

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**CAMILA RODRIGUES AZEVEDO
MARINA LIMA DE CASTRO RODRIGUES**

**VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE:
REVELANDO O PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL E DOS
ATENDIMENTOS NA REDE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL,
NOS ANOS DE 2017 E 2018**

BRASÍLIA

2019

**CAMILA RODRIGUES AZEVEDO
MARINA LIMA DE CASTRO RODRIGUES**

**VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE:
REVELANDO O PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL E DOS
ATENDIMENTOS NA REDE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL,
NOS ANOS DE 2017 E 2018**

Produção técnico-científica aplicada como trabalho de
conclusão do terceiro Curso de Especialização em
Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília.

Orientadora: Profa. Francisca Alves de Carvalho

BRASÍLIA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A994v

Azevedo, Camila Rodrigues

Violência contra a criança e ao adolescente: revelando o perfil da violência sexual e dos atendimentos na rede de saúde do Distrito Federal, nos anos de 2017 e 2018. / Camila Rodrigues Azevedo, Marina Lima de Castro Rodrigues.

-- Brasília, 2019.

38 f.

Orientadora: Francisca Alves de Carvalho.

TCC (Pós-Graduação – Especialização em Saúde Coletiva)
– Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2019.

1. Violência Sexual. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Direitos Humanos. I. Rodrigues, Marina Lima de Castro. II. Carvalho, Francisca Alves de. III. Título.


Camila Rodrigues Azevedo e Marina Lima de Castro

Violência contra a criança e ao adolescente: revelando o perfil da violência sexual e dos atendimentos na rede de saúde do Distrito Federal, nos anos de 2017 e 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 31/10/2019.

BANCA EXAMINADORA



Esp. Francisca Alves Carvalho



Dra. Tatiana Oliveira Novais



Dr. Benedito Rodrigues dos Santos

RESUMO

Introdução: A violência, atualmente, se configura como um dos maiores desafios impostos às autoridades de saúde pública em todo o planeta. Estima-se que só no primeiro semestre do ano de 2018, no Brasil, das 36.757 denúncias recebidas pelo Disque 100, 23,3% foram relativas à violência sexual contra crianças e adolescentes. Todos os anos, tal violação de direitos humanos afeta esse público, muitas das vezes no espaço doméstico e familiar que os mesmos convivem, o que gera consequências no âmbito individual ou coletivo. **Objetivo:** analisar o perfil das vítimas de violência sexual atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio nos anos de 2017 e 2018. **Metodologia:** Pesquisa descritiva, que utilizou dados secundários de um centro de proteção especial a crianças e adolescentes. Para que os objetivos propostos fossem alcançados, o estudo se caracterizou como pesquisa de métodos integrados – análise dos dados por meio das perspectivas quantitativa e qualitativa. Para a coleta de dados, a própria equipe do Centro realizou as entrevistas, preenchendo um sistema informatizado, que gerou os gráficos e tabelas utilizados para a análise desse estudo. Ficou garantida a confidencialidade das vítimas durante todo o processo, sendo os dados não identificados por nomes ou qualquer outra informação que exponha a identidade dos mesmos. O Centro de Atendimento 18 de Maio, assinou um termo de autorização permitindo que os dados coletados fossem analisados pelo presente estudo. **Resultados:** Foram realizados 481 atendimentos nos anos de 2017 e 2018 e destes, o sexo feminino correspondeu a maioria das vítimas, na faixa etária de 0 a 11 anos, de etnia parda, em situação de presença nas escolas, onde a maioria dos atendidos possuíam deficiência ou algum transtorno mental. A Região Administrativa de Ceilândia foi a que mais recebeu atendimentos voltados para a violência sexual e na maioria dos casos houve revelação de violência por parte das crianças e adolescentes ouvidos, sendo que a presença de gestação correspondeu a 2,3% dos casos. **Considerações Finais:** Mesmo sendo um estudo novo para a região estudada, Distrito Federal, se observou características semelhantes às encontradas em outros estudos brasileiros e a levantamentos de perfis de vítimas de violência sexual a nível nacional, isso demonstra que políticas articuladas, em todas as esferas do governo, são essenciais para prevenir esse tipo de agravo.

Palavras chaves: Violência sexual. Crianças. Adolescentes. Direitos Humanos.

ABSTRACT

Introduction: Violence is currently one of the biggest challenges imposed on public health authorities around the globe. In Brazil, it is estimated that in the first half of 2018, 23.3% of the 36,757 complaints received by “Disque100” were related to sexual violence against children and adolescents. Such a violation of human rights affects this public, often in the family environment they live, which generates consequences at individual and collective levels every year. **Objective:** Analyzing the profile of the victims of sexual violence treated at the “Centro de Atendimento 18 de Maio”, a protection center in Brazil. **Methodology:** Descriptive research that used secondary data from a specialized protection center for children and adolescents. To achieve the proposed objectives, the study is characterized as a mixed method research - data analysis through quantitative and qualitative perspectives. For data collection, the Center staff conducted the interviews, completing a computerized system that generated the graphs and tables used for the analysis of this study. The confidentiality of the victims has been ensured throughout the process. Data has not been identified by names or any other information that could expose victims’ identity. The “Centro de Atendimento 18 de Maio” has signed an authorization form allowing the collected data analysis by this study. **Results:** In 2017 and 2018, 481 visits were made. Of these visits, most of the victims were female, aged 0 to 11 years, of mixed race, in a situation of presence in schools. “Ceilândia”, an Administrative Region in Brazilian Distrito Federal, received the most care focused on sexual violence and, in most cases, the children and adolescents heard had revealed sexual violence against them. The presence of pregnancy corresponded to 2.3% of cases. **Final Considerations:** Even though this is a new study for the studied region, Brazilian Distrito Federal, it was possible to observe similar characteristics to those found in other Brazilian studies and the survey of profiles of victims of sexual violence at national level, demonstrating that articulated policies, in all spheres of government, are essential to prevent this type of injury.

Keywords: Sexual Violence. Children. Adolescents. Human Rights.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Faixa etária, sexo e orientação sexual das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.....21
- Tabela 2-** Presença na escola, ano em curso e histórico de repetência das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.....21
- Tabela 3-** Etnia (autodeclarada), presença de deficiência e transtorno mental das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.....22
- Tabela 4-** Região Administrativa de Moradia das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.....23
- Tabela 5-** Características do domicílio, tipo, situação de moradia e renda das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018..... 24
- Tabela 6-** Presença de violência e gestação nas vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.....25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 O fenômeno da violência sexual e a saúde	13
3.2 Principais bases normativas internacionais	14
3.3 Principais bases normativas nacionais	16
3.4 Concepção dos Centros de Atendimento Integrado	19
3.5 O Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio no Distrito Federal	19
3.6 O enfrentamento da violência sexual no Distrito Federal	20
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÕES	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Pensar sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes é se pensar em uma questão que vem se tornando um problema crônico, trazendo grandes impactos para a saúde pública e apresentando dados que demonstram o desafio de enfrentamento de tal situação. Cenas e relatos desse tipo de violência, se tornaram comuns no dia a dia da sociedade brasileira, gerando repulsa e inconformismo e necessitando de medidas capazes de resolver o problema.

O enfrentamento para a mudança dessa realidade, necessita da ação articulada e integrada de diversos setores da sociedade, sendo de extrema relevância para a busca da promoção, defesa, controle e efetivação dos direitos desse público. Além disso, a conscientização da gravidade de tais agressões e posturas, precisa ser inserida no âmbito coletivo, para que toda a sociedade se torne veículo de denúncia e notificadora de casos.

Em consonância com o objetivo do curso de Especialização em Saúde Coletiva, o presente trabalho promoverá uma reflexão acerca do papel de toda sociedade, inclusive dos profissionais da saúde, sobre a conquista do direito a saúde, que envolve uma perspectiva de diferentes indicadores sociais, sendo um deles, a violência. A discussão do assunto, trará uma reflexão crítica sobre o papel que cada indivíduo tem no enfrentamento da violência sexual.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1), classifica a violência contra a criança e adolescente em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, os quais podem resultar em diversos danos ao desenvolvimento da vítima.

No Brasil, a Lei 13.431/2017 (2), normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, definindo a violência de cunho sexual como: abuso sexual, exploração sexual comercial e tráfico de pessoas.

O abuso sexual (2) é entendido, como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjugação carnal ou ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação do agente ou de terceiros. O contato com tal situação, é considerado importante fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde na infância e na vida adulta que impactam sobremaneira a saúde física e principalmente psicológica das vítimas (3).

A violência sexual contra crianças e adolescentes trata-se de um fenômeno complexo, de múltiplas determinações, que vem apresentando comportamento de crescimento ao longo dos anos.

Tal fenômeno, não pode ser explicado por meio de uma visão unilateral de causa e efeito, mas como resultante de um contexto e uma dinâmica sociocultural e política que, segundo as relações de poder estabelecidas perpassam o tecido social de forma arraigada e profunda, como se natural fosse a existência de um mais forte dominar um mais fraco (4).

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (5), no período de 2011 a 2017, 40,5% dos casos de notificação acerca da violência se concentraram nesses dois cursos de vida, casos de violência do tipo sexual alcançaram a porcentagem de 76,5% e o aumento geral de casos desse tipo de violência foi identificado quando se comparado os anos.

Segundo dados do Disque 100 (6) – um meio de comunicar a violação de direitos humanos no Brasil, só no ano de 2017, foram recebidas 84.049 denúncias de violações contra crianças e adolescentes. A violência do tipo sexual, foi a terceira mais comum, contando com 20.330 casos. O Distrito Federal, no mesmo ano, recebeu 309 denúncias relativas a abuso sexual.

Analisar a ocorrência de tal fenômeno e a forma como se manifesta é fundamental para determinar a extensão desse fenômeno e as possíveis intervenções e soluções para seu enfrentamento.

O relatório *Out of the Shadows* (Fora das Sombras) (7) divulgado no início do ano de 2019 pela revista britânica *The Economist*, aponta que o Brasil possui muitas limitações no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, tanto por falta de programas de prevenção, como também na coleta e divulgação de dados sobre violência sexual contra crianças e adolescentes.

A realização de estudos e diagnósticos sobre essa problemática são de extrema importância para subsidiar a discussão e formulação de políticas de saúde coletiva e de políticas públicas em geral voltadas ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Dada natureza multidimensional do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, que envolve o perfil da vítima, o perfil do agressor, dentre outras variáveis relacionadas, suscitou o interesse em realizar o presente estudo, que tem como objetivo analisar o perfil das vítimas de violência sexual atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio nos anos de 2017 e 2018.

2 METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como pesquisa de métodos integrados e de caráter descritivo. Para Saldaña (8), a pesquisa de métodos integrados utiliza de forma estratégica e proposital a combinação entre a maneira de obter e de analisar dados tanto sob a perspectiva qualitativa quanto sob a perspectiva quantitativa. Para Creswell (9), a pesquisa com métodos mistos é um delineamento de pesquisa que pode ser entendido tanto como um pressuposto filosófico quanto como um método de investigação.

Como uma metodologia, assume pressupostos filosóficos que guiam o caminho da coleta e da análise dos dados com a integração de abordagens quantitativas e qualitativas em diversas fases do processo de pesquisa. O método, propôs a coleta, a análise, e combinação de dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou série de estudos. A premissa central é que o uso combinado de abordagens quantitativas e qualitativas permite compreender melhor os problemas de pesquisa.

O presente estudo utilizou informações secundárias do banco de dados do Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Foram analisadas diversas variáveis em relação ao perfil das vítimas de violência sexual e o perfil do atendimento prestado a esses meninos e meninas nos anos de 2017 e 2018, no âmbito do Distrito Federal.

O Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio é um equipamento público de atendimento integrado e humanizado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e tem por objetivo contribuir para a atuação conjunta da rede, aproximando os processos de proteção e responsabilização de forma a evitar a revitimização desse público.

Cabe ressaltar que, para a delimitação do local de pesquisa, alguns fatores foram previamente considerados. Uma das pesquisadoras atua em parceria com o Centro Integrado na fase de desenvolvimento deste estudo, o que facilitou o acesso às informações, dado que já existe o relacionamento com a equipe técnica que atende e preenche os formulários e que ajudam no levantamento de informações. A pesquisadora também apresenta o conhecimento do dia-a-dia do local, o que tornou mais fácil a crítica dos resultados.

A abordagem qualitativa foi composta pela apreciação crítica dos dados observados, bem como as possíveis lacunas ali existentes. A relevância da análise crítica dos números é que estes podem ser úteis como possíveis indicadores de impacto na formulação de Políticas Públicas de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal

Para a realização os atendimentos, a equipe técnica do Centro faz uso dos seguintes instrumentos: i) psicossocial da família da criança, ii) psicossocial da/o adolescente, iii) psicossocial da família da/o adolescente. Após isso, as informações preenchidas nos instrumentais são registradas no sistema informatizado de dados, em que cada linha representa uma entrevista, enquanto cada coluna é uma pergunta do instrumento. O sistema gera informações e gráficos sobre os atendimentos, permitindo a aferição do perfil das vítimas, dos supostos agressores e das famílias.

Durante todo o processo de entrevistas, ficou garantida a confidencialidade das vítimas, sendo os dados não identificados por nome ou por qualquer outra informação que exponha a identidade dos entrevistados. Em relação a utilizado dos dados gerados por tais entrevistas, o Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio do Distrito Federal assinou um termo de autorização, permitindo que as pesquisadoras do presente estudo, utilizassem os dados coletados para seu projeto de pesquisa.

As informações de interesse para o respectivo estudo no banco de dados descrito acima, totalizam 487 atendimentos de crianças e adolescentes realizados entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018, sendo que 214 referem-se a 2017 e 273 ao ano 2018.

Em relação ao perfil das vítimas e dos atendimentos, foram utilizadas as seguintes variáveis: faixa etária (anos), sexo, orientação sexual, etnia autodeclarada, presença de deficiência, presença de transtorno mental, região administrativa, característica do domicílio, tipo de moradia, situação de moradia, está estudando? ano em curso, histórico de repetência, foi relatada alguma violência pela família?, foi relatada alguma violência pela criança/adolescente?, pode estar gestante?, a gestação pode ser resultado de violência sexual?.

Vale ressaltar que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Fiocruz de Governo, obtendo autorização ética para análise dos dados, sob o parecer 3.476.587, visto que os mesmos se referem a informações geradas por entrevistas com seres humanos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo trará algumas seções de fundamentação teórica que foram utilizadas como objeto de pesquisa para o presente trabalho.

3.1 O fenômeno da violência sexual e a saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) busca interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira, cuja concepção baseia-se na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (10).

A ideia dos determinantes sociais, segundo Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), é de que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (11). Trazendo a reflexão de que uma sociedade que produz desigualdades sociais, também produz violência, um potente adoecedor para os sujeitos sociais (12).

A violência é, atualmente, um dos maiores desafios impostos às autoridades de saúde pública em todo o planeta, pois aflige a humanidade sob diversas formas e em diferentes cenários (13). Sendo a violência sexual, responsável pela violação dos direitos humanos e direitos sexuais que impede crianças e adolescentes de usufruírem de uma sexualidade compatível com seu estágio de desenvolvimento, livre de discriminação ou coerção (14).

Considerar a violência sexual como problema de saúde pública é analisá-la enquanto produto de um momento sócio histórico, com determinantes sociais envolvidos nas múltiplas facetas dessa expressão da questão social. É deixar de considerar a violência sexual apenas como um problema de segurança, ou ainda torna-la naturalizada e invisível, é reconhecer que esse é um fenômeno que existe nesta sociedade e que traz inúmeros riscos à saúde (12).

Tais riscos, já foram descritos na literatura e vão desde problemas de saúde mental e física, comportamento de risco, problemas com o funcionamento social, dentre outros, sendo apresentados a longo prazo e refletindo na vida adulta das vítimas (15).

A violência sexual constitui um problema complexo, com raízes culturais, que atinge o campo da moralidade e da proteção dos direitos humanos (16). A mesma requer uma compreensão que vá além dos aspectos biológicos e psicológicos, sendo necessário contextualizar os fatores socio-históricos que os envolvem (17).

Através de sua função estratégica na rede de proteção de criança e adolescente, a saúde, tem desempenhado papel fundamental, não só na prevenção, detecção e atenção às crianças e adolescentes em situação de violência, mas na construção de informação sobre este fenômeno (18).

Em todo o mundo, são observadas diversas estratégias e ações que subsidiam esforços para o enfrentamento de todas as formas de violência contra crianças e adolescentes, dentre elas a violência sexual. O mais recente e falado nos últimos tempos, corresponde a uma negociação mundial, que levou ao compromisso de uma agenda de desenvolvimento sustentável, assinada por diversos países para o alcance de objetivos globais.

A Agenda 2030 (19), conta com diferentes temáticas, para o enfrentamento de situações de diversas naturezas e os esforços voltados para a violência se concentram no Objetivo 5: alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Dentro de tal objetivo, a violência sexual se encontra nas metas, sendo trazida como: “eliminar todas as formas de violência contra mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo tráfico e exploração sexual e de outros tipos”.

Além disso, o objetivo 16: promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis, também traz metas relacionadas a violência. Sendo “acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças”, o mais relacionado com a temática em questão.

3.2 Principais bases normativas internacionais

No cenário internacional podemos destacar alguns importantes normativas e tratados. Até a Primeira Guerra Mundial não havia qualquer menção aos direitos humanos e/ou direitos das minorias, como o direito da criança. O tema dos direitos humanos somente teve lugar no contexto das normativas internacionais, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 (20) e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU).

Assim, após os dois grandes conflitos mundiais, dá-se início a chamada internacionalização dos Direitos Humanos explicitada nos documentos internacionais como, a Carta da ONU (1945) (21), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (20) e em outros documentos; com os tratados internacionais e com a criação de dezenas de Organizações Internacionais interestatais, regionais e universais; dentre outros.

A considerada antecessora da ONU, a Liga ou Sociedade das Nações Unidas (ONU) publica em 1924 a Declaração sobre os Direitos da Criança (22). Esse documento serviu de base para a Declaração Universal dos Direitos da Criança (23), em 1959, estabelecendo direitos universais das crianças.

No período pós-Segunda Guerra Mundial surge o Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças (Unicef), criado para auxiliar as crianças dos países assolados pela guerra. Em 1953, foi transformado em agência permanente e especializado para a assistência à infância dos países em desenvolvimento (22).

Com a criação das Nações Unidas surgiram inúmeros documentos. Declarações, resoluções e tratados internacionais passaram a se ocupar da proteção da criança no âmbito global, aliados a sistemas regionais de direitos humanos (22). Dentre eles, destacam-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (20) e a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) (23).

Em 1989, a Convenção Internacional dos Direitos da Criança é adotada pela Resolução n.º L. 44 (XLIV) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro de 1990. O art. 34 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (23), ratificada pelo Brasil, obriga a proteger a criança contra todas as formas de exploração e abuso sexual, inclusive a exploração em espetáculos ou materiais pornográficos.

Em 1990, o bem-estar de todas as crianças é firmado na Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento das Crianças (24), compromisso assumido por 71 presidentes e chefes de Estado, além de representantes de 80 países durante o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança.

No ano de 1998, a Convenção Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores (25), trata da proteção dos direitos fundamentais e dos interesses superiores do menor, é a prevenção e sanção do tráfico internacional de menores, bem como a regulamentação de seus aspectos civis e penais.

Ainda em 1998, a Declaração de Estocolmo (26) apresenta uma Agenda de Ação para prevenção e proteção da exploração sexual de crianças e adolescentes, bem como medidas para recuperação e reintegração de vítimas de abuso.

No ano de 2002, o Relatório da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, resultante da Sessão Especial sobre a Criança, culmina em acordo unânime em torno de uma nova agenda para as crianças do mundo, incluindo 21 metas e objetivos específicos para saúde infantil, educação e proteção.

Por fim, em que pese todas as inovações apresentadas na Convenção de 1989 e a possibilidade da ponte com as demais legislações, a partir de um momento tornou-se insuficiente para poder tratar de todos os assuntos relacionados à infância, sendo necessária a aprovação de protocolos facultativos que vieram complementar a convenção à medida que as novas demandas foram surgindo.

De 1989 até hoje se destaca três protocolos facultativos. O protocolo de 2004 que aborda o problema da venda/tráfico de crianças para prostituição e da pornografia infantil (27). O protocolo que trata da não utilização de criança em conflitos armados (28) e o terceiro protocolo acarreta a aplicação deste sistema de controle sobre Estados-parte com relação a suas crianças e adolescentes.

A ideia central é garantir o cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes, através dos relatórios enviados pelos Estados-partes, pela possibilidade de denúncia por outros Estados e petições individuais caso o Estado-parte violador ou omissor dos direitos da criança e do adolescente não fizer para solucionar ou não tomar providência.

3.3 Principais bases normativas nacionais

É a partir da evolução da discussão desses direitos no mundo, notadamente nas últimas décadas do século XX e no início do século XXI, que surge o conceito de proteção à infância e se estrutura no Brasil.

O Código Penal Brasileiro (29) – CPB dispõe sobre o abuso e a violência sexual contra crianças e adolescentes na parte que trata dos Crimes Contra a Dignidade Sexual:

Estupro -Art. 213 “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.” Pena: reclusão de 6 (seis) a 10 (dez) anos. (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009).

Parágrafo único – “Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.” (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009).

Violação sexual mediante fraude - Art. 215 “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima.” Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Assédio sexual Art. 216-A. “Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.” Pena: detenção de 1 (um) a 2 (dois) anos. (Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001).
Parágrafo único – (VETADO) (Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001).
Parágrafo 2º – “A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.” (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009).

Corrupção de Menores - Art. 218. “Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem.” Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.
Parágrafo único. (VETADO).” (NR).

Estupro de vulnerável - Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

§ 1º Incorre na mesma pena 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.

§ 2º (VETADO)

§ 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.

§ 4º Se da conduta resulta morte: Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.”

Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente Art. 218-A. Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.”

Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável - Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone: Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.

§ 1º Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.

§ 2º Incorre nas mesmas penas:

I - Quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no caput deste artigo;

II - o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verificarem as práticas referidas no caput deste artigo.

§ 3º Na hipótese do inciso II do § 2º, constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licença de localização e de funcionamento do estabelecimento.”

Assim, observa-se no que se refere ao crime de estupro, no art. 213 do Código Penal Brasileiro – CPB (29), bem como no artigo 263 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (30), foi acrescentado um parágrafo único, agravando a pena quando o estupro for cometido

contra menor de 14 anos. Da mesma forma, o artigo 214 do CPB trata o crime de atentado violento ao pudor contra menor de 14 anos de idade.

A Constituição Federal de 1988 (31), em seu artigo 227 explicita que é o dever da família, da sociedade e do governo assegurar a prioridade à vida, a saúde, a alimentação, à educação, ao lazer e todas as formas dignas de criação sem exposição a violências, opressões e discriminações. E ressalta no §4º que a lei punirá “o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (30), Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, em seu artigo 5º, dispõe que “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”.

O artigo 241-E do Estatuto da Criança e do Adolescente (30) afirma que: para efeito dos crimes previstos nesta Lei, a expressão “cena de sexo explícito ou pornográfica” compreende qualquer situação que envolva criança ou adolescente em atividades sexuais explícitas, reais ou simuladas, ou exibição dos órgãos genitais de uma criança ou adolescente para fins primordialmente sexuais.

A Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001 (32), por sua vez dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

A obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar, nos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos na respectiva localidade, é prevista no ECA, através do artigo 13 (30). Observa-se que o tempo levado para institucionalização da notificação compulsória varia de acordo com cada realidade, e seu processo será marcado pela compreensão dos profissionais e gestores envolvidos acerca dessa problemática e de suas repercussões para a saúde pública, os recursos materiais e humanos disponíveis, a rede de atendimento e o investimento orçamentário.

O Decreto nº 7.958/2013, de 13 de março de 2013 (33), estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação.

A Lei Federal 13.431/2017, sancionada em 4 de abril de 2017 (2), estabelece o Sistema de Garantia de Direitos de crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência, o qual consiste em um conjunto de órgãos encarregados de assegurar a implementação das leis e das políticas de proteção a esse segmento populacional.

Ao realizarem a notificação dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes e acompanharem o desdobramento das denúncias, os profissionais de saúde interagem com esse conjunto de instituições, o que, certamente, contribui para que esse sistema funcione e fortaleça a rede de proteção da criança e do adolescente.

A Lei 13.431/2017 (2) inova ao estabelecer mecanismos e princípios de integração das políticas de atendimento e propõe a criação de **Centros de Atendimento Integrado**, os quais contarão com equipes multidisciplinares para acolher crianças e adolescentes com o atendimento especializado.

3.4 A concepção dos Centros de Atendimento Integrado

Nos Centros de Atendimento Integrado, criados por meio da Lei 13.431/2017 (2), são realizados dois tipos de procedimentos: 1) escuta especializada, quando ocorre nos serviços de saúde e assistência social onde a criança será atendida; e 2) depoimento especial, quando a criança então fala o que aconteceu, mas num ambiente acolhedor, por profissional capacitado no protocolo de entrevista².

A escuta protegida, realizada nos Centros de Atendimento Integrado, garante maior proteção para crianças e adolescentes ao depor em um ambiente acolhedor e com o depoimento gravado, evitando o processo de revitimização.

3.5 O Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio no Distrito Federal

No Distrito Federal, a criação do Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio começou a ser discutida em 2011 e sua implantação se deu no ano de 2016. Trata-se de um equipamento público de atendimento integrado e humanizado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, tendo como objetivo contribuir para atuação conjunta da rede, aproximando os processos de proteção e responsabilização, de forma a evitar a revitimização desse público.

É referência no atendimento de tal população e conta com equipe que realiza o atendimento inicial de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, assim como de suas respectivas famílias, a fim de a revitimização e dar celeridade aos procedimentos de

proteção, em um único ambiente, de forma acolhedora, imediata e integrada pelos órgãos participantes.

3.6 O Enfrentamento da Violência Sexual no Distrito Federal

Por meio da Childhood Brasil, que pertence a World Childhood Foundation (Childhood), instituição internacional que tem o seu foco de atuação no enfrentamento do abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes, o Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, foi reconhecido como exemplo bem-sucedido em suas experiências de atendimento.

A publicação intitulada “Centros de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violências: Boas Práticas e Recomendações para uma Política Pública de Estado” (34), reconheceu a importância do Centro para o Distrito Federal, destacando que o mesmo, é o único, dentre as experiências divulgadas na publicação, que conta com um espaço específico para adolescentes – que é denominado ateliê e conta com jogos, livros e um computador para games.

Além disso, o Distrito Federal, conta com o programa “Criança Candanga” (35), que determina a prioridade absoluta do Estado em assegurar as crianças e adolescentes a sua condição de sujeitos de direito e de cidadão. O programa apresenta quatro eixos, sendo o primeiro compreendido por “consolidação e ampliação dos direitos da criança e do adolescente, com definição de marcos legais institucionais e programáticos”, contando com a colaboração da sociedade e de todas as secretarias.

Mais recentemente, em 2018, uma Política Intersetorial de Enfrentamento a Violência Sexual de Crianças e Adolescentes do Distrito Federal, foi instituída e assinada.

O Decreto 39.087 de 29 de Maio de 2018 (36), tem por finalidade estabelecer princípios, diretrizes e ações de prevenção, atenção, defesa e responsabilização, comunicação e mobilização, conforme as normas e instrumentos nacionais e internacionais relacionados aos direitos das crianças e dos adolescentes, e implantar políticas públicas de forma intersetorial e transversal, garantindo a estruturação da rede de enfrentamento.

4 RESULTADOS

No Distrito Federal, através do Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, só no ano de 2017, foram realizados 212 atendimentos e no ano seguinte, 269. A seguir, serão descritas as principais características em relação as vítimas e aos atendimentos prestados.

Tabela 1- Faixa etária, sexo e orientação sexual das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.

Variável	N	%
Faixa etária (anos)		
00 – 11	319	66,3
12 – 17	162	33,7
Sexo		
Feminino	362	75,3
Inter sexo	1	0,2
Masculino	118	24,5
Orientação sexual		
Bissexual	8	1,7
Heterossexual	78	16,2
Lésbica	2	0,4
Não declarado	385	80
Pansexual	4	0,8
Sem informação	4	0,8
Total	481	100%

Fonte: Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio (2019).

A amostra avaliada (n=481) apresentou maior prevalência de atendimentos na faixa etária de 0 a 11 anos de idade (66,3%), equivalente ao período da infância, com o sexo feminino (75,3%) correspondendo a mais da metade dos atendimentos, tendo a orientação sexual não declarada (80%), pela maioria dos atendidos.

Tal perfil corrobora com dados divulgados pelo Disque 100, no primeiro semestre de 2018, onde o sexo feminino foi o mais vulnerável a presença de violência sexual, correspondendo ao maior número de ocorrências, com 564 denúncias, somente no Distrito Federal. Quando uma linha do tempo é feita, levando em consideração os anos de 2011 a 2018, em todos eles, o sexo feminino é o mais acometido pela violência, sendo que a nível nacional, 26.713 foram acometidas só no primeiro semestre de 2018 (37).

Tabela 2- Presença na escola, ano em curso e histórico de repetência das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.

Variável	N	%
Está estudando?		
Não	48	10
Sim	421	87,5
Não informado	12	2,5
Ano em curso		
Educação Infantil	76	15,8
Ensino Fundamental - Anos Iniciais	181	37,6
Ensino Fundamental	101	21,1
Ensino Médio	33	6,8
Educação de Jovens e Adultos	1	0,2
Não informado	89	18,5
Possui histórico de repetência?		
Não	322	66,9
Sim	85	17,7
Não informado	74	15,4
Total	481	100%

Fonte: Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio (2019).

No Distrito Federal, a maioria das vítimas se encontram em situação escolar, apresentando presença nas aulas (87,5%), sendo o ensino fundamental – anos iniciais, aquele correspondente do primeiro ao quinto do ano desse segmento, o mais prevalente (37,6%) e o ensino fundamental, do sexto ao nono ano, aparecendo em segundo lugar (21,1%) em relação a esta variável.

Tabela 3- Etnia (autodeclarada), presença de deficiência e transtorno mental das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.

Variável	N	%
Etnia – Autodeclarada		
Amarela	4	0,8
Branca	64	13,3
Indígena	5	1,0
Não declarada	228	47,4
Negra	51	10,6
Parda	129	26,8
Possui alguma deficiência?		
Não	414	86,1
Sim	31	6,4
Não declarado	36	7,5
Possui algum transtorno mental?		
Não	70	14,6
Sim	2	0,4
Não declarado	409	85,1
Total	481	100%

Fonte: Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio (2019).

Os dados levantados pelo Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, mostram que a não declaração da etnia (47,4%), foi a mais frequentemente observada, seguido de parda (26,8%) e branca (13,3%). Quando se percebe dados a nível nacional, o VIVA/SUS (5), refere que a raça/cor negra, tanto em crianças (45,5%) quanto em adolescentes (55,5%), foi a mais observada.

A presença de deficiência se mostrou em 6,4% dos casos e o transtorno mental em 0,4%, levantando-se a hipótese que a própria limitação física/mental seja um determinante do baixo índice de denúncias, devido ao seu alto grau de dependência física e sensorial, e porque muitas vezes os sinais e sintomas clínicos do abuso são ignorados por serem considerados decorrentes da doença principal (38).

Tabela 4- Região Administrativa de moradia das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.

Variável	N	%
Região Administrativa		
I – Brasília	23	4,8
II – Gama	29	6
III – Taguatinga	20	4,2
IV – Brazlândia	4	0,8
IX – Ceilândia	56	11,6
V - Sobradinho I	17	3,5
VI – Planaltina	6	1,2
VII – Paranoá	28	5,8
VIII - Núcleo Bandeirante	5	1
X – Guará	9	1,9
XI – Cruzeiro	10	2,1
XII – Samambaia	26	5,4
XIII - Santa Maria	20	4,2
XIV - São Sebastião	17	3,5
XIX - Candangolândia	1	0,2
XV - Recanto das Emas	8	1,7
XVI - Lago Sul	4	0,8
XVII - Riacho Fundo I	18	3,7
XVIII - Lago Norte	7	1,5
XX - Águas Claras	17	3,5
XXI - Riacho Fundo II	3	0,6
XXII - Sudoeste/ Octogonal	6	1,2
XXIII – Varjão	18	3,7
XXIV - Park Way	4	0,8
XXV – SCIA	33	6,8
XXVI - Sobradinho II	41	8,5
XXVII - Jardim Botânico	6	1,2
XXVIII – Itapoã	21	4,4
XXX - Vicente Pires	7	1,5
XXXI – Fercal	3	0,6
Entorno do DF	14	2,9
Total	481	100%

Fonte: Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio (2019).

O Distrito Federal é formado por Regiões Administrativas, onde cada território possui um órgão administrativo próprio e, além disso, recebe influência do Entorno, formado por cidades dos estados de Goiás e Minas Gerais. Na análise dos dados do Centro 18 de Maio, todas as regiões administrativas e também o entorno, apresentaram algum percentual de violência.

A região administrativa de Ceilândia, foi a mais prevalente, correspondendo a 56 atendimentos (11,6%), seguido de Sobradinho II (8,5%) e CIIA (6,8%). Já a região do Entorno do DF, apresentou uma parcela pequena de atendimentos, correspondendo a 2,9%.

Segundo um relatório divulgado pela Secretaria do Estado da Segurança Pública do Distrito Federal, nos anos de 2017 e 2018, a cidade de Ceilândia foi a que apresentou um maior número de estupro de vulnerável, aquele praticado contra menores de 14 anos ou contra que apresente deficiência mental, correspondendo a 110 casos em 2017 e 118 no ano de 2018 (39).

Tabela 5- Características do domicílio, tipo, situação de moradia e renda das vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.

Variável	N	%
Características do domicílio		
Rural	42	8,7
Urbana	336	69,9
Não informado	103	21,4
Tipo de moradia		
Coletiva	63	13,1
Particular	296	61,5
Não informado	122	25,4
Situação de moradia		
Alugada	162	33,7
Cedida	84	17,5
Própria	178	37,0
Própria Financiada	21	4,4
Não informado	36	7,5
Renda familiar		
Até R\$1254,00	54	11,2
R\$1255,00 até R\$2.004,00	66	13,7
R\$ 2.005,00 até R\$ 8640,00	71	14,8
R\$ 8.641,00 até R\$ 11.261,00	3	0,6
A partir de 11.262,00	7	1,5
Não informado	280	58,2
Total	481	100%

Fonte: Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio (2019).

O maior número de ocorrências do Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, se refere a domicílios que se encontram na área urbana (69,9%), podendo ser explicado, pela maior concentração de pessoas nessa área. No entanto, os domicílios rurais, também apresentaram

uma pequena parcela de casos (8,7%), demonstrando que é importante ficar atento aos casos que ali ocorrem.

Em relação ao tipo e a situação de moradia, os dados encontrados no Distrito Federal, através do levantamento do Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, demonstram que em relação ao tipo, a moradia particular (61,5%) foi a mais observada e quando se fala da situação, a casa própria (37%), foi a mais prevalente. Não foram encontrados registros na literatura a respeito de tais variáveis.

A renda mais prevalente foi a não informada (58,2%), seguido de R\$ 2.005,00 até R\$ 8640,00 (14,8%) e R\$1255,00 até R\$2.004,00 (13,7%). Os dados do presente estudo demonstram que a maioria dos casos apresentava renda maior que um salário mínimo, fato esse não encontrado em um levantamento realizado em Teresina (2016), onde a renda familiar mais prevalente foi a de um salário mínimo (43,6%) (40).

Tabela 6- Presença de violência e de gestação nas vítimas atendidas no Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio. Brasília, Distrito Federal, 2017 e 2018.

Variável	N	%
Foi relatada alguma violência pela família?		
Não	91	18,9
Sim	320	66,5
Não informado	70	14,6
Foi relatada alguma violência pela criança/adolescente?		
Não	89	18,5
Sim	341	70,9
Não informado	51	10,6
Pode estar gestante?		
Não	223	46,4
Sim	11	2,3
Não informado	16	3,3
Não se aplica	231	48
Pode ser resultado da violência sexual?		
Não	93	19,3
Sim	8	1,7
Não informado	30	6,2
Não se aplica	350	72,8
Total	481	100%

Fonte: Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio (2019).

Quando se fala acerca da violência sexual, na amostra analisada no Distrito Federal, em 320 ocorrências (66,5%), houve revelação de violência por parte da família das vítimas e

em mais da metade dos casos (70,9%), as crianças e adolescentes relataram terem sofrido violência.

Em relação a presença de gestação, apenas 2,3% dos casos (11 ocorrências), relataram poder estar esperando uma criança e em 1,7% dos casos (8 ocorrências), tal gravidez apresenta a possibilidade de ser decorrente de uma violência sexual. Apesar do número baixo e pouco expressivo, é preciso ficar atento a esse fenômeno, que se trata de uma realidade difícil e muito delicada.

5 DISCUSSÃO

De acordo com os dados levantados no presente estudo, o sexo feminino foi o mais prevalente, correspondendo a 75,6% dos casos, indo de encontro com a maioria dos dados encontrados na literatura, onde o sexo feminino fica em primeiro lugar em relação masculino quando o assunto é violência sexual.

Constitui-se em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas no cotidiano e geralmente sofridas pelas mulheres. O homem é socializado para externar sua agressividade. Esse tipo de violência se apresenta como forma de dominação e existe em qualquer classe social, entre todas as raças, etnias e faixas etárias (41).

A violência de gênero que vitima sobretudo as mulheres é uma questão de saúde pública e uma violação explícita aos direitos humanos. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (42)

No entanto, o sexo masculino, também apresentou uma parcela de casos de violência sexual (24,5%), mesmo sendo em menor número, tal tema precisa ser melhor visibilizado. Nas violências sexuais, os papéis de gênero hegemônicos operam de forma a identificar os homens como agressores e as mulheres como vítimas (43), o que pode trazer dificuldades e preconceitos para a identificação de homens como vítimas (44).

Em relação a infância, foi possível constatar que a mesma, é a fase da vida mais afetada pela violência de cunho sexual. Corroborando com esses dados, o Disque 100, demonstrou as faixas etárias de 4 a 7 anos e de 8 a 11 anos, fase da infância, com o mesmo número de denúncias (264), sendo as mais prevalentes no número de vítimas do DF (37).

Em um estudo realizado por Platt (45), em Santa Catarina, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), uma amostra de 477 crianças e adolescentes foi analisada, e o sexo feminino (75,5%) e a fase de vida da infância, menores de 12 anos (67,7%), foi a mais prevalente, apresentando semelhança com os dados encontrados no presente estudo.

Em Teresina (PI), em um levantamento realizado por Soares (40), as faixas etárias de 12 a 14 anos (29,7%) e 9 a 11 anos (28%), foram as mais observadas, corroborando com as faixas etárias correspondentes ao ensino fundamental.

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), entre 2011 e 2017, o Brasil apresentou um aumento de 83% de notificações relativas à violência sexual contra crianças e adolescentes. No total foram 184.524 casos e mais da metade (51,2%) foram contra crianças entre 1 e 5 anos (46).

O ensino fundamental, que compreende a infância e uma parte da adolescência de tais vítimas, tendo seu curso completo, do primeiro ao nono ano, está relacionada a faixa etária de 6 a 14 anos. A referida faixa etária, na maioria dos levantamentos de dados, é a mais afetada.

Ainda falando do contexto de ensino, é importante se levantar a questão da educação sexual, visto que grande parte da rotina de crianças e adolescentes se passa dentro das escolas, tornando esse ambiente um local privilegiado para a detecção precoce da violência sexual, bem como a prevenção dessa modalidade de violência, por meio da educação para a sexualidade (47).

Tal modalidade de educação no contexto escolar, visa dar voz as crianças e adolescentes, problematizando as relações de poder e de gênero, sanando suas curiosidades sobre a sexualidade humana, dentre outras ações (48).

Além disso, no que tange a violência sexual, a educação pode ser tornar um veículo de prevenção, fazendo com que a criança, desde pequena, saiba discernir um ato de violência, assim como se auto proteger, bem como revelar o segredo quando solicitado por alguém de sua confiança (49).

No que se refere à etnia, está se encontra presente na maioria das avaliações sobre violência sexual, e em grande parte dos casos, os resultados são diferentes, demonstrando que a violência não escolhe cor ou raça e sendo passível de acontecer em qualquer âmbito social.

Crianças e adolescentes de todas as raças/etnias são afetadas pelas diversas formas de violência denunciadas pelo Disque 100 e Notificadas pelo Sistema VIVA/SUS. Contudo, são as crianças e adolescentes negras as afetadas em maiores quantidades. Estas representaram 36,7% das vítimas de denúncias registradas pelo Disque 100 e 42,5% das notificadas pelo Sistema VIVA/SUS (5).

Um fato de extrema importância, que se faz destaque, é que o Brasil é um país vasto e com uma mistura de diversas raças e cor, o que pode justificar a heterogeneidade dos resultados encontrados, visto que em algumas regiões, algumas etnias são mais presentes que as outras.

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul (50) , a maioria das vítimas eram brancas, diferindo do levantamento realizado por Silva et al.,(51) em Recife, onde a maioria das vítimas eram pardas. Tal questão mostra a importância de se levantar o perfil de cada região, para que as políticas públicas implementadas, consigam chegar ao público que necessita.

No que se refere à situação de moradia (urbano e rural), vale lembrar que Platt (45), também apresentou dados, em que o perímetro urbano foi o local mais frequentemente observado nos casos de violência sexual (98,5%).

Kliegman (52), destaca que questões culturais podem dificultar a revelação da violência no meio rural, dentre as questões levantadas, algumas citadas são: tendência de valorizar a privacidade da família, ou ainda a reprodução de uma cultura familiar onde a violência sexual já se faz presente.

Outra hipótese levantada diz respeito às subnotificações dos casos de violação dos direitos humanos das crianças e adolescentes, visto que o processo de implementação dos sistemas de informação não ocorreu de modo homogêneo em todo o território, o que pode levar a não consolidação do sistema em algumas áreas rurais e conseqüentemente, a não notificação de casos de violência no meio rural (5).

Identificar a incidência de quaisquer formas de violência contra crianças e adolescentes com deficiência é outra tarefa delicada no Brasil. Os números de notificações dessa natureza são ínfimos. As razões para isso devem ser analisadas com cautela. Não é difícil imaginar que meninos e meninas com deficiência tenham mais dificuldade para buscar ajuda quando em situação de perigo. Então, pode-se supor que o já existente problema de subnotificação se agrava para públicos nessa situação (53).

Crianças, adolescentes e jovens com deficiência formam um grupo vulnerável e exposto à violência, e a literatura internacional informa que eles apresentam 1,7 vezes mais chance de sofrer algum tipo de maus-tratos do que a criança sem deficiência. O impacto da violência na infância e na juventude se reflete na personalidade adulta e pode agravar acentuadamente um processo de desenvolvimento que já está associado a desvantagens ou incapacidades resultantes de uma ou mais deficiências (53).

A renda mais prevalente foi a que correspondeu a um valor maior que um salário mínimo, entretanto na maioria dos estudos encontrados na literatura se percebe a proporção de vítima oriundas de camadas sociais mais baixas (54), demonstrando que a violência sexual possui uma lógica social perversa (55).

A hipótese levantada é de que as crianças e adolescentes das camadas sociais mais baixas não conseguem chegar aos mecanismos de denúncias, ocorrendo então uma subnotificação desses casos, a participação de sujeitos de classes econômicas mais elevadas gera uma reflexão sobre a detecção da violência dentro das classes economicamente mais privilegiadas (54).

A pobreza não é o determinante da violência, mas em suas entranhas gesta-se um processo cumulativo de fragilização social, que condiciona a trajetória de grande número de crianças e adolescentes privados de comida, de casa, de proteção, de escola, com acentuação das relações violentas intrafamiliares, também facilitadas pelo alcoolismo e pela promiscuidade, pelo desemprego e pela frustração social (56).

A presença de gravidez se apresentou com pouca frequência no presente estudo, representando a 2,3% dos casos, sendo apenas 1,7% tendo a possibilidade de ser decorrente de uma violência sexual, tais achados se assemelham aos encontrados na literatura no que se diz respeito ao risco de uma gravidez decorrente desse tipo de violência.

Belentani et.al (57) , destaca que esse risco varia de 0,5% a 5%, levando o setor saúde, a ter a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado a anticoncepção de emergência hormonal (AEH).

Em um estudo realizado por Deslandes (58), em quatro capitais das macrorregiões brasileiras, demonstrou que a insuficiência e a demora no uso da anticoncepção de emergência hormonal, conduziu a baixa eficácia e pode contribuir para o aumento no número de gestações decorrentes de violência sexual.

Além disso, mesmo nos municípios que contavam com a medicação nas unidades, mitos, preconceitos, convicções religiosas e éticas das equipes de saúde, bem como a pressão de movimentos religiosos e conservadores, comprometiam a oferta (58).

Sobre a interrupção legal da gravidez, o referido estudo (58) denuncia flutuações da oferta do atendimento pela baixa adesão dos profissionais da saúde, que alegam “objeção da consciência”, evidenciando o confronto entre tal prerrogativa profissional e os direitos sexuais e reprodutivos das vítimas.

Embora no Brasil o Ministério da Saúde tenha normatizado os procedimentos para a interrupção de gravidez por violência sexual (57), como em outros estudos, observa-se, também, a interferência religiosa para coibir esse atendimento (59).

A divergência entre as revelações das famílias e as revelações das vítimas, decorre da hipótese, de que, na maioria dos casos, a violência ocorre no ambiente intrafamiliar, e o agressor possui algum vínculo familiar e de amizade/conhecimento com as vítimas, demonstrando o caráter relacional desse evento (60).

A violência cometida por pessoas conhecidas e de confiança, distorce a realidade e a visão de mundo da criança e do adolescente, uma vez que o ambiente onde ela poderia sentir-se segura passa a ser o palco principal do agressor (61). Tais ocorrências, levam a pensar que

em alguns casos, as crianças estão mais expostas a violência, do que se estivessem nas ruas (62).

Na Suíça, em 2013, Maier et al., (63) identificaram o pai como autor mais frequente. Baptista et al., (64) no ano de 2008, apontaram o vínculo do autor do abuso com a vítima, na seguinte ordem: pai, padrasto, tio, avô, primo. E em São Paulo, Gawryszewski (65), apontou que em 43,8% dos casos, os responsáveis pelas vítimas, foram os autores da agressão.

Diante do exposto, o cenário da violência sexual contra crianças e adolescentes se configura como um problema de extrema gravidade, visto a vulnerabilidade da vítima em relação ao agressor, que é, em muitos casos, a pessoa que deveria prover proteção e confiança em relação à criança e ao adolescente.

Além disso, a violência sexual é um fenômeno, comumente encoberto pela família e pela sociedade, ainda somado a fragilidade do sistema e a morosidade dos trâmites legais, a quebra do silêncio da vítima, pode ser um processo longo, levando a anos de abuso sexual (66).

A atenção integral a saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual envolve uma dinâmica complexa, que implica em questões clínicas, psicológicas, sociais, culturais e jurídicas, visando a continuidade do atendimento e a restauração dos direitos violados (67).

A gestão e os profissionais de saúde devem buscar formas de minimizar as severas repercussões que a violência acarreta a saúde desse grupo, devendo se articular de forma organizada e qualificada, assegurando o exercício pleno dos direitos humanos.

A identificação dos perfis de quem sofreu a violência sexual por meio de consulta de documentos de notificação de casos pode subsidiar a formulação de medidas preventivas que envolvam a criança e o adolescente, a família e a comunidade, bem como a realização de ações educativas voltadas a essa clientela, além da capacitação dos profissionais na efetivação das denúncias (68).

6 CONCLUSÕES

As informações coletadas a partir das análises dos dados coletados pelo Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio, permitiriam delinear o perfil da violência sexual no grupo etário de crianças e adolescentes, bem como destacar as características dos domicílios e situação escolar, suscitando a percepção da magnitude deste problema ainda enraizado na sociedade e com crescimento ao longo dos anos.

A violência sexual contra crianças e adolescentes trata-se de um fenômeno complexo e multifacetado, que envolve fatores culturais, econômicos e sociais.

Em que pesem os avanços para o enfretamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, seja por meio de implementação de políticas públicas, bases normativas, implementação de centros de atendimento integrado, ações educativas, dentre outras, ainda são grandes os desafios para lidar com que questões complexas que envolvem esse tipo de violência.

Dada a sua natureza multidimensional, respostas eficazes e abrangentes, devem ser buscadas, exigindo a articulação de diferentes atores da sociedade, devendo instâncias públicas governamentais e interfederativas, de saúde, educação, assistência social, segurança pública e a sociedade civil, integrar um sistema de proteção, defesa e promoção dos direitos do público infante juvenil.

Os dados obtidos nesse estudo suscitam que a complexidade do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes demonstram, além de tudo, a necessidade de mais estudos e pesquisas que demonstrem os novos perfis da violência sexual contra crianças e adolescentes, retratando sua relação com diferentes aspectos da vida dos envolvidos.

Tais estudos e pesquisas podem subsidiar a formulação de ações preventivas e terapêuticas, como também os processos de capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento a esse tipo de violência.

REFERÊNCIAS

1. Organization WH. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006;
2. Brasil. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Of União. 2017;
3. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry*. 2013;54(1):16–27.
4. Ferreira KMM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: nossa realidade. Silva LMP Organ Violência Doméstica Contra Crianças E Adolesc Recife PE EDUPE. 2002;123–7.
5. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. [Internet]. [citado 30 de setembro de 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>
6. Brasil .Ministério dos Direitos Humanos. Balanço Anual Disque 100 - Relatório 2017 [Internet]. [citado 27 de setembro de 2019]. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/dados-disque-100/relatorio-balanco-digital.pdf>
7. The Economist. World Childhood Foundation. Oak Foundation. Out the Shadows - Shining light on the response to child sexual abuse and exploitation [Internet]. Out of the Shadows. [citado 1º de outubro de 2019]. Disponível em: <https://outoftheshadows.eiu.com/>
8. Saldana J. Fundamentals of qualitative research. OUP USA; 2011.
9. Creswell JW. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2010.
10. Progestores Cole. Para entender a gestão do SUS, 1, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciênc E Tecnol Em Saúde–Brasília CONASS. 2007;
11. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17:77–93.
12. Gomes TP. Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma questão para a saúde. 2016;
13. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA da, Lima CM, Carvalho MGO de, Oliveira VLA de. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:347–357.

14. Mattar LD. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur Rev Int Direitos HumanImpr.* 2008;5(8).
15. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Supl ii): S49–57.
16. Zambon MP, de Ávila Jacintho AC, de Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Rev Assoc Médica Bras.* 2012;58(4):465–471.
17. da Silva LMP, Ferriani M das GC. Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre a prevenção do crime e do dano. *Rev Bras Saude Materno Infant.* 2012;12(4).
18. Lima J de S, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface-Comun Saúde Educ.* 2011;15:819–832.
19. Mundo TN. a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Recuperado Em [Internet]. 2016;15. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf
20. Brasil. Declaração universal dos direitos humanos. Brasília; 1998.
21. Brasil. Decreto nº 19.841, de 22 de Outubro de 1945. Promulga a Carta das Nações Unidas, da qual faz parte integrante o anexo Estatuto da Corte Internacional de Justiça, assinada em São Francisco, a 26 de junho de 1945, por ocasião da Conferência de Organização Internacional das Nações Unidas. [Internet]. [citado 1º de outubro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D19841.htm
22. Brasil. Secretária de Direitos Humanos. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. 2013;50.
23. Brasil. Decreto nº 99.710, de 21 de Novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança [Internet]. [citado 27 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm
24. Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança nos Anos 90 Direitos Humanos DHnet [Internet]. [citado 27 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex42.htm
25. Brasil. Decreto nº 2740/1998 de 20 de Agosto de 1998. Promulga a Convenção Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores, assinada na Cidade do México em 18 de março de 1994 [Internet]. 1998 [citado 27 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2740.htm
26. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP - Declaração de Estocolmo sobre o ambiente humano - 1972 | Meio Ambiente [Internet]. [citado 27 de setembro de 2019].

Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Meio-Ambiente/declaracao-de-estocolmo-sobre-o-ambiente-humano.html>

27. Brasil. Decreto nº 5.007, de 8 de Março de 2004. Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil. [Internet]. [citado 30 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5007.htm
28. Brasil. Decreto nº 5.006, de 8 de Março de 2004. Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo ao envolvimento de crianças em conflitos armados. [Internet]. [citado 30 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5006.htm
29. Brasil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. 1940 [citado 27 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm
30. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. 1990 [citado 27 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
31. Brasil SF. Constituição da república federativa do Brasil. Brasília Senado Fed Cent Gráfico. 1988;
32. Brasil. Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União Brasília, DF; 2001.
33. Brasil. Decreto nº 7.958/2013, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2013 [citado 27 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm
34. Childhood Brasil. Centros de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violências: Boas Práticas e Recomendações para uma Política Pública de Estado [Internet]. 2017 [citado 30 de setembro de 2019]. Disponível em: https://www.childhood.org.br/publicacao/atendimento_integrado.pdf
35. Distrito Federal. Decreto nº 38.118/2017, de 06 de Abril de 2017. Institui no âmbito do Distrito Federal o Programa Criança Candanga. [Internet]. 2017 [citado 27 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/158f52e4cc404e2884c263d0e12e6924/Decreto_38118_06_04_2017.html
36. Distrito Federal. Decreto 39.087 de 29/05/2018. Institui a Política Intersetorial de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do Distrito Federal e dá outras providências. [Internet]. 2018 [citado 30 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Norma/790ed667434a4ad4a0b972d6fcd4773b/Decreto_39087_29_05_2018.html

37. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Balanço Geral Disque 100 - 2011 a 1 semestre de 2018: crianças e adolescentes. [Internet]. [citado 30 de setembro de 2019]. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/balanco-disque-100>
38. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr Rio Jan Vol* 81 N 5 Supl Nov 2005 P S197-S204. 2005;
39. Distrito Federal. Relatório de Análise de Fenômenos de Segurança Pública. Secretaria de Estado da Segurança Pública. [Internet]. [citado 30 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.ssp.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/An%C3%A1lise-FSP-003_2019-Crimes-contra-a-dignidade-sexual_-DF-2017_18-e-%C3%BAltimos-anos.pdf
40. Soares EMR, da Silva NLL, de Matos MAS, Araújo ETH, da Silva L da SR, Lago EC. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. *Rev Interdiscip.* 2016;9(1):87–96.
41. Azevedo MA, Guerra VN de A, Bueno AR, Saffioti H, Junqueira L, Santoro Júnior M, et al. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. In: *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.* 1989.
42. Gomes R, Minayo M de S, Silva CFR. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. *Impacto Violência Na Saúde Bras Brasília Secr Vigilância Em Saúde* Ministério Saúde. 2005;117–140.
43. Gomes R, Cecchetto FR, Nascimento M. Homens e violências: relações naturalizadas e desafiadoras para a saúde. In: *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde.* 2017. p. 187–201.
44. Deslandes SF, Mendes CHF. Violências sexuais na perspectiva do campo da saúde. In: *Novas e velhas faces da violência no Século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde.* 2017. p. 397–406.
45. Platt VB, Back I de C, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23:1019–1031.
46. UNICEF Brazil. Cidade Aprendiz. A educação que protege contra a violência. [Internet]. 2019 [citado 5 de dezembro de 2019]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/4091/file/Educacao_que_protege_contra_a_violencia.pdf
47. Landini TS. *O professor diante da violência sexual.* Cortez; 2011.
48. de Faria Brino R, de Albuquerque Williams LC. Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. *Educ Real.* 2008;33(2):209–229.
49. SANTOS BR dos, Ippolito R. Guia de referência: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual. São Paulo Child-Inst WCF-Bras Prefeitura Cid São Paulo Secr Educ. 2009;
50. Zanatta EA, Dal Pai D, Resta DG, Argenta C, da Motta M da GC. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enferm Em Foco.* 2012;3(4):165–168.

51. Silva MCM, Brito AM de, Araújo A de L, Abath M de B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2013;22(3):403–412.
52. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BM. *Nelson textbook of pediatrics e-book*. Elsevier Health Sciences; 2007.
53. Goldson E. Maltreatment among children with disabilities. *Infants Young Child*. 2001;13(4):44–54.
54. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2011;27(8):1647–53.
55. Vendruscolo TS, Ferriani M das GC, Silva MAI. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15:812–819.
56. Faleiros V de P. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. 2010;
57. Belentani L, Sartorelli ACM, Meschial WC, de Lima MF, de Oliveira MLF. Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(1):10–19.
58. Deslandes SF, Vieira LJE de S, Cavalcanti LF, Silva RM da. Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. *Interface-Comun Saúde Educ*. 2016;20:865–877.
59. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17:1755–1763.
60. Minayo MCS, Assis SG. *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira no campo da violência e saúde*. Rio Jan Fiocruz. 2017;
61. Alves JM, Vidal ECF, Fonseca FLA, Vidal ECF, da Silva MJ, Pinto AGA, et al. Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Rev Fac Ciênc Médicas Sorocaba*. 2017;19(1):26–32.
62. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, da Fonseca RMGS, Egry EY. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(2):266–273.
63. Maier T, Mohler-Kuo M, Landolt MA, Schnyder U, Jud A. The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: results from a nationwide agency survey. *Int J Public Health*. 2013;58(6):875–883.
64. Baptista RS, de França ISX, da Costa CMP, de Sousa Brito VR. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):602–608.

65. Gawryszewski VP, Valencich DM de O, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev Assoc Médica Bras.* 2012;58(6):659–665.
66. Moreira GAR, Vieira LJE de S, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama I da S, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19:4267–4276.
67. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. [Internet]. 2010 [citado 30 de setembro de 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf
68. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MA de S, Freitas SLF de. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. 2011;