcional, da discussão de gênero e da epidemia de HIV/AIDS, além da conscientização dos princípios éticos e de inclusão voltadas às pessoas com deficiência, houve uma modificação em relação à abordagem da sexualidade do adolescente com deficiência mental, embora não exista um consenso sobre essa questão, ainda sujeita a discursos moralizadores.

A maioria dos adolescentes com deficiência mental tem condições de se expressar sexualmente, e alguns desenvolvem relações afetivas, inclusive com relações sexuais. Além disto, estudos mostram a prevalência de abuso sexual nesse grupo, principalmente entre as meninas.

Como grande parte desses adolescentes apresenta uma capacidade reprodutiva normal, a gravidez é uma grande preocupação para os responsáveis legais. Por isto, discute-se a esterilização como um dos métodos contraceptivos em adolescentes, o que é contestado com veemência por alguns especialistas, que o consideram problemático para quem tem deficiência mental. A lei federal brasileira sobre planejamento familiar prevê a possibilidade deste procedimento para as pessoas com deficiência mental, desde que seja comprovada uma necessidade de saúde ou circunstancial relacionada à total incapacidade de controle, por parte da pessoa de sua vida sexual, e que, ainda, seja autorizada por um juiz em processo judicial específico.

No sentido de prevenir uma gravidez que ocorra por um ato voluntário ou conseqüente ao abuso sexual, deve ser privilegiada uma educação que contribua para que os adolescentes com deficiência mental tenham mais autonomia e, conseqüentemente, um maior poder de decisão. Desta forma, terão maiores possibilidades de utilizarem métodos contraceptivos e de prevenção de HIV/AIDS, tais como os anticoncepcionais orais ou injetáveis, e principalmente os métodos de barreira, como os preservativos para mulheres e homens. Uma maior autonomia também os torna menos dependentes de terceiros, contribuindo para a diminuição do abuso sexual.

Vale ressaltar que a esterilização permanente, como método contraceptivo, é controversa e só deve ser feita após avaliação cuidadosa dos riscos. Deve ser levado em consideração se o retardo mental é permanente, o risco de gravidez, se outros métodos anticoncepcionais não são mais razoáveis e se a pessoa tem alguma capacidade de decisão.

Deficiência mental – diagnóstico

Tanto a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) quanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) definem deficiência mental como um estado de funcionamento intelectual significativamente inferior à média ($QI < 70$), associado a prejuízos em pelo menos dois fatores envolvidos no funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competência doméstica, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, autonomia, saúde, segurança, aptidões escolares, trabalho e lazer. Esta avaliação deve ser feita de acordo com padronizações de testes psicométricos ou por uma defasagem cognitiva em relação às respostas adequadas para a idade e a realidade sociocultural, de acordo com provas, roteiros e escalas baseados em teorias psicogenéticas.

A partir das críticas feitas a esta avaliação, que não leva em consideração os fatores ambientais na sua classificação, foi elaborada a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde, que ainda não é utilizada sistematicamente na área da saúde. Não classifica pessoas mas, sim, a situação de cada um dentro de um contexto de fatores ambientais e pessoais.

Inclusão de pessoas com deficiência

Para que efetivamente ocorra a inclusão, é importante a reflexão sobre os conceitos de “igualdade” e “equidade”. Enquanto que igualdade pressupõe tratamento igualitário para todos, a equidade se baseia em que pessoas diferentes recebam tratamentos diferenciados, adequados às suas necessidades.

Como um instrumento importante para a promoção de políticas de inclusão social, ressalta-se o novo modelo de Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde, que substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva. Em vez de valorizar o que não pode ser feito pelo indivíduo com deficiência, este modelo considera as atividades que podem ser desempenhadas por alguém que apresente alterações de função e/ou de determinada estrutura do corpo.

A Declaração de Salamanca (1994) propõe uma mudança de paradigma da educação especial, ao reforçar a questão da escola inclusiva, que implica que o sistema educacional se adapte às singularidades das pessoas com deficiência, independentemente do tipo ou nível de comprometimento.

Nomenclatura sobre deficiência física

Na atualidade, se privilegia uma abordagem mais humanística da pessoa com deficiência mental. Por isto, um debate que se impõe é a utilização dos termos técnicos relativos à terminologia das incapacidades. A nomeação deve se dar em uma perspectiva inclusiva, principalmente ao serem abordados temas que, tradicionalmente, estão sujeitos a preconceitos, estigmas e estereótipos. A nomeação de “retardo mental” e suas várias definições são de fato manifestações de pensamento que, inevitavelmente, criam uma agregação simplista e enganadora de pessoas com diferentes necessidades e características.

Neste sentido, como as pessoas de grupos estigmatizados e/ou seus representantes preferem a utilização do termo “pessoa com deficiência” ou “pessoa portadora de deficiência”, estas nomenclaturas é que devem ser utilizadas.

Exploração de trabalho juvenil

Caso 10 - “Trabalho doméstico”

1ª parte

Ana Cristina, 17 anos, procura a unidade básica de saúde por sentir uma forte dor lombar. Durante a entrevista, conta que trabalha há um ano, sem carteira assinada, na casa de uma antiga professora de Geografia, a quem ela se refere com grande consideração. Relata que, antes deste emprego, estava freqüentando a 8ª série, fazia parte de um programa de preparação para o trabalho e morava com a irmã mais velha. Nesta ocasião, conheceu a professora que hoje é sua patroa. Ana Cristina conta que, antes de vir morar na casa da sua patroa, estava tendo muitos problemas de relacionamento com a irmã, que se tornara sua responsável após o falecimento dos pais. Diz que sempre gostou muito de cuidar de criança e que, desde pequena, sonhava em trabalhar como babá ou crecheira. Queria também sair da casa da irmã e ter seu próprio canto, sem incomodar ninguém. Ficou muito feliz com a oferta de trabalho da professora mas, com a mudança, teve que parar de estudar e de fazer o curso preparatório, pois mudou de bairro e tem jornadas de trabalho muito extensas e cansativas. Suas atividades de trabalho incluem: cuidar de duas crianças (idades de cinco e um ano) durante o dia e à noite (dorme no quarto das crianças), limpar a casa, lavar e passar a roupa. Só não cozinha, pois tem uma profissional encarregada de fazer a comida congelada. Tem uma folga a cada quinze dias e ganha um salário mínimo. Diz que está juntando dinheiro para comprar uma casa e sente falta de não ter um grupo de amigos, pois considera sua vida muito parada e sem graça.

Refletindo e discutindo

A situação de trabalho apresentada neste caso é legal?

Qual a relação entre a dor lombar e a história de vida e trabalho da adolescente?

A habilidade para o cuidado com as crianças é uma competência aprendida ou inata?

Existe relação entre trabalho monótono e desenvolvimento cognitivo?

A que tipo de violência esta adolescente está submetida?

Que ações prioritárias devem ser tomadas?

Aspectos relevantes identificados

Trabalho em situação ilegal;

Sobrecarga física e dor lombar;

Monotonia e sobrecarga cognitiva;
Negligência e abandono;
Violência simbólica;
Isolamento social.

Abordagem e conduta

Trabalho em situação ilegal

- Conversar com a adolescente sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários;
- Apresentar a legislação específica, se possível fornecendo material educativo sobre o assunto;
- Afastar a adolescente deste trabalho e encaminhar para programa de transferência de renda;
- Encaminhar a jovem para órgãos responsáveis pela inspeção de situações irregulares de trabalho como, por exemplo, as Delegacias Regionais do Trabalho, para que esta se informe sobre seus direitos;
- Notificar ao Conselho Tutelar, com a anuência da jovem, para que este avalie e negocie, com sua patroa, a restituição dos direitos violados devido à situação ilegal de trabalho.

Sobrecarga física e dor lombar

- Utilizar os gráficos de peso e altura – NCHS e verificar o índice de massa corporal, visando à avaliação nutricional e do crescimento e desenvolvimento;
- Realizar uma avaliação de saúde completa, clínica e laboratorial;
- Indagar e descrever, detalhadamente, as condições e a rotina de trabalho da jovem: tarefas realizadas; carga horária; tempo para refeições; intervalo para descanso.

Monotonia e sobrecarga cognitiva

- Propiciar um espaço de diálogo sobre suas atividades de trabalho;
- Identificar, com a jovem, as estratégias de enfrentamento psíquico do trabalho monótono.

Negligência e abandono

- Identificar as possibilidades de reintegração ao grupo familiar de origem;
- Avaliar, com Carina e sua família, a possibilidade de retorno da jovem para a casa da irmã ou a necessidade de alternativas de moradia e emprego dignos. Discutir questões relativas a sua guarda.
- Refletir, com a jovem, a necessidade de retorno para a escola e para algum curso de profissionalização.

Violência simbólica

- Discutir os efeitos das escolhas feitas pela jovem até então, e as implicações dos vínculos afetivos com sua patroa.

Isolamento social

- Conversar sobre a possibilidade de encaminhar a jovem para grupos educativos, de lazer e culturais.

2ª parte

Foram solicitados exames clínicos e de imagem para o diagnóstico da dor lombar e sobrecarga física de trabalho. Ana Cristina também foi encaminhada para o serviço social, para a discussão dos seus direitos trabalhistas e previdenciários bem como de questões relativas à sua guarda. Na consulta de retorno, Ana Cristina apresenta uma queimadura de segundo grau no braço esquerdo. Conta que havia se queimado quando uma das crianças puxou o ferro de passar quente de cima da tábua. Diz que teve que amparar o ferro com o braço para que este não caísse e machucasse o garoto. A jovem não faz nenhuma relação entre a queimadura e sua condição de trabalho, e diz ser natural que uma pessoa, que trabalhe, se machuque. Também relata que anda muito distraída e foi sua culpa a criança ter entrado no quarto onde ela estava passando a roupa. Diz ficar nervosa só de pensar no mal que ela poderia ter feito para aquela criança.

Refletindo e discutindo

Que problemas vocês identificam nesta parte da história?

Há relação entre acidente de trabalho e sobrecarga no processo de trabalho?

Quais são os direitos trabalhistas e previdenciários de um adolescente?

Acidentes de trabalho com crianças e adolescentes são eventos passíveis de notificação?

Como entender o sentimento de culpa expressado por Ana Cristina?

Aspectos relevantes identificados

Acidente de trabalho;

Assunção de responsabilidade pelo acidente e sofrimento psíquico.

Abordagem e conduta

Acidente de trabalho

- Informar à jovem que, após a ocorrência de um acidente de trabalho, é necessário notificar o mesmo às instâncias públicas;
- Fazer a notificação ao SINAN-SUS (Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – Sistema Único de Saúde);
- Pedir que a jovem descreva detalhadamente seu acidente, objetivando ajudá-la a entender como o acúmulo de tarefas e o trabalho monótono têm relação com os acidentes de trabalho.

Assunção de responsabilidade pelo acidente e sofrimento psíquico

- Conversar com a jovem sobre as dificuldades inerentes às tarefas por ela executadas e a possibilidade de acidente em cada uma delas;
- Esclarecer os pontos importantes a serem observados na prevenção de acidentes e a necessidade de não tomar para si toda a responsabilidade pelo ocorrido no acidente.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- Trabalho perigoso, penoso, insalubre e noturno estão proibidos para adolescentes.
- Com a promulgação da portaria 777/2003, do Ministério da Saúde, acidentes de trabalho ocorridos com crianças e adolescentes são eventos de notificação compulsória.



RESUMOS

Trabalho doméstico

Segundo a legislação brasileira, toda criança e adolescente com menos de 16 anos não deve estar inserido em nenhuma situação de trabalho, como determinado pela Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/1998, que altera o artigo 7, inciso XXXIII da Constituição Federal e a Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Vale ressaltar que aqueles que estiverem em condição de aprendizes (meninos e meninas a partir dos 14 anos – Programa Nacional de Aprendizagem, conforme a Lei Federal 10.097, de 19/12/2000, que altera a CLT; complementada pela Resolução nº 74, de 13/09/2001, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA) devem ter o direito a este tipo de treinamento profissional bem como a todas as condições de trabalho garantidas na regulamentação do trabalho protegido. O trabalhador adolescente, com idade entre 16 e 17 anos, também tem direito ao trabalho protegido (incisos I ao IV do artigo 64 da Lei nº 8.069/90) assim como aos direitos trabalhistas e previdenciários. Deve-se ressaltar, ainda, que é proibido o trabalho de menores de 18 anos nas atividades constantes na Portaria nº 20, de 13/09/2001, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) complementada pela Portaria nº 4, de 21/03/2002, do MTE.

Apesar desta complexa legislação, estima-se que, no Brasil, um milhão e 300 mil empregadas domésticas tenham idades entre 10 e 17 anos. O trabalho doméstico é aquele, efetuado em casas de terceiros ou nos próprios domicílios, que tenha como tarefas principais: a limpeza da casa, a preparação dos alimentos, os cuidados com as roupas e a supervisão de crianças. É comum que se trabalhe, nessas atividades, em troca apenas de alimento e moradia, na medida em que esses trabalhos têm se identificado, historicamente, com o trabalho escravo desenvolvido na casa dos senhores. Frequentemente, esse trabalho se estabelece a partir de vínculos informais, não oferecendo direitos trabalhistas, apesar de já haver aparato legal para isso. As jornadas exaustivas de trabalho impedem que as jovens trabalhadoras possam desenvolver plenamente seu potencial no âmbito escolar, assim como não há nenhum curso especializado de aprendizagem para as atividades desempenhadas no âmbito doméstico.

Acidente de trabalho

A probabilidade de ocorrência de acidentes de trabalho, independentemente da atividade produtiva, é potencialmente grave para a população adolescente. Certas características típicas dessa faixa etária, tais como coragem, força física e disponibilidade subjetiva, são apropriadas pelo processo produtivo, que não reconhece nos jovens a ausência de capacitação formal para a execução de algumas atividades de trabalho. Esta situação sugere tanto a suscetibilidade como a vulnerabilidade dos jovens em se acidentarem mais do que os adultos, pois também são expostos a ambientes de trabalho insalubres, perigosos e penosos, em sua maioria inseridos no setor informal da economia, que não sofrem praticamente nenhum tipo de fiscalização e vigilância em saúde. Os acidentes de trabalho podem ser típicos, ou seja, ocorrerem nos locais de trabalho ou de trajeto, quando acontecem no percurso de ida ou volta do trabalho. Convém ressaltar a importância de notificação de acidente de trabalho por meio do preenchimento da ficha de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), disponível no departamento de pessoal das empresas ou no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Assédio moral

Assédio moral, no local de trabalho, é definido como toda e qualquer conduta abusiva que se manifesta por meio de comportamentos, palavras, atos, gestos ou escritos que possam trazer prejuízo à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho. As pessoas assediadas não são necessariamente portadoras de qualquer sofrimento psíquico, ou particularmente frágeis. Na direção oposta, comumente o assédio se inicia quando a pessoa afronta o autoritarismo da chefia, ou recusa a deixar-se subjugar. É sua capacidade de enfrentamento, apesar da situação de pressão, que a torna alvo do ataque. Desqualificar, desacreditar, isolar, induzir ao erro, vexar e assediar sexualmente são as formas mais comuns de assédio moral. Quanto mais jovem e desqualificado o profissional, mais vulnerável ao desrespeito típico dessa forma de violência. Assim como quanto mais autoritária e meritocrática for a cultura um ambiente de trabalho está inserido, mais situações de assédio moral ocorrerão e serão percebidas como naturais.

Violência física contra a mulher adolescente – p. 42Violência simbólica

Violência simbólica pode ser definida como aquela que acontece de forma invisível e quase imperceptível para aqueles que a sofrem. Essa invisibilidade acontece na medida em que este tipo de violência se instala essencialmente pelas vias simbólicas da comunicação. Nessas vias, os dominados aderem a qualquer pressuposição do dominador por não terem espaços alternativos para pensar seu papel nesta relação que, antes de tudo, é construída histórica e socialmente, mas que é vivida como se fosse natural. Assim, podemos afirmar que a violência simbólica consiste em manter e transmitir designações unívocas de expressões e signos que privilegiam produções hegemônicas em detrimento das diversidades singulares. Como efeito, temos a cronificação da posição de dependência nos sujeitos, que perdem ou vêem amputada sua capacidade de criar seus próprios significados para as coisas e para os acontecimentos.

Violência intrafamiliar

Caso 11 - “Em nome do pai”

1ª parte

Raíssa, de 15 anos, comparece ao setor de saúde mental do ambulatório de adolescentes em companhia da mãe, Solange, que diz estar preocupada com a saúde da filha por vários motivos, que vão desde constantes dores de cabeça a crises de choro e problemas escolares. Gostaria de lhe dar mais atenção, mas trabalha como trocadora de ônibus e dá graças a Deus por ter esse emprego, pois o marido está desempregado há mais de um ano, fazendo um biscate aqui e outro ali, de modo que é ela quem de fato sustenta financeiramente a casa. Recentemente foi chamada à escola da filha, para ser informada de suas inúmeras faltas e de que esta havia falsificado a assinatura do responsável no boletim. Acrescenta que Raíssa lhe disse que falsificou a assinatura por medo de que o pai tomasse conhecimento de suas notas. A filha prometeu não repetir tal conduta e disse que só faltava às aulas porque não conseguia se concentrar, não entendia a matéria dada e que, por isso, não tinha como fazer os deveres de casa.

A adolescente é indagada acerca das dores de cabeça e das crises de choro, mas é a mãe quem toma novamente a palavra para dizer que a filha já fez muitos exames e que os médicos nada descobriram. Fez exame clínico, eletroencefalograma – EEG e exame oftalmológico. Este último acusou a necessidade de óculos, os quais já foram feitos. Ela gostaria de que a filha fizesse uma tomografia, mas os médicos não pediram e não sabe como conseguir. Quanto às crises de choro, considera-as sem motivo. Em seguida, observa que a filha vive de mau humor e nunca a auxilia nos trabalhos domésticos. Diz que leva uma vida muito difícil pois, além de trabalhar muito, o marido bebe diariamente. Ele não acredita em psicologia, diz que tudo isso é uma grande besteira e que “filho que não apanha não dá nada na vida, pois educação se recebe em casa”.

A família é composta de quatro pessoas. Raíssa tem um irmão cinco anos mais velho, que largou os estudos depois da 6ª série. No momento, está desempregado como o pai. Durante toda a entrevista, a adolescente pronuncia apenas uma frase em um tom entre a queixa e o desafio: “Minha mãe é uma idiota, ela devia se separar daquele homem, não gosto dele nem do meu irmão!” Solange, porém, fala em voz baixa e submissa: “Não tenho como me separar, ela pensa que é fácil. Onde iríamos morar?”

A psicóloga decide encerrar a entrevista ao perceber que as duas, mãe e filha, estão visivelmente tensas e começam a discutir uma com a outra. Foi agendada nova consulta e solicitada a presença dos pais.

Refletindo e discutindo

Que problemas você identifica nesse caso?

Que ações prioritárias devem ser desenvolvidas?

Que profissionais você envolveria nesse caso?

Que outras informações você gostaria de ter para um melhor planejamento das estratégias a serem implementadas?

Aspectos relevantes identificados

Problemas escolares: absenteísmo, falta de concentração e de compreensão da matéria, e falsificação de assinatura em documento oficial da escola;

Relação familiar conflituosa;

Dores de cabeça;

Crises de choro;

Desemprego do pai e do irmão mais velho.

Abordagem e conduta

Problemas escolares: absenteísmo, falta de concentração e de compreensão da matéria e falsificação de documentos

- Solicitar à escola um relatório pedagógico da adolescente;
- Conversar com a adolescente sobre as dificuldades enfrentadas no cotidiano escolar;
- Discutir com Raíssa o significado da falsificação de documentos;
- Discutir com a adolescente o significado da escolarização para seus projetos futuros.

Relação familiar conflituosa, dores de cabeça, crises de choro

- Marcar entrevistas individuais para a adolescente e a mãe;
- Discutir com a adolescente a importância de fazer um contato com o pai;
- Analisar com a mãe sua conduta paradoxal: desconfiança em relação aos resultados dos exames médicos já realizados, ao mesmo tempo em que deseja que os médicos peçam mais exames;
- Conhecer melhor os papéis que cada componente da família desempenha e a interação entre eles;
- Refletir com Raíssa sobre os principais problemas de atrito na sua relação com a família;
- Determinar se há outras manifestações de depressão (transtornos alimentares, alterações do sono, ideário suicida, mudanças comportamentais com a família, amigos etc.).

Desemprego do pai e do irmão mais velho

- Solicitar a participação do serviço social, para acompanhamento das questões relacionadas ao desemprego do pai e do irmão mais velho.

2ª parte

Raíssa comparece sozinha no dia combinado e avisa que a mãe não virá à entrevista porque está trabalhando. Diz, também, que o pai lhe avisou que não vai comparecer. Começa repetindo que não entende por que a mãe não se separa, pois seu pai é “um bruto que a xinga quase todos os dias”. Há noites em que não consegue pegar no sono um só instante, porque ouve o pai chamando a mãe de “piranha” e dizendo que, a qualquer hora, vai botar todos para fora de casa, porque a casa é dele. Conta que o irmão é igualzinho ao pai, já bateu diversas vezes nela e ninguém fez nada. A mãe o manda parar, mas não tem autoridade para impedir. “Parece até que ela também tem medo dele!” – conclui Raíssa.

Acerca das dores de cabeça, diz que são antigas e melhoram um pouco quando usa os óculos com mais frequência, mas sente-se muito feia com eles. Indagada sobre sua situação escolar, observa inicialmente que não tem tido vontade de estudar. Sabe que não vai passar mesmo de ano e, a essa altura, tanto faz ir ou não à aula. Gostaria de já ser maior de idade, para largar de vez os estudos. Acrescenta: “De que adianta estudar?! Não vou dar em nada mesmo, como diz meu pai.” Em seguida, aborda o assunto da falsificação da assinatura, dizendo que não vê nenhum mal nisso, muita gente faz o mesmo. Na verdade, como sua mãe já havia relatado, temia dar ao pai mais um motivo de briga.

Refletindo e discutindo

Como trazer a família para o atendimento?

Como analisar o relacionamento de Raíssa com seu irmão?

Como você vê a postura da adolescente diante do ato de falsificação de assinatura?

Que outros profissionais devem ser acionados para contribuir com a saúde de Raíssa?

Aspectos relevantes identificados

Violência física intrafamiliar;

Violência entre irmãos;

Violência de gênero;

Medo da reação paterna;

Sentimentos de apatia em relação ao futuro: falta de perspectiva nos estudos, não se responsabiliza por seu próprio ato;

Dificuldade da participação da mãe devido ao horário de trabalho.

Abordagem e conduta

Violência física intrafamiliar, violência entre irmãos, violência de gênero, medo da reação paterna

- Analisar o universo relacional de Raíssa com seu irmão, para identificação do nível de agressividade e resiliência;

- Comunicar à adolescente a necessidade de notificação ao Conselho Tutelar, como medida protetiva, com vistas à intimação do pai e do irmão para que respondam pelo uso da força física contra outros membros da família;

- Realizar a notificação compulsória de maus-tratos ao Conselho Tutelar e à Secretaria de Saúde;
- Analisar, com a adolescente, os motivos que a levam a insistir para que a mãe se separe do pai. Ajudá-la a pesquisar que outros afetos, além do ódio explícito e justificado, podem estar presentes nas suas relações com o pai e o irmão.

Dificuldade da participação da mãe devido ao horário de trabalho

- Avaliar as possibilidades de horários da mãe e as opções de flexibilização dos horários do serviço de saúde.
- Sentimentos de apatia em relação ao futuro: falta de perspectiva nos estudos, não se responsabiliza por seu próprio ato;
- Procurar reconstruir, com a adolescente, suas formas de relação com a escola e os professores, analisando o modo derrotista como fala do futuro e buscando implicá-la em seus atos.

3ª parte

Raíssa comparece em companhia da mãe, que a aguarda do lado de fora da sala. Exibe a fisionomia tão fechada quanto na primeira vez em que compareceu ao ambulatório. Comenta que se considera uma pessoa extremamente infeliz e gostaria de morrer. Diz que não vê nenhuma razão para continuar vivendo e encadeia com o comentário de que o namorado decidiu terminar com ela, alegando que não adiantava namorar se ele mal podia vê-la. Até dois meses atrás, estava namorando um rapaz bem mais velho, que já fora casado e tem uma filhinha de dois anos. Segundo Raíssa, no dia em que o pai descobriu tal fato, aí mesmo é que as coisas ficaram piores. Proibiu-a de voltar a se encontrar com o namorado e lhe disse que, se aparecesse grávida, podia esquecer que tinha pai, mãe, irmão e casa. A jovem acrescenta, então, novamente em tom de desabafo: “Eu não sei que mania ele tem de ficar repetindo que eu vou engravidar, se eu nunca transei com ninguém! Um dia em que ele estava bêbado, chegou a gritar comigo: filha de piranha, piranha é!”

Durante toda a entrevista, não diz uma só palavra sobre suas dores e relata que os pais passaram uma semana inteira sem brigar entre si e com ela. De forma ligeiramente não compromissada, ou seja, parecendo relatar um fato banal, observa que o irmão tampouco lhe bateu na semana que passou. Acha que ele deve ter conseguido um emprego, porque ficou mais tempo fora de casa. O fato, acrescenta então, é que os dois não se dirigiram a palavra e a semana lhe pareceu mais tranqüila.

A psicóloga combina com Raíssa que pedirão a ajuda da mãe, no intuito de trazer o pai ao ambulatório e para que lhe seja esclarecida a diferença entre suas próprias fantasias e a conduta da filha. Após a entrevista com Raíssa, a mãe é chamada à sala. Esta volta a falar espontaneamente das dificuldades com o emprego e da impossibilidade de separação. A psicóloga marca novamente entrevistas individuais para ambas.

Refletindo e discutindo

Que fatos novos apareceram neste encontro?

Até que ponto você acha que os conflitos familiares podem estar na origem dos sintomas depressivos da adolescente?

Como avaliar a possível idéia suicida da adolescente?

Aspectos relevantes identificados

Fantasias do pai acerca da sexualidade da filha;

Alcoolismo do pai;

Idéias suicidas da adolescente;

Sentimentos de impotência e impossibilidade por parte da mãe.

Abordagem e conduta

Alcoolismo do pai, Fantasias do pai acerca da sexualidade da filha

- Intimar a presença do pai: levá-lo a reconhecer a necessidade de ajuda para os problemas de relacionamento com a filha e a esposa, e para o alcoolismo;

- Idéias suicidas da adolescente;

- Propor à jovem um atendimento psicológico continuado, visando a análise dos motivos subjacentes à idéia de suicídio: verificar se expressam um autêntico desejo de morte ou indicam uma angústia de perda do amor, ou ainda, um possível trabalho de luto pela perda de um ideal.

Sentimentos de impotência e impossibilidade por parte da mãe

- Oferecer à mãe um espaço para falar de suas próprias questões, dando-lhe conhecimento da existência da “Lei Maria da Penha” e de recursos jurídicos tais como a Delegacia da Mulher.

Esquematize num quadro a proposta da Equipe de Saúde, como no esquema abaixo:

Esquema – Equipe de Saúde

Problema	Ações	Membros da equipe



LEMBRETES

- O silêncio perpetua a violência.

- A família como lugar de proteção e cuidado é, em muitos casos, um mito.

- O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8.069, de 13/07/1990, que regula os direitos da criança e do adolescente – coloca no Capítulo 3 – “Do direito à convivência familiar e comunitária”, artigo 19: “Toda criança ou adolescente tem o direito a ser criado e educado no seio da família e, ex-

cepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.”

- O ECA também afirma que o “pátrio poder será exercido em igualdade de condições, pelo pai e pela mãe.”



GLOSSÁRIO

Família

Para o psicanalista francês Jacques Lacan, “a família desempenha um papel primordial na transmissão de cultura. Se as tradições espirituais, a manutenção dos ritos e dos costumes, a conservação das técnicas e do patrimônio são, com ela, disputados por outros grupos sociais, a família prevalece na primeira educação, na repressão dos instintos, na aquisição da língua acertadamente chamada de ‘materna’. Com isso, preside os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico”.

Resiliência

É um termo das ciências exatas, definido como a propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica. A partir do final da década de 70, este termo passou a ser utilizado pelas ciências humanas e médicas para designar a capacidade que algumas pessoas têm de resistir e de superar as adversidades da vida e a força necessária para a saúde mental restabelecer-se após a vivência do dano.



RESUMO

Alcoolismo – p. 77

“Lei Maria da Penha” – p. 48

Subjetividade – p. 85

Violência intrafamiliar

De acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde (2002), “considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente, e Ministério Público da localidade), de acordo com o artigo 13 da Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Vimos acima como identificar as situações de violência e que órgãos públicos devem ser notificados, nos casos específicos da violência contra crianças e adolescentes. Dentre as diferentes modalidades de

violência, destaca-se a intrafamiliar, por sua alta frequência. Trata-se de um tipo de agressão em que os atos, gestos e palavras violentas acontecem entre membros de uma mesma família. Cabe aos trabalhadores das equipes de saúde indagar suas principais causas subjetivas e/ou sociais. Do ponto de vista social, verificamos a alta incidência com que a violência intrafamiliar se faz acompanhar das situações de desemprego e de alcoolismo do pai de família, eventualmente também de outros membros. A correlação desemprego/alcoolismo demonstra ser uma via de mão dupla. Se, em muitos casos, é difícil dizer o que vem primeiro, é fácil constatar que os dois fatores se agravam reciprocamente.

Do ponto de vista subjetivo e de acordo com as descobertas da psicanálise, há em todo sujeito, lado a lado com a sua disposição para estabelecer laços amorosos, uma disposição mais ou menos intensa, segundo cada caso, para atos agressivos. Conforme diferentes características subjetivas e contextos socioculturais diversos, a agressividade se volta, preferencialmente, contra a própria pessoa ou contra seus semelhantes. Dentre estes, elegem-se principalmente as pessoas mais próximas e mais queridas. Uma certa dose de agressividade está presente em todo laço amoroso, razão pela qual a decepção com a pessoa amada pode levar uma relação de amor intenso a desembocar em ódio igualmente intenso. A psicanálise mostrou que é possível fazer remontar a agressão dirigida para fora a uma auto-agressão original e desconhecida do próprio sujeito, sobretudo quando se trata de uma relação pai/filho, mãe/filho ou entre irmãos.

No cerne da violência intrafamiliar, encontra-se com frequência a ferida no assim chamado “narcisismo secundário dos pais”, ou seja, na expectativa parental de que os filhos realizem os sonhos e desejos a que eles próprios tiveram que renunciar. Nesses casos, a violência se manifesta principalmente em forma verbal e conduz a danos psicológicos. É importante que se ofereça tratamento psicoterápico tanto aos pais quanto aos filhos. Porém, mesmo que os primeiros se recusem ao tratamento, pode-se obter bons resultados com o tratamento dos filhos. Já nos casos em que a violência parental passa ao ato, e que pode chegar a provocar lesões físicas nos filhos, ou os pais aceitam um tratamento concomitante ao dos filhos ou a separação física se faz necessária, como única forma de barrar a inevitável compulsão à repetição do ato violento.

A violência entre irmãos, como expressão agravada e desenfreada do ciúme normal, é indício de que os sintomas da geração mais nova estão determinados pelos impulsos e fantasias inconscientes da geração anterior. Em outras palavras, as brigas entre irmãos representam mensagens dirigidas aos pais e que se podem traduzir, aproximadamente, nos seguintes termos: “Sabemos que vocês se odeiam mais ou tanto quanto se amam e que, se lhes fosse possível, não estariam juntos.”

Bibliografia e sites de interesse

- . ABRAPIA, Associação Brasileira de Proteção à Criança e Adolescente: Maus tratos contra crianças e adolescentes – proteção e prevenção, *Guia de orientação para educadores*, Petrópolis: Autores & Agentes Associados, ABRAPIA, 1997; e *Guia de orientação para profissionais de saúde*, 2002.
- . AMENCAR, Comissão de cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do estado do Rio Grande do Sul. *Violência doméstica*. Brasília. UNICEF, 2000.
- . ANTUNEZ, M.E.M. Principais problemas odontológicos dos adolescentes In: *Adolescência & Saúde*, NESA/HUPE/ UERJ - v.1. n.1 (Jan./Mar. 2004, Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.
- . ASSIS S.G., Pesce RP, Avanci JQ. *Resiliência. Enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre, Armed, 2006.
- . BALDONI G., Pedrabissi L, Molteni M, Villa S. Discriminant validity of the vineland scales: score profiles of individuals with mental retardation and a specific disorder. *American Journal of Mental Retardation* 2001; 106: 162-172.
- . BOURDIEU, P. (1999) *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 160 p.
- . BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente (ECA)*. Lei federal nº 8.069 de 13/07/1990.
- . BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica – nº 8*. Brasília. 2001.
- . BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. *Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde*. Brasília: 2001.
- . BRASIL, MJ/SEDH/DCA. *Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil*. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2002. 3ª edição.
- . BRASIL, MJ/SEDH/ME. *Guia escolar, métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004.
- . CASTRO, M.G. O conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho. Notas sobre impasses teóricos. *Cadernos do CRH*, 17: 80 – 105, 1992.
- . CONCEITO de abandono e negligência. Disponível em <http://www.criancasegura.org.br/upload/441/Apostila%20parte%201.pdf> São Paulo: Abril, 2006.
- . CREMESP. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: *Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2ª edição, 2002.
- . DANTAS BERGER, S. e GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública* 21(2): 417-425, 2005.
- . DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro; *Cadernos de Saúde Pública* 16(1):129-137, 2000.

- . _____. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro. CLAVES Jorge Carelli, 1997.
- . DIÉGOLI, C.A., DIÉGOLI, M.S.C, LERNER, T., RAMOS, L.O. Abuso sexual na infância e adolescência. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 7:81-5. 1996.
- . D'OLIVEIRA, A.F.P.L. & SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da Redesaúde*, 19:3-4, 1999.
- . ECPAT. *Questions & answers about the commercial sexual exploitation of children*, 3rd Ed, Bangkok: ECPAT International, 2006.
- . GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal; *Cadernos de Saúde Pública* 18(sup10):103-112, 2002.
- . GLAT, R. & FREITAS, R. C. de. *Sexualidade e deficiência mental: pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema*. (Coleção questões atuais em Educação Especial, v. II). Editora Sette Letras, Rio de Janeiro: 1996.
- . HIRIGOYEN, M.F. (2001) *Assédio moral: a violência perversa do cotidiano*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 224p.
- . KRUG, E. G., DAHLGERG, L.L., MERCY, J.A., ZWI, A.B. & LOZANO, R. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.
- . LIBÓRIO, R.M.C. & SOUSA, S.M.G.(org) *A exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil: reflexões teóricas, relatos de pesquisas e intervenções psicossociais*. São Paulo e Goiânia: Casa do Psicólogo/Universidade Católica de Goiás, 2004.
- . MINAYO, M.C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p. (Coleção: Temas em Saúde)
- . MINISTÉRIO da Saúde. *Marco legal. Saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: 2006.
- . _____. *Saúde integral de adolescentes e jovens. Orientações para a organização de Serviços de Saúde*. Brasília: 2006.
- . _____. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Norma Técnica. Brasília: 2005.
- . _____. *Anticoncepção de Emergência. Perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: 2005.
- . _____. *Violência intrafamiliar. Orientações para a Prática em Serviço*. *Cadernos de Atenção Básica – n. 8*. Brasília – DF. 2002.
- . _____. *Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST*. 4. ed. Brasília: 2006.
- . _____. *Atenção Humanizada ao Abortamento*. Norma Técnica. Brasília: 2005.
- . _____. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Editora MS, 2004.
- . _____. *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST*. 2007.
- . MURY, Laura. *Violência institucional: casos de violação de direitos humanos na área da saúde materna e neonatal no estado do Rio de Janeiro*. In: http://www.sermulher.org.br/artigos_Violencia_institucional.htm.
- . OMS, Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*, Genebra: OMS, 2002.
- . REDE de Monitoramento Amiga da Criança. *Um Brasil para as crianças, a sociedade brasileira e os objetivos do milênio para a infância e adolescência*, Brasília: Rede Amiga da Criança, 2004.
- . ROLAND, E. Violência intrafamiliar In: RUFINO, A, (org). *Violência contra a mulher. Um novo olhar*. Santos: Casa de Cultura da Mulher Negra, p. 123 – 124, 2001.
- . SAVE The children. Suécia. *Estudo analítico do enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no Brasil – ESCCA, período 1996-2004, relatório final*, Rio de Janeiro: VIOLES/SER/UnB, 2005.

- . SCHRAIBER, L.B. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Ed. UNESP, 2005.
- . SOCIEDADE Brasileira de Pediatria. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: 2001.
- . SOCIEDADE Brasileira de Pediatria – SBP e FEDERAÇÃO Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. *Adolescência, contracepção e ética – diretrizes*.
- . TAQUETTE, S.R., VILHENA, M.M., SANTOS, U.P.S., SANTOS, F.K. Ocorrência de abuso sexual e risco de doenças sexualmente transmissíveis: um estudo transversal com adolescentes. *Revista de Enfermagem da UERJ* 2004; 12(1): 76-82.
- . _____ et alii. *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.
- . TORRES, J.H.R. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência*. Consulta feita pelo Ministério da Saúde, disponível em <http://www.saude.gov.br>
- . WORLD Health Organization. *Guidelines for medical-legal care for victims of sexual violence*. Genebra: WHO, 2003.
- . _____. *Preventing child maltreatment: a guide for taking action and generating evidence*. Genebra: WHO-ISPAN, 2006.

Sites de interesse:

- BVM – Biblioteca Virtual da Mulher – <http://www.prossiga.br/bvmulheres/cedim/>
- BVSR – Biblioteca Virtual de Saúde Reprodutiva – http://www.prossiga.br/fsp_osp/sauredereprodutiva/
- Publicações Virtuais – <https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/biblioteca.cfm>
- <http://www.saude.rj.gov.br/ViverSaude/Infos/Violenc2.htm>
- <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/violencia/violencia.html>
- http://lildbi.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah_txtc/?IscScript=iah/iah.xic=P&base=txtc
- <http://www.saude.gov.br/editora>
- <http://www.saude.gov.br/bvs>
- <http://www.abrapia.org.br>

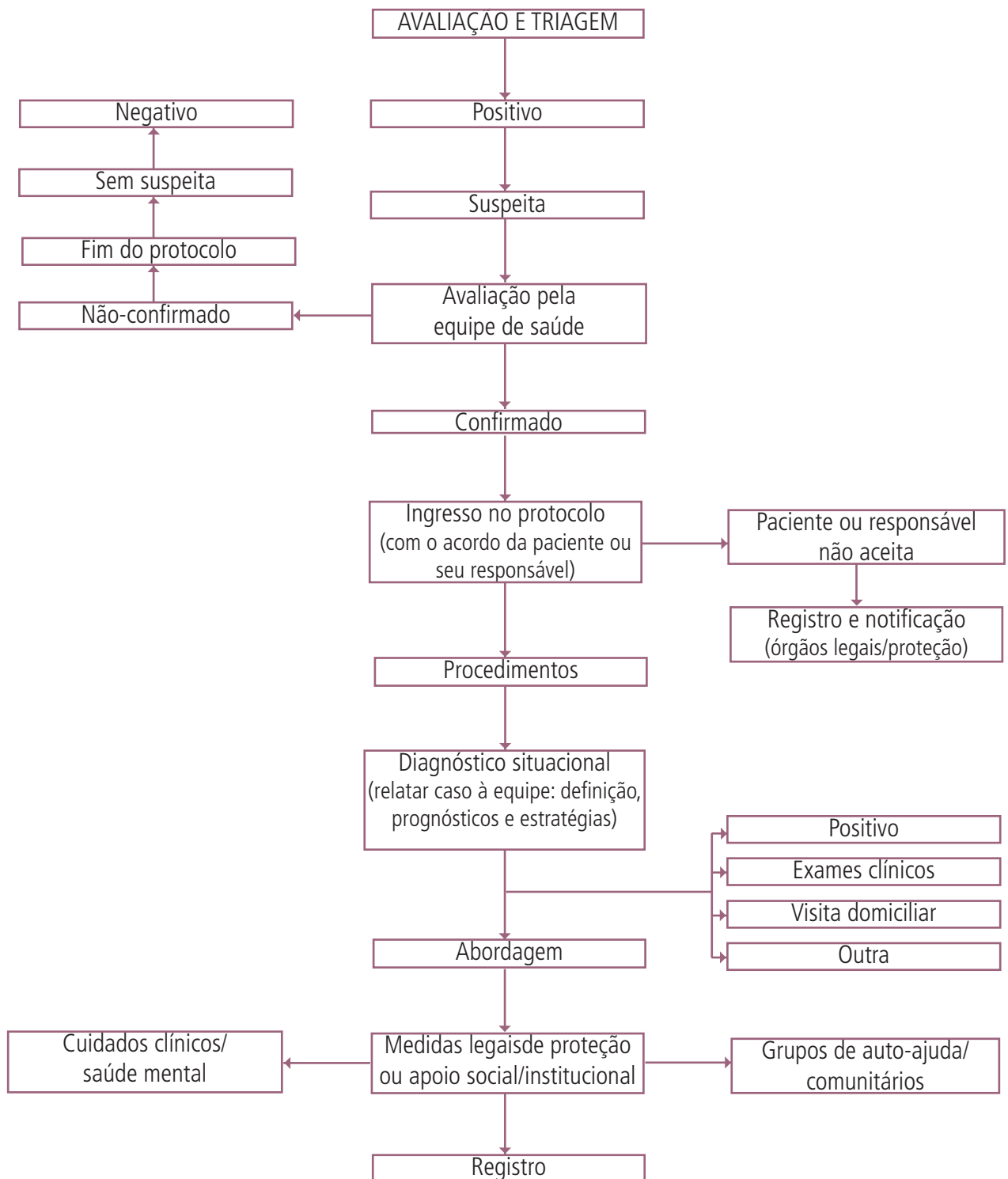
Anexo I

Instrumentos jurídicos

Instrumentos	Instâncias
<ul style="list-style-type: none">. Convenção para Prevenir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), ratificada pelo Brasil em 27/11/1995.. Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Convenção dos Direitos da Mulher) [CEDAW], ratificada pelo Brasil em 01/02/1984.. Protocolo Facultativo da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, desde 22/12/2000.. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena, junho/1993.. Conferência Mundial sobre Mulher, Desenvolvimento e Paz de Pequim, 1996.. Convenção sobre Direitos da Criança, ratificada no Brasil em 24/11/1990.	Internacionais
<ul style="list-style-type: none">. Artigo 226, parágrafo 8º: estabelece a obrigatoriedade do Estado em criar mecanismos para coibir a violência no âmbito da família.. Artigo 227, parágrafo 4º: prevê que a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.. Artigo 5º, parágrafo 2º: confere <i>status</i> constitucional aos tratados e convenções internacionais ratificados pelo governo brasileiro.	Constitucionais
<ul style="list-style-type: none">. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8.069/90.. A violência doméstica e a Lei n. 9.099/95.. Código Penal Brasileiro, Decreto-lei nº 2.848, de 07/12/1940: apresenta as definições e penas de crimes sexuais, definindo as circunstâncias onde o aborto é permitido.. Código Civil Brasileiro, Lei nº 10.4067, de 10/01/2002: estabelece que o casamento seja baseado na igualdade de direitos e deveres dos cônjuges.. “Lei Maria da Penha”, Lei nº 11.340, de 07/08/2006.	Leis Federais
<ul style="list-style-type: none">. A norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência doméstica e sexual contra mulheres e adolescentes, de 2005.	Normativas
<ul style="list-style-type: none">. Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres em situação de violência (DEAM), criadas em 1985.. Programa Nacional de Direitos Humanos, em 13 de maio de 1996.. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil (parágrafo 140).. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984).. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, Medida Provisória nº 103, de 01/01/2003.	Políticas públicas

Anexo II

Programa de atendimento à mulher vítima de violência

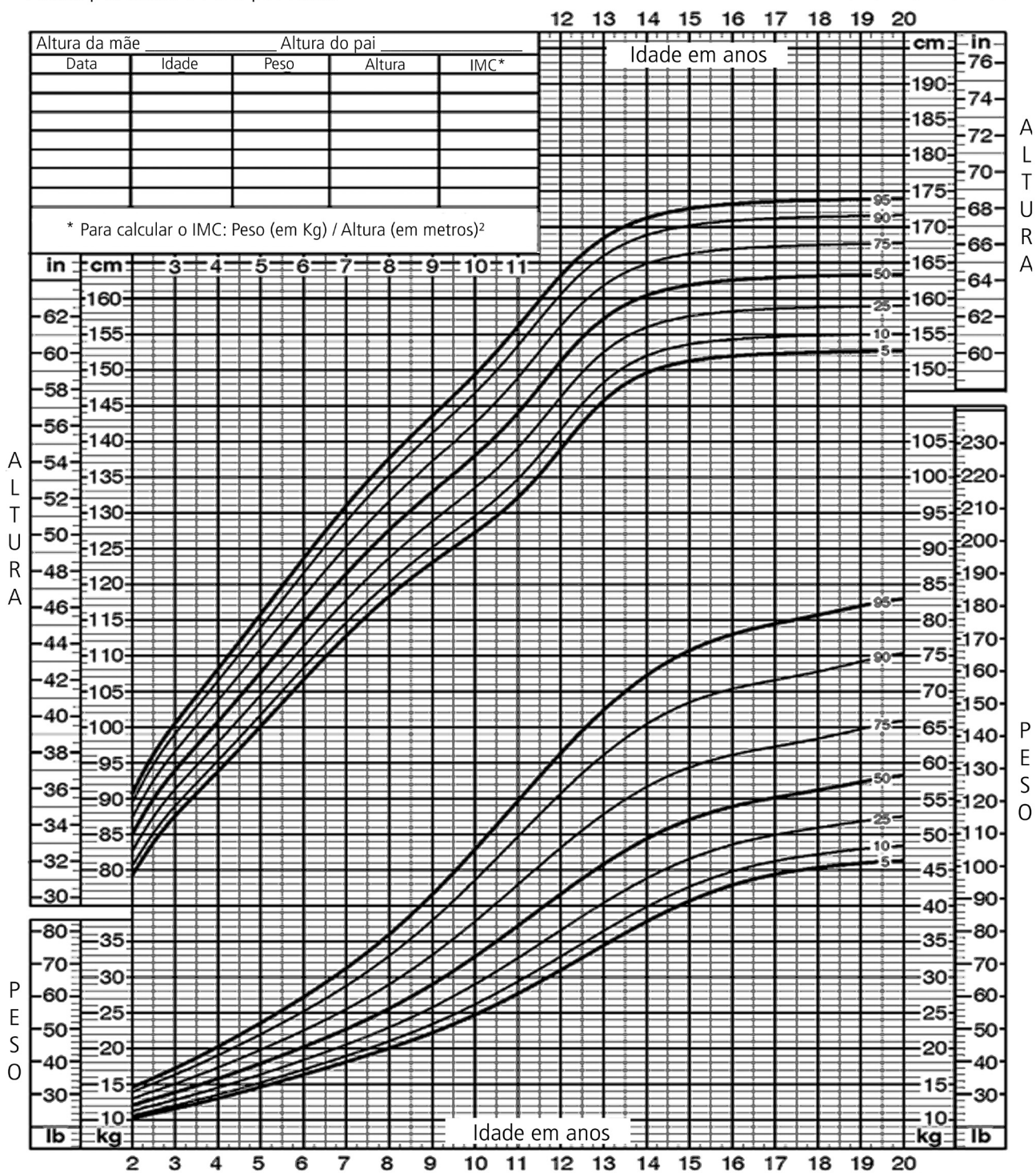


Anexo III

Gráfico de crescimento – NCHS

2 a 20 anos: Sexo Feminino

Altura por Idade e Peso por idade Nome: _____ Prontuário: _____



Anexo IV

Tabela de Tanner Desenvolvimento puberal feminino

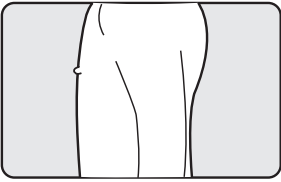
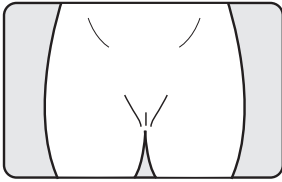
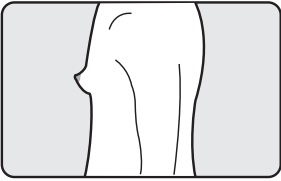
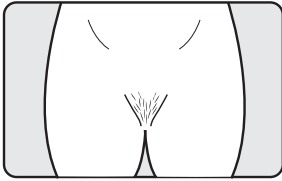
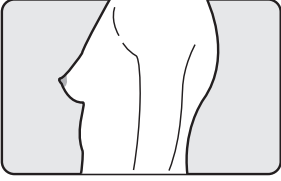
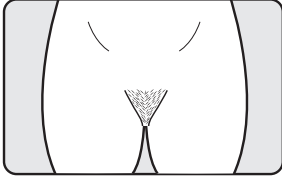
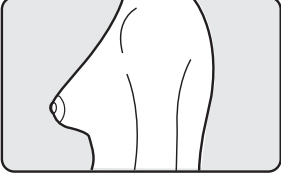
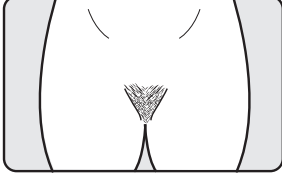
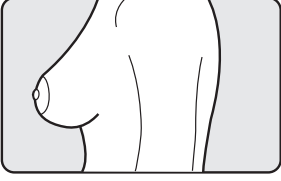
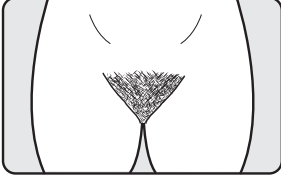
Mamas		Pêlos pubianos	
	M1 Mamas infantis.		P1 Fase de pré-adolescência (não há pelugem).
	M2 — 8-13 anos Fase de broto mamário (elevação da mama e auréola como pequeno montículo).		P2 — 9-14 anos Presença de pêlos longos, macios, ligeiramente pigmentados, ao longo dos grandes lábios.
	M3 — 10-14 anos Maior aumento da mama, sem separação dos contornos.		P3 — 10-14 anos Pêlos mais escuros, ásperos, sobre o púbis.
	M4 — 11-15 anos Proteção da auréola e das papilas para formar uma segunda saliência acima da mama.		P4 — 11-15 anos Pelugem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor do que no adulto.
	M5 — 13-18 anos Fase adulta, com saliência somente nas papilas.		P5 — 12-16 anos Pelugem do tipo adulto, cobrindo todo o púbis e a virilha.

Ilustração: Isabela Ferreira de Araújo.

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
Esplanada dos Ministérios, Bloco "L", Edifício Sede, 2º andar, sala 200
70047-900 – Brasília – DF

Telefones: (61) 2104-9377 e 2104-9381
Fax: (61) 2104-9362 e 2104-9355

spmulheres@spmulheres.gov.br
www.spmulheres.gov.br

Secretaria Especial de
Políticas para as Mulheres

