



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KELANNE LIMA DA SILVA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO
DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA**

FORTALEZA

2015

KELANNE LIMA DA SILVA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

Coorientadora: Prof.^a Dra. Fabiane do Amaral Gubert

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

S58c

Silva, Kelanne Lima da.

Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da violência sexual na adolescência./ Kelanne Lima da Silva. – 2015.

144 f.: il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Orientação: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Co-Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.

1. Violência Sexual. 2. Tecnologia Educacional. 3. Adolescente. 4. Prospecto para Educação de Pacientes. I. Título.

CDD 363.32

KELANNE LIMA DA SILVA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira (Membro efetivo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Izaildo Tavares Luna (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Eveline Pinheiro Beserra (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Michell Ângelo Marques Araújo (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará

Aos meus pais, pessoas simples que através da força e do trabalho me permitiram ver que o conhecimento é o maior legado que se pode deixar para um filho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por proporcionar meu fôlego de vida e ser minha essência. Quero sempre ser dependente de Ti, Senhor.

Aos meus pais, José Carlos e Marineide, pelo amor, pela compreensão e dedicação de todos esses anos. Vocês são meu alicerce de vida e suporte. Amo vocês!

À professora doutora Patrícia Neyva, pela dedicação, pelo carinho, pelos ensinamentos e pelas orientações que vão além da vida acadêmica.

À professora doutora Fabiane Gubert, pelas contribuições, pelo carinho e pela disponibilidade.

À minha irmã, Marina, que sempre me motivou nessa caminhada.

Ao meu esposo, Marcos, pelo companheirismo e pela compreensão dos momentos de ausência.

Aos colegas do doutorado, em especial Izaildo Tavares Luna, por caminharmos juntos rumo a uma etapa decisiva de nossas vidas.

Aos integrantes do Projeto AIDS “Educação e Prevenção”, em especial à amiga Ligia, pelo companheirismo e carinho.

A todos os docentes e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que contribuíram para minha formação profissional.

Aos componentes da banca de defesa, pelas relevantes contribuições e disponibilidade.

Aos profissionais da escola que de forma carinhosa me acolheram e contribuíram para realização deste estudo.

Aos participantes da etapa de validação, juízes e adolescentes. Suas contribuições foram decisivas para realização deste estudo.

Agradeço, de maneira geral, a todas as pessoas que colaboraram direta ou indiretamente para concretização deste estudo.

Deixai vir a mim os pequeninos,
porque deles é o Reino dos Céus.

(Mt 19:14)

RESUMO

SILVA, K. L. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da violência sexual na adolescência.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

A violência sexual acarreta consequências em todos os âmbitos do desenvolvimento humano, especialmente quando acontece na adolescência. É necessário que profissionais de diversos setores da sociedade formulem estratégias de enfrentamento e prevenção da violência sexual, facilitando a abordagem dessa temática. Com esse intuito, as tecnologias educativas se destacam como auxiliares nas atividades de educação em saúde. Diante disso, objetivou-se construir e validar uma cartilha educativa digital voltada para prevenção da violência sexual na adolescência. Trata-se de pesquisa metodológica e de validação, desenvolvida de acordo com as etapas de construção de material educativo digital proposto por Falkembach, a qual constou: análise e planejamento com a realização de revisão de literatura e dois grupos focais realizados com adolescentes na escola, modelagem, implementação, avaliação e distribuição. Após a finalização da construção do material, iniciou-se a fase de validação realizada por sete juízes nas áreas de educação em saúde e violência sexual, e a avaliação do material educativo com 196 adolescentes com idades entre 10 e 13 anos. O estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o CAAE: 26440614.1.0000.5054. A revisão de literatura mostrou que os temas mais abordados foram as consequências da violência sexual. A partir dos resultados dos grupos focais, pôde-se evidenciar que os adolescentes conheciam a problemática, mas reduziam a ocorrência da violência sexual ao estupro; consideraram o sexo feminino mais susceptível e desconheciam a ocorrência da violência sexual no sexo masculino; consideraram o agressor como maníaco e de fácil identificação; evidenciaram a realidade da violência intrafamiliar, destacando o papel do pai e do padrasto, e não conseguiram identificar os comportamentos que os tornavam mais vulneráveis à ocorrência da violência sexual. A cartilha foi construída com base nos resultados da revisão de literatura e dos grupos focais, apresentando informações sobre: o conceito e os tipos de violência sexual; os direitos sexuais e reprodutivos; as estatísticas sobre a ocorrência desse agravo; o perfil dos agressores sexuais; o uso da internet como local propício à ocorrência da violência sexual; e apresenta como devem ocorrer as denúncias dos agressores e o atendimento às vítimas; as leis que asseguram o adolescente e as ações para desenvolver atitudes protetivas. Em relação à validação dos juízes, os itens obtiveram Índice de Validade de Conteúdo acima de 0,8, o que permite concluir que o material foi validado quanto aos objetivos, à estrutura, à apresentação e à relevância da cartilha. Na avaliação dos

adolescentes, o material educativo é relevante, interessante, acessível, bem estruturado, atrativo, e poderá auxiliar na adoção de comportamentos preventivos quanto à problemática da violência sexual. Conclui-se que a cartilha educativa digital pode ser considerada válida para o uso com os adolescentes, no que se refere à prevenção da violência sexual, de forma inovadora, persuasiva, contribuindo para promoção da saúde em Unidade de Saúde e escolas. Recomenda-se que essa tecnologia seja utilizada pela equipe multiprofissional, no que se refere às estratégias de prevenção da violência sexual na adolescência.

Palavras-chave: Tecnologia Educativa. Promoção da Saúde. Enfermagem. Violência Sexual. Adolescente.

ABSTRACT

SILVA, K. L. **Construction and validation of educational booklet for the prevention of sexual violence in adolescence.** Doctoral Thesis – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

Sexual violence affects all areas of human development, particularly when it occurs in adolescence. Thus, it is necessary that professionals from various sectors of society formulate coping and prevention strategies for sexual violence, facilitating the approach to this theme. With this purpose, educational technologies emerge as auxiliaries in health education activities. In this context, this study aimed to construct and validate a digital educational booklet aimed at preventing sexual violence in adolescence. It is a methodological and validation research developed according to the stages of construction of digital educational materials proposed by Falkembach, which comprised: analysis and planning, through literature review and two focus groups conducted with adolescents at school; modeling; implementation; evaluation; and distribution. After the material construction, the evaluation stage took place, carried out by seven judges in the areas of health education and sexual violence and by 196 adolescents aged between 10 and 13 years on the educational material. The study followed the ethical and legal aspects of research involving human beings, according to CAAE No. 26440614.1.0000.5054. Literature review showed that the consequences of sexual violence were the themes most approached. Results of the focus group show that despite knowing the problem, adolescents reduce the occurrence of sexual violence to rape; consider females more prone to and are unaware of the occurrence of sexual violence in males; consider the offender a maniac and easily identifiable; reveal the reality of domestic violence highlighting the role of father and stepfather; and fail to identify the behaviors that make them more vulnerable to the occurrence of sexual violence. The booklet was constructed based on the results of the literature review and focus groups, presenting information about the concept and types of sexual violence; sexual and reproductive rights; statistics on the occurrence of this injury; the profile of sex offenders; the Internet as a place favorable for the occurrence of sexual violence; and presents how to report offenders and assist victims; laws that protect adolescents, and actions to develop protective attitudes. As for the judges' validation, all items presented Content Validity Index above 0.8, indicating that the material was validated on the objectives, structure, presentation, and relevance of the booklet. According to the assessment of adolescents, the educational material is relevant,

interesting, accessible, well-designed, attractive, and may assist in the adoption of preventive behaviors as regards sexual violence. It is concluded that digital educational booklet can be considered valid for implementation among adolescents in relation to the prevention of sexual violence in an innovative and persuasive way, contributing to health promotion in Basic Health Units and schools. It is recommended that this technology is used by a multidisciplinary team with regard to strategies to prevent sexual violence in adolescence.

Keywords: Educational Technology. Health Promotion. Nursing. Sexual Violence. Adolescent.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Critérios de seleção de juízes.....	46
Quadro 2 Caracterização das cartilhas educativas encontradas nos sites oficiais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes	52
Quadro 3 Caracterização dos juízes que avaliaram a cartilha educativa.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma das etapas da pesquisa de acordo com Falkembach (2005).....	38
Figura 2 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 1)	58
Figura 3 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 2)	59
Figura 4 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 3)	59
Figura 5 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 4)	60
Figura 6 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 5)	60
Figura 7 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 6)	60
Figura 8 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 7)	61
Figura 9 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 8)	62
Figura 10 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 9)	63
Figura 11 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 10)	63
Figura 12 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 11)	64
Figura 13 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 12)	64
Figura 14 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 13)	65
Figura 15 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 14)	65
Figura 16 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 15)	66
Figura 17 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 16)	66
Figura 18 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 17)	67
Figura 19 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 18)	67
Figura 20 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 19)	68
Figura 21 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 20)	68
Figura 22 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 21)	69
Figura 23 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 22)	70
Figura 24 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 23)	70
Figura 25 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 24)	71
Figura 26 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 25)	71
Figura 27 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 26)	71
Figura 28 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 27)	72
Figura 29 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 28)	72
Figura 30 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 29)	72
Figura 31 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 30)	73

Figura 66 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 65)	87
Figura 67 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 66)	87
Figura 68 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 67)	87
Figura 69 – Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 68)	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos trabalhos encontrados por tipo de material e ano de publicação	50
Tabela 2 Distribuição dos trabalhos encontrados por assunto principal abordado.....	51
Tabela 3 Distribuição das cartilhas educativas encontradas por público-alvo.....	54
Tabela 4 Avaliação dos juízes quanto os objetivos da cartilha	90
Tabela 5 Avaliação dos juízes quanto à estrutura e à apresentação da cartilha.....	91
Tabela 6 Avaliação dos juízes quanto à relevância da cartilha	92
Tabela 7 Avaliação dos adolescentes em relação à organização, estilo de escrita, aparência e motivação da cartilha educativa digital	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA	Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do adolescente
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SAM	<i>Suitability Assessment of Materials</i>
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República
SSPDS-CE	Secretaria de Segurança Pública e de Defesa Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 Tecnologia educativa como instrumento para prevenção de agravos e promoção da saúde	25
3.2 Violência sexual na adolescência	29
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
4.1 Tipo de estudo	38
4.2 Etapas do estudo	38
4.2.2 Etapa 2: modelagem	42
4.2.2.1 Modelo Conceitual	42
4.2.2.2 Modelo de Navegação e Interface	44
4.2.3 Etapa 3: implementação	44
4.2.4 Etapa 4: avaliação	45
4.2.4.1 Validação da cartilha educativa por juízes	45
4.2.4.2 Avaliação do material educativo pelos adolescentes	47
4.3 Etapa 5: distribuição	49
4.4 Aspectos éticos e legais	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
5.1 Análise e planejamento	50
5.1.1 Revisão de literatura	50
5.1.2 Grupos focais	54
5.2 Modelagem e Implementação da Cartilha Educativa Digital	57
5.3 Avaliação	88
5.3.1 Validação da cartilha educativa por juízes	88
5.3.2 Avaliação do material educativo pelos adolescentes	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	101
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A - Carta-convite para os juízes	132
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Juízes (Fase de Validação)	133
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	134
APÊNDICE D - Termo de Assentimento do Adolescente (Grupo Focal)	135
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	136
APÊNDICE F - Termo de Assentimento do Adolescente (Fase de Avaliação)	137
ANEXO A - Instrumento de avaliação dos juízes	138
ANEXO B - Instrumento de avaliação das adolescentes	140
ANEXO C – Parecer Comitê de Ética	141

1 INTRODUÇÃO

As experiências e reflexões proporcionadas pelo desenvolvimento da pesquisa intitulada *Adolescentes vítimas de violência sexual: crenças e valores relacionados à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS*, durante o mestrado, possibilitaram perceber que a violência sexual acarreta muitas consequências na vida das adolescentes, em particular no âmbito da sexualidade, por estarem na fase de desenvolvimento da identidade pessoal e sexual (SILVA, 2011).

Os resultados deste estudo despertaram o interesse de trabalhar com a prevenção da violência sexual na adolescência, tendo em vista que as consequências dessa agressão são danosas, inúmeras e com impactos, muitas vezes, irreversíveis para o desenvolvimento humano. Em relação às consequências, a violência sexual ocasiona distúrbios ao desenvolvimento biológico, psicossocial e sexual das vítimas. Essa modalidade de crime pode ser definida como qualquer ato sexual, de caráter hetero ou homossexual, no qual a vítima é usada para obtenção do prazer sexual do agressor (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

Esse tipo de violência pode ser evidenciado em todas as faixas etárias, mas ressalta-se que atinge frequentemente crianças e adolescentes, em especial do sexo feminino, pois está relacionada às questões sociais e culturais, refletindo as relações de gênero com as desigualdades entre os homens e as mulheres, e a dominação dos mais velhos sobre os mais novos (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009).

No contexto mundial, a violência sexual continua a ser uma realidade presente na vida de crianças e adolescentes, independentemente da condição econômica, social, cultural, religiosa ou étnica. Estima-se que, a cada ano, 12 milhões de pessoas sejam vítimas de tais injúrias, 36,0% de meninas, e 29,0% de meninos. Aproximadamente, 120 milhões de meninas em todo o mundo foram vítimas de violência sexual, sendo provável que em determinadas partes do mundo, os adolescentes correm maior risco, como é o caso da África, em que se verifica que 13 dos 18 países na África subsariana apresentam altas taxas de prevalência da violência sexual (NICHOLS *et al.*, 2014; UNICEF, 2014).

A violência sexual não está presente apenas em países pobres, pois no caso dos Estados Unidos (EUA), estima-se que uma em quatro mulheres sofre alguma forma de violência sexual durante a vida. Cerca de 680.000 casos de estupro ocorrem por ano nos EUA, sendo que apenas 10% a 20% deles são denunciados (SANTANA, 2011; BRASIL, 2012).

Na América Latina e no Caribe, a violência sexual é um grave problema de saúde pública que viola os direitos humanos e merece atenção especial, em virtude das

consequências na vida das vítimas, principalmente crianças e adolescentes que estão em fase de desenvolvimento (CONTRERAS *et al.*, 2010).

No Brasil, a violência sexual é a quarta violação mais recorrente contra crianças e adolescentes denunciada no Disque Direitos Humanos. Nos três primeiros meses deste ano, foram denunciados 4.480 casos de violência sexual, o que representa 21% das mais de 20 mil demandas relacionadas a violações de direitos da população infanto-juvenil, registradas entre janeiro e março de 2015 (BRASIL, 2015).

Segundo os dados da Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará (SSPDS-CE), no primeiro semestre de 2015, 623 crianças e adolescentes do Ceará sofreram algum tipo de violência sexual. Desse total, 534 eram meninas, e 89 meninos; em relação à faixa etária, 52,4% tinham entre 10 e 15 anos, sendo que a idade de maior ocorrência é 13 anos (CEARÁ, 2015).

Ressalta-se que esses números não refletem a realidade da ocorrência dos fatos, pois devido à subnotificação e à falta de denúncias, a maioria dos casos fica oculta. Desta forma, esses números retratam os casos cuja gravidade ou consequência demandou atendimento do sistema de saúde. Estimativas indicam que uma em quatro meninas, e um entre seis meninos são vítimas de violência sexual antes de completar 18 anos (HOHENDORFF *et al.*, 2012; DREZETT, 2013).

Alguns estudos destacam que a adolescência é uma das faixas etárias mais acometidas pela violência sexual (OSHITAKA *et al.*, 2011). A violência sexual é uma problemática grave e com consequências duradouras que podem prejudicar todas as áreas da vida de quem sofre este tipo de violência. Quando ocorre na adolescência, configura-se ainda mais grave, por essa etapa da vida se caracterizar como uma das mais complexas, pelo fato de a pessoa estar marcada por mudanças e adaptações ao desenvolvimento biológico, psicossocial e sexual (MAZZARDO, 2012).

Dessa forma, o adolescente fica com a identidade marcada pela violência sexual e estabelece representações que podem dificultar sua percepção como um sujeito, o que vai além das marcas da violência. Portanto, a experiência de violência sexual é um determinante na representação que o adolescente construirá sobre si, ocasionando consequências negativas em todas as áreas do desenvolvimento humano, podendo causar mortes, traumas físicos, alterações comportamentais, agravos à saúde sexual e reprodutiva, distúrbios mentais, emocionais e espirituais, e diminuir a qualidade de vida (CARVALHO, 2012; LIMA, 2013).

Portanto, é preciso reconhecer as consequências da violência sexual e os impactos provocados na sociedade, por limitar o desenvolvimento humano e tornar essas vítimas mais

vulneráveis a problemas de saúde, principalmente os relacionados à saúde sexual e reprodutiva (GONZÁLEZ *et al.*, 2012; DREZETT, 2013).

A violência sexual, devido às suas consequências, necessita da implementação de ações de enfrentamento e prevenção, as quais envolvem diferentes setores da sociedade (setor econômico, sociocultural, jurídico, educacional, saúde, desenvolvimento social, entre outros). As ações devem estar articuladas e integradas com as políticas de atendimento, proteção e defesa das vítimas, bem como a notificação dos casos e responsabilização dos agressores. Portanto, é necessária atuação de diversos profissionais e segmentos da sociedade na prevenção desse agravo, por se tratar de uma violência multifacetada que impõe uma série de desafios à intervenção pública (MONTEIRO *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2010).

É necessário promover reflexão dos profissionais de saúde, educação, desenvolvimento social e dos órgãos de assistência e proteção para necessidade do desenvolvimento de ações de prevenção e controle da violência contra a criança e o adolescente, em parceria e em rede, priorizando o diálogo na resolução de conflitos. Gestores públicos de saúde, educação, segurança, justiça, defesa dos direitos humanos e movimentos sociais devem enfatizar o redirecionamento de políticas públicas de prevenção e promoção que contribuam para prevenir e conter a violência (MORAES; SALES; RODRIGUES, 2015; DESLANDES *et al.*, 2015).

As medidas de proteção contra a violência sexual na adolescência devem incluir intervenções interdisciplinares, atuando de modo coordenado, com ações eficazes para o estabelecimento de políticas públicas e programas sociais que proporcionem assistência adequada à criança e às famílias (RODRIGUES; CONSTÂNCIO; NEVES, 2011). O combate à violência sexual requer esforço conjunto que envolve a família, a sociedade e o Estado para articulação no processo de prevenção, identificação e denúncia dos casos através de intervenções educativas, programas, campanhas de esclarecimento e combate à violência sexual (SANTANA, 2011; VERONESE, 2012).

No Brasil, as políticas públicas de combate à violência sexual contra adolescentes existem, mas as ações ainda são pontuais (SILVA; SILVA, 2011). Para se trabalhar efetivamente a prevenção da violência sexual, são essenciais às políticas públicas que destaquem os adolescentes como sujeitos de direitos em processo de formação de sua autonomia e que proporcionem ambiente de pleno desenvolvimento físico, mental, moral, psicológico e social, como garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (VERONESE, 2012).

Portanto, a criação de políticas públicas intersetoriais no enfrentamento e na prevenção da violência sexual contra adolescentes ainda se configura como um desafio (COSTA *et al.*, 2010; VELOSO *et al.*, 2013). Os efeitos negativos da violência sexual acometem as vítimas, familiares e toda a sociedade e, por isso, têm sido motivo de investimentos em políticas públicas setoriais de prevenção e assistência, na perspectiva de melhor qualidade de vida, a partir da intersetorialidade das ações. As formações de redes para atendimento às pessoas em situação de violência também são indispensáveis para condução de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde (SILVA, 2009; VELOSO, 2013).

Investir na prevenção da violência sexual na adolescência é antes de tudo respeitar os direitos da pessoa, oferecendo cuidados adequados e proteção que estão garantidos tanto na Constituição Federal de 1988, no artigo 227, quanto na Lei nº 8.069 que configuram o ECA. Portanto, destaca-se a necessidade de prevenir essa violência que rouba a inocência dessa fase da vida e ocasiona transtornos em todos os âmbitos da saúde. Desta forma, é melhor e menos oneroso investir na prevenção do que no tratamento após o trauma e nos impactos ocasionados à sociedade (MAZZARDO, 2012).

A melhor forma de evitar os danos sofridos pelos adolescentes é prevenir a violência sexual. Logo, é necessário conhecer melhor o problema, torná-lo visível e se preparar para enfrentar de forma efetiva, contribuindo para que a violência sexual contra adolescentes não mais ocorra (SILVA, 2009). Portanto, o enfrentamento do fenômeno da violência sexual é um desafio que requer o estabelecimento de políticas públicas, o cumprimento das leis existentes, a participação e o comprometimento de todos os cidadãos (SANTANA, 2011).

Destaca-se também a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), na garantia de direitos e no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de violências (MAZZARDO, 2012). De acordo com o ECA, o SUS é responsável por garantir “o direito à proteção, à vida e à saúde” na sua esfera de atuação, “mediante a efetivação de políticas”, sendo corresponsável em desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de violências, para que “nenhuma criança ou adolescente seja objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 2010).

Considera-se necessário que o setor saúde atue de forma mais ativa na prevenção da violência. As ações de saúde devem ser capazes de assumir o que vai além da oferta básica de programas instituídos e ofertados à população e a grupos específicos (SOARES, 2013). É necessário atualizar as práticas de saúde voltadas para o enfrentamento da violência sexual desde a formação profissional, pois a abordagem dessa violência é focada no tratamento de

agravos e lesões físicas. No que se refere à abordagem social, a prevenção, a promoção da saúde com a perspectiva de redes e integralidade do cuidado ainda são repassados de forma sucinta, o que dificulta a assistência de saúde direcionada ao enfrentamento e à prevenção da violência sexual (LIMA, 2013).

Destaca-se como alternativa para o enfrentamento da violência sexual o fortalecimento das instituições de saúde e de ensino, pois os adolescentes permanecem a maior parte do tempo nesses ambientes, quando não estão em seus lares, o que os torna fundamentais na prevenção, no descobrimento, acompanhamento, assistência e reinserção social da vítima de violência sexual (RODRIGUES; CONSTÂNCIO; NEVES, 2011). Considera-se que a parceria entre escolas e serviços de saúde, especialmente os de atenção básica, pode ser estratégia eficaz para o desenvolvimento de ações de informação, esclarecimento e apoio aos adolescentes, no que se refere à prevenção de situações de violência (SOARES, 2013).

A escola é um território privilegiado para incorporação de conhecimentos sobre saúde, pois permite educação para a saúde regular e sistemática, e preparação para a vida. Não é somente um lugar de aprendizagem teórica, mas também um espaço de vivências emocionais e sociais. Assim, o trabalho a ser realizado com os adolescentes no âmbito escolar precisa ser baseado na perspectiva da educação em saúde, substituindo o enfoque repressor de orientação aos jovens e, ainda, criando espaços para discussões que envolvam os pais, bem como todo o pessoal da escola, a fim de que escola e família, juntas, encontrem meios para ajudar as crianças e os adolescentes (LOPES *et al.*, 2007; ARAÚJO, 2013).

Nessa perspectiva, cita-se como exemplo o Programa Saúde na Escola (PSE), que reconhece o espaço escolar como privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas de doenças e de educação para a saúde de crianças, adolescentes e jovens, gerando efeitos no desenvolvimento saudável e no protagonismo desses sujeitos (BRASIL, 2009; 2013).

Portanto, a escola é vista como importante local promotor da cultura da paz, minimizador da vulnerabilidade, de diversas formas de violências e instrumento essencial para promoção da saúde, cidadania e inclusão social (SOARES, 2013). É importante fornecer aos adolescentes, nessa fase inicial, as informações de que necessitam para sua proteção, mesmo sendo um número considerável de adolescentes na escola. Quando esses conhecimentos chegam tarde demais, provavelmente a trajetória de vida já foi afetada e o desenvolvimento e bem-estar prejudicados (UNICEF, 2011).

Na parceria entre a escola e as unidades de saúde, é necessária a articulação com a equipe multiprofissional. Destaca-se entre os que trabalham na equipe de saúde, o maior

engajamento de enfermeiros nas ações de promoção da saúde através da realização de ações de educação como ferramenta, por excelência, transformadora de comportamentos e atitudes (MONTEIRO *et al.*, 2011; ARAÚJO, 2013).

A maior participação do enfermeiro nas ações educativas está relacionada com a formação do profissional de enfermagem, o que lhe permite desenvolver com criatividade a arte de cuidar, com atividades educativas direcionadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde (BASTABLE, 2010). Desta forma, o enfermeiro, como educador, deve se apropriar das ações de educação em saúde voltadas para valorização do sujeito com base nos aspectos relacionados ao fenômeno da violência sexual para possibilitar reflexões sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes.

Essas ações educativas devem mostrar ao adolescente a importância de mudança das suas atitudes e a necessidade da adoção de comportamentos que possam prevenir a ocorrência da violência sexual, o que poderá contribuir para o desenvolvimento da sexualidade de forma saudável com promoção da saúde e melhora da qualidade de vida. Portanto, é necessário enfatizar a importância da prevenção como tática de defesa dos adolescentes, pois a partir do momento em que eles se tornam informados sobre as situações que podem ser perigosas, estarão orientados e preparados para identificar situações que os coloquem em risco e, portanto, serão capazes de promover a sua saúde (MAZZARDO, 2012).

A promoção da saúde é um conceito positivo que se apoia nos recursos pessoais, sociais e na capacidade física. Na medida em que previne e controla os agravos, por meio da criação de condições de proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em condições de risco e vulnerabilidade, a prevenção pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde (BRASIL, 2010). Portanto, existe o reconhecimento quanto à utilidade dos conceitos de prevenção e da promoção da saúde para o enfrentamento da violência (ASSIS; AVANCI, 2010; LIMA, 2013).

Busca-se, assim, subsídio para atuar nas instâncias de atenção e cuidado, promovendo orientação adequada tanto para adolescentes em situação de risco quanto as já vitimizadas pela violência sexual, com base nas ações de promoção da saúde, tendo como ferramenta a educação em saúde (RODRIGUES; CONSTÂNCIO; NEVES, 2011).

Portanto, os profissionais da equipe multiprofissional devem implementar estratégias de educação em saúde, como as tecnologias educativas, que são consideradas como instrumentos eficazes para educação e promoção da saúde (GUBERT *et al.*, 2009). Portanto, a implementação de tecnologias educativas, como manuais, jogos e outras

estratégias que tenham como objetivo o *empowerment* dos sujeitos para transformação social e melhoria da qualidade de vida devem ser estimulados (OLIVEIRA, 2009).

Em relação aos benefícios da utilização de tecnologias educativas, os profissionais precisam estar atentos às vantagens que esses recursos didáticos oferecem para a prática educativa, com vistas a exercitar e despertar no adolescente o desenvolvimento da criatividade, da criticidade, da autonomia de pensamento e da curiosidade (LUNA, 2014).

Assim, a elaboração de estratégias tecnológicas de cunho informativo e educativo, como no caso a cartilha educativa digital, destinada à prevenção da violência sexual, tem a finalidade de promover e ampliar o conhecimento de adolescentes sobre comportamentos que os tornam vulneráveis a esse agravo, podendo ser considerado recurso eficaz para auxiliar a educação em saúde por padronizar as orientações a serem absorvidas pelos sujeitos em relação ao autocuidado e à promoção da saúde desses indivíduos.

Em face da vulnerabilidade dos adolescentes à violência sexual, pretende-se defender a tese de que a construção e a validação de uma cartilha educativa digital sobre essa temática possibilitarão uma tecnologia válida para prevenção desse agravo na adolescência. Assim, justifica-se a elaboração da tecnologia educativa fundamentada em princípios científicos para prevenção da violência sexual.

Observa-se, portanto, a relevância deste estudo, por estar voltado ao desenvolvimento e à validação de uma tecnologia educativa em saúde voltada ao adolescente para prevenção da violência sexual. Salienta-se a importância dessa tecnologia como algo voltado à educação em saúde e à promoção da saúde, com o propósito de potencializar ações de prevenção à violência sexual e, assim, promover uma adolescência com desenvolvimento saudável, livre do impacto das consequências desse agravo.

Destaca-se a importância deste estudo para os adolescentes, por construir uma cartilha dotada de informações imprescindíveis para prevenção da violência sexual, considerando as consequências dessa violência no desenvolvimento do adolescente e sua influência no comportamento das vítimas perante as situações de saúde e doença. A cartilha será útil para a equipe multidisciplinar que atua com esses adolescentes, por oferecer ferramenta que poderá contribuir na assistência e realização de intervenções voltadas à educação em saúde mais efetivas, focalizando as vulnerabilidades apresentadas pelos adolescentes.

2 OBJETIVOS

- Descrever o processo de construção de uma cartilha educativa digital voltada para prevenção da violência sexual na adolescência;
- Analisar o conhecimento disponível na literatura sobre violência sexual na adolescência;
- Conhecer a opinião de adolescentes sobre violência sexual, por intermédio do grupo focal;
- Validar o conteúdo e a aparência da cartilha com juízes da área de educação em saúde e violência sexual;
- Avaliar o material educativo quanto à organização, ao estilo de escrita, à aparência e motivação com adolescentes de uma escola da rede pública de ensino.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Tecnologia educativa como instrumento para prevenção de agravos e promoção da saúde

As tecnologias educativas em saúde são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar, por favorecerem a coprodução do saber e a autonomia no processo educativo de grupos específicos (GUBERT *et al.*, 2009), como no caso do presente estudo.

Antes de adentrar no conceito de tecnologias de educação, faz-se necessário entender o significado de tecnologia. De modo geral, tecnologia se refere a uma técnica, artefato ou alternativa desenvolvida pelo homem para facilitar a realização de um trabalho ou criação (MARTINS *et al.*, 2011).

Para Nietzsche *et al.* (2005), a tecnologia é compreendida como o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, visando ao desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre determinada situação prática.

A tecnologia, então, contribui para produzir conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos, a fim de transformar a utilização empírica em uma abordagem científica (MONTEIRO; VARGAS; CRUZ, 2006; GUBERT *et al.*, 2009).

Na atuação da enfermagem, destaca-se o uso dos diversos tipos de tecnologia que se classificam em leve, leve-dura e dura. A leve se visualiza na implementação do cuidado que requer o estabelecimento de relações, a leve-dura quando se lança mão de saberes estruturados, e a tecnologia dura, quando se utilizam instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MEHRY; ONOKO, 2007).

Para Nietzsche (2000), no saber de enfermagem, é possível encontrar formas de tecnologia que promovam o processo de emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar, sendo as tecnologias vinculadas à educação e aos métodos de cuidados simplificados, com o objetivo de se tornar uma prática comum, de forma a facilitar o cuidado dos pacientes.

No contexto da prevenção de agravos e promoção da saúde, o enfermeiro poderá lançar mão de uma diversidade de tecnologias para exercer com criatividade a arte do cuidar, dentre elas as tecnologias educativas. Tais tecnologias devem ser utilizadas de modo a favorecer a participação dos sujeitos no processo educativo e contribuir para a construção da

cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos (MARTINS *et al.*, 2011). O enfermeiro é um profissional com habilidades para desenvolver e trabalhar com novas tecnologias para a promoção da saúde (LIMA, 2011).

Mediante a utilização de tecnologia educativa, podem-se produzir instrumentos para a educação em saúde e a promoção da saúde para grupos de indivíduos. Mas, para terem algum impacto na vida desses grupos, tais instrumentos devem estar relacionados às necessidades de saúde dos sujeitos envolvidos. Além do mais, as características do instrumento devem estar adequadas ao grupo ao qual se destina, a fim de que ele possa captar a mensagem emitida para, em seguida, relacioná-la e aplicá-la em seu cotidiano de promoção de bem-estar (OLIVEIRA, 2008).

Diversas estratégias e instrumentos demonstram ser adequados para conduzir o processo de educação em saúde e a mudança de conduta: utilização de palestras, atividades grupais, cartazes, vídeos, folhetos, cartilhas, manuais e álbuns seriados, entre outros (TELES, 2011). Destacam-se os recursos de comunicação, como materiais educativos que podem proporcionar melhores resultados para os programas de educação para a saúde, pois possuem o potencial de dinamizar o repasse de informações em saúde, facilitar o trabalho da equipe de saúde na orientação aos pacientes e familiares, bem como auxiliar os indivíduos a compreender o processo pelo qual estão passando (ECHER, 2005).

Os materiais educativos assumem papel importante no processo de educar em saúde, pois além de facilitarem a mediação de conteúdos de aprendizagem, funcionam como recurso prontamente disponível para que os sujeitos possam consultá-los quando diante de dúvidas. Desta forma, o uso crescente de materiais educativos, como um dos recursos na educação em saúde, abre novas possibilidades no processo de ensino-aprendizagem, trazendo desafios e exigindo definições claras dos objetivos educacionais a serem atingidos pelo público-alvo (FREITAS; CABRAL, 2008).

Destaca-se que os materiais educativos para grupos sociais diversos precisam promover mudanças de comportamento, por meio da difusão de informações sobre os problemas de saúde que afetam os sujeitos (MONTEIRO, 2009).

Materiais educativos bem elaborados, com informações de fácil entendimento, melhoram o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolvem ações que influenciam o padrão de saúde e favorecem a tomada de decisão, além de contribuir para redução do uso dos serviços e os custos com a saúde (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008; POMMIER; GUEVEL; JOURDAN, 2010).

Dentre os materiais educativos, a cartilha pode ser conceituada como um livro que ensina os primeiros passos do processo de leitura. É como a Carta do ABC, uma compilação elementar; ou como um livreto que contém rudimentos da doutrina cristã; padrão de comportamento ou maneira de ser (HOUAISS; VILLAR, 2001).

A cartilha educativa, gênero relativamente recente, foi criada no âmbito das campanhas governamentais, com o intuito de facilitar o acesso à informação de pessoas oriundas de diferentes contextos socioculturais, com diferentes graus de escolaridade. Portanto, a cartilha educativa, especificamente de promoção da saúde, aproxima os fatos do mundo da ciência e do público leigo, por meio de estratégias diversas, como o uso de imagens e recursos gráficos que permitam, mesmo ao leitor pouco escolarizado ou com dificuldades de leitura, compreender parte do que é dito no texto. Para isso, utiliza recursos didáticos, como o repasse de informações por meio de frases curtas e palavras de uso comum (MENDONÇA, 2008).

A recorrência à mistura do sistema verbal com imagens para produzir sentido tem funcionado, nesses contextos, tanto como estratégia persuasiva como facilitador do acesso à informação. Logo, ao se dirigir diretamente ao leitor chamando-o, convidando-o ou conclamando-o a tomar certas atitudes, a cartilha educativa torna-se estratégia efetiva nas ações de promoção da saúde (MENDONÇA, 2008).

Portanto, torna-se relevante a contribuição da cartilha educativa no contexto da educação em saúde e o papel desse recurso para promover saúde, desenvolver habilidades e favorecer a autonomia dos sujeitos (FREITAS; CABRAL, 2008).

Na educação em saúde, devem-se utilizar as tecnologias como meios facilitadores do processo de construção do conhecimento em uma perspectiva criativa, transformadora e crítica, favorecendo a participação dos sujeitos no processo educativo e contribuindo para construção da cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos (MARTINS *et al.*, 2011).

Conforme Nietzsche (2000), é necessário desenvolver tecnologia de educação considerada emancipatória, através da qual os indivíduos envolvidos tenham consciência de suas ações e, a partir dessa reflexão, tenham o desejo de transformar as suas práticas.

Portanto, existe a necessidade de construir tecnologias educativas voltadas para promoção da saúde nos diversos cenários de sua atuação, a partir da incorporação de aspectos inerentes à prática educativa em saúde, como *empoderamento*, autonomia, construção compartilhada do saber, cidadania, integralidade, intersetorialidade, entre outros (MARTINS *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, buscando implementar ações de educação em saúde e de promoção da saúde, as tecnologias são processos que, a partir de uma experiência cotidiana e da pesquisa, podem desenvolver um conjunto de atividades que serão produzidas e controladas pelos seres humanos, como artefatos ou saberes estruturados, sistematizados e com controle de cada passo do processo (MONTEIRO; VARGAS; CRUZ, 2006). Dessa forma, a criação de tecnologias para educação em saúde irá contribuir para prevenção de agravos e promoção da saúde de modo geral (OLIVEIRA, 2008).

Nesse contexto, ao se tratar de tecnologia educativa, não se deve pensar apenas na utilização de meios, mas também no instrumento facilitador situado entre o homem e o mundo, o homem e a educação, de modo a proporcionar ao educando um saber que favoreça a construção e reconstrução do conhecimento (NIETSCHE, 2000).

Os materiais educativos devem ser instrumentos físicos que possibilitem a transmissão de mensagens e estímulos necessários à aprendizagem, visando reforçar orientações escritas e facilitar o processo ensino-aprendizagem no campo da promoção da saúde, tornando-se fundamental nas ações de educação em saúde (POGGETTO; CASAGRANDE, 2003).

Transformar o aprendizado em um processo rico e estimulante sempre foi um dos desafios para os profissionais envolvidos nas ações de educação em saúde. No contexto atual, o uso do computador e da informática tem sido introduzido no processo educacional, visando uma nova forma de ensinar que forneça condições para que o indivíduo exercite a cidadania, construa conhecimentos e valores (BRASIL, 2000).

Os materiais educativos em formato digitais favorecem uma abordagem construtivista da aprendizagem. O aprendiz é o centro do processo da aprendizagem, sua autonomia é estimulada e tem como objetivo desenvolver habilidades cognitivas associadas às diversas áreas do conhecimento. Portanto, os materiais educativos digitais são recursos que podem ser desde pequenas atividades realizadas via computador até livros eletrônicos, jogos, simulações histórias em quadrinhos ou desafios propostos aos alunos (FALKEMBACH, 2005).

Os materiais educativos digitais se distinguem dos outros materiais educativos por empregarem multimídia e interatividade, devido aos recursos das tecnologias da informática e da comunicação (MARQUES; MARIN, 2002). A principal vantagem do desenvolvimento de materiais digitais está no fato de serem reutilizáveis, permitirem o acesso e a utilização desses materiais por qualquer indivíduo interessado no seu conteúdo. Outro fator importante é a durabilidade desses materiais (COGO *et al.*, 2007).

Os recursos oferecidos pelas tecnologias educativas digitais possibilitam criar materiais educativos que podem estimular o aprendiz, tornando-o cúmplice do processo de aprendizagem e engajando-o no seu desenvolvimento (FALKEMBACH, 2005).

Na área da enfermagem, destaca-se que a utilização de materiais digitais possibilita mudanças no processo de educação em saúde, revelando novos cenários de atuação profissional e desenvolvimento de inovações nas habilidades e competências (LIMA, 2011). Por isso, a enfermagem vem acompanhando o processo de introdução de tecnologias na educação, e vem inovando na medida em que procura adaptá-las às suas necessidades (MARQUES; MARIN, 2002).

3.2 Violência sexual na adolescência

A violência sexual configura-se como um problema mundial, presente em todas as sociedades ao longo da história (VELOSO *et al.*, 2013). Pode ser evidenciada desde a Antiguidade, quando crianças e adolescentes viviam desde aquela época em uma atmosfera de agressões sexuais e eram destinadas a atender às necessidades e comodidades dos adultos. Na Idade Média, devido ao pouco valor atribuído a essa faixa etária, era comum serem presenteadas a outras famílias ou vendidas (SILVA, 2009; MAZZARDO, 2012).

Esse tipo de violência está relacionado com as questões sociais e culturais da sociedade, refletindo as relações de gênero e as desigualdades entre homens e mulheres (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009). Em todos os tempos, o domínio do mais forte sobre o mais fraco foi exercido sob diversas formas de poder, nas diferentes esferas da sociedade. Historicamente, as desigualdades entre os sexos masculino e feminino tendem a reforçar a concepção de que o homem tem o direito de manter relações sexuais com uma mulher sem considerar o seu consentimento e respeitar uma decisão contrária (SILVA, 2009).

Em relação a crianças e adolescentes, estes são ainda mais vulneráveis à violência sexual por estarem em uma situação de dependência e dominação dos mais velhos, situação agravada pela falta de autonomia e conhecimento, em função da idade e ainda pelo medo e poder exercido sobre eles (SILVA, 2009). Assim, a violência sexual atinge frequentemente crianças e adolescentes, em particular do sexo feminino, em razão do poder do mais velho sobre o mais novo e do masculino sobre o feminino (INOUE; RISTUM, 2008; LINS, 2008; GOMES, 2008; SILVA, 2009; SANTANA, 2011).

A violência sexual praticada contra crianças e adolescentes é definida como uma situação em que são usados para gratificação sexual de um adulto baseada em uma relação de

poder. O abusador obriga ou induz a vítima a realizar práticas sexuais para as quais a vítima não está preparada por seu estágio de maturidade e cujas consequências não pode avaliar (SILVA, 2009).

Essa agressão pode ocorrer com ou sem o contato físico. Primeiramente, com o contato físico (com ou sem uso de força), através de toques (apalpamentos, penetração com os dedos), carícias, masturbação, ou relações com penetração (genital ou anal). Segundo, sem contato físico, englobando ligações telefônicas obscenas, imagens pornográficas, assédio sexual e exibicionismo (TEIXEIRA FILHO, 2013).

Pode ser compreendida de duas formas: abuso sexual e exploração sexual. A distinção entre elas é o caráter de comercialização da exploração sexual, pelo qual a vítima recebe algum tipo de remuneração para satisfazer sexualmente o agressor. No caso da exploração sexual, destacam-se a prostituição, a pornografia visando ao lucro e o tráfico de pessoas para fins sexuais (CAMPOS; VIEIRA; MOTA, 2009). O abuso sexual acontece pela imposição da força física ou ameaças, e pode ocorrer tanto no contexto familiar (intrafamiliar) como extrafamiliar (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

No Código Penal Brasileiro, a violência sexual pode ser definida de acordo com a Lei Nº 12.015/2009, que alterou o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848/1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal, passando a ser considerados crimes sexuais as situações que atentem contra a dignidade sexual, a liberdade sexual, e introduzindo-se o conceito de vulnerabilidade sexual, além de considerar crime qualquer forma de exploração sexual (BRASIL, 2009).

Destaca-se o Art. 217-A, que tipifica o estupro de vulnerável ou violência presumida: "Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos". Com esta mesma interpretação de vulnerabilidade, também para "quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência" (BRASIL, 2009).

A lei tipifica, ainda, como crimes sexuais a "satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente", o "favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável", o "tráfico de pessoas com fim de exploração sexual" e o "assédio sexual". Embora não sejam os únicos, o estupro e o estupro de vulnerável constituem os tipos de crimes sexuais mais frequentes (BRASIL, 2009).

No primeiro semestre de 2015, os casos de abuso sexual estiveram presentes em 85% do total de denúncias de violência sexual (BRASIL, 2015). As estatísticas epidemiológicas demonstram que apenas 10% dos casos de abuso sexual são notificados e que o espaço familiar é o de maior ocorrência (LINS, 2008; INOUE; RISTUM, 2008; SANTANA, 2011; TEIXEIRA FILHO, 2013).

Dados mostram que 80% dos abusos sexuais cometidos contra crianças e adolescentes acontecem na própria casa da vítima, e a maioria dos casos ocorre com o sexo feminino. Os agressores, tanto para as vítimas do sexo feminino quanto do sexo masculino, são predominantemente homens. Enquanto os meninos sofrem mais a violência sexual nas vias públicas, para as meninas, os abusos ocorrem mais nas residências, sendo praticadas pelo pai, padrasto ou pessoas conhecidas e de relacionamento próximo à vítima (CARVALHO, 2012; VELOSO *et al.*, 2013).

O pai e o padrasto foram os agressores sexuais mais frequentes entre as vítimas com idade inferior a 14 anos, enquanto o agressor era vizinho ou amigo nos casos das vítimas com mais de 14 anos (SILVA, 2009; SILVA; FALCKE, 2012). Em virtude da grande ocorrência de casos de violência sexual no ambiente familiar, principalmente pelo pai, padrasto ou ainda alguém do convívio familiar, as vítimas abandonam o lar e vão viver nas ruas, aumentando o problema dos adolescentes em situação de rua, os quais também se encontram expostos à exploração sexual, algumas vezes mediada por um aliciador (BAPTISTA *et al.*, 2008).

Pesquisa constata o ciclo da violência sexual, evidenciando que a maioria dos abusadores já foi um dia uma criança abusada. Adultos jovens que agredem sexualmente crianças e adolescentes estão apenas reagindo às suas próprias histórias de vitimização sexual e física (TEIXEIRA FILHO, 2013).

Portanto, na forma de abuso, os adolescentes são “vitimizados” no espaço intrafamiliar ou extrafamiliar, destacando-se o vínculo de confiança estabelecido entre a vítima e o agressor, o qual, em muitos casos, é personificado na figura do pai ou padrasto, dificultando a notificação dos casos por medo e vergonha em virtude da exposição de todos os membros da família (HABIGZANG *et al.*, 2008; SILVA; FALCKE, 2012).

No caso dos adolescentes do sexo masculino, observa-se que situações de abuso sexual e pornografia apresentaram aumento em relação às demais modalidades de violência sexual, mas ainda foram em menor porcentagem do que no sexo feminino. A dificuldade dos meninos em relatar suas experiências de violência sexual e dúvidas quanto à orientação sexual

são aspectos que necessitam de estratégias preventivas e terapêuticas (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2012).

Em virtude dos escassos dados epidemiológicos sobre abuso sexual na adolescência, por não ser denunciado em consequência do sentimento de culpa, vergonha, medo ou ignorância das vítimas e de suas famílias (SCANAVINO, 2009), a notificação tornou-se obrigatória em todo o território nacional, sendo regulamentada pela Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009).

A notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes está estabelecida pela Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pelo Ministério da Saúde e pela Portaria MS nº 1.968/2001. Quando um profissional notifica um caso, este deve encaminhar uma cópia ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, conforme preconiza o ECA (BRASIL, 2010).

Para garantir a proteção integral de crianças e adolescentes, o ECA veio regular a situação jurídica dos indivíduos até 18 anos, adequando a legislação ao texto da Constituição Federal de 1988, de acordo com as diretrizes internacionais dos direitos humanos universais, e revogar democraticamente o código de menores (BRASIL, 2001).

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, no artigo 227, dentre suas leis maiores,

é dever da família, da sociedade do Estado, assegurar, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, 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 e violência (BRASIL, 1988).

Portanto, os adolescentes estão assegurados pelo ECA, pela Constituição Federal e pelo Código Penal Brasileiro. Destaca-se, também, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, que assegura à criança e ao adolescente a proteção contra a exploração sexual e o abuso, incluídos a prostituição e o envolvimento em pornografia (ONU, 1989; 2000; VERONESE, 2012).

Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde (BRASIL, 2010). Além disso, a notificação da violência foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais, por ser considerada fundamental para vigilância epidemiológica e definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde (VELOSO *et al.*, 2013).

Apesar de a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência sexual, os dados não correspondem à realidade, visto que a agressão sexual é de maior sub-registro e subnotificação no mundo inteiro. Nos EUA, presume-se que apenas 16% dos estupros sejam notificados às autoridades; nos casos em que os pais são os agressores, esse percentual cai para 5%. No Brasil, não existem dados globais a respeito desse assunto, estimando-se que apenas 10% dos casos cheguem às delegacias (SANTANA, 2011; TEIXEIRA FILHO, 2013).

Vários fatores culturais e sociais contribuem para a subnotificação e a falta de denúncias. Dentre estes, destaca-se a “lei do silêncio” imposta pelo medo do agressor, dificultando a denúncia; o silêncio da vítima, cuja palavra é confiscada pelo agressor por meio de ameaças; o silêncio dos demais parentes não agressores que fecham os olhos e se omitem de qualquer atitude de proteção à vítima ou de denúncia do agressor; o silêncio dos profissionais que, em nome da ética e do sigilo profissional, se refugiam, muitas vezes, em uma atitude defensiva, negando ou minimizando os efeitos da violência. E a mãe que passa a viver uma situação de conflito, principalmente quando constata que o abusador da filha ou do filho é o marido ou companheiro (SILVA 2009; SANTANA, 2011; RODRIGUES; CONSTÂNCIO; NEVES, 2011; TEXEIRA FILHO, 2013).

A violência sexual pode ocasionar sérias consequências, por se tratar de uma situação que deixa marcas profundas, prejudicando vários setores da vida das suas vítimas, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes, por interferir no desenvolvimento biológico e psicossocial em curto, médio e longo prazos (MAGALHÃES *et al.*, 2009; ARPINI; SIQUEIRA; SAVEGNAGO, 2012; POLLI; SAVEGNAGO; ARPINI, 2013).

Destaca-se que os adolescentes de ambos os sexos são vulneráveis às consequências da violência sexual e necessitam de tratamento (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2012). O impacto sobre a saúde das vítimas depende do contexto em que transcorreu a violência e de fatores subjetivos envolvidos na dinâmica da violência em si. Evidenciam-se a idade de início da violência, a duração e a ameaça de violência, a diferença de idade e o vínculo entre o agressor e a vítima. Destaca-se também a influência das características pessoais do adolescente e a rede de apoio social (CARVALHO, 2012; ESPINDOLA, 2013).

Quando se refere à violência sexual, essas consequências podem ocasionar uma psicopatologia grave, por alterar o progresso psicológico, emocional e sexual de suas vítimas (CAPITÃO; ROMARO, 2008), pois a violência sexual acarreta danos físicos, psicossomáticos, psicológicos, afetivos, emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais,

principalmente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (ARPINI; SIQUEIRA; SAVEGNAGO, 2012; POLLI; SAVEGNAGO; ARPINI, 2013).

Na maioria dos casos, o abuso sexual vem acompanhado pela violência física, de forma que podem ser notadas lesões em várias partes do corpo, como boca, mamas, genitais, nádegas e ânus, com hematomas, fissuras, edema, sangramentos e escoriações (CARVALHO, 2012; LIMA, 2013). Além dos agravos físicos, as vítimas de violência sexual podem desenvolver indicadores psicossomáticos, como dor abdominal, enxaqueca, enurese, encoprese, constipação e múltiplas queixas vagas (SILVA; FALCKE, 2012).

A violência sexual pode alterar o processo psicológico, emocional e afetivo das vítimas, ocasionando transtornos nesses aspectos do desenvolvimento, pois a violência sexual apresenta consequências psíquicas que ultrapassam aquelas provocadas por outras formas de violência (SILVA, 2009).

As consequências psicológicas são difíceis de precisar, uma vez que cada adolescente irá responder de forma diferente à violência vivenciada, com sequelas que podem incluir desde a baixa autoestima e a falta de autonomia até outras desordens psiquiátricas mais severas e danos irreparáveis ao desenvolvimento, por reduzir as possibilidades de os adolescentes construir mecanismos de autoproteção (TEIXEIRA; TAQUETE, 2010).

No que diz respeito aos efeitos psicológicos, a violência sexual pode desencadear transtorno de estresse pós-traumático, depressão, fobias sociais, ansiedade, tendência ao uso de substâncias químicas, comportamentos autodestrutivos, como o suicídio, e produzir futuros agressores, por interferir na formação da identidade e da subjetividade (LORENZ; MESTON; STEPHENSON, 2013; HAILEYE, 2013; TRIPODI; PETTUS-DAVIS, 2013; CHEN *et al.*, 2014; KENDLER; AGGEN, 2014). Como efeito tardio, as consequências podem ser manifestadas através de cefaleia crônica, fadiga, distúrbio do sono, transtornos alimentares, dores menstruais e dificuldades sexuais (LIMA, 2013).

As repercussões emocionais do adolescente vítima de violência sexual são muito sérias, tendo em vista que eles tiveram seus corpos submetidos à dominação do outro. O estado emocional e as fantasias associadas à sexualidade geram insegurança, ocasionando sentimento de culpa, autodesvalorização, diminuição da confiança nas próprias percepções e sentimento de impotência. Essas consequências estão relacionadas à invasão do corpo sem a sua permissão, ocasionando distúrbios da imagem corporal pela subordinação ao outro e pela agressividade do ato sexual, apresentando riscos à saúde e prejudicando o significado da imagem corporal, com tendência a comportamentos autodestrutivos (CARVALHO, 2012).

Em relação às consequências comportamentais, cognitivas e sociais, pode-se destacar a vinculação entre violência sexual e intencionalidade no contexto das interações humanas, com a ação daquele que domina sobre um que é dominado, reduzindo-o à dimensão do outro como objeto (CARVALHO, 2012).

Observam-se como alterações comportamentais: dificuldade para dormir, mudanças de comportamento, fobia, pânico, atitudes autodestrutivas, isolamento social com dificuldade para fazer amizades, confiar nos outros e lidar com emoções, descrenças, desesperanças em relação ao futuro, comportamento erotizado precoce, promiscuidade, exploração sexual, fuga de casa, comportamentos criminais e uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010b; ARPINI; SIQUEIRA; SAVEGNAGO, 2012; POLLI; SAVEGNAGO; ARPINI, 2013).

Essas alterações comportamentais podem tornar as vítimas mais susceptíveis a outros tipos de violência, ao uso de drogas, à prostituição e ao suicídio (CANKAYA *et al.*, 2012; HAILEYE, 2013). Possibilitam a revitimização e que a vítima se torne um agressor ou até um delinquente no futuro. Alguns estudos também mostram as evidências de repetidas tentativas de suicídios e automutilação pelas vítimas de violência sexual (SANTANA, 2011; CARVALHO, 2012).

Os comportamentos autodestrutivos, como o suicídio, estão relacionados à percepção negativa que as vítimas têm de seus corpos e por isso passam a tentar destruí-los. O sexo masculino, quando vítima de violência sexual, tem um risco 10 vezes superior a pensar ou cometer suicídio (COLQUHOUN, 2009; TEIXEIRA FILHO, 2013).

No âmbito cognitivo, destacam-se problemas escolares e déficit no desempenho escolar, refletindo diretamente no comprometimento do processo de aprendizagem e no relacionamento social (RODRIGUES; CONSTÂNCIO; NEVES, 2011). Destacam-se, ainda, em relação ao contexto socioeconômico, o estigma, o status socioeconômico rebaixado, os níveis mais baixos de participação das mulheres e o ciclo de violência entre gerações (CONTRERAS *et al.*, 2010).

A violência sexual faz com que as vítimas se sintam usadas como instrumento de excitação e de subordinação, o que irá prejudicar os futuros envolvimento afetivos, principalmente os amorosos e sexuais, por associarem a relação sexual com relações de poder abusivo e invasivo (CARVALHO, 2012).

A falta de autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade torna as vítimas de violência sexual mais sujeitas a pouca utilização de preservativos masculinos e,

consequentemente, tornam-se mais vulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids (TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010; SILVA; SILVA, 2011).

A violência sexual, além de ser uma situação traumática, pode ocasionar doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. A gestação, o parto e o nascimento de uma criança concebida em decorrência de um estupro causam vários transtornos à saúde física e psíquica das vítimas (SILVA, 2009).

Em relação à ocorrência de gravidez devido à violência sexual, o Código Penal Brasileiro garante a sua interrupção, mas ainda tem sido realizada de forma excepcional pelos serviços de saúde. O que ainda se observa é que a maior parte das vítimas recorre ao aborto clandestino e inseguro, ocasionando distúrbios de natureza sexual e reprodutiva (SILVA, 2009; CARVALHO, 2012).

O risco de contrair uma DST durante uma violência sexual vai depender de vários fatores: a presença de DST prévia, o tipo de violência sexual, se houve penetração (genital, anal, oral), exposição de sangue, presença de solução de continuidade na vítima, secreção do agressor, infectividade dos micro-organismos, susceptibilidade da vítima, número de agressões perpetradas e assistência médica em tempo hábil (CARVALHO, 2012).

Destaca-se que as pesquisas revelam que pessoas que sofreram abuso sexual, mesmo que não tenha adquirido o vírus durante a violência, podem se tornar vulneráveis à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), pois entre os sujeitos vítimas de violência sexual, observou-se o uso irregular de métodos contraceptivos e a prevalência de práticas sexuais de risco (SILVA; SILVA, 2011).

Estudo realizado com dois grupos de mulheres, um com diagnóstico de AIDS, e outro sem essa doença, evidenciou que o histórico de violência sexual em algum momento da vida, antes de adquirir a doença, foi significativamente maior para mulheres vivendo com HIV/AIDS do que para mulheres não vivendo com HIV/AIDS (SANTOS *et al.*, 2009).

Há, por conseguinte, uma relação entre a violência sexual e a vulnerabilidade às DST e a AIDS, pois, como já exposto, quem é abusado está mais vulnerável a comportamentos sexuais de risco e a contrair uma dessas patologias. Além disso, a violência sexual ocasiona problemas à saúde sexual e reprodutiva, como gestações não planejadas, abortos espontâneos e/ou provocados, disfunção sexual e problemas ginecológicos (CONTRERAS *et al.*, 2010; LIMA, 2013; CLUM *et al.*, 2013; CONRAD *et al.*, 2014).

A violência sexual ocasiona muitos transtornos à vida de suas vítimas e de suas famílias e à sociedade, sendo necessárias para o seu enfrentamento ações articuladas intersetoriais com a polícia, o judiciário e os serviços de apoio social e de saúde. O Ministério

da Saúde publicou, em 1998, a primeira norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, estabelecendo estratégias para prevenção e tratamento das consequências decorrentes da violência sexual (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009; BRASIL, 2010b; 2015).

Portanto, a assistência às vítimas de violência sexual deve seguir essa Norma Técnica que consiste em um atendimento prestado por equipe interdisciplinar, com a realização de um acolhimento que estabeleça ambiente de confiança, respeito e compreensão da complexidade do fenômeno, medidas de emergência, acompanhamento, reabilitação e tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher. Destaca-se a importância da notificação, como também a anticoncepção de emergência ou direito à realização do aborto e às profilaxias das DST, hepatite B e HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher (BRASIL, 2015).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

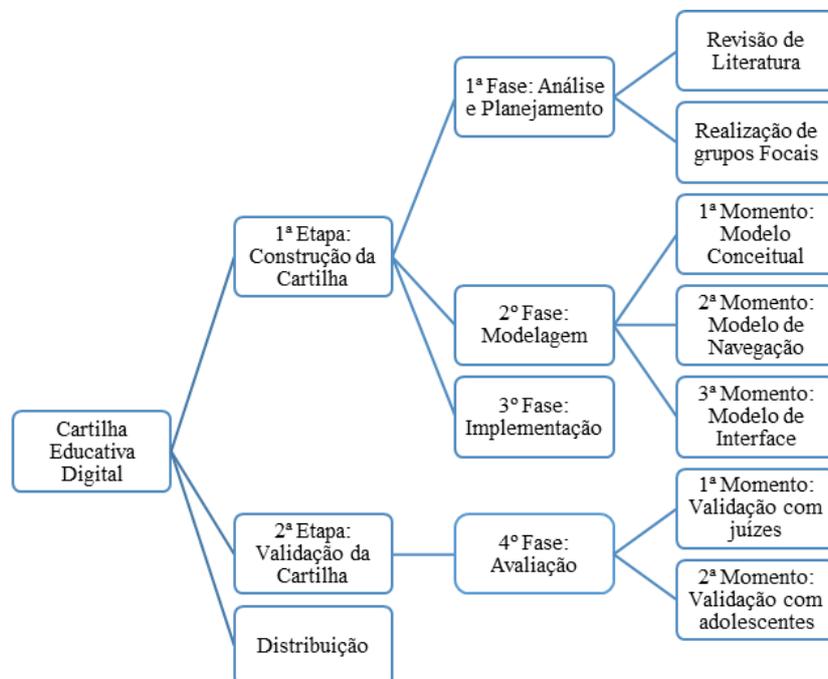
4.1 Tipo de estudo

Pesquisa de desenvolvimento metodológico, a qual se refere às investigações dos métodos através dos quais é possível obter, organizar e analisar dados quando se trabalham elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). Este estudo se enquadra na proposta metodológica adotada por propor a construção e a validação de uma tecnologia educativa direcionada à prevenção da violência sexual contra adolescentes.

4.2 Etapas do estudo

Com a finalidade de melhorar a compreensão do processo de realização deste estudo, utilizaram-se como aporte teórico as cinco etapas definidas por Falkembach (2005) no desenvolvimento de materiais educativos digitais.

Figura 1 - Fluxograma das etapas da pesquisa.



Fonte: Falkembach (2005)

4.2.1 Etapa 1: análise e planejamento

Conforme Falkembach (2005), nesta fase, é preciso considerar o produto a ser desenvolvido. É preciso definir o tema, considerar as aplicações similares e os recursos disponíveis, os objetivos da aplicação, o público-alvo, como esse produto será usado, quando, onde, e para quê.

O material educativo confeccionado tem como tema principal a prevenção da violência sexual contra adolescentes. Portanto, o material tem como público-alvo sujeitos na fase da adolescência, podendo ser usado em vários ambientes, mas principalmente na escola que pode ser considerada uma instituição promotora de saúde, por ser um ambiente favorável às ações de educação em saúde (DIAS *et al.*, 2010; ARAÚJO, 2013).

Em relação aos objetivos do uso do material educativo, Teixeira (2006) refere que somente é possível avaliar o procedimento de criação de forma precisa ao se definir o que se espera como resultado do processo de aprendizagem.

Utilizou-se a Taxonomia de Bloom que divide os objetivos em cognitivo, afetivo e psicomotor. O domínio cognitivo envolve o conhecimento da informação, as ideias e os conceitos que são interpretados e compreendidos e estão vinculados à memória, ao desenvolvimento de capacidades e habilidades intelectuais. Em relação aos afetivos, está relacionado com os sentimentos que podem ser experimentados pelos sujeitos no processo de aprendizagem e são expressos em valores, interesses, atitudes, desenvolvimento de apreciações e ajustamento comportamental e disposições emocionais. E, por fim, os objetivos psicomotores que enfatizam as atividades que exijam coordenação neuromuscular nos materiais educativos que os sujeitos necessitam desenvolver no processo de ensino-aprendizagem (BLOOM, 1973).

Portanto, neste estudo, define-se como objetivo cognitivo o adolescente conhecer a violência sexual e os tipos dessa violência, compreender a importância da prevenção e analisar criticamente a necessidade da denúncia. Em relação aos afetivos, o adolescente percebe a importância da prevenção da violência sexual e reconhece a necessidade de realizar comportamentos preventivos. E os psicomotores, o adolescente utiliza a cartilha digital de forma adequada.

Também fez parte da primeira etapa do estudo o levantamento do conteúdo sobre a temática. Esse momento é essencial para definir conceitos, descrever o conteúdo com clareza e fundamentação teórica, sendo relevante a realização de uma reflexão sobre o assunto em questão e ações que possam auxiliar no desempenho do autocuidado (ECHER, 2005).

Para o levantamento do conteúdo, foram necessárias a revisão de literatura e a criação de oficinas de grupos focais com adolescentes no espaço escolar.

Portanto, foi realizada revisão de literatura na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando como descritores as palavras “violência sexual”, “adolescente” e “abuso sexual de adolescente”, tendo como critérios de inclusão: trabalhos completos, disponíveis, publicados entre os anos de 2010 a 2014 e nos idiomas português, inglês e espanhol.

Com o intuito de identificar as cartilhas publicadas que trabalham com a prevenção da violência sexual, foram analisados os sites oficiais que fazem parte do Plano Nacional de Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, foram eles: Secretaria dos direitos humanos da Presidência da República, Programas de ações integradas e referências de enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil no território brasileiro, Ministério Público Federal, Observatório Nacional dos direitos da criança e do adolescente, Ministério do Turismo, Centro de referência, estudo e ações sobre crianças e adolescentes, Conselho Nacional dos direitos da criança e do adolescente e Comitê Nacional de enfrentamento violência contra crianças e adolescentes.

Além da revisão de literatura, também fez parte do embasamento teórico da cartilha educativa estudo anterior realizado com adolescentes vítimas de violência sexual que abordou crenças e valores sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a Aids, intitulado *Adolescentes vítimas de violência sexual: crenças e valores relacionados à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a AIDS* (SILVA, 2011).

Para contribuir com o levantamento do conteúdo, foram realizadas duas oficinas de grupo focal com adolescentes no espaço escolar sobre o assunto violência sexual, com intuito de conhecer as informações que os adolescentes possuem sobre essa temática.

A escolha pelo grupo focal está relacionada com o fato de essa técnica de pesquisa proporcionar ao pesquisador reunir, em um mesmo local e durante certo período de tempo, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de sua pesquisa, tendo o objetivo de coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre os participantes, informações acerca de um determinado tema (SILVA *et al.*, 2013).

O número total de grupos deve estar vinculado aos objetivos da investigação e, no caso da abordagem qualitativa, ainda que se determine inicialmente a quantidade, o indicador deve ser a saturação das alternativas de respostas. Em relação à duração dos encontros, devem ser entre uma e duas horas (SILVA *et al.*, 2013).

Foram realizados dois grupos focais com 15 adolescentes em uma escola pública Estadual, no primeiro semestre de 2014, com duração mínima de 60 minutos e máxima de 90

minutos. Os adolescentes foram escolhidos por conveniência, visto que os mesmos já eram participantes de outras atividades educativas realizadas pelo Projeto AIDS: Educação e Prevenção, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser adolescente entre 10 e 13 anos, conforme Organização Mundial de Saúde (1986), a adolescência abrange a faixa etária dos 10 aos 19 anos, ter interesse e disponibilidade para participar dos dois encontros, assinar o termo de assentimento (APÊNDICE A), e trazer o termo de consentimento (APÊNDICE B) assinado pelos pais ou responsáveis. E os critérios de exclusão: não comparecer a um dos encontros.

Cada encontro foi dividido em três momentos: acolhimento, desenvolvimento e discussão do tema e finalização com o resumo do assunto (SILVA *et al.*, 2013). O primeiro encontro abordou a definição da violência sexual e foi realizada a seguinte pergunta norteadora: o que você sabe sobre violência sexual? A partir desse questionamento, foi solicitado que cada adolescente retratasse em forma de imagens e textos o que sabiam. Depois desse primeiro momento, foi realizada uma roda de conversa, na qual cada um apresentou a sua criação e o tema foi discutido.

No segundo encontro, os adolescentes foram divididos em grupos e o tema da violência sexual foi enfatizado pela seguinte pergunta: quais as formas de prevenir a violência sexual você percebe através dessas imagens? Destaca-se que as figuras apresentadas foram selecionadas pelos próprios adolescentes a partir dos recortes de revistas expostas em um mural. Após a apresentação dos grupos, foi realizada uma roda de conversa sobre o tema enfatizando principalmente a forma de prevenção dessa violência.

Os encontros tiveram o áudio gravado e as anotações no diário de campo. Após os encontros, os áudios foram transcritos, analisados conforme a literatura pertinente ao tema e organizados em cinco categorias temáticas: Proximidade com o tema; Significado da violência sexual; Mulher como vítima da violência sexual; Agressor da violência sexual; e Não percebem sua vulnerabilidade e os riscos.

Para manter o sigilo e o anonimato dos participantes, cada adolescente foi identificado pela letra A, procedida pela letra M, se for do sexo masculino e F, as do sexo feminino, e também das idades referentes a cada participante.

4.2.2 Etapa 2: modelagem

A fase de modelagem inclui a criação de três modelos: conceitual, de navegação e de interface.

4.2.2.1 Modelo Conceitual

O modelo conceitual se refere ao conteúdo da aplicação e como esse conteúdo será disponibilizado. É um plano de ação ou um roteiro que mostra como será a hiperbase da aplicação. Todo material digital é formado por uma hiperbase, um conjunto de estruturas de acesso e uma interface. O modelo conceitual detalha como o conteúdo será dividido e exibido, quais as mídias a serem utilizadas e como os usuários vão interagir com a aplicação (FALKEMBACH, 2005).

Inicialmente, foi necessário realizar seleção do conteúdo com base na revisão de literatura, na pesquisa anterior realizada com esse público específico e nos resultados das oficinas educativas, foram selecionadas as informações a partir de leituras minuciosas e fichamento do material referente à temática. Também foram realizadas associações entre o que foi encontrado na literatura sobre o tema e os relatos dos adolescentes, tornando o conteúdo mais próximo da realidade e das especificidades desses sujeitos.

Echer (2005) afirma, em relação à seleção das informações que irão compor um material educativo, ser esta uma etapa importante do processo de construção, porque necessita ser atrativo, objetivo e de fácil compreensão. Não deve ser muito extenso, mas pode fornecer orientação significativa sobre o tema a que se propõe e atender às necessidades específicas do público-alvo, para que os mesmos se sintam estimulados a lê-lo.

Após a seleção do conteúdo, foi realizada a organização cronológica e coerente das informações selecionadas, de forma que cada assunto semelhante encontrado na revisão de literatura e nos relatos dos adolescentes ficasse reunido em tópicos específicos que compõem a cartilha educativa.

Os conteúdos organizados e transformados em mensagens precisam ter o discurso direto, de modo a possibilitar o intercâmbio de comunicação efetiva, para que o receptor compreenda a mensagem, favorecendo a identificação e a formação de um vínculo com o leitor (VASCONCELLOS *et al.*, 2003).

Após selecionar o conteúdo, foi necessário escrever o roteiro, definindo as informações a serem apresentadas nos textos, onde colocar as figuras e as personagens.

Nessa fase de elaboração do material educativo, além do conteúdo da cartilha, algumas características devem ser ponderadas: linguagem, organização do material, leiaute e tipografia, ilustrações, aprendizagem e motivação (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; IVNIK; JETT, 2008).

Em relação à linguagem, destaca-se a necessidade de um texto breve, direto, com linguagem simples e compreensível (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; FONSECA *et al.*, 2004). A mensagem registrada no material educativo, formada pelo conteúdo selecionado anteriormente, pode ser interpretada de formas distintas, e o leitor pode se encontrar no momento da leitura sem ajuda de profissionais qualificados para sanar suas dúvidas. Desta forma, a linguagem científica não deve ser utilizada e deve-se fazer uso de ilustrações que complementem a mensagem do texto escrito (SHARAPIN *et al.*, 2003; FREITAS; CABRAL, 2008).

Na elaboração de materiais educativos em saúde, uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita sua autonomia, promove sua adesão, torna-o capaz de entender como as próprias ações influenciam no processo saúde-doença e favorece sua tomada de decisão (MOREIRA *et al.*, 2003).

Outro aspecto relevante é a organização do material, que deve ser estruturado de forma lógica, iniciando com as informações mais importantes. O leiaute e a tipografia podem estimular o interesse do leitor (IVNIK; JETT, 2008).

Em relação a esses aspectos, a cor é um importante fator na comunicação visual gráfica. Por isso, devem-se utilizar cores atraentes para despertar a atenção do leitor (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Em relação à letra, é necessário utilizar fonte de fácil compreensão e de tamanho adequado. Deve-se evitar utilizar palavras em maiúsculo, por estas passarem a impressão de que se está gritando, e o itálico, por dificultar a leitura. O negrito pode ser utilizado para destacar algumas palavras, porém com moderação (IVNIK, JETT, 2008).

Como citado, as ilustrações são utilizadas para facilitar a interpretação do texto e tornar a leitura mais leve (ECHER, 2005). As figuras dão vida ao material e contribuem para despertar o interesse do leitor (DOAK; DOAK; ROOT, 1996), entretanto deve-se equilibrar a quantidade de texto e de ilustrações para não dispersar o leitor durante a leitura do material (IVNIK; JETT, 2008).

Durante a elaboração de um material educativo, deve-se atentar para a motivação do leitor e sua aprendizagem (SOUSA, 2011), pois a motivação para a leitura da cartilha

educativa levará ao aprendizado das informações e, conseqüentemente, à prevenção da violência sexual.

4.2.2.2 Modelo de Navegação e Interface

No modelo de navegação, são definidos os caminhos de acesso aos objetos que são implementados, indicando a relação de uma classe com outra. Portanto, define-se como deverão ser organizados e conectados os links (FALKEMBACH, 2005). No caso deste estudo, foi escolhida a estrutura de navegação sequencial na qual os quadros são dispostos linearmente por se tratar de uma história em quadrinhos.

A história em quadrinhos foi escolhida por favorecer uma leitura que, além de informativa, torna prazerosa a arte de contar histórias, unindo imagens e palavras. Portanto, é possível afirmar que as animações favorecem a identificação do espectador na história (MCCLLOUD, 2005), contribuindo para o processo de aprendizagem.

O modelo de interface deve ser compatível com o modelo conceitual e de navegação, ou seja, o design de interface precisa estar em harmonia com o conteúdo. Na interface é definido o aspecto visual do material digital como um conjunto de elementos que apresentam a organização das informações e as ações do usuário. Portanto, deve haver equilíbrio entre a organização das informações e a apresentação estética.

4.2.3 Etapa 3: implementação

Essa fase ocorreu com a contribuição de um profissional especializado em digitalização de mídias e programas específicos. Em uma ação integrada, foi possível a participação da pesquisadora e do design gráfico, favorecendo a avaliação e a aprovação do material educativo digital, na medida em que se avançava na implementação do projeto.

A implementação abrange a produção ou reutilização de textos sons e imagens, animações e vídeos utilizando *softwares* específicos. É preciso ainda verificar exaustivamente os textos para que não haja erro conceitual nem gramatical (FALKEMBACH, 2005).

As imagens foram elaboradas com base no conteúdo selecionado, fundamentado na revisão de literatura, com a finalidade de facilitar a compreensão dos sujeitos sobre a temática abordada na cartilha educativa. Ao criar cada ilustração, o profissional encaminhava para a pesquisadora aprovar ou sugerir ajustes.

Após esse momento, o material produzido foi encaminhado para formatação e configuração com profissionais da área de diagramação e colocado no formato digital. A cartilha no formato digital oferece informações de forma sistematizada, possuindo características de acessibilidade e reutilização, proporcionando acesso ilimitado do material (MASHHADI VZ; KARGOZARI, 2012). Concluída essa etapa, a cartilha passou pelo processo de validação.

4.2.4 Etapa 4: avaliação

Na etapa da avaliação, ocorre a fase dos testes, verificação das informações e correção dos erros (FALKEMBACH, 2005). Portanto, nessa etapa do estudo, ocorreu a validação da cartilha por juízes e pelos adolescentes.

4.2.4.1 Validação da cartilha educativa por juízes

Após o desenvolvimento da cartilha, foi realizada a validação aparente e de conteúdo por juízes das áreas da educação em saúde e violência sexual. Além de construir novas tecnologias para a promoção da saúde, é necessário que as mesmas passem por um processo de validação de forma a respaldá-las como confiáveis e aplicáveis no incremento da prática da enfermagem (ANDRADE, 2011).

A validação aparente verifica basicamente a aparência, sendo o recurso educativo julgado em relação à clareza dos itens, à facilidade de leitura, à compreensão e à forma de apresentação do material educativo. A validade de conteúdo se refere ao domínio de um dado constructo ou universo que fornece a representação do conteúdo nas formulações de questões que representem adequadamente as informações apropriadas ao material analisado (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2011).

Para realização da etapa da validação, foi necessário contatar juízes na área de interesse do estudo, para que os mesmos pudessem atuar como peritos ou *experts* ao analisar a cartilha educativa. Desta forma, quanto mais títulos, pesquisas realizadas e/ou quanto maior a experiência clínica do profissional em uma determinada área, mais qualificado ele será para atuar como perito ou *expert* (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

Para selecionar os juízes, foi utilizada a amostragem por bola de neve. Conforme Polit e Beck (2011), ao se identificar um juiz, o mesmo foi solicitado a sugerir outros participantes. Logo após a indicação, o *Curriculum Lattes* dos profissionais foi analisado para

verificar se os mesmos obedeciam aos critérios de seleção. Conforme alguns estudos que também trabalharam com validação, são considerados juízes aqueles que atingiram no mínimo cinco pontos nos critérios a seguir (OLIVEIRA, 2006; BARBOSA, 2008; LOPES, 2009; FREITAS, 2010; TELES, 2011):

Quadro 1 – Critérios de seleção de juízes.

Especialistas	Pontuação
Tese ou dissertação na área de interesse*	2 pontos/trabalho
Monografia de graduação ou especialização na área de interesse*	1 ponto/trabalho
Participação em grupo/projeto na área de interesse*	1 ponto
Experiência docente na área de interesse*	0,5 ponto/ano
Atuação prática na área de interesse*	0,5 ponto/ano
Orientação de trabalhos na área de interesse*	0,5 ponto/trabalho
Autoria em dois trabalhos da área de interesse* publicado em periódicos	0,25 ponto/trabalho
Participação em bancas avaliadoras de trabalhos na área de interesse*	0,25 ponto/trabalho

*Área de interesse: educação em saúde e violência sexual.

Os profissionais que responderam aos critérios de inclusão foram sete e todos convidados a participar da pesquisa. Quanto ao número ideal de juízes para o processo de validação de conteúdo, a literatura é diversificada. Destaca-se que alguns estudos têm demonstrado a importância de se utilizarem números ímpares de juízes para evitar questionamentos duvidosos (SAWADA, 1990; LOPES, 2004). Entretanto, Bertoncello (2004) e Pasquali (1998) apontam que o número de juízes deve ser seis. Lynn (1986) recomenda o número mínimo de cinco e o máximo de dez. Vale destacar que o número ímpar de juízes evita empate de opiniões (VIANNA, 1982).

Após a seleção, os juízes foram contatados através de seus endereços eletrônicos e indagados sobre a participação no presente estudo. Após o aceite, foi encaminhada a cartilha educativa, juntamente com a carta-convite com todos os esclarecimentos pertinentes à pesquisa (Apêndice C), o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) e o instrumento de avaliação dos juízes (ANEXO A).

O instrumento de avaliação foi um questionário individual na forma de Escala de *Likert*, utilizada com frequência para mensurar o nível de concordância e discordância das respostas. Essa escala fornece aos respondentes uma lista de proposições ou questões estimulando o grau de sua resposta (HULLEY *et al.*, 2008).

O instrumento de avaliação foi baseado nos critérios dos estudos anteriores sobre validação de tecnologias educativas em saúde. Avaliou, em relação aos objetivos do estudo, a estrutura, a apresentação do material educativo e a relevância. A cada resposta, foi atribuído um número de pontos: 4- concordo; 3- concordo parcialmente; 2- discordo parcialmente; 1- discordo (LOPES, 2001; MARQUES; MARIN, 2002; OLIVEIRA, 2006; ANDRADE, 2011; TELES, 2011).

Para análise dos dados, foram calculados os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) que indicam a porcentagem de concordância entre os juízes para cada item (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados com 4 e 3 pelos juízes, divididos pelo número total de respostas. Os itens que receberam 1 e 2 foram revisados, conforme as sugestões dos juízes (GRANT; DAVIS, 1997). Portanto, foram considerados os itens do instrumento de avaliação que apresentaram índice de concordância maior que 0,8 (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2.4.2 Avaliação do material educativo pelos adolescentes

Esta etapa correspondeu à avaliação da cartilha educativa pelos adolescentes. Destaca-se a necessidade de o material educativo ser compreendido por todos os adolescentes, independentemente de suas diferenças.

Nesta fase, os adolescentes de uma escola municipal da Região Metropolitana de Fortaleza, na faixa etária entre 10 e 13 anos, foram convidados a participar da pesquisa. Essa faixa etária foi escolhida por ser considerada a de maior ocorrência de violência sexual (SOUSA, 2011; OSHITAKA *et al.*, 2011; SANTANA *et al.*, 2011; VELOSO *et al.*, 2013), e por serem compreendidos, no Código Civil, como violência presumida os casos que ocorrem com menores de 14 anos (BRASIL, 1940; SILVA, 2009).

Dessa forma, foi realizada visita à escola da Região Metropolitana de Fortaleza, com intuito de esclarecer os objetivos da pesquisa para direção e coordenação e, após esse contato, os pais foram convidados para reuniões com os profissionais da escola e a pesquisadora para conhecerem a proposta da pesquisa e autorizarem a participação dos seus filhos. Os pais que autorizaram a participação dos adolescentes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e o adolescente assinou o termo de assentimento (Apêndices E e F), juntamente com o responsável legal.

Os adolescentes que participaram da fase de avaliação da cartilha cumpriram os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 10 e 13 anos 11 meses e 29 dias, e nível de escolaridade que possibilite a leitura. São critérios de exclusão: aqueles sujeitos que tivessem alguma dificuldade de compreensão do desenvolvimento do estudo e/ou que apresentassem alguma situação de risco para a pesquisadora e/ou que dificultassem o andamento do estudo e/ou que não aceitassem participar do estudo.

No levantamento inicial realizado na escola, foram identificados 245 adolescentes que respondiam aos critérios de inclusão, mas apenas 196 adolescentes participaram da fase de avaliação do material educativo por entregarem o termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis. Alguns estudos enfatizam a não aceitação dos pais em trabalhos realizados no espaço escolar que abordam o tema da sexualidade, como os voltados à prevenção das DST/AIDS, fato relacionado aos tabus que envolvem essa temática (ARAÚJO, 2013).

Na idade de 10 anos, fizeram parte do estudo 35 adolescentes, sendo 16 do sexo feminino e 19 do sexo masculino. Na faixa etária de 11 anos, teve-se a participação de 49 adolescentes, sendo 22 do sexo feminino e 27 do masculino. Em relação aos de 12 anos, participaram 52 adolescentes, equivalentes a 23 do sexo feminino e 29 do masculino. Na faixa de 13 anos, participaram 60 adolescentes, sendo 38 do sexo feminino e 22 do sexo masculino.

Foram eliminados pelos critérios de exclusão 49 adolescentes, sendo 25 na faixa etária de 10 anos, 11 na faixa de 11 anos, 8 na idade de 12 anos, e 5 adolescentes com 13 anos. Esses adolescentes não participaram do estudo por não apresentarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis. Percebe-se que a maior recusa dos pais está relacionada com a faixa etária de 10 anos. Destaca-se que os pais com dois filhos autorizaram o mais velho, e não o mais novo, pois os pais acreditam que esse assunto é muito forte e traumático para ser tratado nessa faixa etária.

Em seguida, os adolescentes foram levados para a sala de informática da escola para serem apresentados à cartilha digital e tiveram a oportunidade de ler e analisar o material confeccionado. Nesse momento, também foi entregue o instrumento de avaliação da cartilha educativa (Anexo B), elaborado com base na avaliação da dificuldade e conveniência de materiais educativos, denominado *Suitability Assessment of Materials* (SAM) (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Os adolescentes que participaram do estudo foram levados em grupo de 10 participantes para a sala de informática e visualizaram individualmente a cartilha digital. Logo após, eles responderam às questões do instrumento de avaliação. Cada adolescente precisou

de 20 a 30 minutos para visualizar a cartilha e responder ao instrumento de avaliação do material educativo. Desta forma, em cada turno do período escolar eram levados cinco grupos para a sala de informática.

O instrumento de avaliação foi composto de um questionário individual na forma de Escala de *Likert* que avaliou os objetivos, a organização, o estilo de escrita, a aparência e a motivação do material educativo. A cada variável desse instrumento foi atribuída uma pontuação de 0 (não adequado), um (adequado), ou dois (totalmente adequado ou superior). Assim, as classificações do material educativo são baseadas no número total de pontos dividido pelo número possível de pontos e a porcentagem é calculada dividindo-se a soma das classificações pelo score total possível. Essas porcentagens estão agrupadas em avaliações da seguinte forma: 0-39%, insuficiente; 40-69%, adequado; e 70-100%, totalmente adequado (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

4.3 Etapa 5: distribuição

A etapa da distribuição está relacionada com a definição de como será disponibilizado o material após a fase de avaliação (FALKEMBACH, 2005). No caso da cartilha educativa digital, inicialmente será disponibilizada através de CD ou DVD, mas futuramente poderá ser anexada como *link* nos sites que tenham como público-alvo adolescentes.

4.4 Aspectos éticos e legais

No que concerne à obediência aos aspectos legais e éticos da pesquisa envolvendo os seres humanos, o estudo foi norteado pelos princípios de beneficência, e não maleficência, justiça e autonomia (BRASIL, 2013).

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil para análise e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme CAAE: 26440614.1.0000.5054 (ANEXO C).

Os participantes de todas as fases do estudo foram informados sobre os objetivos do estudo, a voluntariedade, a garantia de sigilo e o anonimato, a não maleficência, a possibilidade de desistência, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o Termo de Assentimento para os adolescentes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Análise e planejamento

A fase de análise e planejamento foi desenvolvida em dois momentos: revisão de literatura e realização de grupos focais.

5.1.1 Revisão de literatura

A primeira etapa do processo de construção da cartilha educativa digital correspondeu à realização da revisão de literatura, a partir de consulta à Biblioteca Virtual da Saúde, utilizando como descritores as palavras “violência sexual”, “adolescente” e “abuso sexual de adolescente”. Com base nos critérios de inclusão, foram selecionados 228 trabalhos, sendo 219 artigos, dois manuais, duas dissertações e cinco teses.

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhos encontrados por tipo de material e ano de publicação.

Tipo de Material	Ano de Publicação					Total
	2010	2011	2012	2013	2014	
Artigos	33	45	42	50	49	219
Manuais	0	1	1	0	0	2
Dissertações	0	1	0	0	1	2
Teses	1	1	2	0	1	5
Total	34	48	45	50	51	228

Fonte: Biblioteca Virtual da Saúde

Em relação ao ano de publicação, destaca-se o maior número de publicações após o ano de 2010. Esse achado pode estar relacionado ao caderno do Ministério da Saúde, intitulado *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*, lançado no ano de 2010, e que enfatiza a necessidade de uma abordagem sobre a violência sexual na adolescência (BRASIL, 2010), além de outra publicação intitulada *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientação para gestores e profissionais de saúde* (BRASIL, 2010).

Em relação aos manuais encontrados, todos estavam direcionados aos profissionais, principalmente das áreas da saúde e educação, e abordavam os tipos e as consequências da violência, sinais que podem indicar a ocorrência desse agravo e como se deve proceder caso ocorra alguma suspeita de violência sexual e os devidos encaminhamentos. Em relação aos trabalhos de pós-graduação, a maioria estava voltada para o atendimento das vítimas, destacando-se os relacionados à área de estudo da Psicologia.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhos encontrados por assunto principal abordado.

Assunto abordado	Total
Consequências da violência sexual	103
Atendimento às vítimas de violência sexual	43
Caracterização da violência sexual	38
Questões sociais e culturais da violência sexual	12
Denúncia da ocorrência da violência sexual	8
Suporte familiar	7
Perfil dos agressores	7
Enfrentamento e prevenção da violência sexual	6
Notificação da violência sexual	4

Fonte: Biblioteca Virtual da Saúde

A maior parte dos artigos encontrados aborda as consequências da violência sexual na vida das vítimas, principalmente os relacionados aos efeitos psicológicos, alterações comportamentais e implicações no desenvolvimento da sexualidade. Os artigos também enfatizam como deve ocorrer o atendimento multiprofissional com base em uma perspectiva holística de tratamento que favoreça a prevenção dos agravos resultantes da violência e a necessidade de capacitações dos profissionais.

Algumas pesquisas traçam o perfil epidemiológico das vítimas e a caracterização dos casos, destacando a falta de notificação que dificulta a construção de políticas públicas efetivas diante da gravidade dessa problemática, que envolve questões sociais e culturais também abordadas nesses trabalhos.

Em relação à denúncia dos casos, os artigos relataram a necessidade de possibilitar reflexões aos sujeitos da importância desse ato e descreveram os fatores envolvidos para que a mesma ocorra. Alguns trabalhos discutiram acerca da abordagem com

os familiares das vítimas e como o impacto da ocorrência sexual modifica a estrutura e a dinâmica familiar.

Alguns artigos delimitaram os tipos de agressores, suas características e a relação com as vítimas. Destaca-se que em apenas seis trabalhos o foco principal foi trabalhar as formas de enfrentamento e a prevenção da ocorrência desse agravo, enfatizando também os fatores de proteção para as adolescentes que foram vítimas. A maioria desses trabalhos focaliza os pais na prevenção da ocorrência da violência, destacando principalmente o papel das mães.

Evidencia-se a necessidade de trabalhos de prevenção da violência sexual dirigido aos adolescentes para que eles possam ser protagonistas de suas histórias e desenvolver fatores de proteção diante da violência sexual. As pesquisas que enfatizaram as notificações dos casos mostraram a subnotificação e a necessidade de capacitar os profissionais para realização da notificação e dos encaminhamentos que devem ser feitos diante da ocorrência desse agravo.

No levantamento das cartilhas educativas existentes nos sites oficiais sobre o tema, foram encontradas 18 cartilhas. Verificou-se que essas produções são direcionadas de forma ampla para a sociedade em geral, pais ou profissionais que trabalham no atendimento a crianças e adolescentes, com objetivo de informar sobre a violência sexual e orientá-los sobre como proceder caso aconteça um caso de agressão sexual.

Quadro 2 - Caracterização das cartilhas educativas encontradas nos sites oficiais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes.

Título	Ano	Fonte
Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: identificação e enfrentamento	2015	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
Abuso sexual: saiba o que é e aprenda a se proteger	2015	Ministério Público do Estado de Goiás
Enfrentamento à violência sexual: dever de todos. Orientações à Polícia Militar, Civil e Guarda Municipal	2014	Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
Campanha de prevenção à violência sexual contra crianças e adolescentes	2012	Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes

Continua...

Título	Ano	Fonte
Passo a passo da metodologia do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto- Juvenil no Território Brasileiro	2011	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro
Cartilha do Projeto de Prevenção à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes no Turismo - formação de multiplicadores	2010	Ministério Público Federal
Como identificar, prevenir e combater a violência sexual contra crianças e adolescentes	2007	Secretaria de Promoção Social de São Paulo
Aprendendo a prevenir: orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes	2006	Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude
Como prevenir, identificar e combater o abuso e a exploração sexual comercial de meninas, meninos e adolescentes	2006	Organização Internacional do Trabalho
Violência sexual contra meninos e meninas: abuso sexual intrafamiliar e exploração sexual comercial	2004	Senado Federal
Cartilha sobre violência sexual	2003	Ministério da Educação
Abuso sexual: que violência é essa?	2000	Centro de Estudos e Atendimentos Relativos ao Abuso Sexual
Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes: a infância pede socorro	Sem data	Projeto Ação Educativa Contra a Exploração e o Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes
Mostrando que a proteção de nossas crianças e adolescentes também está em fase de crescimento	Sem data	Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes
Prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes	Sem data	Instituto João XXIII
Sem proteção: é assim que uma criança ou adolescente se sente quando sofre algum tipo de violência	Sem data	Delegacia Especializada de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
Violência sexual contra crianças e adolescentes	Sem data	1ª Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal
Violência sexual contra crianças e adolescentes não é brincadeira	Sem data	Ministério Público de Goiás

Fonte: Sites oficiais sobre violência sexual

Em relação ano de publicação das cartilhas educativas, verifica-se que seis publicações estão sem data definida, e todas as outras publicações foram produzidas após o ano de 2000, o que pode estar relacionado à aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no ano 2000, pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que incentivou a adoção de ações para o enfrentamento e a prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2013).

Tabela 3 - Distribuição das cartilhas educativas encontradas por público-alvo.

Público-alvo	Quantidade
Sociedade em geral	12
Profissionais da educação	2
Profissionais da saúde	1
Profissionais da segurança pública	1
Pais	1
Criança e adolescente	1
Total	18

A maioria dos materiais publicados tem como público-alvo a sociedade em geral e apenas uma cartilha foi confeccionada para crianças e adolescentes. Portanto, enfatiza-se a necessidade de criar materiais educativos direcionados às especificidades dos adolescentes que possam contribuir para reflexão sobre o assunto, e que os mesmos desenvolvam ações protetivas quanto à ocorrência da violência sexual.

Em relação aos conteúdos das cartilhas, todos os materiais publicados abordaram o conceito, os tipos de violência sexual e como devem ocorrer as denúncias. Identificou-se que 14 publicações apresentam nomes e contatos das instituições que trabalham com essa temática; 12 materiais expressam as leis relacionadas ao Estatuto da Criança e do Adolescente, à Constituição Federal e ao Código Penal, como também as consequências dessa violência para as vítimas e a sociedade; 10 cartilhas abordam a identificação das vítimas e como eles devem ser atendidas, além de caracterizar o perfil do agressor; 8 publicações referem os mitos relacionados à violência sexual; 4 materiais enfatizam as formas de prevenção desse agravo e o papel de pais, profissionais e a sociedade em geral, sendo que em uma dessas cartilhas foi enfatizada a função da escola nas estratégias de prevenção.

Todo material encontrado foi minuciosamente analisado com ênfase nos aspectos relacionados à prevenção da violência sexual e contribuíram para construção da cartilha educativa.

5.1.2 Grupos focais

Inicialmente, procurou-se identificar as informações que os adolescentes tinham sobre violência sexual. Pelos relatos a seguir, fica visível a **proximidade com o tema**, já que alguns relataram ser um assunto comum nos noticiários.

Se você assiste a televisão, você vê todos os dias o que acontece de violência no mundo. Qualquer pessoa pode ser violentada (AF, 13anos). Hoje todo mundo sabe o que é violência, é visível em tudo o que você

vê (AM, 12 anos). *Eu não gosto de assistir jornal, sempre passa violência e está aparecendo cada vez mais as que envolvem a violência sexual. Agora o povo estupra e mata. Que horror...* (AF, 12 anos). *Esse assunto é muito falado nos jornais, na televisão, na internet... Tem muito tarado por aí...* (AF, 11 anos). *Os crimes são cada vez mais cruéis e já não é mais novidade. O povo bate, espanca, estupra e mata* (AM, 13anos).

Segundo os relatos, fica evidente a proximidade dos adolescentes com o tema devido à grande veiculação de notícias sobre casos de violência de todos os tipos nos jornais, na televisão e internet. Conforme Matias *et al.* (2012), está cada vez mais presente na mídia o registro de casos de violência, mas ainda não se pode considerar a quantidade dos casos, principalmente da violência sexual, devido à subnotificação.

Em relação ao **significado da violência sexual**, a maioria dos adolescentes relatou ser a que envolve o estupro, o que limita a percepção da violência sexual, já que esta não se resume ao intercursos sexual. *Eu sei o que é violência e a sexual é aquela que tem o estupro* (AM, 12 anos). *Eu aprendi na escola que existe a violência física, sexual e psicológica. Mas, eu acho que a sexual é tudo que envolve a sexualidade* (AF, 12 anos). *Violência sexual...É o sexo forçado...* (AM, 11 anos). *Eu sei o que é violência sexual, é quando o cara pega a mulher à força e estupra* (AF, 13 anos). *Existem vários tipos de violência, seja com palavras ou gestos. O importante é que quem é violentado fica marcado para o resto da vida, e a sexual deve ser a pior, porque o estupro deve ser horrível...* (AF, 12 anos).

No caso desses adolescentes, estes associaram a violência sexual ao estupro, o que pode dificultar os fatores de proteção, visto que a violência sexual pode ocorrer de várias formas, com ou sem o contato sexual (GUEDES, 2012). Por isso, os adolescentes podem ser vítimas de violência sexual e não conseguirem identificar que estão sendo agredidos, o que também vai interferir na notificação dos casos.

Destaca-se também que os adolescentes identificam a **mulher como a vítima da violência sexual**. Esse aspecto é retratado por Lima (2013), que relaciona a maior parte das denúncias no sexo feminino, devido aos fatores culturais que ditam o homem como ser sexualmente ativo, e também em virtude de os sujeitos acreditarem que o homem não sofre violência sexual. *A mulher é mais fácil de ser violentada por ser mais frágil* (AF, 11 anos). *Como assim o homem é violentado? Do jeito que homem é, ele vai é gostar de ser estuproado* (risos) (AM, 12 anos). *Eu nunca ouvi falar de violência sexual com homens, só com mulheres* (AM, 13 anos).

A violência sexual está relacionada com vários fatores culturais da sociedade. Entre eles se destaca o fato de a mulher ser considerada o sexo frágil e por isso ser mais vulnerável à violência sexual. No estudo realizado por Silva (2011), com vítimas de violência sexual, foi comprovado que o fato de elas se sentirem o sexo frágil faz com que se sintam submissas à vontade do homem.

Em relação à ocorrência da violência sexual no sexo masculino, esta envolve ainda mais os fatores culturais e está diretamente associada à homossexualidade. Desta forma, a vítima se sente ainda mais vulnerável a não fazer a denúncia. Portanto, a subnotificação das ocorrências envolvendo o sexo masculino não pode ser descartada devido ao traço da cultura machista (SANTANA, 2011; CARVALHO, 2012).

Outro assunto muito comentado nos grupos focais foi o **agressor da violência sexual** e o porquê de, na maioria dos casos, ser o próprio pai, o padrasto ou alguém próximo. *Eu acho um absurdo quando acontece violência na própria casa que você mora, não estamos protegidos em nenhum lugar (AF, 11anos). O que é pior é que quando passa os casos de violência sexual na televisão, o pai ou o padrasto é o culpado (AM, 13 anos). É muita safadeza, o pai violentar a própria filha. É um doente, um maníaco (AM, 12 anos). Todo agressor é um tarado, é só você ficar ligado e aí qualquer coisa você foge (AF, 10 anos).*

A violência intrafamiliar, aquela que pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo as pessoas que possam assumir a função paternal, representa uma parcela significativa desse tipo de violência, na qual o pai e o padrasto são os principais abusadores. Evidencia-se a vulnerabilidade dos adolescentes em relação aos adultos devido às relações hierarquizadas, o que constitui um elemento legitimador da violência (SANTANA, 2011; TEIXEIRA FILHO, 2013).

Destaca-se, também, na visão dos adolescentes, que o agressor deveria ser um maníaco e, portanto, seria fácil identificar esse desvio de conduta. Esse aspecto relatado pelos adolescentes pode ser considerado um risco porque vários estudos enfatizam que não existe um perfil específico de agressor. Desta forma, não se pode identificar facilmente um agressor sexual.

Estudos mostram a dificuldade de se identificar um agressor devido à conduta que parece não deixar suspeitas e por ser praticada por qualquer sujeito, principalmente os que mantêm relação de proximidade e confiança com as vítimas. Por isso, na maioria dos casos, o agressor é o próprio pai ou padrasto (SILVEIRA, 2012).

Ao explicar as formas de prevenção da violência sexual, foi evidenciado que os adolescentes **não percebem sua vulnerabilidade e os riscos**. Por isso, não conseguem visualizar os comportamentos que os tornam mais vulneráveis à ocorrência da violência sexual. *Eu acho que é difícil evitar que ocorra a violência sexual, já que qualquer um pode ser o agressor (AF, 11anos). Acho que evitar andar sozinho, não falar com estranhos, acho que é isso, sei lá... (AM, 13 anos). Não sei, só sei que é melhor não confiar em ninguém (AM, 10 anos). Difícil, não sei, o negócio é ficar de olho em tudo e em todos (AM, 11anos). Hum...Sei não... (AF, 10 anos). Um dia desses, passou na televisão um caso de*

uma menina que marcou encontro pela internet, o cara estuprou e matou a menina. Acho que uma forma de prevenir também é ter cuidado com a Internet... (AF, 12anos).

Estudos mostram que a violência sexual está relacionada com fatores culturais da sociedade, o que dificulta a sua prevenção (MAGALHÃES *et al.*, 2009). Portanto, os adolescentes precisam ser orientados sobre as formas de prevenção desse agravo, evitando comportamentos que os tornem mais vulneráveis, uma vez que não existe perfil de agressor e a violência pode ocorrer em qualquer lugar, até mesmo no ambiente familiar.

Destaca-se que um dos adolescentes relatou o envolvimento do uso da internet nas ocorrências de violência sexual. Conforme Scanavino (2009), a Internet é uma grande aliada da violência sexual, por facilitar a comunicação entre os sujeitos e ser utilizada para outros fins. Inclusive os agressores se passam por outras pessoas para facilitar a marcação de encontros presenciais.

Portanto, a partir dos resultados dos grupos focais, pôde-se evidenciar que os adolescentes conheciam a problemática, mas reduziam a ocorrência da violência sexual ao estupro; consideraram o sexo feminino mais susceptível e desconheciam a ocorrência da violência sexual no sexo masculino; identificaram o agressor como um maníaco e de fácil identificação; evidenciaram a realidade da violência intrafamiliar, destacando o papel do pai ou do padrasto, e não conseguiam identificar os comportamentos que os tornavam mais vulneráveis à ocorrência da violência sexual.

Com base nesses resultados, evidencia-se a necessidade da criação desta cartilha educativa digital, por favorecer e melhorar o conhecimento dos adolescentes sobre violência sexual, destacando as ações de orientação sobre os fatores de proteção desse agravo.

Diante dos resultados da revisão de literatura e dos grupos focais, pôde-se identificar os assuntos que compuseram a cartilha: conceito e os tipos de violência sexual; direitos sexuais e reprodutivos; estatísticas sobre a ocorrência desse agravo; perfil dos agressores sexuais; uso da internet como local propício à ocorrência da violência sexual; como devem ocorrer as denúncias e o atendimento; as leis que asseguram o adolescente como ECA, Constituição Federal e Código Civil; e as ações para desenvolver atitudes protetivas.

5.2 Modelagem e Implementação da Cartilha Educativa Digital

Para construção da cartilha digital, foi necessária a utilização do programa de *Adobe Flash*, uma ferramenta de animação que é um poderoso ambiente de programação e desenvolvimento de soluções para *Web*. O *Adobe Flash* possui interface intuitiva e amigável,

sendo a escolha mais indicada para trabalhar com ferramentas de criação gráfica, animação e vídeo. Outra vantagem desse programa é a possibilidade das suas criações serem visualizadas de diversas maneiras, como através do *Flash Player*, que pode ser usado para visualizar conteúdos em *flash* sem um navegador (FLATSCHART, 2010; PERKINS, 2010).

A cartilha foi composta por 68 telas que retratam história em quadrinhos que se passam no ambiente escolar sobre a violência sexual e sua forma de prevenção. Durante a leitura, é possível a realização de jogos que incentivam a interatividade e ludicidade do conteúdo, o que favorece a abordagem ao público-alvo.

Na tela inicial, foi utilizada a cor preta no fundo, por significar poder, violência, morte e negação (HELLER, 2006), além de retratar o tema, o silêncio e a negação que fazem parte das vítimas, de seus familiares, dos profissionais e de todos os envolvidos com esse fenômeno, o que pode ser evidenciado pela subnotificação dos casos (SANTANA *et al.*, 2011).

Na capa, apresenta-se a figura de uma flor, que representa a logomarca da Campanha Faça Bonito, e é o símbolo do enfrentamento da violência sexual. Essa flor representa os desenhos da primeira infância e associa a fragilidade de uma flor com a de uma criança. Esse símbolo surgiu durante a mobilização do Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, em 2009. Porém, o que era para ser apenas uma campanha, tornou-se o símbolo da causa, a partir de 2010 (BRASIL, 2011).

Figura 2 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 1)



Na segunda tela, é possível visualizar os personagens da cartilha juntos plantando a flor que representa a Campanha Faça Bonito, e que tem como objetivo possibilitar uma reflexão da sociedade para assumir a responsabilidade de prevenir e enfrentar o problema da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes no Brasil. Portanto, esses

adolescentes estariam contribuindo para prevenção desse agravo que é o foco principal da cartilha, pois informações adequadas fornecem subsídios para a tomada de decisões diante de situações que podem ser consideradas perigosas (MAZZARDO, 2012).

Figura 3 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 2)



A partir da terceira tela, Ana, que representa uma adolescente, é a personagem principal que dará início às informações apresentadas na cartilha digital. A escolha de a personagem principal ser uma adolescente é uma forma de possibilitar uma reflexão desse público para a discussão do tema, com intuito de favorecer comportamentos protetivos pelos adolescentes, e por ser esse público, conforme as estatísticas, que mais é vítima de violência sexual (MAZZARDO, 2012).

Figura 4 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 3)



Da quarta até a oitava tela, foi abordado o conhecimento dos adolescentes sobre a violência. As falas foram originadas dos grupos focais realizados no espaço escolar.

Figura 5 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 4)



Nas falas dos adolescentes expressas na quinta e na sexta telas, destaca-se a violência no seu contexto geral e a gravidade das suas consequências. Em relação ao conceito de violência, pode-se considerá-la um assunto complexo, pois pode ser realizada com o uso da força física ou do poder, com ameaça ou na prática, contra si, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, podendo resultar em lesão, morte, dano psicológico e, ainda, em desenvolvimento prejudicado ou privação (VELOSO *et al.*, 2013).

Figura 6 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 5)



Figura 7 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 6)



Existem vários tipos de violência, e no caso da violência sexual, ela se expressa de forma interligada por estar associada a outras formas de violência. Assim, parece pertinente salientar que a vivência de violência sexual pode facilitar a exposição desses adolescentes a outras formas de violência, entre elas a violência física, a violência psicológica e a negligência. Desta forma, exacerba as suas consequências (SOUSA, 2011).

No caso da sétima tela, a adolescente expressa o fato de os casos de violência serem veiculados nos meios de comunicação. A exposição desses casos na mídia tem sido cada vez mais frequente, o que favorece as denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes (GODOI; NEVES, 2012).

Figura 8 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 7)



Na concepção dos adolescentes, os fatores culturais que influenciam a ocorrência da violência sexual e dificultam as denúncias no caso de a vítima ser adolescentes do sexo masculino, pois ainda se reproduz o pensamento das sociedades patriarcais, nas quais o controle masculino sobre as mulheres significa poder irrestrito, ocorrendo inclusive várias formas de violência (MENEGHEL *et al.*, 2013). Portanto, é uma manifestação das relações de poder, historicamente desiguais entre homens e mulheres (ZUMA *et al.*, 2010; LIMA, 2013).

Nos casos das sociedades patriarcais da América Latina e do Caribe, concebem-se homens como provedores, agressivos, ativos, fortes, sexualmente ativos e objetivos, enquanto as mulheres como passivas, receptivas e emotivas, atribuindo diferenciais ligados ao sexo biológico (CONTRERAS, 2010). Assim, a diferenciação de gênero é marcada pelo uso da violência, cujos homens são os perpetuadores dominantes (LIMA, 2013).

A violência sexual denuncia um aspecto conceitual, culturalmente construído, fundamentado na hierarquia e na desigualdade com o sexo frágil, no desvalor da mulher. Deste modo, a adolescente do sexo feminino é vítima de dupla opressão: o poder do homem

sobre a mulher e o poder do adulto sobre a criança. No caso das vítimas do sexo masculino, ocorre a associação com o homossexualismo (SANTANA *et al.*, 2011).

Destaca-se também a maior ocorrência no sexo feminino, o que pode estar relacionado à maior frequência de notificação e denúncia nesses casos em relação ao sexo masculino, pois os adolescentes do sexo masculino têm mais dificuldade de relatar o ocorrido (WEISS, 2010), uma vez que nesses casos a violência pode ser banalizada devido a estereótipos de masculinidade. Assim, o relato de meninos sobre suas experiências de violência sexual é dificultado devido ao medo das reações e da vergonha dos familiares e pessoas próximas à vítima (HOHENDORFF *et al.*, 2012).

Em relação ao abordado na tela 8, no que diz respeito à vulnerabilidade do sexo feminino à violência sexual, historicamente, a vitimização por violência sexual é vista como uma experiência significativamente mais comum entre as adolescentes do sexo feminino (CHIODO *et al.*, 2009). No entanto, ambos os sexos são vulneráveis, com características de vitimização diferenciadas e impacto negativo para o desenvolvimento (MACHADO *et al.*, 2005; MENDOZA; HERNÁNDEZ 2009; SOUSA, 2011).

Isso pode ser evidenciado através dos dados estatísticos que indicam diferenças ainda maiores entre os sexos em relação ao tipo de violência. O percentual entre vítimas masculinas e femininas que mais diferiu foi nas situações de violência sexual. Em todas as modalidades apresentadas, as vítimas do sexo feminino foram em maior número (HOHENDORFF *et al.*, 2012).

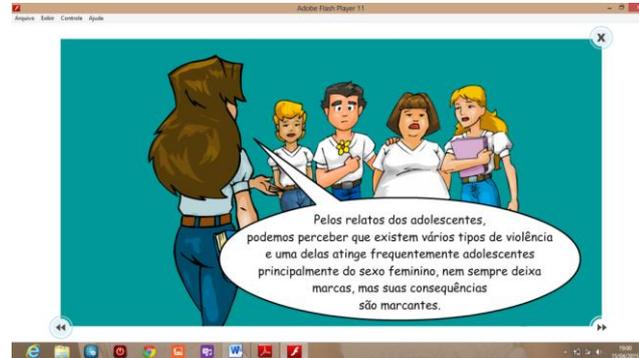
Figura 9 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 8)



Na tela seguinte, pôde-se concluir que os adolescentes conheciam a problemática da violência sexual. O período da adolescência é o mais vulnerável à ocorrência desse agravo pela complexidade dessa fase, pois os adolescentes apresentam mudanças em seus corpos

devido à revolução hormonal, e encontram-se em fase de transição de valores e de informação (SANTANA *et al.*, 2011).

Figura 10 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 9)



Como a violência é um assunto que envolve os direitos humanos, principalmente no caso da violência sexual, os direitos sexuais e reprodutivos (SILVA, 2009; BICALHO *et al.*, 2012), esse assunto foi abordado na cartilha educativa.

A sexualidade é um potente dispositivo de controle de corpos, das populações e dos modos de existência por produzir interface entre corpos individualizados e a reprodução da espécie. Conseqüentemente, a relação entre a sexualidade e o gênero torna-se referência para construção dos aspectos culturais da sociedade, o que envolve o acontecimento da violência de âmbito sexual. Portanto, o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos pode ser considerado fator protetivo contra a violência sexual (BICALHO *et al.*, 2012).

Nas telas 10 e 11, foram abordados os direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a sexualidade que se encontra em formação no período da adolescência.

Figura 11 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 10)



Figura 12 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 11)



Durante a leitura da cartilha, o adolescente irá encontrar jogos para estimular a interatividade desse material educativo e chamar a atenção do leitor para construção das informações e formulação de comportamentos que possam ser considerados como protetivos contra a violência sexual.

Conforme Doak, Doak e Root (1996), é importante envolver o leitor por meio da interação nos materiais escritos, como perguntar questões e deixar espaço em branco para respondê-las.

A atratividade e a interação devem ser contempladas em todas as tecnologias educativas, por estimular o interesse do público até o fim do material educativo, favorecendo a aprendizagem e aumentando a interatividade (JOVENTINO, 2013).

A tela 12 é uma atividade que consiste em completar a palavra visualizada na tela, na tela 13 aparece a resposta correspondente à atividade.

Figura 13 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 12)



Figura 14 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 13)



As telas 14, 15 e 16 mostram a realidade da violência sexual através de estatísticas publicadas. No Brasil, por dia, 165 crianças ou sete a cada hora são vítimas de abuso sexual, e de cada denúncia de maus-tratos contra crianças e adolescentes feitas à Associação Brasileira de Proteção à Infância e a Adolescência (ABRAPIA), nove são de abuso sexual (SANTANA *et al.*, 2011). Conforme a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH), a cada oito minutos, um menor é vítima de abuso sexual no Brasil (GODOI; NEVES, 2012).

A violência é um problema mundial. Não há restrições entre classes, segmentos sociais, cor e etnia (LIMA, 2013). Observam-se altas taxas de ocorrência, especialmente entre crianças e adolescentes. Estudos nacionais e internacionais têm apontado o predomínio da violência sexual junto ao sexo feminino e na faixa da adolescência. Estima-se que de quatro meninas, uma seja vítima de violência sexual antes de completar 18 anos (CARVALHO, 2012).

Esses dados reforçam a gravidade dessa problemática e a necessidade de enfrentamento dos casos de violência sexual que atingem crianças e adolescentes em nível mundial.

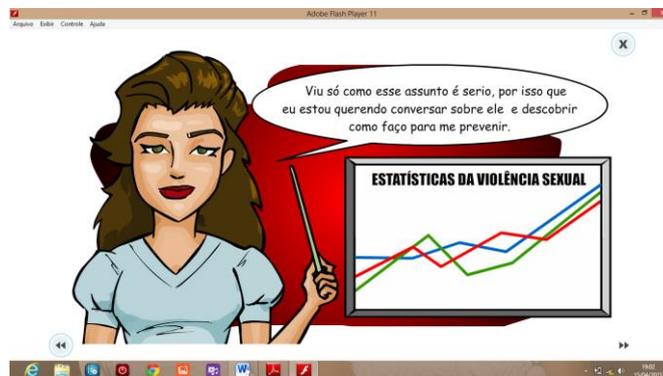
Figura 15 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 14)



Figura 16 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 15)



Figura 17 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 16)

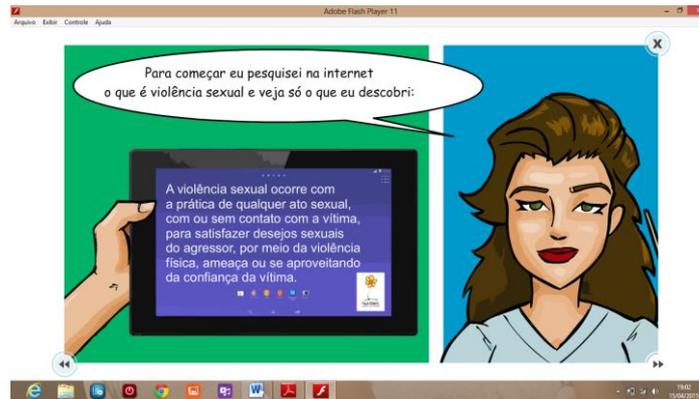


Com objetivo de melhorar a compreensão do adolescente sobre violência sexual, na tela 17 é possível visualizar o conceito desse agravo, conforme as diretrizes que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) utiliza: qualquer ato ou tentativa de ato sexual não desejado, ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando repressão, ameaça ou força física, praticados por qualquer pessoa independentemente de suas relações com a vítima, qualquer cenário, incluindo, mas não limitado ao lar ou trabalho.

A violência sexual corporifica a sexualidade que é exercida como forma de poder, e diz respeito ao ato ou jogo sexual que ocorre nas relações heterossexuais ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física, ameaças ou indução de sua vontade (CARVALHO, 2012).

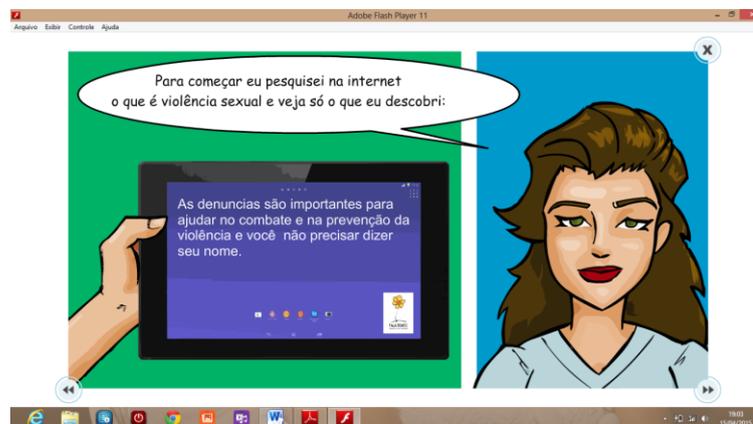
A violência sexual pode ocorrer de diferentes formas de contato físico: com penetração (digital, com objetos, intercurso genital, coito anal ou oral), ou sem penetração (intercurso interfemural), e os que não têm contato físico (exibicionismo, fotografias e telefonemas obscenos), mas independentemente do contato físico, todas acarretam consequências para a vítima (HABIZANG; CAMINHA, 2008; SILVA, 2009).

Figura 18 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 17)



Destaca-se a importância das denúncias e que as mesmas são de caráter confidencial. As denúncias e as notificações são fundamentais para a vigilância epidemiológica e definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde (VELOSO *et al.*, 2013).

Figura 19 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 18)



Nas telas 19 a 23, o abuso sexual foi abordado. Entre os diversos tipos de violência, destaca-se como a forma mais cruel de todas. Esse tipo de delito é praticado geralmente por pessoas que mantêm relação muito próxima com a vítima. Na maioria das vezes, o agressor é um membro da família ou pessoa responsável por ela. Considera-se abuso sexual qualquer ato ou jogo sexual que tenha a intenção de estimular sexualmente a vítima, ou que vise à utilização desta para satisfação sexual (SANTANA *et al.*, 2011).

O abuso sexual pode ocorrer no ambiente intra e extrafamiliar, o que demonstra a vulnerabilidade de crianças e adolescentes em relação aos adultos, que geralmente são pessoas próximas à vítima. No caso desse tipo de violência, a maior parte ocorre no interior das

famílias, apesar das proibições biológicas e culturais do incesto. Histórias de abuso sexual em relações familiares ocorrem em todas as classes socioeconômicas e apresentam enorme potencial de dano psíquico à vítima (DE ANTONI *et al.*, 2011; CARVALHO, 2012).

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes ocorre em virtude da sua fragilidade física e de personalidade que os tornam alvos fáceis do poder dos adultos. Deste modo, a violência sexual é um dos tipos de abuso frequentes no ambiente familiar (SANTANA *et al.*, 2011).

Figura 20 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 19)



Figura 21 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 20)



Pesquisas mostram que, em sua maior parte, os abusos sexuais contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de suas próprias casas, sendo que os principais abusadores são o pai ou o padrasto. Quando a violência envolve as relações familiares, o sofrimento e desamparo tornam-se mais intensos, uma vez que aquela pessoa de quem a criança esperava cuidado e proteção transforma-se em uma ameaça sempre presente (HABIGZANG *et al.*, 2005; PELISOLI *et al.*, 2010; SIQUEIRA; ARPINI; SAVEGNAGO, 2011; ARPINI; SIQUEIRA; SAVEGNAGO, 2012; BAÍA *et al.*, 2013; POLLI; SAVEGNAGO; ARPINI, 2013).

Nos casos em que o agressor é o pai, o abuso sexual gera confusão de papéis e funções, pois ocorre transgressão das leis morais por parte da figura paterna, que deveria oferecer amor e cuidado, mas que trai a confiança da criança, aproveitando-se de sua situação de vulnerabilidade (ARPINI; SIQUEIRA; SAVEGNAGO, 2012). Portanto, a ocorrência de violência sexual contra crianças e adolescentes, especialmente a intrafamiliar, é mantida por uma dinâmica complexa, na qual diferentes fatores podem estar envolvidos. Dentre os fatores, destaca-se a presença de ameaças e barganhas, resultando na “síndrome do segredo”. Essa síndrome caracteriza-se pelo medo que as vítimas têm de possíveis reações dos agressores, caso revelem a ocorrência da violência, bem como a ambivalência de sentimentos em relação a esses agressores (HOHENDORFF *et al.*, 2012).

Segundo a Associação Brasileira Multiprofissional (ABRAPIA), o abuso sexual compreende uma série de situações, dividindo-se em dois tipos básicos: sem contato físico, que engloba o abuso sexual verbal, telefonemas obscenos, exibicionismo, entre outros; e com contato físico, entre os quais se encontram atos físico-genitais e estupro (SANTANA *et al.*, 2011). Em destaque nas ilustrações das telas 21, 22 e 23.

Figura 22 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 21)



Os que ocorrem sem contato físico não deixam marcas visíveis, tornando mais difícil a sua comprovação. Essa forma de violência que envolve relações de poder, coação e sedução (POLLI; SAVEGNAGO; ARPINI, 2013) encontra-se exemplificada na tela 22.

Figura 23 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 22)



A tela 23 retrata a ocorrência da violência sexual através do contato físico e é considerada de mais fácil identificação (TEIXEIRA FILHO, 2013).

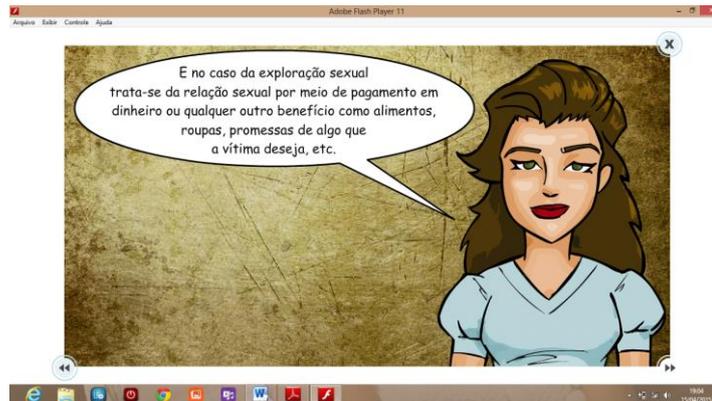
Figura 24 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 23)



A exploração sexual é definida enquanto conceito distinto em relação à noção de abuso, na medida em que se refere menos a atos isolados ou interações sexuais interpessoais do que a redes de pessoas e condutas. Nesse contexto, a criança é concebida como sendo transformada não apenas em objeto, mas em mercadoria (LOWENKRON, 2010).

A exploração sexual se caracteriza por uma relação de poder e sexualidade mercantilizada, que visa à obtenção de proveitos por adultos, que causa danos biopsicossociais aos explorados, que são pessoas em processo de desenvolvimento. Implica o envolvimento de crianças e adolescentes em práticas sexuais, através do comércio de seu corpo, por meios coercitivos ou persuasivos, o que configura uma transgressão legal e a violação de direitos e liberdades individuais à população infanto-juvenil (SILVA, 2009).

Figura 25 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 24)



A exploração sexual comercial é entendida como um fenômeno complexo que articula diversos agentes, como aliciadores (inclusive familiares), clientes, exploradores, estabelecimentos comerciais, agências de viagens, hotéis, bares, boates etc. Inclui as seguintes modalidades: prostituição infantil ou trabalho sexual, tráfico para comércio sexual, turismo sexual infantil e pornografia infantil (LOWENKRON, 2010). Esses tipos de exploração sexual podem visualizados das telas 25 a 29.

Figura 26 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 25)

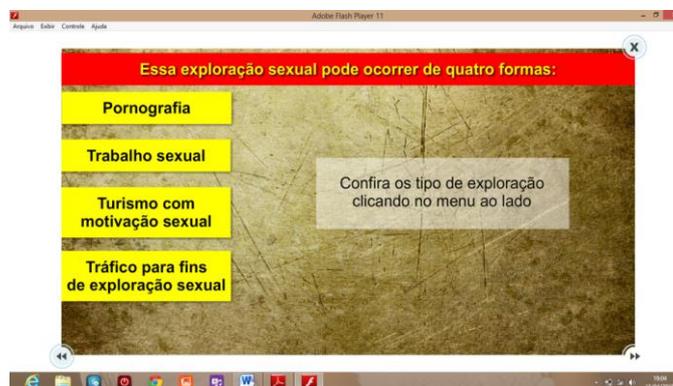


Figura 27 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 26)



Figura 28 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 27)



Figura 29 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 28)

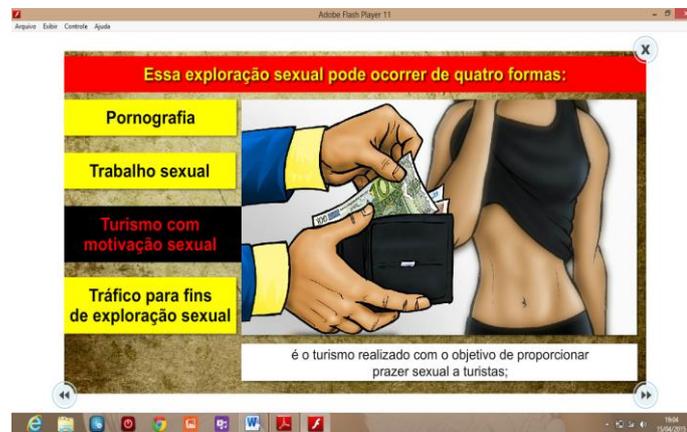
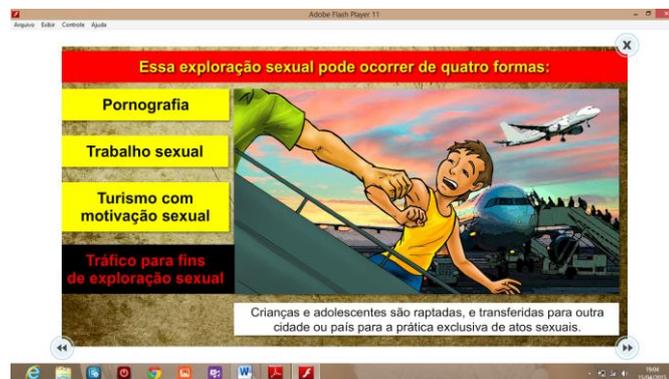


Figura 30 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 29)



Nas telas 30 a 32, a cartilha revisa os tipos de violência sexual através da realização de uma cruzadinha de palavras.

Figura 31 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 30)



Figura 32 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 31)

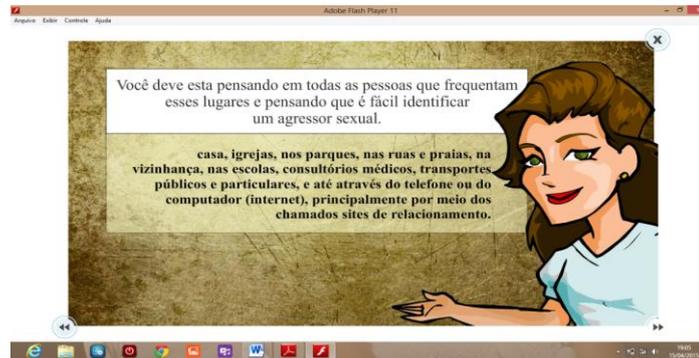


Figura 33 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 32)



Em relação ao agressor, destacam-se os membros da família, no caso da violência intrafamiliar, em que o pai, o padrasto ou o irmão aparecem como os principais autores. No que diz respeito à violência extrafamiliar, os desconhecidos aparecem como abusadores, seguidos pelo namorado e por vizinhos. Dentre os locais de ocorrência do abuso, o ambiente domiciliar representa parcela bastante expressiva, quando deveria servir de proteção. Destacam-se também outros locais onde podem ocorrer casos de violência, como escolas, parques e igrejas, dentre outros (SANTANA *et al.*, 2011).

Figura 34 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 33)



As telas 34 e 35 retratam a não existência de um perfil específico para os agressores sexuais em relação à escolaridade, profissão, média salarial e idade. Portanto, qualquer sujeito pode ser um abusador (SANTANA *et al.*, 2011).

Figura 35 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 34)



Figura 36 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 35)



Com o advento da Internet, alguns tipos de violência sexual foram mais facilmente divulgados, como no caso da pornografia infantil (DESLANDES *et al.*, 2015), mas, por outro lado, o uso da Internet através de sites de relacionamento e das redes sociais

facilitou a abordagem de crianças e adolescentes pelos agressores sexuais, que, na maioria das vezes, se passam por pessoas da mesma faixa etária e marcam encontros.

Esse mesmo ambiente, que atualmente tem servido como ponto de encontro e exposição, também é útil para o anonimato e com isso favorece a conduta daqueles que desejam localizar e capturar suas vítimas, que se tornam presas fáceis das redes de criminalidade, especialmente aquela dirigida à prática de crimes sexuais. Esses fluxos informacionais e de comunicação além fronteiras ampliam a vulnerabilidade dos adolescentes, que tanto podem contribuir para sua própria vitimização, pela forma como deliberadamente se expõem, como podem ser enganados, mantendo contatos com adultos que se identificam como pessoas da mesma faixa etária a partir de perfis falsos, criados com a finalidade deliberada de estabelecer comunicação com crianças e adolescentes e, a partir disso, ter acesso a imagens, informações e dados sobre sua intimidade (SILVA; VERONESE, 2009).

As telas 36 a 38 mostram uma situação na qual a adolescente se torna vulnerável à ocorrência de violência sexual por meio da Internet.

Figura 37 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 36)

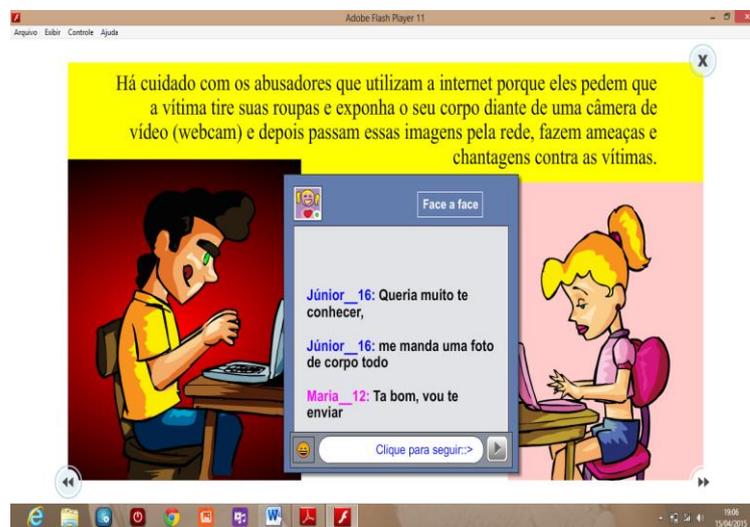


Figura 38 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 37)



Figura 39 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 38)



Com base nas falas dos adolescentes sobre prevenção de violência sexual, durante a realização do grupo focal e na literatura que aborda a temática, foi construído questionário para avaliar se o leitor da cartilha sabe se prevenir da violência sexual. Esse questionário encontra-se nas telas 39 a 45.

Figura 40 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 39)

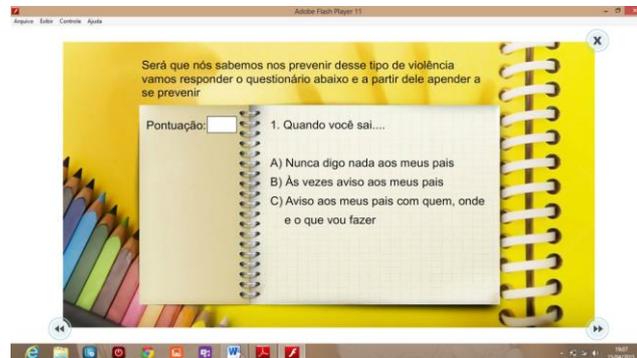


Figura 41 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 40)

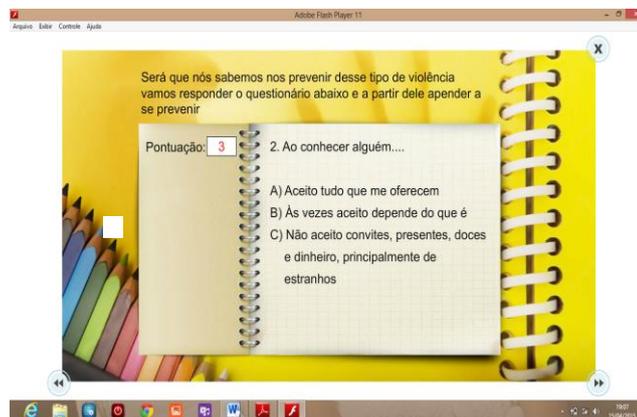


Figura 42- Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 41)

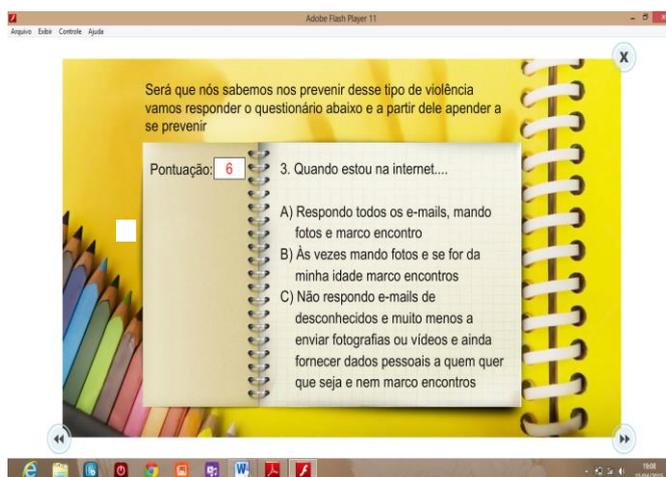


Figura 43 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 42)

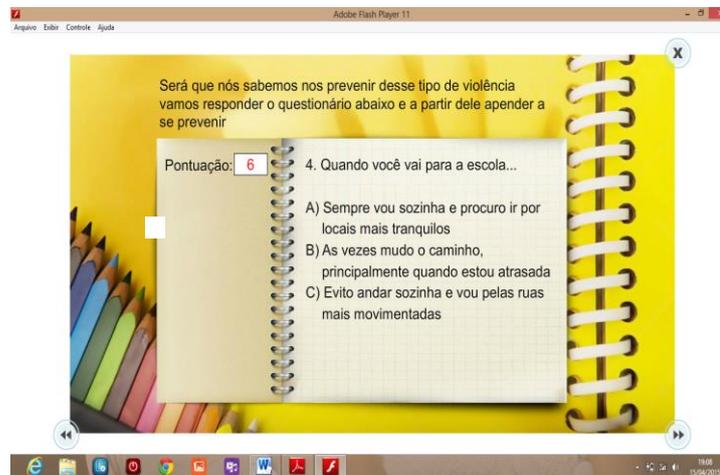


Figura 44 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 43)

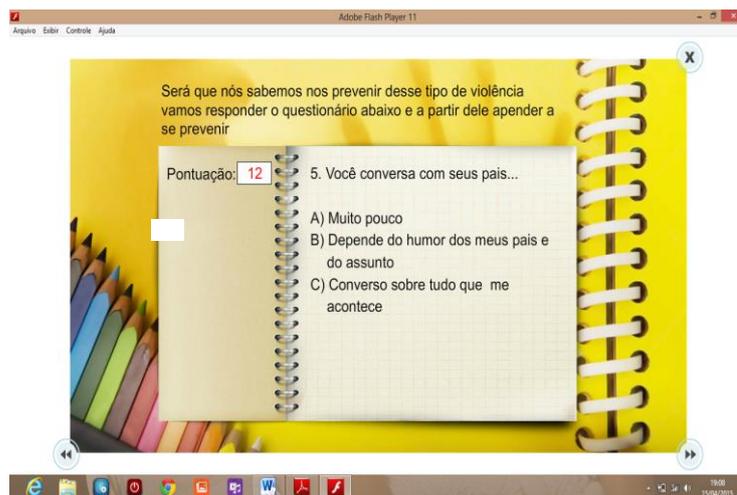


Figura 45 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 44)

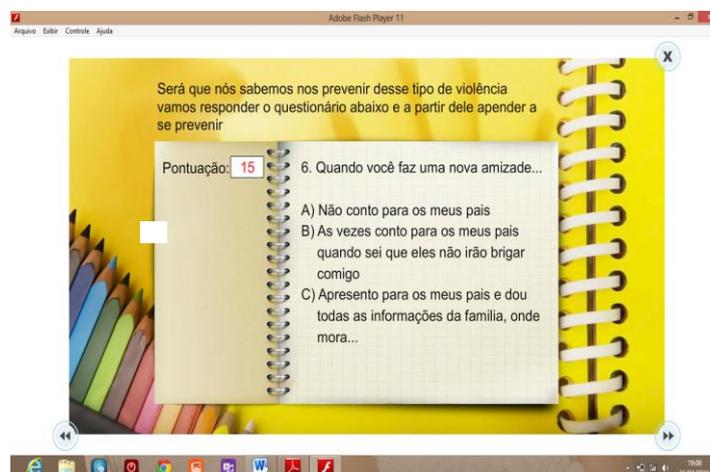
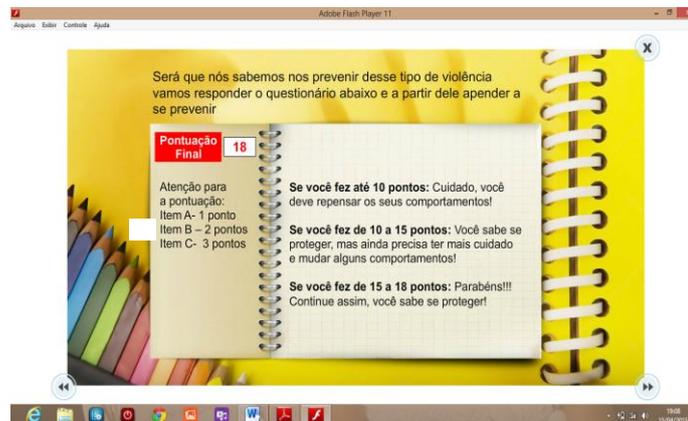


Figura 46 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 45)



As telas 46 e 47 relatam a importância da denúncia e em que locais elas podem ser realizadas. Estudos mostram que as vítimas procuram pessoas próximas e de confiança para confidenciar os casos de violência sexual (INOUE; RISTUM, 2008).

Figura 47 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 46)

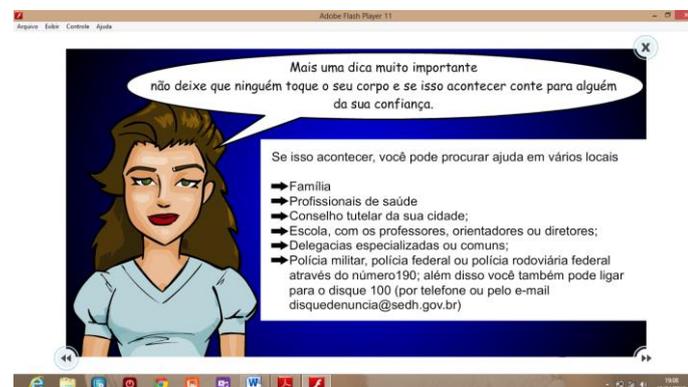
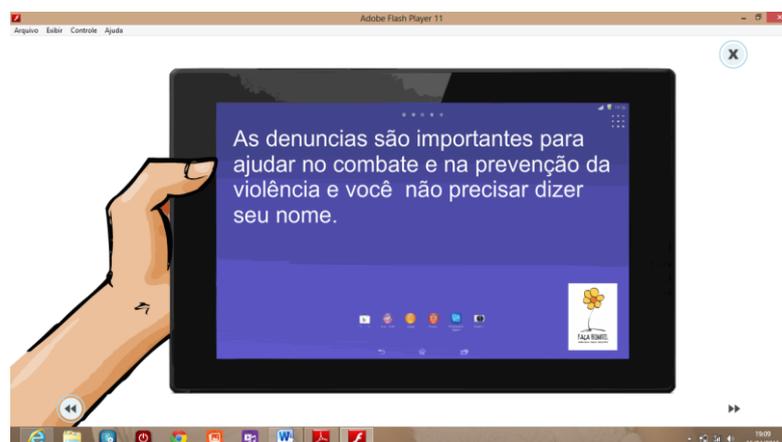


Figura 48 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 47)



A Tela 48 mostra os principais sites que podem ser utilizados para denunciar casos de violência sexual. Dentre eles, destaca-se o do disque 100, que é um sistema de denúncia também por telefone que prima pelo combate aos maus-tratos, ao abuso e à exploração sexual infanto-juvenil no Brasil. Qualquer pessoa, de qualquer lugar do país, tem acesso ao disque 100, e deve utilizá-lo sempre que necessário, a fim de tornar as denúncias de conhecimento de autoridades ou de organizações responsáveis pela proteção de crianças e adolescentes (VERAS, 2010).

Figura 49 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 48)



Em relação ao atendimento das vítimas de violência sexual, as instituições de saúde têm obrigação de prestar atendimento emergencial, integral e interdisciplinar a pessoas que sofreram violência sexual (DREZETT, 2013).

Durante o atendimento, é obrigatória a notificação junto ao Conselho Tutelar, a solicitação de exames médicos periódicos, a indicação do uso da anticoncepção de emergência, a profilaxia das DST não virais, a quimioprofilaxia antirretroviral nas primeiras 72 horas após a violência sexual e o acompanhamento laboratorial periódico durante o período de 12 meses (BRASIL, 2010; CARVALHO, 2012), conforme a tela 49.

Figura 50 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 49)



A cartilha educativa também destaca, nas telas 50 a 52, a importância dos direitos da criança e do adolescente assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, repetindo norma constitucional, em seu art. 5º: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990).

Ressalta-se a transformação ocorrida após a Constituição Federal de 1988, que mudou a ótica do direito da criança e do adolescente. Esses indivíduos são compreendidos como sujeitos, cuja autonomia está sendo desenvolvida, o que implica elevá-los a autores da própria história, portanto atores sociais, seres que marcam com suas vidas o atual processo histórico (VERONESE, 2012).

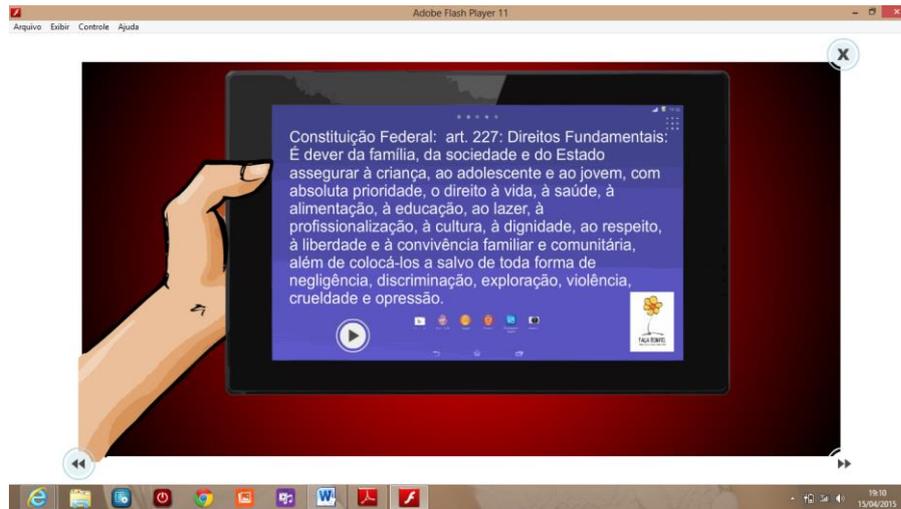
Figura 51 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 50)



Figura 52 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 51)



Figura 53 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 52)



Para tentar desmistificar os aspectos socioculturais que estão envolvidos nessa temática, foi elaborado um jogo de mentiras e verdades sobre a violência sexual, com base nas publicações da ABRAPIA (2002) e de um Guia de Referência do Ministério da Educação (BRASIL, 2004). Essas informações são utilizadas em outras cartilhas que trabalham com o tema e as vinculam como mitos e verdades. As telas 53 a 59 retratam o jogo de verdades e mentiras, mostram a resposta correta e logo após as justificativas para as respostas consideradas mentiras.

Figura 54 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 53)

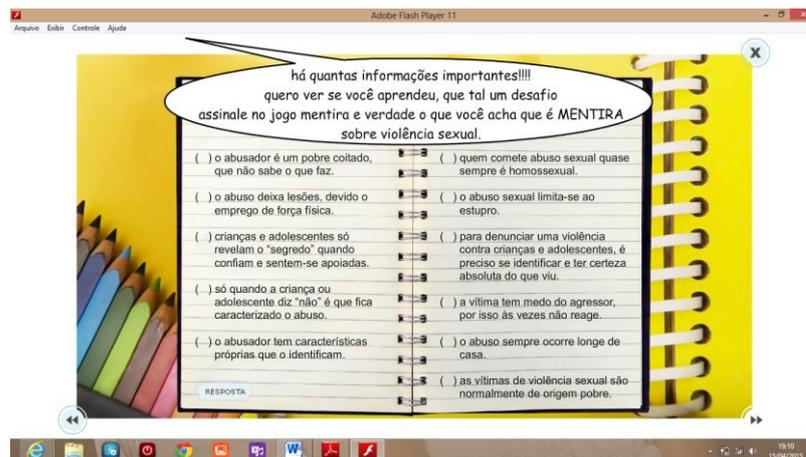


Figura 55 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 54)

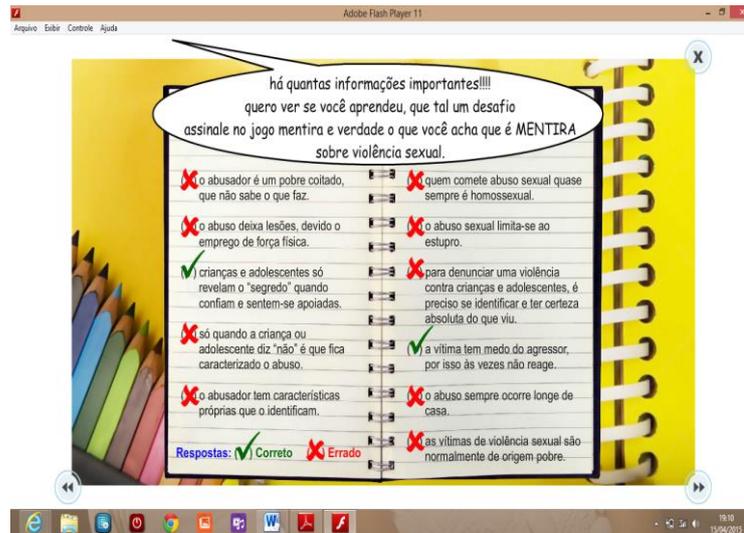


Figura 56 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 55)

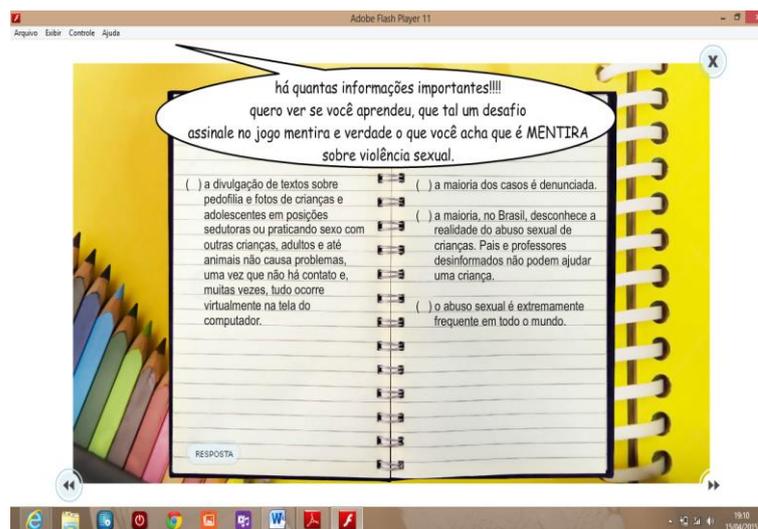


Figura 57 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 56)

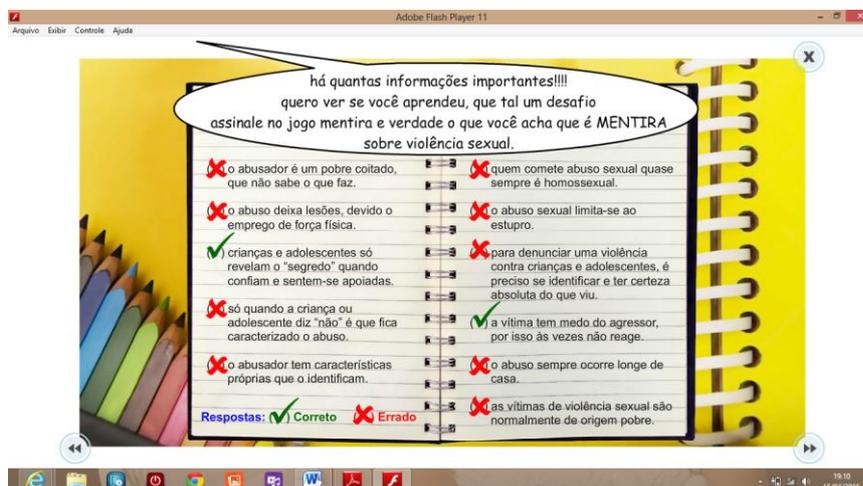


Figura 58 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 57)

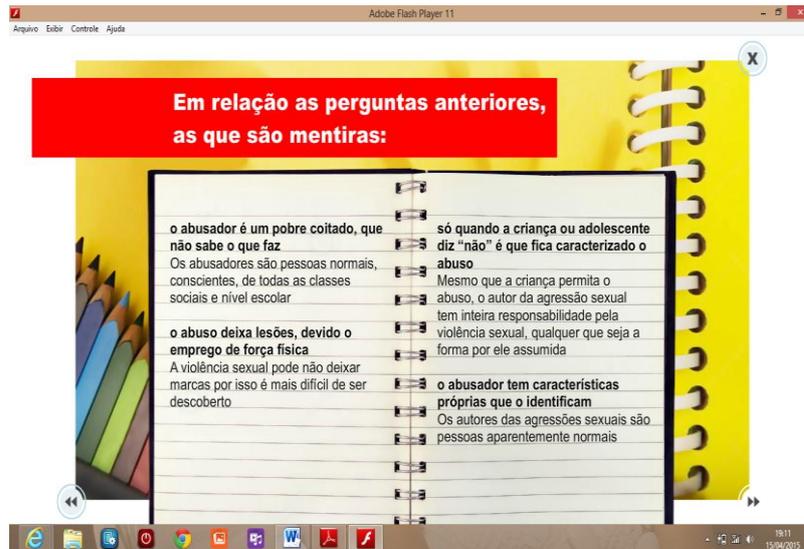


Figura 59 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 58)

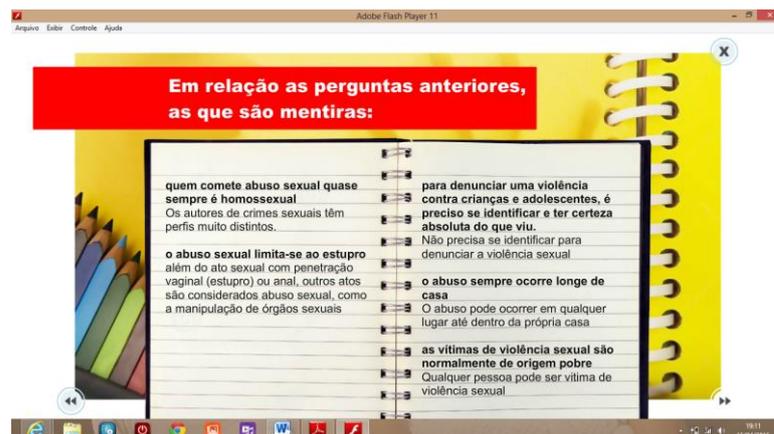
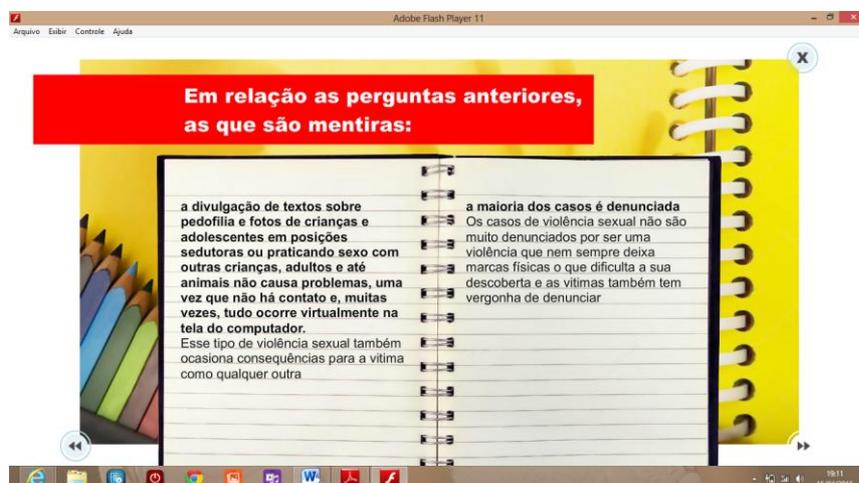
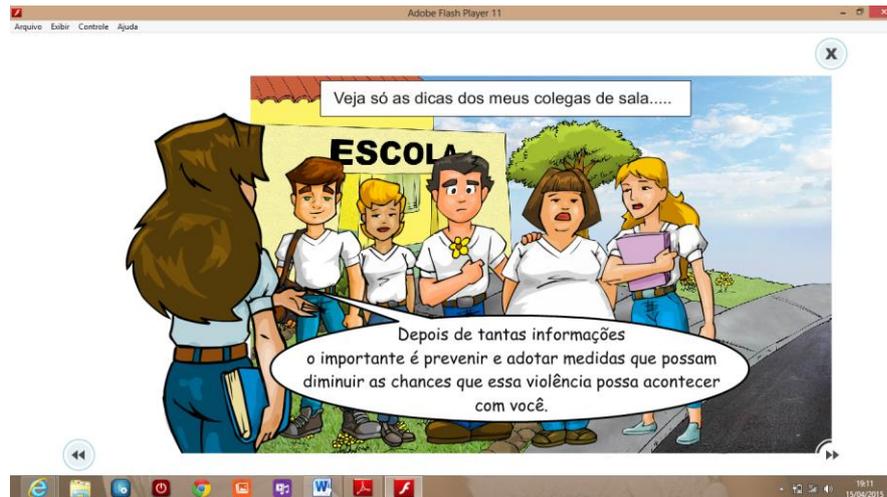


Figura 60 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 59)



Para finalizar a cartilha educativa, na tela 60, a personagem Ana aparece com o seu grupo de amigos no espaço escolar e enfatiza a importância da prevenção em relação à violência sexual, através de comportamentos protetivos que possam reduzir as chances de ocorrência desse agravo.

Figura 61- Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 60)



As telas 61 a 66 relatam as informações fornecidas pelos adolescentes durante a realização do grupo focal no espaço escolar e na literatura pertinente ao tema, sobre a prevenção da violência sexual, o que cada um pode fazer para diminuir a possibilidade de se tornar uma vítima de violência sexual.

Figura 62 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 61)



Figura 63 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 62)



Figura 64 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 63)



Figura 65 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 64)



Figura 66 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 65)



Figura 67 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 66)



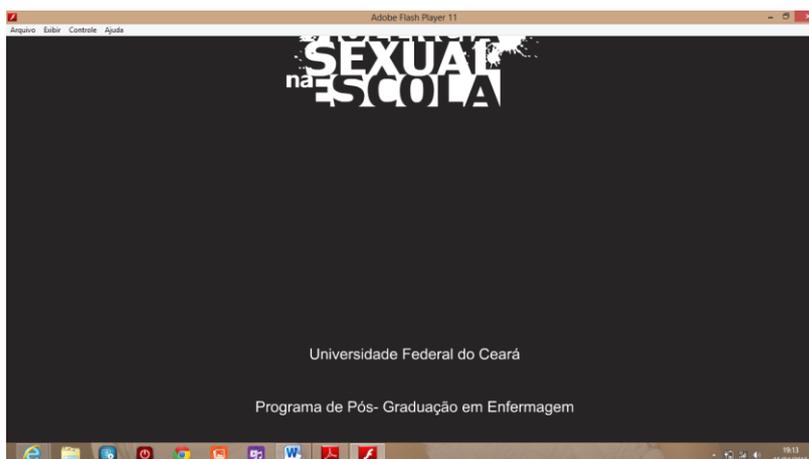
Após as dicas dos amigos, na tela 67, Ana aparece enfatizando novamente a necessidade de adotar comportamentos protetivos para evitar a ocorrência da violência sexual.

Figura 68 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 67)



Na última tela, destaca-se a autoria do trabalho e algumas referências utilizadas durante a confecção da cartilha educativa. Essa tela é conhecida como tela de créditos e mostra os autores da obra, com os nomes dos diversos profissionais envolvidos, além da fonte das mídias utilizadas e não criadas pela equipe (FALKEMBACH, 2005).

Figura 69 - Cartilha educativa digital sobre violência sexual (Tela 68)



5.3 Avaliação

A avaliação da cartilha educativa ocorreu em duas etapas: validação dos juízes e a avaliação dos adolescentes. Inicialmente, foi descrita a validação dos juízes que tiveram suas sugestões avaliadas pela pesquisadora e orientadora, e foram incorporadas à cartilha educativa. Na etapa seguinte, a cartilha foi avaliada pelo público-alvo.

5.3.1 Validação da cartilha educativa por juízes

Nesta etapa, participaram sete juízes que foram selecionados conforme a estratégia de amostragem em bola de neve e obtiveram pontuação suficiente para serem considerados juízes de acordo com os critérios utilizados por este estudo.

A amostra de juízes foi composta por categorias multiprofissionais que atuam na temática do estudo, por se tratar de um agravo considerado pela literatura como multifacetado e que necessita para o seu enfrentamento de ações intersetoriais (PAIXÃO; DESLANDES, 2010). Segue quadro caracterizando esses juízes de acordo com a idade, o sexo, a profissão e a ocupação atual.

Quadro 3 - Caracterização dos juízes que avaliaram a cartilha educativa.

Código	Pontuação currículo (pontos)	Idade (anos)	Sexo	Profissão	Ocupação atual
A1	6,25	63	Masculino	Administrador	Membro do Conselho da Criança e do Adolescente
AS1	5,25	31	Feminino	Assistente Social	Assistente Social do CREAS
AS2	5,5	35	Feminino	Assistente Social	Assistente Social do CREAS
E1	7,25	38	Feminino	Enfermeira	Professora Universitária
E2	7,0	55	Feminino	Enfermeira	Professora Universitária
F1	5,25	67	Feminino	Farmacêutica	Fundadora e Conselheira de uma Instituição que trabalha com violência
P1	5,25	34	Feminino	Psicóloga	Psicóloga do CREAS

Em relação aos profissionais que atuaram como juízes, a maioria trabalha na área da saúde e da assistência social. Destaca-se a escolha do profissional que é formado em administração devido à experiência com a temática e atuação no Conselho da Criança e do Adolescente com publicação de materiais e realização de capacitações sobre violência sexual. A farmacêutica foi incluída no grupo de juízes também devido ao amplo conhecimento sobre violência, principalmente de gênero e contra a mulher, além de ser fundadora de uma instituição representante das ações de enfrentamento da violência doméstica e familiar.

A escolha dos profissionais do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) justifica-se pela proposta de atuação profissional de garantir atenção à situação de risco e vulnerabilidade. Portanto, o CREAS é uma entidade governamental, estabelecida pelo Sistema Único de Assistência Social, que presta atendimento especializado às vítimas de violência e é fundamental para garantir os direitos da criança e do adolescente, promovendo orientações e apoio especializado e continuado de assistência social a indivíduos e famílias (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

A psicóloga foi escolhida por trabalhar diretamente com as vítimas de violência sexual, devido às graves consequências provocadas no âmbito psicossocial. E a enfermagem, por atuar nas ações de promoção da saúde e realizar o cuidado holístico aos sujeitos.

Inicialmente, os juízes avaliaram a cartilha educativa quanto aos objetivos relacionados ao assunto abordado na tecnologia e seus vários aspectos. Na Tabela 4, foram

apresentadas as respostas conforme o instrumento de avaliação e o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de cada item.

Tabela 4 - Avaliação dos juízes quanto aos objetivos da cartilha.

	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	IVC
1. Aborda a temática de forma efetiva	7			1,0
2. Esclarece sobre a importância do tema	7			1,0
3. Existe clareza nas informações	5	1	1	0,86
4. Expressa capacidade de agregar informações	7			1,0
5. Retrata aspectos-chave importantes	6	1		1,0
6. Explica corretamente a finalidade da cartilha	6	1		1,0
7. Capacita os adolescentes para a promoção da saúde e mudança de comportamento e atitudes	6	1		1,0
8. As informações são coerentes com as necessidades dos adolescentes	5	1	1	0,86
9. Reflete os principais aspectos da prevenção da violência sexual	7			1,0
10. As ilustrações representam a temática de forma compreensível	6	1		1,0

Quanto aos objetivos da cartilha, todos os itens foram validados, tendo estes sido classificados como adequados por apresentarem IVC igual 1,0 na maioria. Apenas os itens 3 e 8 foram avaliados por um dos juízes como “discordo parcialmente”. Esses itens estão relacionados à clareza das informações e à coerência com as necessidades dos adolescentes. O juiz justificou a necessidade de diminuir a quantidade de informação em cada tela, pois o fato de ficar muito extenso poderia tornar o material pouco atrativo para os adolescentes.

Um dos avaliadores sugeriu a inclusão de imagens de adolescentes que representassem a diversidade cultural e a inclusão social, como adolescentes negros e/ou com deficiência. Tal sugestão se justifica pelo fato de a história contada na cartilha se desenvolver no espaço escolar, e desde 1980 estarem ocorrendo reformas educativas iniciadas na Inglaterra no contexto das políticas neoliberais, mais especificamente com os acordos internacionais em torno do movimento Educação para Todos (LIBÂNEO, 2012). Portanto, essa sugestão foi acatada pela pesquisadora.

Outro aspecto comentado foi a necessidade de modificar a tela 35 na seguinte frase: “Os agressores sempre se mostram como uma pessoa alegre, comunicativa e disposta a ajudar a vítima, conforme as suas necessidades”. O avaliador sugeriu a retirada da palavra sempre, pois poderia retratar que todos os agressores se comportam dessa forma, apesar de a

maioria dos abusadores que são conhecidos da criança apresentarem esse perfil. Portanto, a avaliadora sugeriu a substituição dessa palavra por “geralmente”, devido à maior frequência dessas características do agressor.

Também foi sugerida por um dos avaliadores a inclusão dos sentimentos da menina abusada na tela 46, que incentiva a realização da denúncia da violência, pois o enfrentamento e denúncia partem de meninas mais fortalecidas dentro da perspectiva de não se sentirem culpadas ou provocadoras do abuso. Desta forma, elas estariam mais fortalecidas e confiantes para realizar a denúncia (CARVALHO, 2012; POLLI; SAVEGNAGO; ARPINI, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Não foi apresentada na Tabela a coluna “discordo”, por não ter ocorrido durante a avaliação dos juízes esse conceito.

Posteriormente, foi avaliada a estrutura e apresentação da cartilha educativa. Isso inclui a forma de apresentar informações, a organização geral, a estrutura, a estratégia de apresentação, a coerência e a suficiência.

Tabela 5 - Avaliação dos juízes quanto à estrutura e à apresentação da cartilha.

	Concordo	Concordo parcialmente	IVC
1. As informações estão corretas cientificamente	6	1	1,0
2. A linguagem está clara e objetiva com termos compreensíveis estão adequados	7		1,0
3. O tamanho do texto e o número de telas estão adequados	6	1	1,0
4. O conteúdo segue uma sequência lógica e está bem estruturado em relação à concordância e à ortografia	4	3	1,0
5. O material está apropriado para o nível sociocultural das adolescentes	7		1,0
6. As ilustrações são expressivas e suficientes	6	1	1,0

Quanto à estrutura e apresentação da cartilha, os juízes concordaram em relação ao respaldo científico das informações, à adequabilidade do material ao nível sociocultural do público-alvo, à coerência das informações, à expressividade e suficiência das ilustrações e do número de páginas. O IVC desses itens foi 1,0. Destaca-se que nenhum juiz considerou durante a avaliação os itens discordo parcialmente e discordo.

Em relação à tela 2, um dos avaliadores sugeriu a retirada da palavra flor: “Previna-se da violência sexual: deixe crescer a flor que existe em você”. Essa sugestão se refere ao fato de a cartilha educativa ser direcionada aos adolescentes de ambos os sexos e, devido aos aspectos da cultura machista, poderia interferir na continuidade da leitura do

material por parte dos adolescentes do sexo masculino. Nas questões culturais e de gênero, o sexo masculino interpreta que tudo que é frágil e sensível está relacionado com o sexo feminino (LIMA, 2013). Logo, essa sugestão foi acatada.

O último tópico avaliado pelos juízes foi a relevância da cartilha educativa, ou seja, as características que avaliam o grau de significação do material.

Tabela 6 - Avaliação dos juízes quanto à relevância da cartilha.

	Concordo	IVC
1. Enfatiza o aspecto-chave que deve ser reforçado	7	1,0
2. A cartilha propõe às adolescentes adquirirem conhecimento sobre a prevenção da violência sexual	7	1,0
3. Esclarece ao público algumas questões relacionadas à problemática	7	1,0
4. Incentiva a reflexão sobre o assunto	7	1,0
5. Retrata os aspectos necessários para prevenção da violência sexual	7	1,0
6. Está adequada e pode ser usada por qualquer profissional em atividades educativas	7	1,0

No que diz respeito à avaliação da relevância da cartilha educativa, verificou-se que todos os itens foram validados com IVC 1,0. Todos os juízes consideraram o item concordo nessa fase de avaliação, portanto essa tecnologia poderá contribuir para prevenção da violência sexual e irá despertar o interesse do público-alvo, por ter sido considerada pelos avaliadores como material de qualidade didática, lúdica e em conformidade com o universo adolescente.

A cartilha educativa digital foi validada em relação à aparência e ao conteúdo pelos juízes. Como apenas um dos avaliadores considerou o material extenso, não foi retirada nenhuma informação da cartilha, até mesmo porque no item correspondente ao tamanho do texto e número de telas todos os juízes concordaram.

Em relação às alterações realizadas na cartilha educativa após a validação dos juízes, foram incluídas as imagens de uma personagem negra, e uma com deficiência representada por uma cadeirante. Retirou-se a palavra “sempre” na tela 35, em relação aos comportamentos dos agressores, e a palavra “flor”, na tela 2; e na tela 46, foi incluída na mensagem o fato de o adolescente não se sentir culpado, e sim como vítima realizando a denúncia.

A partir dessa etapa, o material foi novamente encaminhado para o profissional de diagramação e informática para realizar os ajustes necessários, conforme as sugestões dos juízes. Após esse momento, a cartilha foi avaliada pelos adolescentes.

Com base na avaliação de cada variável pelos adolescentes foram calculadas as porcentagens, agrupadas e avaliadas da seguinte forma: 0-39%, insuficiente; 40-69%, adequado; e 70-100%, totalmente adequado (DOAK, DOAK, ROOT, 1996).

Em relação à organização, todos os itens foram considerados superior por apresentarem porcentagem maior que 70%. No que se refere às sugestões para melhorar a cartilha, apenas um adolescente do sexo masculino na faixa etária dos 10 anos relatou que o material estava muito extenso.

Na faixa etária dos 11 anos, uma adolescente do sexo feminino relatou que não gostou da cor preta da capa, que deveria ser mais colorida. Apenas um adolescente do sexo masculino destacou que a cartilha estava muito extensa e não gostava de ler. E os de 12 anos, três adolescentes do sexo feminino e dois do sexo masculino sinalizaram que o material estava muito extenso.

No que diz respeito aos de 13 anos, dois adolescentes do sexo masculino revelaram que não gostaram da capa porque a flor dava a impressão de que o assunto era para as meninas. Como relatado, o sexo masculino interpreta que tudo que é frágil e sensível está relacionado com o sexo feminino (LIMA, 2013). Ainda em relação à organização, dois do sexo masculino relataram que o material estava muito extenso.

Conforme Santos e Silva (2012), existe grande quantidade de adolescentes que não gostam de ler e o fazem por obrigação. Isso ocorre devido à utilização de textos no espaço escolar com a abordagem de extração de informações objetivas, o que desestimula o interesse pela leitura. Destaca-se que o material a ser validado foi elaborado com muitas ilustrações para permitir a abordagem lúdica e se tornar mais atrativo para o público-alvo.

Em relação ao estilo de escrita, os itens foram considerados superior por apresentarem porcentagem maior que 70%. Na faixa etária dos 10 anos, apenas uma adolescente do sexo feminino considerou as frases de difícil entendimento e confusas. E dois adolescentes do sexo masculino também consideraram difícil o entendimento das frases.

Na idade de 11 anos, apenas uma adolescente do sexo feminino considerou as frases de difícil entendimento, e que deveria haver mais figuras. Na faixa etária dos 12 anos, em relação ao entendimento dos adolescentes ao lerem a cartilha educativa, quatro adolescentes do sexo feminino e três do sexo masculino relataram como justificativa os adolescentes que não sabem ler ou que apresentam deficiência visual.

Em relação ao entendimento dos adolescentes ao ler a cartilha educativa, apenas um adolescente do sexo masculino na idade de 13 anos relatou que os adolescentes que têm dificuldade de aprendizado poderiam não entender o material educativo.

De acordo com os dados da Avaliação Nacional de Alfabetização (2014), realizado com os alunos matriculados no 3º ano do Ensino Fundamental, 22,21% são capazes apenas de ler palavras compostas por sílabas que apresentam uma vogal e uma consoante; 33,96% conseguem identificar informações explícitas em textos curtos; 32,63% são capazes de localizar informações explícitas no meio ou no final de textos extensos, e 11,2% conseguem identificar tempos verbais, estruturas sintáticas e o sentido de palavras em textos mais longos (BRASIL, 2014).

O Ministério da Educação considera como textos curtos piadas, poemas e histórias em quadrinhos que misturam linguagem verbal e não verbal (BRASIL, 2014). Destarte, quase 77,79% dos adolescentes são capazes de ler e interpretar a cartilha educativa, visto que ela se enquadra como textos curtos. Os outros 22,21% poderiam apresentar dificuldade na interpretação, mas seriam capazes de ler as palavras.

Além do mais, pesquisas mostram aumento significativo do número de meninas e meninos matriculados no ensino fundamental. Em 2009, 97,9% das crianças e adolescentes de 7 a 14 estavam matriculadas nessa etapa da educação (UNICEF, 2011). Portanto, ao considerar essas estatísticas, percebe-se quantidade reduzida de adolescentes que poderiam apresentar dificuldades na leitura da cartilha educativa.

Em relação à deficiência, estudos mostram que uma em 20 crianças com 14 anos de idade ou menos vive com algum tipo de deficiência moderada ou grave (UNICEF, 2011). Assim, a grande maioria dos adolescentes iria conseguir ler o material educativo. Além do mais, a cartilha educativa poderá ser utilizada como ferramenta de educação em saúde individual ou coletiva, juntamente com o auxílio de um profissional, tanto nos casos de dificuldade na leitura quanto para os adolescentes que possam apresentar deficiências.

Em relação à aparência, todos os itens foram considerados superior por apresentarem porcentagem maior que 70%. Na idade dos 10 anos, no que concerne à ilustração, uma adolescente do sexo feminino considerou as figuras complicadas, mas não sugeriu adequações.

Na faixa etária dos 11 aos 13 anos, os itens alusivos à ilustração obtiveram avaliação positiva por unanimidade. Na idade dos 12 anos, apenas um adolescente do sexo masculino relatou que o material deveria ter somente figuras. Essa justificativa pode estar relacionada às recomendações de Correa (2007), que expressa que atualmente se vive em um mundo de imagens, e tudo o que possui uma apresentação esteticamente bem elaborada, torna-se mais atrativo.

As ilustrações ajudam na interpretação e no aprendizado e devem estar na mesma página ou adjacente ao texto relacionado, pois, desta forma, dirigem a atenção para os pontos específicos ou conteúdos fundamentais (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Como o intuito da cartilha é informar os adolescentes sobre violência sexual e as formas de prevenção, não faria sentido ser construída somente por imagens.

Em relação à motivação, todos os itens foram considerados superior por apresentarem porcentagem maior que 70%. No que se refere à motivação, na faixa etária dos 10 anos, uma adolescente do sexo feminino e um do sexo masculino relataram que não se sentiram motivados a ler o material até o final por ser muito extenso.

Na idade de 11 anos, duas adolescentes do sexo feminino relataram que os desenhos eram para criança e por isso não se sentiu motivada a ler o material até o final. Nas idades de 12 e 13 anos, os adolescentes não justificaram em relação à motivação.

Pode-se considerar avaliação positiva da cartilha nessa faixa etária em ambos os sexos, pois nenhum adolescente avaliou negativamente o material educativo nos itens do instrumento de avaliação de materiais educativos. Na pergunta referente ao que eles acharam da cartilha, as respostas foram satisfatórias e descritas a seguir. *Esse assunto é impressionante e a cartilha está muito chamativa* (AM, 10 anos). *Bem interessante e aborda coisas que acontecem todos os dias e com os desenhos ficou mais fácil de entender* (AF, 10 anos). *Interessante, com informações que você entende claramente* (AM, 11 anos). *Achei interessante e aborda todos os assuntos para a prevenção, além de estar bem elaborada e criativa* (AF, 11 anos). *Explica muito bem o que temos que fazer, fácil de entender* (AM, 12 anos). *Está boa para aprender a se prevenir. Gostei muito, bem dinâmica* (AF, 12 anos). *Muito bacana. Show* (AM, 13 anos). *Interessante porque nos informa mais sobre violência sexual e nos deixa mais atento no nosso dia a dia* (AF, 13 anos).

Portanto, na avaliação dos adolescentes, o material educativo é relevante, interessante, acessível, bem estruturado, atrativo e poderá auxiliar na adoção de comportamentos preventivos quanto à problemática da violência sexual.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual na adolescência é um campo de estudo importante que necessita de atenção permanente, devendo gerar ações de intervenção e prevenção. Neste contexto, este trabalho relatou a construção e validação de uma tecnologia educativa, no caso a Cartilha Educativa Digital, como instrumento da educação em saúde nas ações realizadas em prol da promoção da saúde, contribuindo para reflexão sobre a violência sexual, informando os adolescentes sobre esse agravo e os seus tipos e orientando-os a ter atitude protetiva em relação a essa agressão.

Na construção da cartilha educativa, constata-se a escolha coerente de um modelo considerado satisfatório para contemplar as etapas necessárias para elaboração de materiais educativos digitais. Destaca-se que a preferência pelo recurso digital está relacionada às características de acessibilidade e reutilização, proporcionando acesso ilimitado, a exemplo do material impresso, o que deverá aumentar a adesão da utilização dessa ferramenta nas estratégias educativas.

Ressalta-se também que a geração atual vive rodeada de recursos digitais e com isso, espera-se que a cartilha educativa no formato digital possa aumentar a motivação dos adolescentes para a sua visualização, já que a mesma favorece a interatividade por ser um recurso digital.

Durante a criação desse recurso educativo, foi necessário considerar os aspectos sociais e culturais relacionados com o episódio da violência sexual na adolescência, principalmente no que diz respeito à violência intrafamiliar, que é a de maior ocorrência e tem como agressoras as pessoas próximas e consideradas de confiança. Portanto, esses casos são ainda mais traumáticos, pois quem deveria assumir a função de protetor está se tornando o agressor.

Assim, o presente trabalho se inicia desde o momento da seleção das informações que fazem parte da cartilha educativa, sendo iniciada essa fase com a revisão de literatura e realização de grupos focais no espaço escolar, com intuito de conhecer as informações que os adolescentes têm sobre esse assunto.

A revisão de literatura evidenciou a escassez de trabalhos que enfatizem o enfrentamento e a prevenção da violência sexual. Em relação aos resultados dos grupos focais, pôde-se constatar que os adolescentes conheciam a problemática, mas reduziam a ocorrência da violência sexual ao estupro; consideraram o sexo feminino mais susceptível e desconheciam a ocorrência da violência sexual no sexo masculino; identificaram o agressor

como um maníaco e de fácil identificação; evidenciaram a realidade da violência intrafamiliar, destacando o papel do pai ou do padrasto e não conseguiram identificar os comportamentos que os tornavam mais vulneráveis à ocorrência da violência sexual.

Por conseguinte, a cartilha foi construída apresentando informações sobre o conceito e os tipos de violência sexual; direitos sexuais e reprodutivos; estatísticas sobre a ocorrência desse agravo; perfil dos agressores sexuais; uso da internet como local propício à ocorrência da violência sexual; como devem ocorrer as denúncias e o atendimento; as leis que asseguram o adolescente como ECA, Constituição Federal e Código Civil; e as ações para desenvolver atitudes protetivas.

É importante destacar a interatividade proporcionada pela cartilha educativa digital, que apresenta jogos durante a leitura, o que favorece a atratividade do material e a maior participação dos sujeitos no processo de aprendizagem. Permite, desta forma, que os adolescentes compreendam as informações fornecidas na cartilha de maneira motivadora, incentivando a adoção de comportamentos protetivos.

Após a criação o material educativo produzido, este foi submetido à validação de aparência e conteúdo por sete juízes da área de educação em saúde e violência sexual, e por 196 adolescentes na faixa etária de maior ocorrência da violência sexual, entre 10 e 13 anos. Essa idade também foi atribuída devido à Lei do Código Penal, que considera essa faixa etária como vulnerável, e que todo dano sexual ocasionado a menores de 14 anos é considerado violação dos direitos.

Torna-se fundamental após a criação de um material educativo submetê-lo à validação, pois no caso dos juízes, estes contribuíram com as suas vivências e especialidades na construção de um instrumento mais adequado ao público-alvo e dotado de informações relevantes para o objetivo do material. No caso dos adolescentes, tornou o material mais próximo das necessidades e especificidades dessa faixa etária, considerando a compreensão da população-chave.

A validação dos juízes demonstrou ser favorável à cartilha educativa e todos os itens obtiveram o Índice de Validade de Conteúdo acima de 0,8, em que se conclui que o material foi validado quanto aos objetivos, à estrutura, à apresentação e à relevância da cartilha. No caso da avaliação realizada pelos adolescentes, todos os tópicos de avaliação alcançaram porcentagem maior que 75%, portanto, todos foram considerados totalmente adequados quanto à organização, ao estilo de escrita, à aparência e à motivação.

No que diz respeito à avaliação com os adolescentes, a cartilha foi considerada interessante, compreensível, relevante, atrativa e interativa, contribuindo para o processo de

aprendizagem no que se refere à prevenção da violência sexual. A avaliação com o público-alvo evidencia que o material educativo produzido é apropriado às especificidades desses sujeitos e favorece o desenvolvimento e o fortalecimento das potencialidades dos adolescentes, no que se refere aos comportamentos de enfrentamento e prevenção da ocorrência da violência sexual.

Portanto, a cartilha educativa está apta e válida para ser utilizada nas estratégias de enfrentamento e prevenção da violência sexual, possibilitando material mais compatível com as especificidades desses sujeitos, contribuindo para promoção da saúde de forma inovadora e persuasiva.

Por estar direcionada a utilização nas práticas de promoção da saúde, a cartilha poderá ser utilizada em vários ambientes durante a realização de ações de educação em saúde. Destaca-se o espaço escolar como promotor de saúde, favorecendo o aprendizado desse público, dentro de um espaço motivador e que faz parte do cotidiano dessa população específica.

Com essa perspectiva, pode-se considerar o Programa Saúde do Escolar como estratégico para as ações de educação em saúde com esse público, favorecendo interação entre o ambiente escolar e as equipes da Estratégia Saúde da Família. Dentro dessa equipe, destaca-se o papel do enfermeiro na qualidade de educador.

Destarte, o enfermeiro como educador deve se apropriar do espaço escolar e desenvolver parcerias com professores e coordenadores, para o planejamento e a execução de atividades voltadas à prevenção da violência sexual, diminuindo as estatísticas e os impactos ocasionados à saúde das vítimas de violência. Tal estratégia também irá favorecer a diminuição de gastos na saúde, visto que é mais barato e eficaz se investir em educação e saúde.

A cartilha educativa digital poderá ser utilizada no espaço escolar nas ações de promoção da saúde do PSE, pela equipe multiprofissional, utilizando essa ferramenta em ações de conscientização, responsabilização e cidadania. O uso da cartilha educativa pela equipe multiprofissional contribuirá para ações inovadoras do trabalho de enfrentamento e prevenção da violência sexual, por ser instrumento tecnológico, atrativo e interativo que estimulará o adolescente a refletir sobre esse agravo e adotar comportamentos protetivos.

A violência sexual ocasiona muitos transtornos à vida das vítimas. Para compreender a sua complexidade e magnitude, é necessário aprofundar as pesquisas nessa problemática e suas consequências, por se tratar de um assunto tão íntimo e traumático. De tal maneira, enfatiza-se a necessidade de criar programas e políticas públicas direcionadas a esse

público-alvo, com ações intersetoriais e multiprofissionais, para diminuir os impactos da violência sexual no contexto geral, como também capacitação para os profissionais se sentirem mais habilitados para o trabalho com essa problemática.

A cartilha educativa digital poderá ser utilizada por profissionais da equipe multiprofissional, sendo considerada ferramenta útil, inovadora, atrativa e com potencial educativo que deve ser empregado nas práticas educativas que tenham o intuito de orientar os adolescentes sobre a prevenção da violência sexual.

Conclui-se, portanto, que a construção e a validação dessa cartilha educativa digital sobre violência sexual possibilitaram, ao final dessas etapas, uma tecnologia válida para prevenção desse agravo na adolescência.

7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo, durante a execução, apresentou algumas limitações. Entre elas destacam-se:

- O processo de construção de um material educativo digital demanda tempo, esforço e custos financeiros por parte do pesquisador, principalmente no que se refere à etapa de implementação, na qual é necessária a contratação de profissionais da área de diagramação e design para formatação e configuração no formato digital.
- Na fase de validação com os juízes, destacam-se as dificuldades de se encontrar profissionais nas áreas de educação em saúde e violência sexual. Mas, após a obtenção dessa amostra, esses sujeitos foram receptivos e demonstraram interesse em utilizar o material educativo nas suas vivências profissionais.
- A necessidade de solicitar a autorização dos pais para realização da etapa de avaliação com os adolescentes, o que diminui a quantidade de participantes dessa fase, por falta de autorização dos pais. Também demandou maior tempo na coleta, pois a pesquisadora teve que marcar várias reuniões com os pais na escola para possibilitar reflexão acerca da importância de trabalhar com esse assunto na adolescência.
- Na etapa de avaliação com os adolescentes, ressalta-se a necessidade de se ter um computador para visualizar a cartilha. Como essa etapa foi realizada em escola da rede pública de ensino que disponibilizava somente dez computadores, ocorreu interferência no tempo de avaliação pelos adolescentes.

Ressaltam-se também algumas recomendações para futuras pesquisas que trabalhem com essa perspectiva:

- Desenvolver trabalhos que possam possibilitar reflexão, principalmente dos pais, quanto a essa problemática pela relevância para o desenvolvimento saudável dos filhos e, desta forma, romper com os tabus relacionados com os assuntos que abordam a sexualidade no espaço escolar.
- Realizar uma pesquisa para avaliar o impacto da utilização da cartilha nas ações de educação em saúde, no que se refere à adoção de comportamentos protetivos para violência sexual.
- Divulgar e incorporar, de forma periódica, a cartilha educativa nas estratégias educativas, podendo ser utilizada por uma equipe multiprofissional. Com destaque especial, as equipes da Estratégia Saúde da Família, principalmente o enfermeiro que atua nos espaços escolares

devido às ações do Programa Saúde do Escolar, que deve despertar o interesse em trabalhar com essa problemática.

- Divulgar, em nível local, regional e nacional a utilização dessa ferramenta de promoção da saúde em todas as instituições que trabalham com o público-alvo.
- Investir em pesquisas envolvendo essa temática, enfocando as particularidades das vítimas do sexo masculino e feminino.
- Implementar ações interdisciplinares com equipes multiprofissionais, para que os profissionais sejam capacitados sobre essa problemática.

REFERÊNCIAS

- ABEID, M. *et al.* Community perceptions of rape and child sexual abuse: a qualitative study in rural Tanzania. **BMC Int Health Hum Rights [Internet]**. v.14, n. 23, 2014. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/14/23>. Cited 2015 Feb 10.
- AHRENS, K.R. *et al.* Association between childhood sexual abuse and transactional sex in youth aging out of foster care. **Child Abuse Negl**, v.36, n.1, p. 75-80, 2012.
- AJDUKOVIC, M; SUSAC, N; RAJTER, M. Gender and age differences in prevalence and incidence of child sexual abuse in Croatia. **Croat Med J**, v.54, n.5, p.469-479, 2013.
- ALBERTO, M. F. P. *et al.* Os agentes sociais da rede de proteção e atendimento no enfrentamento da exploração sexual comercial. **Psicol Reflex Crit**; v.25, n.1, p.130-138, 2012.
- AL-MAHROOS, F.; AL-AMER, E. Reported child sexual abuse in Bahrain: 2000-2009. **Ann Saudi Med**, v.31, n.4, p:376-82, 2011.
- ALMEIDA, V. M. Tratamento psicoterápico para vítimas de abuso sexual infantil: evidências da literatura internacional **Rev Méd Minas Gerais**; v. 22, n.2, p. 221-225, 2012.
- ANDRADE, L. M. **Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- ANTONIO, E. M. R. M.; FONTES, T. M. P. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade. **Rev Bioét. (Impr.)**, v. 20, n. 2, p. 280-287, 2012.
- ARPINI, D. M.; SIQUEIRA, A. C.; SAVEGNAGO, S. D. O. Trauma psíquico e abuso sexual: o olhar de meninas em situação de vulnerabilidade. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 14, n. 2, p. 88-101, 2012.
- ASSIS, S.G; AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE. K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro, R.J: Fundação Osvaldo Cruz; Educação á Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Ed Fiocruz, 2010. p.79-104.
- BAÍÁ, P. A. D. *et al.* Caracterização da revelação do abuso sexual de crianças e adolescentes: negação, retratação e fatores associados. **Temas em Psicologia**, v. 21, n.1, p.193-202, 2013.
- BAÍÁ, P. A. D. V.; MAGALHÃES, C. M. C.; VELOSO, M. M. X. Caracterização do suporte materno na descoberta e revelação do abuso sexual infantil. **Temas Psicol.**, v. 22, n.4, p. 691-700, 2014.
- BANWARI, M. Poverty, child sexual abuse and HIV in the Transkei region, South Africa. **Afr Health Sci.**, v.11, Suppl 1, p. 117-121, 2011.

BARBOSA, D. C. **Processos educativos entre jovens na construção de uma cartilha educativa sobre direitos sexuais e reprodutivos**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

BARRIGA, C.; LAUTARO, C. P.; MAGDALENA, F. E. D. Representaciones sociales de madres con hijos de ambos sexos abusado sexualmente por un familiar o conocido cercano. **Rev Pediatr Eléctron**, v. 10, n. 1, p. 16-25, 2013.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BAPTISTA, R. S. *et al.* Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 602-608, 2008.

BEACH, S.R. *et al.* Impact of child sex abuse on adult psychopathology: a genetically and epigenetically informed investigation. **J Fam Psychol**, v.27, n.1, p.3-11, 2013.

BEDI, S. *et al.* Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. **Suicide Life Threat Behav**, v. 41, n.4, p.406-415, 2011.

BELLA, M.E.; FERNÁNDEZ, R. A.; WILLINGTON, J. M. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. **Rev Argent Salud Pública**, v.1, n. 3, p.24-29, 2010.

BERNET, W. Falsas denúncias e o Diagnóstico diferencial das alegações de abuso sexual. **Psicol Ver.**, v. 19, n.2, p.263-288, 2010.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida**. 2004. 247f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BICALHO, P. P. G. *et al.* Os direitos sexuais e o enfrentamento da violência sexual. **Psic Clin.**, v. 24, n.1, p. 33-43, 2012.

BICK, J. *et al.* Convergence and divergence in reports of maternal support following childhood sexual abuse: prevalence and associations with youth psychosocial adjustment. **Child Abuse Negl.**, v.38, n.3, p.479-487, 2014.

BIDAUD, E. O que resta da sexualidade infantil? **Estilos Clin.**, v.18, n.2, p. 318-326, 2013.

BLOOM, B. S. **Taxionomia de objetivos educacionais**. Traduzido por Flávia Maria Sant'Anna. Porto Alegre: Globo, 1973.

BORGES, J. L.; ZINGLER, V. T. Fatores de risco e de proteção em adolescentes vítimas de abuso sexual. **Psicol Estud.**, v. 18, n. 3, p. 453-463, 2013.

BOYNTON-JARRETT, R. *et al.* Childhood abuse and age at menarche. **J Adolesc Health**, v.52, n.2, p. 241-247, 2013

BOYNTON-JARRETT, R. *et al.* Child and adolescent abuse in relation to obesity in adulthood: the Black Women's Health Study. **Pediatrics**, v.130, n.2, p. 245-253, 2012.

BRASIL. **Abuso sexual**: saiba o que é e aprenda a se proteger. Brasília: Ministério Público do Estado de Goiás, 2015. Disponível em: <http://issuu.com/mpdegoias/docs/cartilhacaoinfancia>

_____. **Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: identificação e enfrentamento**. Brasília: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, 2015. Disponível em: http://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_violencia_contra_crianças_adolescentes_web.pdf

_____. **Decreto-lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Brasília, DF, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/DecretoLei/Del2848compilado.htm>. Acesso: 28 abr. 2014.

_____. **Constituição (1988)** [Internet]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso: 28 abr. 2014.

_____. **Enfrentamento à violência sexual. Dever de todos. Orientações à Polícia Militar, Civil e Guarda Municipal**. 2014. Disponível em: http://www.mpap.mp.br/images/Cartilha_EnfretamentoViolenciaSexual_web.pdf

_____. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Sociedade da informação no Brasil**. Livro Verde: Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Adelaide, Sudsvall, Santafé de Bogotá, Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Associação brasileira multiprofissional de proteção à infância e adolescência. **Abuso sexual**: mitos e realidades. Por que?! Quem?! Como?! O quê?! 3. ed. Petrópolis: ABRAPIA, 2002.

_____. **Guia Escolar**: Rede de Proteção à Infância – Métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Educação, 2004.

_____. **Lei nº 12.015**, de 7 agos. de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. [on-line]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm

BRASIL. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização Brasília – DF **Cadernos Humaniza SUS**, Volume 1. Formação e intervenção Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: DDN 100. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Cartilha do Projeto de Prevenção à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes no Turismo** - Formação de Multiplicadores 2010. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/noticias/article.php?storyid=789>

_____. **Leis Federais Especiais. Estatuto da Criança e do Adolescente** – Lei n. 8.069/90. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, 2ª ed. , v. I - Tomo II, 2010, p. 123, 142, 151.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de**

Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo Programa Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Educação. **Avaliação Nacional de Alfabetização 2014.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Disque 100:** Quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram registradas no primeiro trimestre de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Campanha de Prevenção à violência sexual contra crianças e adolescentes.** Brasília: Programa Nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, 2012. Disponível em: http://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_campanha_de_prevencao_a_violencia_sexual_contra_crianças_e_adolescentes.pdf

_____. **Programa de ações integradas e referenciais de enfrentamento da violência sexual infantil no território brasileiro,** 2011. Disponível em: <http://pair.ledes.net/gestor/titan.php?target=openFile&fileId=895>

_____. **Como identificar, prevenir e combater a violência sexual contra crianças e adolescentes,** 2007. Disponível em: http://www.itapetininga.sp.gov.br/social/cartilha_forum.pdf

_____. **Aprendendo a prevenir:** orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes - Brasília: Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, 2006. Disponível em: http://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_aprendendo_a_prevenir.pdf

_____. **Como prevenir, identificar, e combater o abuso e a exploração sexual comercial de meninas, meninos e adolescentes,** 2006. Disponível em: <http://www.oit.org.br/node/331>

_____. **Cartilha violência sexual contra meninos e meninas:** abuso sexual intrafamiliar e exploração sexual comercial. Brasília: Senado Federal. 2004. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/183371>

_____. **Cartilha sobre violência sexual.** Brasília: Ministério da Educação, 2003. Disponível em: http://matriz.sipia.gov.br/images/acervo/escola_protege.pdf

_____. **Mostrando que a proteção de nossas crianças e adolescentes também está em fase de crescimento.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Disponível em: <http://www.turminha.mpf.mp.br/turminha/multimedia/cartilhas/folder-programa-enfrentamento-exploracao.pdf>

BRASIL. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Brasília: 1ª Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/glossarios-e-cartilhas/violenciaSexual.pdf>

_____. **Prevenção a violência sexual contra crianças e adolescentes**. Disponível em: http://www.joaooxiii.org.br/3315.1685/_public/publicacoes/020513110506.pdf

_____. **A Infância pede Socorro**. Disponível em: http://www.direitosdacrianca.gov.br/midiатеca/publicacoes?b_start:int=120

_____. **Abuso sexual: que violência é essa?** Disponível em: www.usp.br/cearas/cartilha/cartilha.pdf

_____. **Violência sexual contra crianças e adolescentes não é brincadeira**. Disponível em: <http://www.mpgo.mp.br/portal/system/resources/W1siZiIsIjIwMTMvMDQvMDMvMTdfMTNfNTdfMzk1X0NhcjRpbGhhX2NyaWFuXHUwMGU3YV9uYW9fXHUwMGU5X2JyaW5xdWVkyby5wZGYiXV0/Cartilha%20crian%C3%A7a%20nao%20C3%A9%20brinquedo.pdf>

_____. **Sem proteção: é assim que uma criança ou adolescente se sente quando sofre algum tipo de violência**. Disponível em: <http://www.policiacivil.mt.gov.br/UserFiles/File/Image/Cartilha%20Explorao%20Sexual%2014,5x20,5cm%20-%20Menina%20-%20202%20final.pdf>

BREIDING, M.J. *et al.* Risk factors associated with sexual violence towards girls in Swaziland. **Bull World Health Organ**, v.89, n.3, p.203-10, 2011.

BRITO, L.M.T.; PEREIRA, J. Depoimento de crianças: um divisor de águas nos processos judiciais? **Psico USF**, v. 17, n. 2, p.285-293, 2012.

BROCKHAUSEN, T. Falsas alegações de abuso sexual infantil: o contexto do trabalho do psicólogo brasileiro. **Psicol Rev.**, v. 20, n. 2, p.199-219, 2011.

BUBLITZ, M.H.; STROUD, L.R. Childhood sexual abuse is associated with cortisol awakening response over pregnancy: preliminary findings. **Psycho Neuro Endocrinology**, v.37, n.9, p.1425-1430, 2012.

CALDERÓN, A. M. Incesto: enfoque médico legal. **Med Leg Costa Rica**, v. 29, n.2, p.47-54, 2012.

CAMPOS, M. A. T. F.; VIEIRA, C. D. D.; MOTA, J. A. C. A infância sem segredos: A noticiabilidade jornalística do crime de exploração sexual de crianças e adolescentes. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p. 17-29, 2009.

CANKAYA, B. *et al.* Parental sexual abuse and suicidal behaviour among women with major depressive disorder. **Can J Psychiatry**, v.57, n.1, p.45-51, 2012.

CANO, J. Violencia doméstica: abordaje en el primer nivel de atención: enfoque médico legal del diagnóstico de abuso sexual. **Arch Pediatr Urug**, v. 81, n.3, p.192-194, 2010.

CANTELMO, C.A. *et al.* Vitimização secundária: O irmão testemunha o abuso sexual da irmã. **Bol Psicol.**, v. 60, n.132, p.15-28, 2010.

CAPITÃO, C.G.; ROMARO, R. A. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes. **Psicol Am Lat. [Internet]**, n.13, 2008. Disponível em: Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000200014&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1870-350X. Acesso em: 20 ago. 2015.

CARVALHO, H.M.B. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza.** 2010. 247f. Tese (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade de São Paulo, Departamento de Epidemiologia, 2010.

CARVALHO, L. S. **A violência sexual na adolescência: significados e articulações.** 2012. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

CARVALHO, Q. C. M. *et al.* Imaginário de mães de crianças vítimas de abuso sexual: um ideal de superação. **Rev Rene**, v.11, n.3, p. 57-67, 2010.

CASTRO, G. B. **Abuso sexual na infância de mulheres brasileiras.** 2011. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 2011.

CEARÁ. Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará. **623 crianças e adolescentes sofreram violência sexual em 2015.** Disponível em: <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2015/07/no-ce-623-criancas-e-adolescentes-sofreram-violencia-sexual-em-2015.html>. Acesso em: 22 abr. 2014.

CHAMPION, J.D.; COLLINS, J.L. Comparison of a theory-based (AIDS Risk Reduction Model) cognitive behavioral intervention versus enhanced counseling for abused ethnic minority adolescent women on infection with sexually transmitted infection: results of a randomized controlled trial. **Int J Nurs Stud**, v.49, n.2, p.138-150, 2012.

CHEN, J. *et al.* Childhood sexual abuse and the development of recurrent major depression in Chinese women. **PLoS One**, v.9, n.1, p. e87569, 2014.

CHILE. Ministerio de Salud. **Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual: guía clínica.** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF; mayo, 2011.

CHIODO, D. *et al.* Impact of Sexual Harassment Victimization by Peers on Subsequent Adolescent Victimization and Adjustment: A Longitudinal Study. **Journal of Adolescent Health**, v. 45, p.246-252, 2009.

CHIU, G.R. *et al.* Prevalence and overlap of childhood and adult physical, sexual, and emotional abuse: a descriptive analysis of results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. **Violence Vict**, v.28, n.3, p.381-402, 2013.

CLARK, D.B.; THATCHER, D.L.; MARTIN, C.S. Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders, and health problems in adolescence and young adulthood. **J Pediatr Psychol**, v.35, n.5, p.499-510, 2010.

CLUM, G.A. *et al.* Strategies and outcomes of HIV status disclosure in HIV-positive young women with abuse histories. **AIDS Patient Care STDS**, v.27, n.3, p.191-200, 2013.

COGO, A.L.P. *et al.* Desenvolvimento e utilização de objetos educacionais digitais no ensino de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.15, n.4, 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16148/17777>. Acesso em: 22 abr. 2014.

COLQUHOUN, F. **The relationship between child maltreatment, sexual abuse and subsequent suicide attempts**. London, UK: The National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2009.

CONRAD, S.M. *et al.* Sex differences and HIV risk behaviors: the interaction between the experience of multiple types of abuse and self-restraint on HIV risk behaviors. **J Child Sex Abus**, v.23, n.5, p.558-576, 2014.

CONTRERAS, J. M. *et al.* **Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários**. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual, 2010.

COOGAN, P.F. *et al.* Abuse during childhood and adolescence and risk of adult-onset asthma in African American women. **J Allergy Clin Immunol**, v.131, n.4, p.1058-1063, 2013.

CORREA, J. **Educação à distância: orientações metodológicas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CORT, N.A. Predictors of treatment outcomes among depressed women with childhood sexual abuse histories. **Depress Anxiety**, v.29, n.6, p.479-486, 2012.

CORTÉS ARBOLEDA, M.R.; DUARTE J. C.; CANTÓN-CORTÉS, D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. **Gac Sanit.**, v.25, n.2, p.157-165, 2011.

COSTA, M.C.O. *et al.* Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p.563-574, 2010.

CURRIE, J.; WIDOM, C.S. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. **Child Maltreat.**, v.15, n.2, p.111-120, 2010.

DANIELSON, C.K. *et al.* Risky behaviors and depression in conjunction with--or in the absence of--lifetime history of PTSD among sexually abused adolescents. **Child Maltreat.**, v.15, n.1, p.101-107, 2010.

DANIELSON, C. K. *et al.* Risk reduction for substance use and trauma-related psychopathology in adolescent sexual assault victims: findings from an open trial. **Child Maltreat.**, v.15, n.3, p.261-268, 2010.

DAVICO, A. C. **Incidência en abuso sexual**. 2013. 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, 2013.

DE ANTONI, C. *et al.* Abuso sexual extrafamiliar: percepções das mães de vítimas. **Estudos de Psicologia**, v.28, n. 1, p.97-106, 2011.

DE BELLIS, M.D; SPRATT, E.G; HOOPER, S.R. Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. **J Child Sex Abus.**, v. 20, n. 5, p. 548-587, 2011.

DELL'AGLIO, D.D.; MOURA, A.; SANTOS, S.S. Atendimento a mães de vítimas de abuso sexual e abusadores: considerações teóricas e práticas. **Psicol Clín.**, v. 23, n.2, p.53-73, 2011.

DESLANDES, S. *et al.* Capacitação profissional para o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.31, n.2, p. 431-435, 2015.

DESLANDES, S. *et al.* Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.8, p.1633-1645, 2011.

DESLANDES, S. F.; MENDES, C. H. F.; LUZ, E. S. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p.874-874, 2014.

DIAS, F. L. A. *et al.* Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev Enferm UERJ**, v. 18, n. 3, p. 456-461, 2010.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. Teaching Patients with Low Literacy Skills. **American Journal of Nursing [Internet]**, v. 96, n. 12, 1996. Available from: <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/teaching-patients-with-low-literacy-skills/>. Cited 10 Feb. 2014.

DOLEZAL, C. *et al.* Childhood sexual experiences with an older partner among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. **Child Abuse Negl**, v.38, n.2, p. 271-279, 2014.

DRAUCKER, C.B. *et al.* Healing from childhood sexual abuse: a theoretical model. **J Child Sex Abus**, v. 20, n.4, p. 435-466, 2011.

DRESDNER, R. C. *et al.* Percepción parental temprana y experiencias del desarrollo en violadores. **Rev Chil Neuro-psiquiatr.**, v. 48, n.2, p.96-105, 2010.

DREZETT, J. Fundamentalismo religioso e violência sexual. **Reprodclim.**, v. 8, n. 2, p.47-50, 2013.

DREZETT, J. *et al.* Transmission of anogenital warts in children and association with sexual abuse. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**, v. 22, n. 1, p.34-40, 2012.

DUKES, I. C. Reflexiones en torno a un tipo particular de pedofilia a la luz del análisis de la ópera: "Peter Grimes". **Rev Chil Psicoanal**, v. 27, n.1, p.72-82, 2010.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n.5, p. 754-757, 2005.

ELOY, C. B. A credibilidade do testemunho da criança vítima de abuso sexual no contexto judiciário. **Psicol Ciênc Prof**, v. 32, n.1, p:234-249, 2012.

ELRUBILSKY, V. *et al.* Conductas sexuales en la adolescencia y su relación con la historia familiar. **Rev Hosp Niños B Aires**, v. 52, n.239, p.518-521, 2010.

ESPINDOLA, G. A. Abuso Sexual Infanto-Juvenil: A Atuação do Programa Sentinela na Cidade de Blumenau/SC. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 3, p: 596-611, 2013.

FALKEMBACH, G.A.M. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. **Novas tecnologias na educação [Internet]**, v.3, n.1, 2005. Disponível em: seer.ufrgs.br/renote/article/download/13742/7970. Acesso em: 20 ago. 2014.

FARAY, S.P; SIQUEIRA, A.C. O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. **Barbarói**, n.37, p.67-87, jul/dez, 2012.

FAÚNDES, A. *et al.* Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**, v. 40, n. 6, p.301-306, 2012.

FEIRING, C.; CLELAND, C.M.; SIMON, V.A. Abuse-specific self-schemas and self-functioning: a prospective study of sexually abused youth. **J Clin Child Adolesc Psychol.**, v.39, n.1, p.35-50, 2010.

FERNANDES, A.C.; HAYES, R.D.; PATEL, V. Abuse and other correlates of common mental disorders in youth: a cross-sectional study in Goa, India. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v.48, n.4, p.515-523, 2013.

FIGUEROA, G.C. La seducción sexual infantil: revolución y repercusiones de la teoría de Freud. **Rev Med Chil.**, v.142, n.1, p.84-89, 2014.

FINDER, S.G.; KORENMAN, S. Community, context, and the contrasting roles of clinicians and researchers: challenges raised by statutory rape. **Am J Bioeth.**, v.14, n.10, p.55-57, 2014.

FLATSCHART, F. **ActionScript 3.0**. Editora Brasport, 2010.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004.

FRANCISCO, J. M. Niños en circunstancias especialmente difíciles: Venezuela 2000-2009. **Gac Méd Caracas**, v. 119, n. 3, p.218-242, 2011.

FRANCO, A. *et al.* Abuso sexual infantil y el investimento: desinvestimento libidinal del cuerpo sexuado genitualmente. **Anu Investig Fac Psicol.**, v. 20, n. 1, p. 49-63, 2013.

FRASIER, L.D. *et al.* Development of standardized clinical training cases for diagnosis of sexual abuse using a secure telehealth application. **Child Abuse Negl.**, v.36, n.2, p.149-155, 2012.

FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Esc Anna Nery**, v. 12, n. 1, p. 84-89, 2008.

FREITAS, L. V. **Construção e validação de hiperímia educacional em exame físico no pré-natal**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FRIEDMAN, M.S. *et al.* A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. **Am J Public Health**, v. 101, n.8, p.1481-194, 2011.

FUNSTON, L. Aboriginal and Torres Strait Islander worldviews and cultural safety transforming sexual assault service provision for children and young people. **Int J Environ Res Public Health**, v.10, n.9, p.3818-3833, 2013.

GALLO-SILVER, L.; ANDERSON, C.M.; ROMO, J. Best clinical practices for male adult survivors of childhood sexual abuse: "do no harm". **Perm J.**, v.18, n.3, p.82-87, 2014.

GAMBLE, S.A. *et al.* Domain-specific social functioning improvements during treatment of depressed women with histories of childhood sexual abuse. **J Affect Disord.**, v.130, n.3, p.478-482, 2011.

GAVA, L; DELL'AGLIO, D. D. Técnicas utilizadas en las pericias psicológicas en casos de abuso sexual infanto-juvenil. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 23, n.56, p:368-368, 2013.

GAVA, L. L; DELL'AGLIO, D. D. Percepções de psicólogos sobre a perícia nos Institutos Médico-Legais do Brasil. **Estud Psicol.**, v.18, n.4, p:609-617, 2013.

GAVA, L.L.; PELISOLI, C.; DELL'AGLIO, D.D. A perícia psicológica em casos de suspeitade abuso sexual infanto-juvenil. **Aval Psicol.**, v. 12, n. 2, p:137-145, 2013.

GAVA, L. L.; SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. A. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. **Psico** (Porto Alegre), v. 44, n. 2, p:235-244, 2013.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; VALENCICH, D. M. O; CARNEVALLE, C. V; MARCOPITO, L. F. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. **Rev Assoc Med Bras.**, v.;58, n. 6:659-665, nov.-dez. 2012.

GILLIHAN, S.J. *et al.* The Child PTSD Symptom Scale: psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. **Psychol Assess.**, v.25, n.1, p:23-31, 2013.

GILMORE, A.K. *et al.* Assessing women's sexual arousal in the context of sexual assault history and acute alcohol intoxication. **J Sex Med.**, v.7, n.6, p. 2112-2119, 2010.

GIRGIRA, T.; TILAHUN, B.; BACHA, T. Time to presentation, pattern and immediate health effects of alleged child sexual abuse at two tertiary hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Public Health**, v.14, p. 92, 2014.

GLOVER, D.A. *et al.* Childhood sexual abuse severity and disclosure predict posttraumatic stress symptoms and biomarkers in ethnic minority women. **J Trauma Dissociation**, v.11, n.2, p. 152-173, 2010.

GODOI, M. R.; NEVES, L. Corpo, violência sexual, vulnerabilidade e educação libertadora no filme “Preciosa: uma história de esperança”. **Interface comunicação saúde educação**, v.16, n.41, p.409-21, 2012.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONZÁLEZ, E. A. *et al.* Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva. **Rev Chil Obstet Ginecol.**, v. 77, n. 6, p:413-422, 2012.

GONZÁLEZ, E. Una aproximación a las características de los abusadores sexuales y los factores asociados al abuso. **Cuad Méd Soc.**, v. 52, n. 4, p.187-198, 2012.

GOODMAN, G.S. *et al.* False memory for trauma-related Deese-Roediger-McDermott lists in adolescents and adults with histories of child sexual abuse. **Dev Psychopathol.**, v.23, n. 2, p. 423-438, 2011.

GORT, N.B.; ARGOTA, J. V.; PERAZA, M. C. Maltrato infanto juvenil en discapacitados cognitivos. **Rev Cuba Med Gen Integr.** [Internet], v.26, n.2, 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200014&lng=es. Acceso em 20 ago 2014.

GOSLING, F. J.; ABDO, C. H. N. Abuso sexual na infância e desenvolvimento da pedofilia: revisão narrativa da literatura. **Diagn. Tratamento.**, v. 16, n.3, 2011.

GOYAL, M.K. *et al.* Enhancing the emergency department approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric sexual assault response team program. **Pediatr Emerg Care**, v.29, n.9, p. 969-973, 2013.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res. Nurs. Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

GUBERT, F.A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza/CE. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on-line], v. 11, p. 123-142, 2009. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf. Acesso em: 20 out. 2015.

GUEDES, L.N.A. **A participação das escolas de ensino fundamental de Breves-PA no enfrentamento da exploração sexual de crianças e adolescentes**. 2012. 220f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Pará, 2012.

GUIMARÃES, J. A.T. L.; VILLELA, W. V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 27, n.8, p.1647-1653, 2011.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Caracterização dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. **Psicol. Clín.**, v.22, n.2, p. 27-44, 2010.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

HABIGZANG, L. F. *et al.* M. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 21, n. 2, p. 338-344, 2008.

HABIGZANG, L. F.; RAMOS, M. S.; KOLLER, S.H. A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. **Psicol. teor. Pesqui**, v. 27, n.4, p:467-473, dez. 2011.

HADLAND, S.E. *et al.* Childhood sexual abuse and risk for initiating injection drug use: a prospective cohort study. **Prev Med**, v.55, n.5, p. 500-504, 2012.

HAILEYE, A. Psychopathological correlates of child sexual abuse: the case of female students in Jimma zone, South West Ethiopia. **Ethiop J Health Sci.**, v.23, n.1, p. 32-38, 2013.

HAMMERSCHLAG, M.R.; GAYDOS, C.A. Guidelines for the use of molecular biological methods to detect sexually transmitted pathogens in cases of suspected sexual abuse in children. **Methods Mol Biol.**, v. 903, p. 307-317, 2012.

HAYDON, A.A.; HUSSEY, J.M.; HALPERN, C.T. Childhood abuse and neglect and the risk of STDs in early adulthood. **Perspect Sex Reprod Health**, v.43, n.1, p.16-22, 2011.

HÉBERT, M.; LAVOIE, F.; BLAIS, M. Síndrome do Estresse Pós-Traumático/PTSD em adolescentes vítimas de violência sexual: a resiliência e o suporte social como fatores de proteção. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 694-694, 2014.

HELLER, E.A. **Psicologia das cores: Como actuam as cores sobre os sentimentos e a razão.** Editores: Barcelona: Editorial Gustavo Gili, S.L, 2006.

HERNÁNDEZ, S. J. *et al.* Evaluando el conocimiento de menores de edad sobre drogas y alcohol, abuso sexual infantil, violencia intrafamiliar en infecciones de transmisión sexual: el caso de la Escuela Estados Unidos de América. **Med. leg. Costa Rica**; v. 27, n.2, p. 27-33, sep. 2010.

HIGAREDA-ALMARAZ, M.A. *et al.* Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa. **Salud pública Méx**, v.53, n.2, p.134-140, 2011.

HOBBS, C.J.; WRIGHT, C.M. Anal signs of child sexual abuse: a case-control study. **BMC Pediatr**, v.14, p.128, 2014.

HOHENDORFF, J. V. *et al.* Análise documental de casos de violência sexual contra meninos notificados em Porto Alegre. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 24, n.58, p. 196-196, 2014.

HOHENDORFF, J.V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S.H. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. **Psicologia USP**, v. 23, n. 2, p. 395-415, 2012.

HOHENDORFF, J. V. *et al.* Produção e Utilização de um Documentário Sobre Violência sexual contra meninos. **Psico.**, v. 43, n. 2, p. 228-236, 2012.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009. Disponível em: fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a24.pdf. Acesso em: 20 ago. 2015.

HOSANG, G.M. *et al.* Gender specific association of child abuse and adult cardiovascular disease in a sample of patients with basal cell carcinoma. **Child Abuse Negl**, v.37, n.6, p.374-9, 2013.

HOSSAIN, M. *et al.* The relationship of trauma to mental disorders among trafficked and sexually exploited girls and women. **Am J Public Health**, v.100, n.12, p.2442-9, 2010.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOUCK, C.D. *et al.* Sexual abuse and sexual risk behavior: beyond the impact of psychiatric problems. **J Pediatr Psychol**, v. 35, n.5, p.473-83, 2010.

HOUSTON, E. *et al.* Psychological pathways from childhood sexual and physical abuse to HIV/sexually transmitted infection outcomes among homeless women: the role of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms. **J Health Psychol.**, v.18, n.10, p. 1330-1340, 2013.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ICARD, L.D. *et al.* Mediation effects of problem drinking and marijuana use on HIV sexual risk behaviors among childhood sexually abused South African heterosexual men. **Child Abuse Negl**, v.38, n.2, p. 234-242, 2014.

IGE, O.; FAWOLE, O.I. Evaluating the medical care of child sexual abuse victims in a general hospital in Ibadan, Nigeria. **Ghana Med J.**, v. 46, n.1, p.22-26, 2012.

INOUE, S. R. V.; RISTUM, M. Violência sexual: Caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estud. Psicol.**, v. 25, n. 1, p. 11-21, 2008.

IRISH, L.; KOBAYASHI, I.; DELAHANTY, D.L. Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta-analytic review. **J Pediatr Psychol.**, v.35, n.5, p.450-461, 2010.

IVNIK, M.; JETT, M.Y. Creating written patient education materials. **CHEST Journal**, v. 133, n. 4, p. 1038-1040, 2008.

IWAMOTO, H.H. *et al.* A violência sexual infanto-juvenil sob a ótica dos informantes-chave. **Rev Eletrônica Enferm.**, v.12, n.4, 2010. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a08.htm. Acesso em: 10 out. 2014.

JAKUPCEVIC, K. K.; AJDUKOVIC, M. Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. **Croat Med J.**, v. 52, n.1, p.25-34, 2011.

JESUS, L. E. *et al.* M. Moléstia de Crohn em menina pré-puberal versus abuso sexual: implicações clínicas e médico-legais. **Pediatr. Mod. [Internet]**, v. 48, n.3, 2012. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4964&fase=imprime. Acesso em: 10 out. 2014.

JONES, D.J. *et al.* Trajectories of childhood sexual abuse and early adolescent HIV/AIDS risk behaviors: the role of other maltreatment, witnessed violence, and child gender. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v.39, n.5, p.667-80, 2010.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.** 2013. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2013.

JUNIOR, P.M. C.J.; RAMOS, P.L. Abuso sexual: do que se trata?: contribuições da psicanálise à escuta do sujeito. **Psicol. Clín.**, v.22, n.1, p:71-84, jun. 2010.

KELLER, S.M.; ZOELLNER, L.A.; FEENY, N.C. Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: adherence, childhood sexual abuse history, and social support. **J Consult Clin Psychol**, v.78, n.6, p.974-9, 2010.

KENDLER, K.S.; AGGEN, S.H. Clarifying the causal relationship in women between childhood sexual abuse and lifetime major depression. **Psychol Med.**, v. 44, n.6, p.1213-1221, 2014.

KHANDKER, M. *et al.* Is chronic stress during childhood associated with adult-onset vulvodynia? **J Womens Health (Larchmt)**, v. 23, n.8, p. 649-656, 2014.

KONRADT, C. E. *et al.* Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. **Arch Clin Psychiatry**, v.40, n.3, p. 93-96, 2013.

KOOLA, M.M. *et al.* Prevalence of childhood physical and sexual abuse in veterans with psychiatric diagnoses. **J Nerv Ment Dis.**, v.201, n.4, p. 348-352, 2013.

KRISTMAN-VALENTE, A.N.; BROWN, E.C.; HERRENKOHL, T.I. Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. **J Adolesc Health**, v.53, n.4, p. 533-538, 2013.

KUPERMANN, D. A criança, o infantil e o que o psicanalista (não) sabe. **Estilos Clin.**, v. 16, n. 2, p. 324-337, 2011.

LANGE, A.; RUWAARD, J. Ethical dilemmas in online research and treatment of sexually abused adolescents. **J Med Internet Res.**, v.12, n.5, p.58, 2010.

LÅNGSTRÖM, N. *et al.* Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. **BMJ**, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f4630>

LEYTON, C. M.; QUEZADA, D. R.; MOLINA, T.G. Perfil epidemiológico de adolescentes mujeres con antecedentes de agresión sexual consultantes en el área de salud mental de un centro de salud sexual y reproductiva. **Rev. chil. obstet. Ginecol.**, v. 78, n.1, p. 26-31, 2013.

LIBÂNIO, J.C. O dualismo perverso da escola pública brasileira: escola do conhecimento para os riscos, escola de acolhimento social para os pobres. **Educação e Pesquisa**, v.38, n.1, p. 13-28, 2012.

LI, N.; AHMED, S.; ZABIN, L.S. Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. **J Adolesc Health**, v.50, n.3, p. S45-51, 2012.

LIMA, J.A.; ALBERTO, M.F. P. As vivências maternas diante do abuso sexual intrafamiliar. **Estud Psicol.**, v. 15, n.2, p.129-136, 2010.

LIMA, J.S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface comun. saúde educ**, v. 15, n. 38, p. 819-832, 2011.

LIMA, M.A. **Avaliação de uma cartilha virtual sobre autoexame ocular para portadores de HIV/AIDS**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

LIMA, S.L.L. **Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

LINDAUER, R.J. *et al.* The Amsterdam Sexual Abuse Case (ASAC)-study in day care centers: longitudinal effects of sexual abuse on infants and very young children and their parents, and the consequences of the persistence of abusive images on the internet. **BMC Psychiatry**, v.14, p.295, 2014.

LINS, M. Z. S. **Avaliação do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), com Foco na Notificação de Violência sexual na Região Metropolitana de Fortaleza, no Período de 1999 a 2007**. 2008. 1v. 87f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOEB, T.B. *et al.* Associations between child sexual abuse and negative sexual experiences and revictimization among women: does measuring severity matter? **Child Abuse Negl.**, v.35, n.11, p. 946-955, 2011.

LOPES, E. M. **Construção e validação de hipermídia educacional em planejamento familiar: abordagem à anticoncepção.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LOPES, G. T. *et al.* O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. **Esc Anna Nery.**, v. 11, n. 4, p. 712-716, 2007.

LOPES, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermagem-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado.** 2004. 142f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

LOPES, M. V. O. **Validação de software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais.** 2001. 152f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2001.

LORENTINO, B. R. B. Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS. **Fractal Rev Psicol.**, v. 26, n. 1, p. 59-70, 2014.

LORENZ, T.A; MESTON, C.M. Associations among childhood sexual abuse, language use, and adult sexual functioning and satisfaction. **Child Abuse Negl**, v.36, n.2, p. 190-199, 2012.

LOWENKRON, L. A cruzada antipedofilia e a criminalização das fantasias sexuais. Sexualidad, Salud y Sociedad. **Revista Latinoamericana**, n.15, p.37-61, 2013.

LOWN, E.A. *et al.* Child physical and sexual abuse: a comprehensive look at alcohol consumption patterns, consequences, and dependence from the National Alcohol Survey. **Alcohol Clin Exp Res.**, v.35, n.2, p. 317-25, 2011.

LUNA, I.T. **Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua.** 2014. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2014.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nurs. Res.**, v. 35, n. 6, p. 382-86, 1986.

LYON, T.D.; AHERN, E.C.; SCURICH, N. Interviewing children versus tossing coins: accurately assessing the diagnosticity of children's disclosures of abuse. **J Child Sex Abus**, v. 21, n.1, p.19-44, 2012.

MACHADO, A. P.; ARPINI, D. M. Depoimento sem dano: Dissidências e concordâncias na inquirição de crianças e adolescentes. **Psicol. Argum.**, v. 31, n.73, p. 291-302, 2013.

MACHADO, H.B. *et al.* Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, p.54-63, 2005.

MAGALHÃES, M.L.C. *et al.* O profissional de saúde e a violência na infância e na adolescência. **Femina**, v.37, n.10, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2009/v37n10/a006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

MAIKOVICH-FONG, A.K.; JAFFEE, S.R. Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: findings from a national sample of youth. **Child Abuse Negl**, v.34, n.6, p. 429-37, 2010.

MALGARIM, B.G.; BENETTI, S. P.C. O abuso sexual: estudos de casos em cenas incestuosas. **Estud Psicol.**, v. 28, n.4, p. 511-519, 2011.

MARKOWITZ, S.M. *et al.* Childhood sexual abuse and health risk behaviors in patients with HIV and a history of injection drug use. **AIDS Behav**, v.15, n.7, p. 1554-1560, 2011.

MARQUES, I. R.; MARIN, H. F. Enfermagem na web: o processo de criação e validação de um web site sobre doença arterial coronariana. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.10, n.3, p.298-307, 2002.

MARTINS, A. K. L. *et al.* Literatura de cordel: tecnologia de educação para a saúde e enfermagem. **Rev Enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 324-329, 2011.

MARTINS, C.B.G.; MELLO JORGE, M.H.P. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do Sul do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n.2, p.246-255, 2010.

MASHHADI, V.Z.; KARGOZARI, M.R. Influences of digital class rooms on education. **Comput Sci.**, v. 3, p. 1178-1183, 2011.

MATTOS, I. A.; LIMA, I. M. S. O. Motherhood and intrafamilial child sexual abuse: to guarantee a protective embrace. **Rev Bras Crescimento desenvolv Hum.**, v. 22, n. 3, p:373-377, 2012.

MAZZARDO, R. I. **Prevenção do abuso sexual infanto-juvenil: Produção de material educativo para mães.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Escola do Grupo Hospitalar Conceição e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ, 2012.

McCLOUD, S. **Desvendando os quadrinhos:** história, criação, desenho, animação, roteiro. São Paulo: M. Books, 2005.

MCLEAN, C.P. *et al.* Social and academic functioning in adolescents with child sexual abuse-related PTSD. **Child Abuse Negl.**, v.37, n.9, p. 675-678, 2013.

MEADE, C.S. Methamphetamine use is associated with childhood sexual abuse and HIV sexual risk behaviors among patrons of alcohol-serving venues in Cape Town, South Africa. **Drug Alcohol Depend.**, v.126, n.1-2, p. 232-239, 2012.

MEADE, C.S. *et al.* Reductions in alcohol and cocaine use following a group coping intervention for HIV-positive adults with childhood sexual abuse histories. **Addiction**, v.105, n.11, p. 1942-1951, 2010.

MEDEIROS, A. P. O abuso sexual infantil e a comunicação terapêutica: um estudo de caso. **Pensando fam;** v. 17, n.1, p. 54-62, 2013

MENDONÇA, M. R. S. **Ciência em quadrinhos: recurso didático em cartilhas educativas**. 2008. Tese (Doutorado em Letras) – Departamento de Letras, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

MENDOZA, J. P. El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual. **Rev. cuba. obstet. Ginecol**, v.36, n.1, p. 109-123, 2010.

MENDOZA, J.P.; HERNÁNDEZ, V.J. Abuso sexual em niñas y adolescentes. Experiencias de 10 años. **Revista Cubana Obstet Ginecol.**, v.35, n.1, 2009.

MENEGHEL, S.N. *et al.* Femicide: narratives of gender crimes. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.46, p.523-533, 2013.

MERHY, E.E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MESTON, C.M.; LORENZ, T.A.; STEPHENSON, K.R. Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: results from a randomized clinical trial. **J Sex Med**, v.10, n.9, p. 2177-2189, 2013.

MESTON, C.M. Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. **Arch Sex Behav**, v. 40, n.2, p:351-62, 2011.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 4, p. 454-8, 2008.

MONTEIRO, C.G. **O papel educativo dos meios de comunicação** [Internet]. Fórum Idéias. P. 1-9. Disponível em: http://www.ipu.pt/forumedia/3/3_fi3.htm

MONTEIRO, E. M. L. M. *et al.* Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde. **Esc Anna Nery.**, v. 15, n. 2, p. 323-330, 2011.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E.; CRUZ, M. Desenvolvimento e uso de tecnologias educacionais no contexto da AIDS e da saúde reprodutiva: Reflexões e perspectivas. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Org.). **Educação, comunicação e tecnologia educacional: interface com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006. p. 27-47.

MORAIS, R. L. G. L.; SALES, Z. N.; RODRIGUES, V. P. Limites e possibilidades no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. **Rev enferm UFPE on line**, v.9, supl. 3, p: 7672-81, 2015.

MOREIRA, M. F. *et al.* Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 52, n. 2, p. 184-8, 2003.

MOSACK, K.E. *et al.* Sexual risk-taking among high-risk urban women with and without histories of childhood sexual abuse: mediating effects of contextual factors. **J Child Sex Abus**, v.19, n.1, p.43-61, 2010.

MOSQUERA, J.; BERMÚDEZ, A. Percepción de riesgo de abuso sexual entre adolescentes escolarizados de la ciudad de Cali. **Colomb. Méd**, v.41, n.1,p.:35-44, 2010.

MOUESCA, J.P.; ARZA, M.J. I.; STABILITO, L. Verrugas anogenitales y sospecha de abuso sexual infanto-juvenil. **Arch. argent. pediatr**; v. 110, n. 5, p:438-444, oct. 2012.

MOURA, A.S.; KOLLER, S.H. Expressões de empatia em homens acusados de abuso sexual infantil. **Psico** (Porto Alegre), v. 41, n.2, p.184-191, 2010.

MURRAY, L.K.; NGUYEN, A.; COHEN, J.A. Child sexual abuse. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.**, v.23, n.2, p:321-37, 2014.

NATSUAKI, M.N.; LEVE, L.D.; MENDLE J. Going through the rites of passage: timing and transition of menarche, childhood sexual abuse, and anxiety symptoms in girls. **J Youth Adolesc**; v.40, n.10, p.1357-1370, 2011.

NEGRIFF, S. *et al.* Characterizing the sexual abuse experiences of young adolescents. **Child Abuse Negl.**, v.38, n.2, p. 261-270, 2014.

NICHOLS, J. *et al.* Physical and sexual abuse in orphaned compared to non-orphaned children in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Child Abuse Negl.**, v. 38, n.2, p.304-316, 2014.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Rio Grande do Sul: Ed. Unijuí, 2000.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-352, 2005.

NOLL, J.G. *et al.* Receptive language and educational attainment for sexually abused females. **Pediatrics**, v.126, n.3, p. 615-622, 2010.

NOVAIS, M. R.; BRITTO, I. A. G. Comportamentos-problema de uma criança vítima de abuso sexual. **Rev. bras. ter. comport. Cogn.**, v. 15, n.1, p.4-19, 2013.

NUDEL, C. R. Abuso sexual intrafamiliar: el dibujo conjunto como medio de evaluación. Lo icónico y lo plástico en el gráfico. **Subj. procesos cogn.**, v. 18, n.1, p:245-273, 2014.

O'CLEIRIGH, C.; SAFREN, S.A.; MAYER, K.H. The pervasive effects of childhood sexual abuse: challenges for improving HIV prevention and treatment interventions. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.59, n.4, p:331-4, 2012.

OGLE, C.M. *et al.* Autobiographical memory specificity in child sexual abuse victims. **Dev Psychopathol**, v. 25, n.2, p:321-32, 2013.

OLIVEIRA, M. D.; SEI, M. B. Abuso sexual e as contribuições da psicologia no âmbito Judiciário. **Barbarói**, v. 41, p. 4-22, 2014.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa. 2006. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, M. S. *et al.* Manual educativo da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 1, p. 115- 123, 2008.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Material educativo da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.1, p.115-123, 2008.

OLIVEIRA, M. S. **Promoção da saúde da mulher mastectomizada**: avaliação de estratégias educativa. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

OSHITAKA C.T. *et al.* Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 27, n.4, p.701-713, 2011.

ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Genebra: ONU, 1989. Disponível em <<http://www.unric.org/html/portuguese/humanrights/Crianca.pdf>>.

ONU. **Protocolo facultativo para a Convenção sobre os Direitos da Criança**. Genebra: ONU, 2000. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10123.htm>.

PAIXÃO, A.C. W.; DESLANDES, S. F. Abuso sexual infanto juvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p. 4189-4198, 2011.

PAIXÃO, A.C. W; DESLANDES, S.F Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. **Saúde Soc.**, v.19, n.1, p.114-126, 2010.

PAQUETTE, E.T.; ROSS, L.F. The moral and legal need to disclose despite a certificate of confidentiality. **Am J Bioeth.**, v.14, n.10, p. 51-53, 2014.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin.** [Internet], v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Edição especial. Disponível em: <http://www.henet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255ahtm>>.

PASSARELA, C.M.; MENDES, D. D.; MARI, J. J. Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. **Arch Clin Psychiatry**, v.37, n.2, p. 60-65, 2010.

PAYNE, D.; OLSON, K.; PARRISH, J.W. Pathway to Hope: an indigenous approach to healing child sexual abuse. **Int J Circumpolar Health.**, v. 72, 2013.

PECHTEL, P.; PIZZAGALLI, D.A. Disrupted reinforcement learning and maladaptive behavior in women with a history of childhood sexual abuse: a high-density event-related potential study. **JAMA Psychiatry.**, v.70, n.5, p:499-507, 2013.

PELISOLI, C.; DELL'AGLIO, D. D. Psicologia jurídica em situações de abuso sexual: possibilidades e desafios. **Bol. Psicol.**, v. 63, n. 139, p.175-192, 2013.

PELISOLI, C.; DOBKE, V.; DELL'AGLIO, D. D. Depoimento especial: para além do embatee pela proteção das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Temas Psicol.**, v. 22, n. 1, p. 25-38, 2014.

PELISOLI, C.; GAVA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Psicologia jurídica e tomada de decisão em situações envolvendo abuso sexual infantil. **Psico USF**, v. 16, n.3, p. 327-338, 2011.

PELISOLI, C. *et al.* Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. **Temas Psi.**, v. 18, n. 1, p. 85-97, 2010.

PEREDA, N.; GALLARDO-PUJOL, D. Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. **Gac Sanit**, v. 25, n. 3, p. 233-239, 2011.

PERKINS, T. **Flash Professional CS5 Bible**. Editora Wiley, 2010.

PERSONS, E. *et al.* The impact of shame on health-related quality of life among HIV-positive adults with a history of childhood sexual abuse. **AIDS Patient Care STDS**, v.24, n.9, p. 571-580, 2010.

PÉREZ-FUENTES, G. *et al.* Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. **Compr Psychiatry**, v.54, n.1, p.16-27, 2013.

PÉREZ, M. Nuevos y viejos escenarios de la sexualidad: las implicaciones del cuerpo: el caso Agustina. **Cuestiones infanc**, v.1, p.85-94, 2011.

POGGETTO, M. T. D.; CASAGRANDE, L. D. R. Fui fazendo e aprendendo: temática de aprendizagem de clientes colostomizados e a ação educativa do enfermeiro. **REME: rev min enferm**, v. 7, n. 1, p. 28-34, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

POLLI, R.G.; SAVEGNAGO, S.D.O.; ARPINI, D.M. Psicoterapia e psicoterapeuta: representações de uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 20-29, 2013.

POMMIER, J.; GUEVEL, M.R.; JOURDAN, O. Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixeal methods. **BMC Public Health**, v.10, n. 43, 2010.

POOL, A. Evaluación de la fortaleza Yoica en agresores sexuales infantiles a través del cuestionario desiderativo. **Investig. Psicol.**, v. 17, n. 1, p.119-138, 2012.

PUFFER, E.S. *et al.* An evidence-based group coping intervention for women living with HIV and history of childhood sexual abuse. **Int J Group Psychother**, v.61, n.1, p.98-126, 2011.

RAMOS, C.R.A.; MEDICCI, V.P.G.; PUCCIA, M.I.R. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referencia. **Rev. Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n.1, p.22-27, 2009.

REY, M. A. Inocencia interrompida. **Rev. chil. psicoanal**, v. 28, n.2, p. 42-48, 2011.

RIBAS, C.B.R. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. **An Bras Dermatol.**, v.86, n.1, p. 80-86, 2011.

RICH-EDWARDS, J.W. *et al.* Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. **Am J Prev Med.**, v.39, n.6, p. 529-536, 2010.

RICH-EDWARDS, J.W. *et al.* Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. **Circulation**, v.126, n.8, p. 920-927, 2012.

RINCÓN, P. G. *et al.* Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. **Rev Chil Pediatr.**, v.81, n.3, p. 234-240, 2010.

RODRIGUES, S. G.; CONSTÂNCIO, T.B.; NEVES, M. G. C. Rede contra Violência Sexual no DF: uma representatividade da saúde e da educação na adolescência **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 4, p. 343-352, 2011.

ROQUE, E. M. S. T. *et al.* Sistemas de justiça e a vitimização secundária de crianças e ou adolescentes acometidas de violência sexual intrafamiliar. **Saúde Soc.**, v. 23, n.3, p. 813-813, 2014.

ROSNER, R. *et al.* Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v.15, p. 195, 2014.

SANTANA, J.S.S.; SANTANA, R.P.; LOPES, M.L. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise de Notificações dos conselhos tutelares e departamento de polícia Técnica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, supl.1, p.68-86,2011.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, Sup. 2, p. S321-S333, 2009.

SANTOS, S.S; DELL'AGLIO, D.D. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicol. soc.** (Impr.), v.22, n.2, p.328-335, 2010.

SANTOS, S.; SILVA, L.R. A prática de leitura e o livro didático: uma análise das atividades de interpretação textual. **Intersecções**, v.1, p. 178-192, 2012.

SANTOS, V.A.; COSTA, L. F. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estud. psicol.**, v. 28, n.4, p. 529-537, 2011.

SARTOR, C. E. *et al.* Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. **Addiction**, v.108, n.5, p. 993-1000, 2013.

SARTOR, C.E. Investigating the association between childhood sexual abuse and alcohol use disorders in women: does it matter how we ask about sexual abuse? **J Stud Alcohol Drugs.**, v.73, n.5, p. 740-748, 2012.

SAWADA, N. O. **A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória.** 1990. Dissertação (Mestrado) – Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SCANAVINO, M. T. Violência sexual na infância/adolescência e risco para o HIV/AIDS na vida adulta. **Diagn. Tratamento**, v. 14, n. 4, p. 165-167, 2009.

SCHAEFER, L. S.; ROSSETTO, S.; KRISTENSEN, C. H. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. **Psicol Teor Pesqui.**, v. 28, n.2, p. 227-234, 2012.

SCHAFER, K.R.; GUPTA, S.; DILLINGHAM, R. HIV-infected men who have sex with men and histories of childhood sexual abuse: implications for health and prevention. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v.24, n.4, p. 288-298, 2013.

SCHOEDL, A.F *et al.* The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. **J Child Sex Abus.**, v.19, n.2, p. 156-170, 2010.

SCHRAUFNAGEL, T.J. *et al.* Childhood sexual abuse in males and subsequent risky sexual behavior: a potential alcohol-use pathway. **Child Abuse Negl**, v.34, n.5, p. 369-378, 2010.

SCORTEGAGNA, S. A.; AMPARO, D. M. Avaliação psicológica de ofensores sexuais com o método de Rorschach. **Aval. Psicol.**, v. 12, n. 3, p. 411-419, 2013.

SCORTEGAGNA, S. A.; VILLEMOR-AMARAL, A. E. Perda traumática e desamparo: análise qualitativa das respostas no Rorschach. **Psico USF.**, v. 18, n.1, p.1-12, 2013.

SENN, T.E.; CAREY, M.P.; COURY-DONIGER, P. Mediators of the relation between childhood sexual abuse and women's sexual risk behavior: a comparison of two theoretical frameworks. **Arch Sex Behav.**, v.41, n.6, p. 1363-1377, 2012.

SEPÚLVEDA, C. C. Develación del abuso sexual en niños y adolescentes: un artículo de revisión. **Rev. Soc. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.**, v.21, n.1, p. 44-56, 2010.

SERAFIM, A.P. *et al.* Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Arch. clin. Psychiatry**, v.38, n.4, p.143-147, 2011.

SERPA, M.G. Primeiras experiências de exploração sexual: um estudo sobre o processo de aproximação de adolescentes a essa realidade. **Psico (Porto Alegre)**, v. 41, n. 1, p.32-39, 2010.

SHAMSEDDEEN, W. *et al.* Impact of physical and sexual abuse on treatment response in the Treatment of Resistant Depression in Adolescent Study (TORDIA). **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.**, v.50, n.3, p.293-301, 2011.

SHARAPIN, M. *et al.* O desenvolvimento compartilhado de impresso como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. **Cad Saude Publica**, v.19, n. 2, p. 495-504, 2003.

SHEFFIELD, J.M. *et al.* Childhood sexual abuse increases risk of auditory hallucinations in psychotic disorders. **Compr Psychiatry**, v. 54, n.7, p.1098-1104, 2013.

SHENK, C.E. *et al.* A prospective examination of the role of childhood sexual abuse and physiological asymmetry in the development of psychopathology. **Child Abuse Negl.**, v.34, n.10, p. 752-761, 2010.

SIKKEMA, K. J. *et al.* Reductions in traumatic stress following a coping intervention were mediated by decreases in avoidant coping for people living with HIV/AIDS and childhood sexual abuse. **J Consult Clin Psychol**, v.81, n.2, p.274-283, 2013.

SILVA, A. **Avaliação da atuação do enfermeiro na prevenção de DST/AIDS no programa saúde na escola.** 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SILVA, J. M.; SILVA, C. R. C. HIV/AIDS e Violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 3, p. 635-646, 2011.

SILVA, L.M.P.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 919-924, set.-out. 2011.

SILVA, L. S. **Adolescentes vítimas de violência sexual: crenças e valores relacionados à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a AIDS.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

SILVA, M. C. M. **Descortinando a violência sexual em crianças e adolescentes: análise da invisibilidade do problema sobre a ótica epidemiológica e clínica-legal.** 2009. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

SILVA, M.G. *et al.* Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam? **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 2, p. 398-406, 2013.

SILVA, N. B.; FALCKE, D. Família incestuosa: do silêncio à possibilidade de revelação. **Pensando fam.**, v.16, n.1, p. 177-197, 2012.

SILVA, R.L.; VERONESE, J.R.P. Os crimes sexuais contra crianças e adolescentes no ambiente virtual. In: **Anais...** Âmbito Jurídico, Rio Grande, XII, n. 69, nov 2009. Disponível em:
http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6634.

SILVEIRA, A.R. **Compreendendo o depoimento sem dano**. 2013. 76f. Monografia (Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais). Curso de Direito. Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2013.

SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M.; SAVEGNAGO, S. D. O. Família e abuso sexual na perspectiva de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Aletheia**, v.34, p. 109-122, 2011.

SMITH, P.N. The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse. **J Clin Psychol**, v.68, n.1, p.78-87, 2012.

SOARES, J. S.F.; LOPES, M.J.M.; NJAINE. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.6, p:1121-1130, 2013.

SOUSA, C. S. **Educação pós-operatória**: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

SOUTO, R. Q.; ARAÚJO, F. K. C. D.; CAVALCANTI, A. L. Violência sexual: análise de dados relacionados ao atentado violento ao pudor. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 25, n. 2, 2012.

SPRÖBER, N. *et al.* Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. **BMC Public Health**, v.14, p. 282, 2014.

STEPHENSON, K.R.; HUGHAN, C.P.; MESTON, C.M. Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. **Child Abuse Negl.**, v.36, n.2, p. 180-189, 2012.

SUTHERLAND, M.A. Examining mediators of child sexual abuse and sexually transmitted infections. **Nurs Res.**, v.60, n.2, p. 139-147, 2011.

TEICHER, M.H. Commentary: Childhood abuse: new insights into its association with posttraumatic stress, suicidal ideation, and aggression. **J Pediatr Psychol.**, v.35, n.5, p. 578-80, 2010.

TEIXEIRA, B.B. **PCN do ensino fundamental: teoria e prática do currículo na rede estadual de ensino em Juiz de Fora**. Relatório de pesquisa apresentado à FAPEMIG. Departamento de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2006.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. *et al.* Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n.1, p. 90-102, 2013.

TEIXEIRA, S. A. M.; TAQUETTE, S. R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 4, p. 440-446, 2010.

TELES, L. M. R. **Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante trabalho de parto e parto**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TESTA, M.; HOFFMAN, J.H.; LIVINGSTON, J.A. Intergenerational transmission of sexual victimization vulnerability as mediated via parenting. **Child Abuse Negl.**, v.35, n.5, p.363-371, 2011.

THOMPSON, A.D. *et al.* Sexual trauma increases the risk of developing psychosis in an ultra high-risk "prodromal" population. **Schizophr Bull**, v. 40, n.3, p. 697-706, 2014.

TORRES, M.V. Estudio del discurso de una madre que denuncia abuso sexual intrafamiliar e intenta dominar la mente de outro. **Subj. procesos cogn**, v.14, n.1, p. 249-275, 2010

TRICKETT, P.K.; NOLL, J.G.; PUTNAM, F.W. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. **Dev Psychopathol**, v.23, n.2, p.453-476, 2011.

TRINDADE, L. C. *et al.* Violência sexual infantil e vulnerabilidade. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 60, n. 1, p.74-74, 2014.

TRIPODI, S.J.; PETTUS-DAVIS, C. Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use, and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US. **Int J Law Psychiatry**, v.36. n.1, p. 30-40, 2013.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2011 [Internet]**. Fevereiro, 2011. Disponível em:<http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf.

UNICEF. **Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children [Internet]**. Fevereiro, 2014. Disponível em: www.unicef.org/publications/index_74865.html

UNICEF. Situação mundial da infância 2013: Crianças com Deficiência. 2013 [Internet]. Fevereiro, 2013. Disponível em: www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013.pdf.

VARGAS, K. G. Incesto: enfoque psiquiátrico. **Med. leg. Costa Rica**, v. 29, n.2, p.55-60, 2012.

VASCONCELOS, K. L. *et al.* Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio. **Rev. Rene**, v.11, n.1, p. 38-47, 2010.

VASCONCELLOS, S. *et al.* Comunicação instrumental diretiva e efetiva em impressos hospitalares. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 6, p. 1667-1679, 2003.

VERAS, T. O Sistema Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infantojuvenil e o Plano Nacional: um exemplo de política pública aplicada. **Cad. EBAPE**, v. 8, n. 3, p. 404-421, 2010.

VELOSO, M.M.X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VERONESE, J.R.P. Violência e exploração sexual infantojuvenil: uma análise conceitual. **Psic. Clin.**, v. 24, n.1, p. 117-133, 2012.

VIANNA, H.M. **Testes em Educação**. São Paulo: IBRASA, 1982.

VILLEMOR-AMARAL, A. E.; SCORTEGAGNA, S. A. Uso do rorschach na investigação do abuso sexual infantil. **Paidéia** (Ribeirão Preto). v. 22, n.52, p. 271-280, 2012.

ZAMBON, M. P. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 58, n. 4, p. 465-471, 2012.

ZHAO, Q. *et al.* Childhood sexual abuse and its relationship with psychosocial outcomes among children affected by HIV in rural China. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v.22, n.3, p. 202-214, 2011.

ZULUAGA, C. J. A. *et al.* Abuso sexual y factores asociados en población escolarizada perteneciente a una institución educativa de la ciudad de Manizales, Caldas (Colombia), 2012. **Arch. Med**, v. 13, n.1, p. 47-60, 2013.

ZUMA, C.E. *et al.* **A violência de gênero na vida adulta**. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Org.). Impactos da Violência na Saúde—Rio de Janeiro, RJ: Fundação Osvaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Ed Fiocruz, 2010. p.169.

WALSH, K. *et al.* Posttraumatic stress disorder symptoms: a mechanism in the relationship between early sexual victimization and incapacitated/drug-or-alcohol-facilitated and forcible rape. **J Interpers Violence**, v.28, n.3, p. 558-576, 2013.

WALSH, K. *et al.* National prevalence of posttraumatic stress disorder among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. **Arch Gen Psychiatry**, v.69, n.9, p. 935-942, 2012

WEISS, K. G. Male sexual victimization: Examining men's experiences of rape and sexual assault. **Men and Masculinities**, v.12, n.3, p. 275-298, 2010.

WILSNACK, S.C. *et al.* Characteristics of childhood sexual abuse in lesbians and heterosexual women. **Child Abuse Negl.**, v.36, n.3, p. 260-265, 2012.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.1, p. 143-150, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World reports on violence and health Report**. Geneva: WHO, 2002.

YAHAYA, I. *et al.* Individual and community-level socioeconomic position and its association with adolescents experience of childhood sexual abuse: a multilevel analysis of six countries in Sub-Saharan Africa. **J Inj Violence Res.**, v. 6, n.1, p. 21-30, 2014.

YAHAYA, I. *et al.* A comparative study of the socioeconomic factors associated with childhood sexual abuse in sub-Saharan Africa. **Pan Afr Med J.**, v.11, p. 51, 2012.

YAHAYA, I. *et al.* Social disorganization and history of child sexual abuse against girls in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis. **BMC Int Health Hum Rights**, v.13, n.33, 2013.

YOUNG, T. H.; WILLIAMS, J.; NELSON-GARDELL, D. Conselheiros de proteção às famílias em situação de violação: a importância das funções críticas do trabalho. **Psicol Teor Pesqui.**, v. 30, n. 4, p. 393-400, 2014.

APÊNDICE A - Carta-convite para os juízes

Prezado(a) Sr.(a),

Estou desenvolvendo, no Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, um estudo intitulado “Construção e validação de cartilha educativa digital direcionada a prevenção da violência sexual contra adolescentes”, sob orientação da professora Dr^a. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Este estudo tem como objetivos: construir e validar uma cartilha educativa voltada para a prevenção da violência sexual contra adolescentes;

O estudo constará de três etapas metodológicas: construção da cartilha educativa, validação por juízes e avaliação pelos adolescentes.

Deste modo, gostaria de convidá-lo(a) a colaborar como juiz(a) na avaliação da referida tecnologia, na sua área de especialidade, através do preenchimento do Instrumento de Avaliação dos juízes.

Vale ressaltar que sua participação é voluntária. Garanto-lhe o anonimato e o direito de não participar da pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo. Lembro também que você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, caso não lhe seja conveniente continuar colaborando com esta pesquisa.

Certo de contar com a sua colaboração, desde já agradeço,

Atenciosamente,

Kelanne Lima da Silva

Doutoranda em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Juízes (Fase de Validação)**

Convidamos-lhe a participar do estudo intitulado: “**Construção, validação e implementação de cartilha educativadirecionada a prevenção da violência sexual contra adolescentes**”, que tem como objetivos: construir uma cartilha educativa voltada para a prevenção da violência sexual contra adolescentes; validar uma cartilha educativa voltada para a prevenção da violência sexual contra adolescentes; implementar a cartilha a um grupo de adolescentes no contexto escolar e avaliar o conhecimento das adolescentes após serem submetidas às informações contidas na cartilha.

Sua participação é importante, contudo não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos deste estudo sejam esclarecidos. A qualquer momento poderá se recusar a continuar participando do estudo e também poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Não haverá custo para os participantes do estudo. A participação é voluntária e você não receberá remuneração por essa avaliação. Além disso, o estudo não trará malefícios para os participantes, além de poder trazer benefícios ao meio científico. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

<p>Endereço da responsável pela pesquisa: Kelanne Lima da Silva Instituição: Universidade Federal do Ceará Endereço: Rua Alexandre Baraúna Bairro: /CEP/Cidade: Rodolfo Teófilo/ CEP: 60.430-050/ Fortaleza-CE Telefones p/contato: (85) 88442991</p>

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que à minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso dou o meu consentimento sem ter sido forçado ou obrigado.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2013.

(Assinatura do voluntário)	<p>Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo</p> <hr/> <p>Nome do profissional que aplicou o TCLE</p>
<p>Endereço do(a) participante-voluntário(a) Domicílio: (rua, praça, conjunto): Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:</p>	

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
ADOLESCENTE (GRUPO FOCAL)**

Sou Kelanne Lima da Silva, aluna do Curso de Doutorado da Universidade Federal do Ceará, e atualmente pretendo desenvolver um estudo que tem como objetivos: construir uma cartilha educativa voltada para a prevenção da violência sexual contra adolescentes; validar uma cartilha educativa voltada para a prevenção da violência sexual contra adolescentes; implementar a cartilha a um grupo de adolescentes no contexto escolar e avaliar o conhecimento das adolescentes após serem submetidas às informações contidas na cartilha.

Este estudo faz parte do Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Após a sua aceitação e de seu responsável, Você participará de dois encontros de grupos que irão abordar a temática da violência sexual.

Sua participação é importante, contudo não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos deste estudo sejam esclarecidos. A qualquer momento poderá se recusar a continuar participando do estudo e também poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Não haverá custo para os participantes do estudo. A participação é voluntária e você não receberá remuneração por esta avaliação. Além disso, o estudo não trará malefícios para os participantes, além de poder trazer benefícios ao meio científico. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto dos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Assim, gostaria de pedir a sua colaboração para participar da pesquisa. Antes preciso explicar alguns pontos quanto à minha intenção para você avaliar sua participação ou não.

Informo, ainda, que:

- ❖ Você tem todo o direito de não participar da pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo.
- ❖ Garanto-lhe o anonimato e o sigilo das informações prestadas durante os encontros. Não divulgarei nome nem qualquer informação que possa identificá-lo ou que estejam relacionadas com sua identidade.
- ❖ Caso aceite participar não haverá qualquer prejuízo ou alteração no seu atendimento por causa das informações fornecidas nesta pesquisa.
- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo durante o andamento da pesquisa resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento sem nenhum prejuízo. Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a criação de um método alternativo de promoção da saúde para outros adolescentes.
- ❖ Este termo será feito em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador.

Em face desses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO E
DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem ter sido forçado ou obrigado.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2013.

(Assinatura do adolescente)	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo
(Assinatura do responsável)	Nome do profissional que aplicou o TCLE
Endereço do(a) participante-voluntário(a) Domicílio: (rua, praça, conjunto): Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:	

APÊNDICE D - Termo de Assentimento do Adolescente (Grupo Focal)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Construção, validação e implementação de cartilha educativa direcionada a prevenção da violência sexual contra adolescentes”. Em primeiro lugar, informo que os encontros serão realizados na escola, que serão previamente agendados com o responsável pela escola e com o adolescente, após a autorização dos seus pais e/ou responsável e o seu consentimento. Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você participará de dois encontros de grupos que irão abordar a temática da violência sexual. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento com a sua participação. Você será esclarecido(a) sobre o que deseja saber da pesquisa e estará livre para participar ou recusar. O seu responsável poderá retirar a autorização ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e, caso você se recuse em participar, não haverá qualquer mudança na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora que guardará a sua identidade. Você não será identificado em nenhuma publicação. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa terminar e ficarão arquivados com a pesquisadora responsável. Este termo de assentimento está em duas cópias, deverá ser assinado pela pesquisadora responsável e por você, sendo que uma cópia ficará com a pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato:

Endereço do responsável pela pesquisa:
Nome: Kelanne Lima da Silva
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.
Telefones para contatos: 3366.8461

Também podemos informá-los diante de qualquer dúvida, através do Comitê de Ética (COMEPE) pelo telefone 3366-8344.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável poderá mudar a decisão da minha participação se quiser. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____ .

 Assinatura do(a) participante

 Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
ADOLESCENTES (FASE DE AVALIAÇÃO)**

Sou **Kelanne Lima da Silva**, aluna do Curso de Doutorado da Universidade Federal do Ceará, atualmente pretendo desenvolver uma cartilha educativa direcionada à prevenção da violência sexual contra adolescentes. Este estudo faz parte do Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Após a sua aceitação e de seu responsável será entregue a cartilha educativa e um instrumento de avaliação do material produzido para ser respondido por você. Sua participação é importante, contudo não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos deste estudo sejam esclarecidos. A qualquer momento poderá se recusar a continuar participando do estudo e também poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Não haverá custo para os participantes do estudo. A participação é voluntária e você não receberá remuneração por esta avaliação. Além disso, o estudo não trará malefícios para os participantes, além de poder trazer benefícios ao meio científico. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Assim, gostaria de pedir a sua colaboração para participar da pesquisa. Antes preciso explicar alguns pontos quanto à minha intenção para você avaliar sua participação ou não.

Informo, ainda, que:

- ❖ Você tem todo o direito de não participar da pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo.
- ❖ Garanto-lhe o anonimato e o sigilo das informações prestadas durante os encontros. Não divulgarei nome nem qualquer informação que possa identificá-lo ou que esteja relacionado com sua identidade.
- ❖ Caso aceite participar não haverá qualquer prejuízo por causa das informações fornecidas nesta pesquisa.
- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo durante o andamento da pesquisa resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo.
- ❖ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a criação de um método alternativo de promoção da saúde para outros adolescentes.
- ❖ Este termo será feito em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO E
DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que à minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem ter sido forçado ou obrigado.

Fortaleza-CE, ____ de ____ de 2015.

(Assinatura do adolescente)	_____
(Assinatura do responsável)	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo

	Nome do profissional que aplicou o TCLE
Endereço do(a) participante-voluntário(a)	
Domicílio: (rua, praça, conjunto):	
Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:	

APÊNDICE F - Termo de Assentimento do Adolescente (Fase de Avaliação)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Construção, validação e implementação de cartilha educativa direcionada a prevenção da violência sexual contra adolescentes”. Em primeiro lugar, informo que os encontros serão realizados na escola, que serão previamente agendados com o responsável da escola e com o adolescente, após a autorização dos seus pais e/ou responsável e o seu consentimento. Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você irá avaliar uma cartilha educativa e receberá um instrumento de avaliação dos adolescentes que deverá ser preenchido após a leitura do material educativo.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento com a sua participação. Você será esclarecido(a) sobre o que desejar saber da pesquisa e estará livre para participar ou recusar. O seu responsável poderá retirar a autorização ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e, caso você se recuse em participar, não haverá qualquer mudança na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora que guardar a sua identidade. Você não será identificado em nenhuma publicação. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa terminar e ficarão arquivados com a pesquisadora responsável. Este termo de assentimento está em duas cópias, deverá ser assinado pela pesquisadora responsável e por você, sendo que uma cópia ficará com a pesquisadora responsável, e a outra ficará com você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato:

Endereço do responsável pela pesquisa:
Nome: Kelanne Lima da Silva
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo.
Telefones para contatos: 3366.8461

Também podemos informá-los diante de qualquer dúvida, através do Comitê de Ética (COMPE) pelo telefone 3366-8344.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e o meu responsável poderá mudar a decisão da minha participação se quiser. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____ .

 Assinatura do(a) participante

 Assinatura da pesquisadora

ANEXO A - Instrumento de avaliação dos juízes

Data: ___/___/___

Nome: _____ Idade: _____

Graduação em: _____ Ano de titulação: _____

Especialização em: _____ Ano de titulação: _____

Mestrado em: _____ Ano de titulação: _____

Doutorado em: _____ Ano de titulação: _____

Ocupação atual: _____

Instituição em que trabalha: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Perfil de produção bibliográfica nos últimos três anos:

Instruções de uso: leia atentamente o conteúdo do texto. O quadro abaixo representa os aspectos a serem avaliados. Leia atentamente cada um dos itens e em seguida responda a todos eles de acordo com a legenda abaixo:

4- concordo;

3- concordo parcialmente;

2- discordo parcialmente;

1- discordo.

Obs: Caso marque as opções 2 e 3, descreva o motivo pelo qual selecionou tal item.

1. OBJETIVOS – Relaciona-se ao assunto abordado na tecnologia e seus vários aspectos.

1. Aborda a temática de forma efetiva	1	2	3	4
2. Esclarece sobre a importância do tema	1	2	3	4
3. Existe clareza nas informações	1	2	3	4
4. Expressa capacidade de agregar informações	1	2	3	4
5. Retrata aspectos-chave importantes	1	2	3	4
6. Explica corretamente a finalidade da cartilha	1	2	3	4
7. Capacita os adolescentes para a promoção da saúde e mudança de comportamento e atitudes	1	2	3	4
8. As informações são coerentes com as necessidades das adolescentes	1	2	3	4
9. Reflete os principais aspectos da prevenção da violência sexual	1	2	3	4
10. As ilustrações representam a temática de forma compreensível	1	2	3	4

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – item determinado pela forma de apresentar o texto. Envolve, portanto, a organização geral, a estrutura, a estratégia de apresentação, a coerência e suficiência.

1. As informações estão corretas cientificamente	1	2	3	4
2. A linguagem está clara e objetiva com termos compreensíveis	1	2	3	4
3. O tamanho do texto e o número de telas estão adequados	1	2	3	4
4. O conteúdo segue uma sequência lógica e está bem estruturado em relação à concordância e a ortografia	1	2	3	4
5. O material está apropriado para o nível sociocultural das adolescentes	1	2	3	4
6. As ilustrações estão expressivas e suficientes	1	2	3	4

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

3 – RELEVÂNCIA – refere-se à característica que avalia o grau de significação do material.

1. Enfatiza o aspecto-chave que deve ser reforçado	1	2	3	4
2. A cartilha propõe as adolescentes adquirir conhecimento sobre a prevenção da violência sexual	1	2	3	4
3. Esclarece ao público algumas questões relacionadas à problemática	1	2	3	4
4. Incentiva a reflexão sobre o assunto	1	2	3	4
5. Retrata os aspectos necessários para a prevenção da violência sexual	1	2	3	4
6. Está adequada e pode ser usado por qualquer profissional em atividades educativas	1	2	3	4

Críticas ao conteúdo/pontos negativos:

Sugestões ao conteúdo/pontos positivos:

ANEXO B - Instrumento de avaliação das adolescentes

Dados de Identificação:

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Sexo: () M () F

4. Escolaridade: _____

Instruções: leia a cartilha e em seguida, analise o material educativo, marcando um X em uma das alternativas que estão em frente de cada afirmação:

0: Inadequado

1: Adequado

2: Totalmente Adequado

Se você marcou os itens 0 (Inadequado), diga qual foi o motivo pelo qual marcou essa opção.

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1- ORGANIZAÇÃO

A capa chamou sua atenção?	0	1	2
Mostra o assunto a que se refere?	0	1	2
A sequência dos tópicos está adequada?	0	1	2
O tamanho dos tópicos está adequado?	0	1	2

ESTILO DE ESCRITA

Quanto ao entendimento das frases, elas são:	0	1	2
O conteúdo escrito é:	0	1	2
O texto é:	0	1	2

3-APARÊNCIA

As ilustrações são:	0	1	2
As ilustrações servem para complementar o texto?	0	1	2
As seções parecem organizadas?	0	1	2

1- MOTIVAÇÃO

Você se sentiu motivado a ler até o final?	0	1	2
Em sua opinião, qualquer adolescente que ler essa cartilha vai entender do que se trata?	0	1	2
A cartilha aborda assuntos necessários para a prevenção da violência sexual?	0	1	2

Quais as sugestões para melhorar essa cartilha?

O que você achou da cartilha?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA DIRECIONADA A ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Pesquisador: KELANNE LIMA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26440614.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 640.696

Data da Relatoria: 08/05/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado orientado pela professora Patrícia Neyva da Costa Pinheiro e caracterizado como um estudo metodológico para construção, validação e avaliação de uma tecnologia educativa de promoção da saúde sexual direcionada a adolescentes vítimas de violência sexual. A pesquisadora dividirá o estudo em quatro etapas: construção da cartilha educativa, validação por especialistas, validação pelas adolescentes e avaliação da implementação por adolescentes vítimas de violência sexual. A etapa de construção da cartilha será dividida em quatro fases: levantamento do conteúdo, seleção do conteúdo, elaboração do material e criação das ilustrações. Uma revisão de literatura e a extração de informações de um estudo anterior serão utilizadas para embasamento teórico. Serão realizadas associações entre o que foi encontrado na literatura sobre o tema e os relatos das adolescentes no estudo anterior. Estas serão organizadas em ordem cronológica e reunidas em tópicos específicos que irão compor a cartilha. Com base no conteúdo selecionado, serão elaboradas as ilustrações com a finalidade de facilitar a compreensão dos sujeitos sobre a temática abordada na cartilha educativa. Para a realização dessa etapa será necessária a contratação de um profissional especialista em desenho que irá criar as ilustrações. Após esse momento, o material produzido será encaminhado para formatação e configuração das páginas com profissionais especialistas na área de diagramação. Concluída essa etapa, os

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 640.696

primeiros exemplares da cartilha passarão pelo processo de validação aparente e de conteúdo por especialistas em sexualidade e prevenção de DST/Aids das áreas de enfermagem, educação em saúde e violência sexual. Para selecionar os especialistas, será utilizada a amostragem por bola de neve. Logo após, será analisado o Curriculum Lattes dos profissionais para verificar se os mesmos apresentam pesquisas realizadas e publicadas na área do estudo, participação em grupos de pesquisa, experiência docente ou assistencial e, participação em banca avaliadora. Serão considerados especialistas aqueles profissionais que atingirem no mínimo cinco pontos nos critérios avaliados. Após a seleção, os especialistas serão contatados e indagados sobre a participação no presente estudo. Após aceitarem, serão encaminhados a cartilha educativa juntamente com a carta-convite com todos os esclarecimentos pertinentes à pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido e o instrumento de avaliação dos especialistas. O instrumento de avaliação será um questionário individual na forma de Escala de Likert, utilizada para mensurar o nível de concordância das respostas. Para a análise dos dados, serão calculados os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) que indicam a porcentagem de concordância entre os especialistas para cada item. Após etapa com os especialistas, será realizada validação aparente com adolescentes vítimas de violência sexual. Os critérios de inclusão adotados para as adolescentes serão: ter idade entre 10 e 19 anos, ter sido vítima de qualquer um dos tipos de violência sexual; e ter nível de escolaridade que possibilite a leitura. Será realizada uma visita à instituição de acolhimento institucional do Município de Fortaleza que abriga adolescentes vítimas de violência sexual na qual foi realizada pesquisa anterior. Após esse contato, e com a autorização dos responsáveis, as adolescentes que aceitarem participar do estudo terão que assinar o TCLE e o termo de assentimento juntamente com o seu responsável legal. Em seguida, serão distribuídas as cartilhas educativas para que as adolescentes possam ler e analisar o material confeccionado. O instrumento de avaliação será composto de um questionário individual na forma de escala de Likert e irá avaliar os objetivos, a organização, o estilo de escrita, a aparência e a motivação do material educativo. Na fase de implementação da cartilha educativa, será avaliado o conhecimento adquirido pelas adolescentes após a leitura do material educativo. Inicialmente, será realizado um levantamento da quantidade de adolescentes vítimas de violência sexual abrigadas nas 24 instituições de acolhimento que estão cadastradas no Núcleo de Atendimento da Defensoria Pública da Infância e Juventude. A amostra dessa etapa será definida a partir de um recorte temporal no qual serão incluídas todas as adolescentes vítimas de violência sexual que estiverem abrigadas nas instituições de acolhimento. Será aplicado um pré-teste com as adolescentes formado de perguntas de múltipla escolha elaboradas com base nos assuntos abordados na

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 640.696

cartilha educativa. Após a realização do pré-teste, será entregue a cartilha educativa. A pesquisadora irá acompanhar a leitura do material para se certificar de que o material realmente foi lido, mas em nenhum momento da leitura poderá intervir. Concluída a leitura, será entregue o pós-teste, construído com as mesmas perguntas, mas com apenas dois itens (verdadeiro ou falso). Será realizada análise estatística descritiva. Na avaliação da comparação da aquisição do conhecimento os resultados serão submetidos ao teste t-student pareado, sendo considerados significantes $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

Construir uma cartilha educativa voltada para a promoção da saúde sexual de adolescentes vítimas de violência sexual; Validar uma cartilha educativa voltada para a promoção da saúde sexual de adolescentes vítimas de violência sexual; Implementar a cartilha a um grupo de adolescentes vítimas de violência sexual; Avaliar o conhecimento das adolescentes sobre saúde sexual após serem submetidas às informações contidas na cartilha.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A realização da pesquisa não realizará exposição dos participantes a desconfortos ou constrangimentos.

Benefícios: desenvolvimento de uma cartilha educativa direcionada para adolescentes do sexo feminino com informações imprescindíveis para o desenvolvimento saudável da sexualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: cronograma com início da coleta em fevereiro de 2014; instrumento de avaliação dos especialistas; instrumento de avaliação das adolescentes da etapa de validação; carta de encaminhamento ao CEP; declaração de concordância; currículo; carta de autorização do diretor do Abrigo Lar Santa Mônica; folha de rosto; TCLE para especialistas; TCLE pais da etapa de validação; termo de assentimento para o adolescente da etapa de validação; TCLE pais da etapa de implementação; termo de assentimento do adolescente da etapa de implementação.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 640.696

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 08 de Maio de 2014

Assinador por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br