

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

DEISE SEIBERT

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE POSSIBILIDADE E LIMITES  
NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES**

Santa Maria, RS.

2017

DEISE SEIBERT

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE POSSIBILIDADE E LIMITES  
NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS.  
2017

**Deise Seibert**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em \_\_\_\_ de dezembro de 2017:

---

Sheila Kocourek, Prof<sup>a</sup>. Dra. (UFSM)

(Orientadora)

---

Fábio Gaviraghi. (UFSM)

(examinador)

Santa Maria, RS.

2017

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais, Iria Seibert e Darci Seibert, que não mediram esforços para que esta conquista se realizasse. Que apesar das dificuldades e preocupações sempre me motivaram para seguir em frente. Hoje a conquista é minha, mas a vitória é de vocês. Obrigada pela compreensão que tiveram quando não pude estar presente em todos os momentos.*

*Amo vocês.*

## **AGRADECIMENTOS**

Foram tantas pessoas que me motivaram e estiveram ao meu lado nesses últimos quatro anos e meio, de jornada acadêmica e que de alguma forma fizeram parte da minha conquista. Agradeço a todos que de uma forma estiveram ao meu lado na minha formação acadêmica e no meu crescimento profissional. Em especial as pessoas abaixo.

Agradeço aos meus pais pela compreensão deles nesse momento de estresse, que sempre me motivaram a seguir em frente por mais árdua que seja a batalha. É a vocês que dedico minha conquista, os quais foram minha motivação de luta. Todos sabem da nossa trajetória e o tão difícil é de sair do interior e vim seguir uma vida na cidade grande, o qual não mediram esforços para eu continuar minha jornada.

Ao meu namorado Beto, por me aturar nos momentos de estresse total, sempre tentando me acalmar com sua calma e compressão. Por entender quando não queria sair por estar exausta. “Dizendo amor essa tua ansiedade vai te atrapalhar” hahahaha. Amo-te amor, obrigada.

À minha amiga querida Caroline, que esteve comigo em todos os momentos da graduação, me dando força quando queria desistir, também quando estava precisando de ajuda ou de alguém para desabafar, era ela que me ouvia, me aguentando todos os dias no Pet e também na sala de aula, como nós dizíamos “as inseparáveis”. Nossa foram tantos momentos juntas, uma sabe tudo da outra, das suas dificuldades, o que se passou nesses anos, foram momentos de desespero, fraqueza, alegria, mas uma dando força para a outra a cada momento. Amiga, obrigada por tudo saiba que torço por ti e sei do teu potencial. Amo tu minha baixinha.

À minha amiga Laureana, que toda vez que precisava esquecer o mundo acadêmico me fazia rir, por mais que a vontade era de chorar, que acredita no meu potencial, sempre me dando força e estímulo para seguir, quando ninguém mais acreditava, aquela que quando eu não sabia as coisas me ensinava, principalmente no português. Amiga nossa desde primeiro semestre de graduação vem se construindo uma amizade verdadeira, o qual não precisou estar vinte quatro horas por dia juntas, mas sabemos que uma pode contar com a outra sempre, os

momentos que passamos foram únicos e inesquecíveis, nossa vida mudou muito nesse processo de construção, foram pessoas deixadas no caminho, que no passado faziam parte da nossa vida, as dificuldades e desespero tanto na vida acadêmica como pessoal. Só tenho a agradecer a você amiga, amo tu, Saiba que te admiro muito.

Agradeço ao meu cachorro de estimação que alegra a minha vida o Viny, que sempre esteve ao meu lado, querendo que eu brincasse com ele, no momento que estava escrevendo, pela seu companheirismo e carinho que sempre me transmitia.

À minha orientadora de TCC Prof. Sheila Kocourek, que contribuiu para minha formação e que não me deixou desistir quando o estresse e o desespero chegaram, que me proporcionou estar no Pet para ampliar meu conhecimento. Muito obrigada.

À minha supervisora Tainá Kruguer, que sempre me orientou, me tratou com carinho e respeito, tentando sempre me acalmar e reconhecendo o meu potencial, sempre bom ter o reconhecimento.

Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

*“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes”. Cora Coralina*

## RESUMO

### O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE POSSIBILIDADE E LIMITES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

AUTORA: Deise Seibert

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dra. Sheila Kocourek

O presente trabalho de conclusão de Curso é fruto de uma pesquisa realizada pela acadêmica e sua respectiva orientadora ambas integrantes do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria. O objetivo deste estudo foi mapear os dados epidemiológicos sobre dos atendimentos notificados de violência sexual no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e posteriormente cruzar os mesmos com os dados registrados na Delegacia de proteção à criança e ao Adolescente no Município de Santa Maria. A pesquisa integra um projeto guarda-chuva, denominado **MAPEAMENTO DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS**, o qual está devidamente registrado sob o **CAEE 039291**. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo. A coleta de dados ocorreu em duas fases: a primeira constitui-se na leitura e registro das informações das fichas de notificações sobre Violência Sexual arquivadas no Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – HUSM; e na segunda, obtiveram-se dados dos boletins de ocorrências registrados na DPCA. No âmbito da situação de violência sexual, os dados revelaram que os abusos ocorreram dentro de casa e foram cometidos por parentes próximos. As vítimas eram majoritariamente do gênero feminino, entre quinze e dezoito anos. Conclui-se a necessidade de políticas intersetoriais para a prevenção da violência em suas múltiplas expressões e a importância da atuação do Assistente Social na saúde, como em todos os campos de desempenho, é um profissional que luta pelos direitos da população, sendo assim tem papel fundamental na atuação frente a casos de violência, neste caso específico, tendo crianças e adolescentes vítimas.

**Palavras Chave:** Violência sexual, criança e adolescente, serviço social.

## ABSTRACT

### THE WORK OF THE SOCIAL ASSISTANT IN HEALTH POSSIBILITY AND LIMITS IN ADDRESSING SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS

AUTHOR: Deise Seibert

ADVISOR: Prof<sup>a</sup>. Dra. Sheila Kocourek

The present University Course Conclusion Work is the result of a research done by the academic and her respective counselor, both members of the Course of Social Service of the Federal University of Santa Maria. The objective of this study was to map the epidemiological data on the reported cases of sexual violence in the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) and later cross them with the data registered in the Protection Office for Children and Adolescents in the city of Santa Maria. The research integrates an umbrella project, called **MAPPING THE EPIDEMIOLOGICAL DATA OF SEXUAL VIOLENCE IN THE CITY OF SANTA MARIA / RS**, which is duly registered under **CAEE 039291**. It is a cross-sectional, descriptive and quantitative study. Data collection took place in two phases. The first phase was the reading and recording of information on the records of notifications on Sexual Violence filed in the Nucleus of Hospital Epidemiological Surveillance - HUSM. In the second phase, data were obtained from the occurrence bulletins registered in the DPCA. In the context of the situation of sexual violence, the data revealed that abuses occurred in the home and were committed by close relatives. The victims were mostly female, between fifteen and eighteen years old. It is concluded that there is a need for intersectoral policies to prevent violence in its multiple expressions and the importance of the Social Worker's role in health, as in all performance fields. A professional in the struggle for the rights of the population, fundamental in dealing with cases of violence, in this specific case, with children and adolescents victims.

**Key-words:** Sexual violence, child and adolescent, social work



## Lista de gráfico

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1-</b> Posição de Santa Maria na violência sexual de Crianças e adolescentes no estado do RS em 2016.....                                | 42 |
| <b>Figura 2-</b> Distribuição dos casos registrados de violência contra crianças e adolescentes, segundo sexo das vítimas e ano de ocorrência..... | 44 |
| <b>Figura 3 -</b> Índice da Idade que mais sofre violência sexual em Santa Maria.....  | 45 |
| <b>Figura 4-</b> Índice dos Tipos de Violência Sexual em Santa Maria.....  | 47 |
| <b>Figura 5 –</b> O Local mais frequente que ocorre a violência sexual.....  | 49 |
| <b>Figura 6 –</b> Índice da relação do agressor com a vítima.....  | 50 |
| <b>Figura 7 –</b> Casos registrados na DPCA, segundo os registros no HUSM.....   | 52 |

## **Lista de Abreviaturas**

- BO** – Boletim de Ocorrência
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social
- CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- CONANDA** – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
- DST'S** – Doenças sexualmente transmissíveis
- DPCA** – Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente
- ECA** – Estatuto da criança e adolescente
- ESF** – Estratégia na saúde da Família
- FEBEM'S** – Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor
- FUNABEM** – Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente
- HUSM** – Hospital Universitário de Santa Maria
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- NVEH** – Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HUSM
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PNEPS** – Política Nacional de Educação Popular em Saúde
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde
- SINAN** – Sistema de Informações de Agravos e Notificações
- SUAS** – Sistema Único de Assistência Social
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TABNET** – Tabulador para Internet
- VS** – Violência Sexual

## Sumário

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>  | <b>11</b> |
| <b>2</b> | <b>CAPÍTULO I- CARACTERIZAÇÃO E ASPECTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL NO ÂMBITO DA PROTEÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.</b> | <b>13</b> |
| 2.1      | Histórico das Políticas Públicas Relacionadas à Criança e ao Adolescente no Brasil   | 13        |
| 2.2      | Direitos das Crianças e Adolescentes e a Rede de Proteção em Situação de Violência Sexual  | 16        |
| 2.3      | Violência Sexual Contra Criança e Adolescente: Uma questão de saúde Pública.   | 26        |
| <b>3</b> | <b>Capítulo II- A QUESTÃO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E OS DIVERSOS SABERES PROFISSIONAIS NO SUS</b>                           | <b>37</b> |
| 3.1      | Linha de cuidado e o trabalho Multiprofissional às Crianças e aos Adolescentes vítimas de Violência Sexual na saúde.             | 37        |
| 3.2      | Trabalho Multiprofissional no Atendimento de Criança e Adolescente na Saúde  | 38        |
| 3.3      | O Papel do Assistente Social no Sistema Único de Saúde   | 40        |
| <b>4</b> | <b>Capítulo III - MAPEAMENTO DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS</b>                    | <b>46</b> |
| 4.1      | Caracterização do campo de pesquisa - Metodologia da pesquisa  | 46        |
| 4.2      | Resultado e discussões   | 47        |
| 4.3      | A importância do jurídico no Âmbito da violência sexual juntamente com a saúde   | 57        |
|          | <b>Considerações Finais</b>  | <b>59</b> |
|          | <b>ANEXOS:</b>   | <b>69</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A violência sexual é um tema evitado de tabus e silêncio. Trata-se de um fenômeno complexo, multicausal e polissêmico. Esta é perpetrada de uma pessoa para com a outra e no recorte etário da criança e do adolescente, é, em grande parte das vezes, imposta por familiares ou pessoas próximas da família.

O Brasil se comprometeu a enfrentar e combater a violência sexual contra crianças e adolescentes, sobretudo, quando se tornou signatário do Tratado Internacional sobre os direitos da criança, ocorrido em Riad, no ano de 1989. O conteúdo do referido tratado foi incorporado quase na íntegra na Lei 8.069, de julho de 1990, o conhecido Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

Este Trabalho de Conclusão de Curso, emerge como uma possibilidade de contribuir para o enfrentamento, combate e erradicação da violência sexual contra a criança e ao adolescente. Trata-se de um relatório de pesquisa, que foi realizado pela acadêmica, através do Projeto de Pesquisa guarda-chuva Mapeamento dos dados epidemiológicos de violência sexual no município de Santa Maria com o registro CAEE 039291.

Atualmente o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é referência para o atendimento às vítimas de violência sexual para o Município e Região de abrangência. Nesse sentido, o Núcleo de Vigilância do HUSM (NVEH) e o Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (PET- GRADUASUS) têm buscado conhecer o perfil das vítimas e o panorama da violência. Nesse sentido, justifica-se a ampliação do período, bem como das instituições pesquisadas. Com isso, será possível qualificar as estratégias de intervenções e os fluxos de atendimento, proporcionando um cuidado longitudinal das vítimas de violência sexual.

Para fins de elaboração deste trabalho, o mesmo foi dividido em capítulo. Iniciará com a introdução, e posteriormente têm-se o primeiro capítulo, que desencadeia a contextualização histórica das políticas públicas relacionadas à criança e ao adolescente no Brasil, trazendo alguns pontos importantes sobre as políticas de proteção a criança e adolescentes. Posteriormente apresenta-se os direitos das crianças e adolescentes, no âmbito atual do Brasil, logo em sequência destaca-se a rede de proteção das crianças e adolescentes em situação de violência sexual e a importância do trabalho articulado e construído com o objetivo de garantir os direitos gerais ou específicos de uma parcela da população infanto-juvenil.

Logo em seguida, trata-se da violência sexual contra criança e adolescente a partir da identificação das expressões da questão social. E os impactos na vida desses sujeitos. Após, vem à violência sexual contra crianças e adolescentes: uma questão de saúde pública, destacando a importância da discussão no cotidiano com as equipes e sujeitos relacionados com a violência sexual.

Já no segundo capítulo, desencadeia-se a discussão da linha de cuidado e o trabalho Multiprofissional às Crianças e aos Adolescentes vítimas de Violência Sexual, uma das áreas que mais atendem vítimas de violência abordando a importância do cuidado, logo em seguida trazendo a importância do trabalho multi no atendimento de criança e adolescente na saúde, com as dificuldades e superações no âmbito do trabalho na rede de saúde. Logo como marco de objeto de trabalho da formação profissional, traz-se a importância do trabalho do assistente social no atendimento das vítimas de violência sexual na saúde, trazendo a questão social e suas múltiplas expressões, e como meios de trabalho sua base teórico-metodológica, que vai orientar o eixo técnico-operativo envolvendo também a dimensão ético-política da profissão, fazendo-se a ressalva de que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação do seu trabalho.

No terceiro capítulo, será apresentada a pesquisa sobre mapeamento dos dados epidemiológicos da violência sexual no município de Santa Maria/RS. Com a contextualização do território da pesquisa, suas características e culturas, com vistas a ampliar o período de análise das notificações de violência sexual no HUSM e estender o estudo às ocorrências policiais/inquéritos junto a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente.

Traz-se análises e discussões dos resultados da pesquisa, com o âmbito de discutir, com as demais pesquisas realizadas no âmbito nacional, o debate da violência sexual contra crianças e adolescentes na cidade de Santa Maria.

## **2 CAPÍTULO I- CARACTERIZAÇÃO E ASPECTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL NO ÂMBITO DA PROTEÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.**

Neste capítulo, será apresentado um breve histórico dos direitos das crianças e dos adolescentes, além disso, alguns processos de rede de proteção das crianças e adolescentes no âmbito nacional, e como ocorrem os casos de violência sexual com as crianças e os adolescentes.

### **2.1 Histórico das Políticas Públicas Relacionadas à Criança e ao Adolescente no Brasil**

Os direitos de crianças e adolescentes estão certificados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, bem como na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Resolução nº 44/25 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 20 de novembro de 1989, e promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990 (BRASIL, 2010).

Na sociedade medieval, a criança era como não se existisse, pois sua sobrevivência naquela época não era garantida, devido à grande mortalidade infantil. Segundo Ariés 1981, a infância foi inventada somente a partir do século XVII, quando as crianças começaram a ter alguns direitos garantidos, separados dos adultos. No século XVI, na Europa, começa a preocupação com a educação da criança e adolescente. Mas somente no século XVII a criança começou a ocupar espaço no âmbito social, pois é nesse período que as famílias demonstraram sentimentos de carinho e amor ao infante. A sociedade passou a perceber que a criança representava o centro para as famílias, inclusive plausível de mudanças físicas e mentais.

Ainda durante a ditadura militar no Brasil em 1942, foi criado o SAM- Serviço de Assistência ao Menor, o qual se tratava de um órgão do Ministério da Justiça que funcionava como um equivalente do sistema Penitenciário para a população menor de idade.

A partir do século XX no Brasil, a imagem social da criança passa a sofrer modificações, e esta que antes era vista como ser angelical agora é associada ao termo “menor”, responsável pelas mazelas da sociedade. De acordo com Siqueira (2012), o Código de Menores (BRASIL, 1979), criado em 1927 e revisado no ano de

1979, foi o primeiro documento legal que tratou da infância e da adolescência desamparadas. Segundo a autora, no Código de Menores a criança e o adolescente eram considerados como “menores” e legislava estabelecendo estratégias para manter a disciplina e o controle dos “desviados”, que causavam ameaça a sociedade.

Em 1964, deu-se início a ditadura militar no Brasil, que durou até os anos 80. Neste período, foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), em 01 de dezembro de 1964, e depois as FEBEMs, unidades a nível estadual que realizavam atendimento direto de crianças e adolescentes, denominados menores, e que deveriam executar as diretrizes estabelecidas pela FUNABEM, a saber, internação e reclusão dos menores. Tais órgãos foram intitulados como “unidades educacionais”, embora, na prática, não desempenhassem propriamente essa função. Vê-se que a história das instituições voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes no Brasil foi marcada por graves violações de direitos, na medida em que muitas vezes caracterizavam-se pelo confinamento e isolamento social.

No Brasil, o período que antecedeu a Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi determinante para a mudança de paradigmas na área da garantia de direitos de crianças e adolescentes. O texto constitucional trouxe os princípios da proteção integral dos direitos da criança e do adolescente, com absoluta prioridade. Nele, o tema violência sexual tem especial relevância. Merece destaque o art. 227 da constituição brasileira de 1988 pela importância atribuída ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, explicitamente tratado:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1998).

Era claramente uma resposta nos vários movimentos sociais que solicitavam uma ação formal do Estado brasileiro à violência sexual contra crianças e adolescentes, que se configurava como uma violência velada, pouco discutida e pouco assumida pelas políticas públicas. (Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, 2013, p. 03).

Sabe-se da importância da proteção da criança e do adolescente para diminuir a violação dos seus direitos no Brasil é fato recente, com afirmações somente a partir da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988. Antes dela, iniciativas caritativas, filantrópicas, correccionais-repressivas, assistencialistas e paternalistas de atendimento ou acolhimento dos 'menores', mais podem ser conhecidas como registros de uma história de desproteção.

Sabe-se também que o Brasil foi um dos pioneiros na implantação de uma legislação reconhecida internacionalmente, um dos países com políticas públicas mais avançadas em termos de proteção integral da criança e adolescente, além de delegacias especializadas, tanto para atendimento de crianças e adolescentes vítimas quanto autores da violência. As delegacias especializadas foram determinantes no processo de visibilidade da violência sexual contra crianças e adolescentes. Aqueles que vêm tendo seus direitos violados como no caso violência sexual.

O ECA é uma das maiores conquistas da sociedade civil, fruto de muitos anos de mobilização, resistência, assegurando as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos e que estão amparados com a lei, e respeitando-os como cidadãos com direitos pessoais e sociais garantidos.

No que tange ao Sistema Único de Saúde (SUS), este recebeu o mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. Essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede.

Neste sentido, a partir de 2006, realinharam os eixos de ação relativos à promoção da saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência no conjunto de diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE **2014**), da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011) e das diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências (Portaria nº Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011), pactuadas com as três esferas de gestão do SUS.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, e atualizada em 2014, destaca a construção de um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida, com ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura de



paz. Tem por objetivo atuar sobre os determinantes das doenças e agravos, investindo em políticas indutoras de modos de vida promotores de saúde e ambientes saudáveis (BRASIL, 2017).

## **2.2 Direitos das Crianças e Adolescentes e a Rede de Proteção em Situação de Violência Sexual**

O Código Civil Brasileiro traz em seu artigo 186 a punição quando se trata de ato ilícito. “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que se trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Sabe-se que a solução para o problema da criança e do adolescente vítima de violência sexual está na proteção da família, da sociedade e do Estado, conforme preceitua o caput do Art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ou seja, sabe-se que cabe aos pais a proteção às crianças, mas muitas vezes, não é assim que acontece, é dentro do vínculo familiar que acontece a violação dos direitos.

Para Faleiros (1998), no contexto histórico-social de violência contra criança, no qual se insere a violência sexual, prevalece uma cultura de dominação e de discriminação social, econômica, de gênero e de raça/etnia. O novo paradigma de uma sociedade de direito busca romper com padrões antigos, exigindo a construção de uma nova cultura de proteção e respeito aos direitos humanos da criança e do adolescente, visando tecer relações de trocas afetivas e de aprendizagem, coibir abusos, enfrentar ameaças, proteger os vulneráveis e as testemunhas, e responsabilizar os agressores.

A implantação do Programa Sentinela em muitas capitais e municípios do país através da portaria nº 878, de 03 de dezembro de 2001, estabelece diretriz e normas do Programa Sentinela (Ministério da Previdência e Assistência Social – Secretaria de Estado de Assistência Social). O objetivo é de atender crianças e adolescentes vítimas de violência, com ênfase no abuso e exploração sexual, bem como suas famílias, no âmbito da Política de Assistência.

Em 2002, surge o Comitê Nacional de Enfrentamento do Abuso e Exploração Sexual, rede de entidades não governamentais, de representantes de setores governamentais e da cooperação internacional, com o objetivo de criar espaço de debate para monitorar programas e políticas atuantes nessa área, também fomentar a mobilização regional e juvenil, além de tecer um número sempre maior de instituições parceiras. O desafio do Comitê Nacional é elaborar metodologias e indicadores de monitoramento e avaliação das ações do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência, que propõe a universalização de um atendimento humano e especializado de crianças e adolescente vítimas de violência e exploração sexual, assim como a responsabilização dos agressores.

Sabe-se que toda criança e adolescente é um sujeito de direito, pessoa em condição peculiar de desenvolvimento, credora da prioridade absoluta e da proteção integral e especial afirmada na Lei. Com o Estatuto da Criança e do Adolescente, surgem os Conselhos e Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente – municipal estadual e nacional -, e o Conselho Tutelar - apenas na esfera municipal -, obrigatório em todo Município.

A CF/88 foi um marco, na medida em que provocou uma substancial mudança no campo dos direitos humanos de crianças e adolescentes. A visão da “criança-objeto”, da “criança menor”, ou seja, a visão higienista e correccional é substituída pela visão da criança como sujeito de direitos. O mais importante nesse movimento, inaugurado pela Criança Constituinte e que culminou com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, em 1990, é a afirmação da universalidade dos direitos da criança. Não se trata mais de categorizar a infância como “irregular”, mas de pensar em toda a diversidade desse público no Brasil (Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, 2013).

O ECA (Brasil, 1990) dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, traz uma visão nova em relação aos mesmos, considerando-os não mais como objetos de tutela, mas sim, como sujeitos de direitos, necessitando de cuidados e atendimentos especiais que garantem sua proteção e seu desenvolvimento adequado (BRASIL, 1990; HABIGZANG; CAMINHA, 2004; PEDERSEN, 2008). O ECA estabelece que a criança e o adolescente seja prioridade, devendo o estado, sociedade, comunidade, família e poder público assegurar seus direitos, assim como, colocá-los a salvo de toda forma de violência

(BRASIL, 1990), embora essa concepção de infância e juventude não seja compartilhada por todos os segmentos da sociedade brasileira (MAGER; SILVESTRE, 2009; SANTANA, 2003).

O Decreto Nº 6.230 de 11 de Outubro de 2007, Decreto de criação da Agenda Social Criança e Adolescente (2007) estabelece o Compromisso pela Redução da Violência Contra Crianças e Adolescentes, com vistas à implantação de ações de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, por parte da União Federal, em regime de colaboração com Municípios, Estados e Distrito Federal, institui o Comitê Gestor de Políticas de Enfrentamento à Violência contra Criança e Adolescente, e dá outras providências.

O Decreto Nº 6.231, de 11 de Outubro de 2007 - Institui o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM. O Decreto Nº 6.571, de 17 de Setembro de 2008 - dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto no 6.253, de 13 de novembro de 2007. A Lei 8.242 de 12 de Outubro de 1991 - cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e dá outras providências.

Decreto Nº 5.085, de 19 de maio de 2004 - define as ações continuadas de assistência social. Decreto Nº 5.017, de 12 de Março de 2004 - Promulga o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em Especial Mulheres e Crianças. 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. Decreto de 11 de Outubro de 2007 - institui a Comissão Nacional Intersetorial para acompanhamento da implantação do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, e dá outras providências. Decreto de 11 de Outubro de 2007 - institui a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, e dá outras providências.

Todos esses decretos foram criados para a garantia dos direitos das crianças e adolescentes que se encontram em situação de risco social, assim amparando-os nos momentos em que ocorre a violência. O atendimento especializado às crianças e

aos adolescentes vítimas de violência, previsto no ECA (BRASIL, 1990), deve ocorrer nos chamados Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). Os CREAS são integrantes do Sistema Único de Assistência Social e constituem-se no articulador da proteção social de média complexidade, devendo promover orientações e apoio especializado e continuado de assistência social a indivíduos e famílias com seus direitos violados (BRASIL, 2005). Dessa forma, o CREAS pode ser definido como um serviço de atendimento e enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes que visa à proteção e à garantia integral de direitos da população infanto-juvenil.

Considerando a importância dos programas e serviços de prevenção, atendimento e enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente, assim garantindo direito e proteção às crianças e adolescentes que se encontram em situação de privação de liberdade.

A comunicação da violência sexual infantil desencadeia uma série de providências, de várias áreas profissionais e por diferentes órgãos: Conselho Tutelar, Ministério Público, rede de saúde assistencial, Delegacia de Polícia, Juízo Criminal.

Já o Conselho Tutelar é definido pelo art. 131, da Lei nº 8.069/90, como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei”.

Cabe ao Conselho Tutelar, portanto, agir no momento certo oferecendo proteção a essas vítimas de violência sexual, para que não aconteça novamente a violência, tanto para alertar o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente acerca da necessidade da elaboração de uma política pública municipal voltada à prevenção e atendimento especializado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, e suas respectivas famílias, quanto para cobrar, junto a esse órgão e ao governo local. Juntamente com os serviços de saúde que muitas vezes acabam sendo a porta de entrada para a vítima da violência sexual, como nos hospitais e na atenção Básica.

A Rede de Proteção de crianças e adolescentes é o conjunto social constituído por atores e organismos governamentais e não governamentais, articulado e construído com o objetivo de garantir os direitos gerais ou específicos de uma parcela da população infanto-juvenil. Como exemplos, podem-se citar a

Rede de Proteção de Adolescentes em Conflito com a Lei, a Rede de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e a Rede de Proteção dos Meninos e Meninas de Rua, entre outras. Essas redes podem ter abrangência municipal, estadual, nacional ou internacional.

Rede de Proteção da Criança e do Adolescente pode ser entendida como uma “estratégia de ação coletiva na forma de organização de atores sociais e de ação como rede, preconizando uma nova visão do processo de mudança social balizada na participação cidadã” (OLIVEIRA, 2006, p. 91). É o movimento em Rede compreendendo um conjunto articulado e organizado de programas, projetos e serviços, que vão formar um sistema planejado de proteção social às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e/ou risco social (OLIVEIRA, 2006).

O fortalecimento da intersectorialidade entre as principais políticas sociais do Sistema de Garantia de Direitos responsáveis pelo atendimento às crianças e adolescentes (Assistência Social, Educação e Saúde) é uma estratégia mediata para romper-se com a pseudo-aparência construída por alguns/algumas profissionais que não denunciam a violência sexual por não conseguirem visualizar, ou mesmo, desconhecem a atenção que é prestada pela rede de proteção às crianças e adolescentes.

Segundo a OMS 2013, os serviços de proteção à criança são os mais amplamente disponíveis de todos os serviços (69%), seguidos pelo atendimento médico-legal para vítimas de violência sexual.

A rede de proteção é composta por agentes governamentais e não-governamentais, e sua organização deve primar para potencializar o controle social por meio dos Conselhos, Conferências, Comitês e Fóruns, fomentando a participação da sociedade civil e da comunidade local. A importância dessa forma de trabalho social consiste na sua constante busca pela não revitimização, prevenindo estigmas e traumas que contribuem para a perpetuação do ciclo da violência.

Os órgãos de proteção à criança e ao adolescente, tais como os Conselhos de Direito, Conselhos Tutelares, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência, e demais instituições como escolas, postos de saúde, hospitais, abrigos, entre outras, compõem a rede de apoio social para as vítimas e suas famílias. A ação dessa rede inicia, na maioria dos casos, com o acolhimento da denúncia de abuso sexual e por essa razão a revelação da criança é um momento crucial que pode, por si só,

apresentar um risco de revitimização quando os profissionais não adotam as medidas de proteção previstas em lei (HABIGZANG et al, 2006, p.381).

O Conselho dos Direitos deverá negar registro à entidade que não oferecer instalações físicas adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, que não apresentar plano de trabalho compatível com os princípios do Estatuto, e que estiver irregularmente constituída ou que tem em seus quadros pessoas inidôneas (art. 91, parágrafo único), devendo obrigatoriamente comunicar ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária da localidade os registros das entidades e da inscrição dos seus programas (arts. 90<sup>a</sup> parágrafo único e 91).

O Conselho Tutelar é órgão colegiado, não jurisdicional, composto de cinco membros, escolhidos pela comunidade local para mandato de três anos, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos no Estatuto (art. 131 e 132). O Conselho dá concretude à diretriz constitucional da democracia participativa (art. 1<sup>o</sup>, parágrafo único), uma vez que assegura a participação da população na administração das questões públicas. Funciona com recursos previstos na Lei Orçamentária Municipal (art. 134), vinculado administrativamente à Administração Pública Municipal, sendo autônomo – sem hierarquia ou subordinações - para atender crianças, adolescentes e suas famílias, aplicar medidas de proteção e aos pais ou responsável, requisitar serviços públicos e certidões de óbito e nascimento, encaminhar notícias ao Ministério Público e casos de competência da autoridade judiciária, e representar a esses órgãos (art. 136, I a XI).

Ao problematizar a construção de políticas para o enfrentamento à violência, Faleiros (2010, p.141) refere que elas ainda se situam “em contextos de descontinuidade, de burocratização, de falta de recurso e de formação pessoal e ainda de um trabalho em redes”. Nesse sentido, torna-se imprescindível que o processo de elaboração das ações de enfrentamento à violência sexual considere as particularidades desse fenômeno e seus impactos na vida das famílias.

As ações do “Plano Nacional de Enfrentamento Contra a Violência às Crianças e aos Adolescentes” serão efetivadas através de sua municipalização e quando o foco delas centrar-se nos eixos: atendimento, prevenção, articulação, mobilização e protagonismo juvenil, objetivando o fortalecimento das redes de proteção como ponto central do enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Entende-se por “Rede de Proteção” um padrão operacional que prima

pela descentralização na tomada de decisões, pela democracia, flexibilidade e dinamismo de sua estrutura, pelo alto grau de autonomia de seus membros e pela horizontalidade das relações entre seus elementos (BRASIL, 2006, pg.14).

As Redes são fundamentalmente uma articulação entre pares, e têm por pressuposto que cada segmento ou serviço é incapaz de atender sozinho o fenômeno da violência, exigindo, assim, o reconhecimento do outro como importante aliado em uma relação de cooperação, partilha de objetivos e princípios éticos comuns, a partir das suas especificidades.

A complexidade do fenômeno da exploração sexual de crianças e adolescentes, dada a suas múltiplas dimensões constitutivas e sua organização por meio de redes (aliciadores, de tráfico de drogas, de tráfico de pessoas...), requer que seu enfrentamento se dê através do intercâmbio de ações e saberes de atores diversos – Rede de Proteção que em seguida será apresentado.

**Delegacia Especializada, ou seja, a DPCA:** É um órgão da Polícia Civil encarregado de investigar e apurar fatos em que crianças ou adolescentes são vítimas de crimes. Denúncias de negligências e maus tratos, ocorridos no próprio âmbito familiar da vítima, a maioria dos casos são atendidos nessas delegacias.

**Ministério Público:** é responsável pela fiscalização do cumprimento da lei. Promotores e promotoras de Justiça são aliados do movimento social de defesa dos direitos da criança e do adolescente. Em alguns estados brasileiros, o MP criou o Centro Operacional e as coordenadorias da infância, um instrumento eficaz na aplicação e fiscalização do cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

**Defensoria Pública:** é o órgão do estado encarregado de prestar assistência judiciária gratuita através da nomeação de defensores públicos ou advogados. Por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, o direito à defesa gratuita foi estendido a todas as crianças e adolescentes.

**Justiça da Infância e Juventude:** é o órgão encarregado de aplicar a lei para solução de conflitos relacionados aos direitos da criança e do adolescente. O ECA institui a criação das chamadas varas especializadas e exclusivas para a infância e a juventude. Nos municípios que não possuem esse órgão, as atribuições são acumuladas por juiz de outra alçada, conforme dispuser a Lei de Organização Judiciária.

**Conselho Tutelar:** Tem como função atender caso a caso, somente no âmbito de sua microrregião ou no seu município, dando encaminhamentos pertinentes. A instituição, portanto, recebe denúncias de violação de direitos como maus-tratos, negligência, violência física e psicológica, abuso sexual, abandono ou a própria conduta. Por ser um órgão autônomo, deve tomar decisões colegiadas e aplicar medidas protetivas, (ECA art. 101, I ao VII).

De acordo com Oliva e Kauchakje (2009), os direitos das crianças e adolescentes podem ser garantidos a partir de uma rede que envolve a participação dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Ministério Público, Varas da Infância e Juventude, Delegacias de Defesa da Criança e do Adolescente, Organizações Não Governamentais. E, também, através de políticas integradas por meio de programas, ações, projetos que visam a uma atuação conjunta com o objetivo de garantir os direitos estabelecidos na Constituição Federal (1988) e no ECA (1990), em prol do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes.

As ações da proteção social especial do SUAS são destinadas a indivíduos que se encontram com seus direitos violados, decorrentes de abandono, maus tratos físicos e psicológicos, abuso e exploração sexual, e outras formas de violência. Esses serviços se classificam em média e alta complexidade. A média complexidade destina-se a indivíduos com vínculos familiares fragilizados em decorrência das violências citadas com ações ofertadas no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS. A alta complexidade destina-se a indivíduos com vínculos familiares rompidos cujos serviços se caracterizam pelo acolhimento institucional e famílias acolhedoras (BRASIL, 2009).

A seguir, uma fluxograma de sistema de garantia de direitos que envolve crianças e adolescentes. Atuam num espaço público, envolvendo diferentes sujeitos, serviços, instituições, organizações, numa relação de horizontalidade, que é, também, permeada de contradições, conflitos e determinações que incidem no produto dessa rede. As redes operam num sentido de horizontalidade, num espaço compartilhado, onde os sujeitos estão unidos por características e/ou objetivos comuns.





Fonte: (Dissertação de Mestrado, Ângela Diana Hechler, 2009).

A organização da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de VS requer uma dinâmica complexa, pois demanda o atendimento a questões clínicas, psicológicas, sociais e legais, visando à continuidade do atendimento e restauração de direitos violados. Requer, ainda, a articulação das ações desenvolvidas pela saúde com as de proteção social e com as demais agências e atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente nos territórios (DESLANDES SF, Vieira LJES, CAVALCANTI LF, Silva RM. 2016 pág.866).

Os serviços de níveis de proteção social servem para garantir a segurança de sobrevivência, acolhimento e convívio familiar. O sistema Único de Assistência Social e proteção social organiza-se em básica, que tem com o objetivo de prevenir situações de riscos por meio de desenvolvimentos potencialidades, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários além de oferecer serviços, programas e projetos visando acolhimento, convivência e socialização de famílias e indivíduos. O serviço que atende nesse nível é o CRAS, o qual oferece atendimento à população em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação ou fragilização de vínculos afetivos. As atividades visam prevenir situações de risco, reforçar o principal papel da família como referência para cada um de seus integrantes e fortalecer seus vínculos internos e externos.

Rizzini (2007) destaca que uma rede integrada e articulada como os diversos setores das políticas públicas (saúde, educação, entre outros) ofertará um atendimento completo a criança, adolescente e suas famílias. Para Pedersen (2008), uma rede efetiva não representa um conjunto de instituições e profissionais que

atuam isoladamente, mas sim, instituições e profissionais que se reconheçam, tendo consciência da finalidade e do papel de cada instituição, para que o trabalho ocorra de forma horizontal e descentralizada, a fim de maior qualidade de informações e encaminhamentos.

Uma das principais frentes de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, desenvolvidas no Brasil, situa-se dentro do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, cuja Política Nacional de Assistência Social – PNAS dispõe sobre a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE). Essa última atende público cujos direitos se encontram violados por situações como abandono, maus-tratos físicos e psíquicos ou abuso sexual.

O principal equipamento social para esse atendimento é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. No local, profissionais atuam com o objetivo maior de fortalecer vínculos e ofertam atendimento conforme os serviços disciplinados pela Política Nacional da Assistência Social e a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Desse modo, os CREAS possuem papel relevante no atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e a seus familiares. Para suporte, busca por superação da situação que levou à violação do direito, fortalecimento das famílias e ajuda na construção de novas perspectivas de vida. Contudo, importa atentar que esse órgão atua apenas na perspectiva da proteção social, o que não se confunde com caráter pericial ou investigativo, nem com os atendimentos da área da saúde.

De acordo com o guia preliminar de orientação do Ministério de Desenvolvimento Social, “o CREAS deve se constituir como um polo de referência, coordenador e articulador da proteção social especial de média complexidade, sendo responsável pela oferta de orientação e apoio especializado e continuado de assistência social a indivíduos e famílias com seus direitos violados, mas sem rompimentos dos vínculos (pessoais, familiares, comunitários e sociais).” (MDS, 2006).

Esses dois espaços contam com as equipes técnicas compostas por Assistentes sociais e psicólogos, que realizam serviços de acolhimento, visitas domiciliares atendimentos individualizados e atendimento sócio familiar. Através de um escuta qualificada em relação às situações e sofrimentos vividos pelas pessoas atendidas, a equipe técnica busca viabilizar a resolução dos problemas e o acesso a direitos, seja por meio de encaminhamentos ou outros serviços. Dependendo da

situação apresentada, a família pode ser inserida em acompanhamento familiar até que a dificuldade identificada pela equipe técnica seja superada.

### **2.3 Violência Sexual Contra Criança e Adolescente: Uma questão de saúde Pública.**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. A definição dada pela OMS associa intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.

A Lei 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, disciplinando que os hospitais devem ofertar às vítimas de violência sexual o atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, o que compreende serviços de atendimento médico, psicológico e social imediatos, profilaxia de gravidez e de Doenças Sexualmente Transmissíveis, dentre outros, com possibilidade de encaminhamento, se for o caso, a serviços de assistência social.

No que tange à saúde, a política na qual esta pesquisa foi desenvolvida, existem questões específicas que precisam ser pontuadas. Reitera-se que a violência sexual não é um problema em si de saúde pública, no entanto é nela que recaem inicialmente os primeiros cuidados, especialmente no que consiste a integridade física.

Como sabemos, a violência sexual (VS) constitui um complexo problema de saúde pública e traz inúmeras consequências às vítimas. A violência contra crianças e adolescentes abrange os maus-tratos físicos e emocionais, o abuso sexual e a negligência. À medida que as crianças crescem também se tornam comuns as violências entre colegas e nas relações íntimas — bullying, brigas, violência sexual e agressão, muitas vezes com armas de fogo e armas brancas. Durante a infância, uma em cada quatro crianças sofre maus-tratos físicos, ao passo que quase uma em cada cinco meninas e um em cada 13 meninos são vítimas de abuso sexual. O homicídio é uma das cinco principais causas de morte de adolescentes (OPAS,

2017). Apesar da alta prevalência, muitas vezes esse tipo de violência é ocultado, passa despercebido ou não é denunciado.

O fato é que muitas vezes as crianças e os adolescentes podem não falar por medo de violência contra si ou contra alguém que ama. O diagnóstico de violência sexual nem sempre é fácil de fazer, deve ser realizado através de uma história clínica da vítima da violência sexual (BRAUN, 2002, p.27).

O número de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual estão cada vez mais crescentes no nosso país. Isso gera um grande problema de saúde pública, que pode causar danos irreparáveis e graves consequências no crescimento e desenvolvimento das vítimas na infância. Entre os danos e as consequências causadas nas crianças e adolescente, podemos destacar a perda da autoestima e grande dificuldade em confiar em adultos, também a dificuldade de aprendizagem e de relacionamento com outras pessoas, tanto intrafamiliar como extrafamiliar, além disso, aumenta os índices de prostituição e de doenças sexualmente transmissíveis, e futuramente podem se transformar em adultos violentos e abusarem de outras crianças, entre muitas outras.

Diversos estudos demonstram que as consequências do abuso sexual infanto-juvenil estão presentes em todos os aspectos da condição humana, deixando marcas – físicas, psíquicas, sociais, sexuais, entre outras – que poderão comprometer seriamente a vida da vítima (criança ou adolescente) que passou por determinada violência.

Para a Agência de Notícias dos Direitos da Infância – ANDI (2002), a violência sexual contra crianças e adolescentes tem origem nas relações desiguais de poder. Dominação de gênero, classe social e faixa etária, sob o ponto de vista histórico e cultural, contribuem para a manifestação de abusadores e exploradores. A vulnerabilidade da criança, sua dificuldade de resistir aos ataques e o fato de a eventual revelação do crime não representar grande perigo para quem o comete são condições que favorecem sua ocorrência. Há duas facetas da violência sexual, que se inter-relacionam, que precisam ser entendidas em suas especificidades: o abuso sexual e a exploração sexual.

Com a criação do Disque Direitos Humanos, em dezembro de 2010, o Disque 100 ampliou sua capacidade de atendimento, incorporando outras áreas relacionadas à defesa de direitos humanos. Esse serviço, coordenado pela Ouvidoria da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

(SDH/PR), recebe e encaminha denúncias de violação de direitos humanos recebidas de todos os estados brasileiros. Com o módulo Criança e Adolescente incorporado pelo Disque Direitos Humanos, o serviço ampliou o horário de funcionamento atendendo 24 horas.

Ao debater as consequências do abuso sexual infanto-juvenil, é necessário considerar algumas particularidades que envolvem a violência praticada, tais como: grau de penetração; acompanhamento de insultos ou violência psicológica; uso de força ou violência física, entre outras brutalidades que, obviamente, são variações que comprometem as conclusões sobre as consequências do abuso sexual (FLORENTINO, 2015. p.140).

A violência sexual tem um impacto profundo em saúde física e mental. Além de causar lesão física, está associada a um aumento risco de uma variedade de saúde sexual e reprodutiva. Problemas, tanto imediatos quanto de longo prazo com consequências. Seu impacto em na saúde pode ser tão séria como seu impacto físico, e pode ser igualmente duradouro. Mortes após a violência sexual pode ser como resultado de suicídio, infecção pelo HIV ou assassinato - o último. Ocorrendo durante uma agressão sexual ou posteriormente, como um assassinato de " honra".

Vários problemas dificultam o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, como o posicionamento dos profissionais da saúde, muitas vezes permeado pelo medo e pelo desconhecimento da real magnitude e impacto desse fenômeno na sociedade, nas famílias e na vida de crianças e adolescentes. Isto ainda coloca em pauta a necessidade de se apropriar de um referencial teórico-analítico, capaz de permitir a compreensão do problema levando-se em consideração sua complexidade e suas diferentes formas de manifestação.

A violência estrutural é prevacente em sociedades que existem a distribuição desigual das riquezas socialmente produzidas, a dominação de classes e profundas desigualdades sociais e econômicas. São diversos os fatores determinantes do fenômeno da violência, estando dialeticamente imbricados na composição da estrutura social, sendo “uma forma de relação social que está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência” (ADORNO 1988, p.31).

Dessa forma a violência sexual cometida contra crianças e adolescentes estão carregadas de reprodução dessas desigualdades produzidas pela sociedade

capitalista e patriarcal. Nesta, as mulheres e as crianças estão submetidas à vontade dos homens.

Encontrando nesta pesquisa resultados que apontam como principais vítimas dessa violência as meninas e como principais agressores os homens próximos à essas crianças, verifica-se aqui o primeiro determinante social relacionado à violência sexual infanto-juvenil: a desigualdade produzida por uma sociedade patriarcal e adultocêntrica.

A violência sexual deve ser apreendida como expressão da questão social, e não como um fenômeno isolado. Na sociedade contemporânea, também se encontra pacificamente impulsionada pelos valores individualistas, de consumo exacerbado e principalmente da (re)afirmação da cultura machista que se assenta na dominação do adulto sob a criança e o adolescente, que atuam como elementos propulsores para perpetuação de valores ideológicos, culturais e sociais, e arcaicos, numa sociedade que se julga cosmopolitas (VIEIRA; GROSSI; GASPAROTTO, 2013).

Assim, o processo de desvelamento dos determinantes sociais envolvidos na violência sexual infanto-juvenil é fundamental para buscar a totalidade dessa expressão da questão social e reconhecê-la enquanto problema de saúde pública. Diversos profissionais atuam sobre a violência sexual e seus determinantes sociais, entre estes está o assistente social. Na sequência será abordado o trabalho deste profissional com as vítimas de violência sexual e suas famílias, no contexto hospitalar.

Os casos de violência sexual é todo o ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adulto e uma criança menor de dezoito anos, tendo por finalidade estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre a sua pessoa ou de outrem (AZEVEDO E GUERRA, 2000; ALBERTON, 2005). A violência sexual assume várias formas, entre as quais destaca-se somente as duas mais frequentes nesse caso: pode acontecer de forma intrafamiliar, quando a atividade sexual é praticada contra uma criança ou adolescente por pessoas que tenham com eles uma relação de consanguinidade, podendo-se ampliar o conceito, considerando-se também relações de afinidade ou de responsabilidade, ocorrendo em espaços que deveriam oferecer a proteção e acolhida às crianças, como família, comunidade, escolas, praticada por um familiar que pode ser o pai biológico, o padrasto, o irmão, o tio; enfim, alguém próximo à

criança e cuja função seria protegê-la. Já a extrafamiliar é aquela praticada por pessoas alheias ao convívio familiar, e que não exercem a responsabilidade de cuidador e/ou de educados, sendo a maioria na primeira forma (ALBERTON, 2005).

Conforme Araújo (2002), a violência intrafamiliar ainda ocorre devido a uma ineficácia frente a práticas de intervenção e prevenção, ineficiência de políticas públicas e falta de impunidade, e em muitos casos continua acontecendo devido à cumplicidade silenciosa dos envolvidos, seja do abusador, da vítima ou dos demais parentes não-agressores.

A denúncia desse segredo acaba por expor a família e a violência que ocorre no seu meio, por isso os familiares optam por não denunciar, o que revela relacionamentos perversos e cruéis no sistema familiar, podendo ser considerados patológicos, já que os papéis dos membros são desorganizados e pouco definidos, causando ainda mais dificuldades na vida das vítimas (ARAÚJO, 2002; ROMERO, 2007; LOPESETORMAN, 2008).

Diante das diferentes maneiras pelas quais pode se materializar o abuso sexual e diante das duas esferas em que pode ocorrer (intrafamiliar e extrafamiliar), torna-se impossível criar um único perfil para o agressor. É preciso considerar, por um lado, que nem sempre os abusadores apresentam desvios aparentes ou acentuados, podendo o abuso ocorrer por diferentes motivos; e, por outro lado, que podem pertencer a qualquer classe social, faixa-etária, ser de um ou outro gênero, ter qualquer nível de escolaridade, condição intelectual e cultural (ROMERO, 2002; RIBEIRO et al., 2004).

Sabe-se que os abusos sexuais em crianças acarretam traumas e outras consequências negativas em suas vidas, tanto em curto como em longo prazo (SÁNCHEZ, 1995). Percebe-se que tanto o abuso sexual como a exploração sexual contra criança são considerados tipos de maus-tratos, consistindo em fenômenos complexos que apresentam implicações legais de proteção à criança e ao adolescente, de punição ao agressor, implicações psicossociais e médicas com atenção à saúde física e mental das vítimas. A conceituação e a caracterização do abuso sexual remetem, portanto, às marcas que essa prática deixa na vida da vítima (KAPLAN E SADOCK, 1990; ROMERO, 2007).

O abuso sexual deixa na criança e adolescente atingida consequências negativas que podem ser físicas, emocionais, sexuais e sociais. (AMAZARRAY E KOLLER, 1998; KAPLAN E SADOCK, 1990). Como possíveis consequências físicas,

destacam-se lesões traumáticas, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez; já como prováveis consequências emocionais podem ser citados o medo, a culpa, a ansiedade, a tristeza e a desconfiança (SOARES, 2009).

Algumas das consequências psicológicas geradas pelo abuso sexual são ansiedade, depressão, alteração no sono, agressividade, desconfiança, disfunção sexual na vida adulta. Como consequências comportamentais, pode-se citar furtos, fuga de casa, regressão do desenvolvimento, agressividade, dificuldades de aprendizagem, além de dificuldade em confiar em outras pessoas (SOARES, 2009).

Alguns autores observaram os efeitos do abuso sexual, concluindo que as crianças que foram vítimas apresentam maiores dificuldades de aprendizagem. Sendo assim, eles dividiram essas consequências de acordo com as idades das crianças relacionadas com o seu nível escolar. Desta forma, os sintomas apresentados na idade pré-escolar (0 a 6 anos) podem ser ansiedade, pesadelos, transtorno de estresse pós-traumático e também comportamento sexual inapropriado. Já na idade escolar (7 a 12 anos), os sintomas podem ser medo, agressão, pesadelos, diversos problemas escolares, hiperatividade e comportamento regressivo. Por fim, na adolescência (13 a 18 anos), os sintomas podem variar entre depressão, isolamento, comportamento suicida, autoagressão, atos ilegais, usos de substâncias ilícitas, comportamento sexual inadequado, entre outros. Pode-se perceber que muitos dos sintomas perpassam as três fases de desenvolvimento mencionadas (KENDALL et al., 1993).

Ocorre diariamente debaixo dos nossos olhos e muitas vezes acaba-se sendo despercebido, podendo acontecer dentro ou fora de casa, ocorrendo em todas as classes sociais, culturais e econômicos, como destacados acima. Sabe-se que o abusador seduz carinhosamente sua vítima. É preciso abrir os olhos e aceitar que a violência muitas vezes é vinculada ao gênero da vítima, pois as meninas ainda são em maior número como vamos perceber abaixo. Também não se pode esquecer de crianças e adolescentes com deficiência por sua vulnerabilidade a esse tipo de violência.

Segundo Alberton 2005, violência sexual refere-se ao envolvimento de crianças e adolescentes dependentes, imaturos, inocentes, os quais são incapazes de perceber a gravidade dos atos e manipulações sexuais por familiares e terceiros.

A família é a primeira unidade social na qual o indivíduo se insere, sendo responsável tanto pelo processo de socialização quanto pela proteção de seus



descendentes (Steinberg, 2000). A maioria dos abusos tem ocorrido no contexto intrafamiliar, ou seja, dentro do seu próprio vínculo familiar, sendo que a maior parte dos abusadores das crianças e adolescentes são pessoas com as quais a criança mantém um relacionamento de amor e confiança. Isso acaba intrigando muito a criança que precisa de carinho, pois recebe violência sexual através do seu padrasto, avôs, irmão entre muitos outros.

Os pedófilos escolhem sujeitos frágeis que não tem noção do que pode ocorrer. Assim, como nos casos das crianças e adolescentes, sujeitos com maior grau de vulnerabilidade, aproveitam dos seres inocentes, que segundo eles, são alvos mais fáceis de tornar vítimas, sem haver uma denúncia por medo do que pode vir a ocorrer.

Sabe-se que muitas das violências sexuais de crianças e adolescentes permanecem escondidas e não notificadas, mas precisam ter a noção que esse instrumento é uma forma de garantir direitos e proteção social a essas vítimas que se sentem fragilizadas e machucadas e com medo. O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, ou ainda nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as vítimas serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida.

A violência contra crianças está profundamente arraigada na cultura familiar brasileira. A chamada **violência familiar** ou **violência doméstica** que se expressa nas formas de agressão física, abuso sexual, negligência, abuso psicológico e síndrome de Münchhausen por procuração (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA et al., 2000) vitimiza milhões de crianças todos os anos. Sabe-se que a magnitude desse fenômeno é extremamente ampliada e a maior responsável pelos casos de violência interpessoal contra crianças.

A violência precisa se debater cotidianamente entre os serviços de atendimento a essas vítimas, sendo um dos graves problemas de saúde, exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na solidariedade e na cooperação entre organizações que, por meio da articulação política, negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades. Além dos serviços de saúde, existem outros serviços no território que atendem mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas em situação de violência que necessitam estabelecer um fluxo

diferenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

O medo, a vergonha e a falta de conhecimento para comunicar e acessar os órgãos responsáveis pela atenção a essa questão são apontados como os principais fatores que incidem para a continuidade das violências. No que se refere à violência sexual infanto-juvenil, a histórica invisibilidade sobre esse tema encontra-se intrinsecamente interligada a fatores culturais que se estabeleceram ao longo do desenvolvimento da sociedade brasileira e da organização da família, densamente influenciada pelo modelo patriarcal e pela concepção machista, em que mulheres e crianças passam a ser consideradas como propriedades do homem provedor da família (VIEIRA, pág. 256).

Um dos fatores em destaque para essa faixa etária se tornar vítima de violência está relacionado à vulnerabilidade à violência, ou seja, que são circunstâncias de vida ou atributos pessoais que facilitam que a criança e o adolescente se tornem vítima ou agente de violência em um determinado momento. Por serem sujeitos mais frágeis e de fácil manipulação por pessoas adultas e da própria confiança, o que muitas vezes é o caso.

A violência, pelo número de vítimas e pela intensidade dos efeitos orgânicos e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um grave problema de Saúde Pública no Brasil. Assim como ocorre com os determinantes das condições de saúde em geral, as manifestações da violência também estão correlacionadas com fatores sociais, econômicos, culturais e singulares. Suas consequências impactam significativamente na qualidade de vida da população, tanto pelo número de vítimas fatais que a violência produz, quanto pela intensidade das implicações que dela decorrem (OMS, 2002; BRASIL, 2008; MINAYO, 1994; REICHENHEIM et al., 2011).

É por esse fator que Minayo (2006) aponta que a violência não é em si um problema exclusivo da saúde, mas é sobre o setor saúde que recai o maior ônus de todas as suas consequências, pois afeta a saúde individual e coletiva. É o sistema de saúde que absorve os impactos dos acidentes e violências, incluindo-se as despesas com assistência médica hospitalar, a perda precoce de vidas humanas, sequelas físicas e psicossociais para as vítimas (BRASIL, 2008). Além disso, a saúde ocupa um papel fundamental no enfrentamento dessas violências no que tange a identificação, a notificação de casos, além do acolhimento, aconselhamento

e tratamento das vítimas. Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o grande desafio de elaborar estratégias intersetoriais de enfrentamento ao problema da violência no país.

Entre 2008 e 2010, através do Pacto pela Vida, foi pactuado, com as secretarias estaduais e municipais de saúde, a implantação das fichas de notificação de violência, das redes de atenção às vítimas e núcleos de prevenção de violências (BRASIL, 2008). Por fim, houve a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, que reforça vigilância de violências em geral, incluindo doméstica e sexual, que passam a ser de notificação obrigatória em todas as unidades de saúde.

Segundo Minayo 1994 "a violência não é um problema específico da área da saúde". No entanto, ela afeta a saúde. Como afirma Agudelo (1990), "ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima". Ou como analisa a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em seu último documento sobre o tema: "a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países" (...) "O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistente social" (OPAS, 1993, p. 01).

É notável que as crianças e os adolescentes são aparados via judicial pelo Código penal Brasileiro, Decreto-Lei no 2.848, de 07 de dezembro de 1940, recentemente reformado, e pelo documento que define no Título VI, Capítulo I, dos crimes contra a dignidade sexual, no seu Art. 213 a violência sexual como crime. A lei limita a idade de consentimento para relações sexuais para 18 anos, considerando que antes dessa idade a pessoa não pode consentir, pois não tem maturidade para compreender e assumir as consequências de uma relação sexual. O mesmo documento, no Capítulo II, dos crimes contra vulneráveis no Art. 217-A, qualifica o crime se a vítima não é maior de 14 anos, e portadora de enfermidade ou deficiência mental, não tendo discernimento para a prática do ato ou não pode oferecer resistência (BRASIL, 1940).

Outra lei que ampara as vítimas de violência sexual é a Lei nº 12.015/2009, que versa sobre Crimes contra a Dignidade Sexual, e considera como crime de

estupro de vulnerável, independentemente do sexo da vítima, qualquer tipo de relacionamento sexual (conjunção carnal ou outro ato libidinoso) com crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos. É crime também a prática de tais atos diante de menores de 14 anos ou a indução a presenciá-los (BRASIL, 2009).

Todos os tipos de violência estão fortemente associados a determinantes sociais, que incluem governança fraca; estado de direito frágil; normas culturais, sociais e de gênero; desemprego; desigualdade de renda e de gênero; rápidas mudanças sociais; e oportunidades limitadas de educação (OMS, 2014. p. 33).

A Constituição de 1988, em seu Artigo 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA -, criado pela Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde - Artigos 13, 47 e 245 -, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores de saúde e da educação a notificação e a prevenção desses casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico.

Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

A Portaria número 1.271, de 6/6/2014, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo da portaria, e dá outras providências. A violência doméstica e outras violências tornaram-se eventos de notificação semanal, e a violência sexual e a tentativa de suicídio, eventos de notificação imediata (Brasil, 2014). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou outra versão da ficha de notificação, denominado Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência interpessoal/autoprovocada.

Também precisamos destacar os casos de notificação que devem ser realizados como um instrumento importante de proteção à vítima e não como um modo de punição. Muitas vezes o profissional de saúde se sente com medo de notificar a violência, por ser reconhecido pela equipe e a população usuária.

A notificação é uma dimensão da linha de cuidado, que cabe aos profissionais de saúde, por meio da equipe que acaba tendo o primeiro contato com a vítima de VS. Sabendo também as formas de encaminhamentos necessários para os demais serviços como: Conselho Tutelar, Ministério Público, Centro de Referência especializada de assistência social (CREAS).

Pela importância de notificar os casos de violência, identificamos os casos que permanecem ocultos, para se compreender os dados epidemiológicos desse agravo nas três esferas de governo (Municipal, Estadual, Federal). Isso afim de haver um investimento nas políticas públicas voltadas ao caso da violência no Brasil. Também para proteger a garantia dos direitos por meio da rede de atenção e proteção.

Notificar os casos de violência implica no compromisso com a pessoa que está na situação de violentada, em sofrimento e sem amparo e que necessita de proteção e cuidado da equipe de saúde.

### **3 Capítulo II- A QUESTÃO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E OS DIVERSOS SABERES PROFISSIONAIS NO SUS**

Muito se tem discutido sobre o atendimento em rede para a proteção de adolescentes vítimas de violência. Nesse contexto, a saúde pública vem atuando frente ao cuidado integral da criança e adolescente, ressaltando a importância da organização de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **3.1 Linha de cuidado e o trabalho Multiprofissional às Crianças e aos Adolescentes vítimas de Violência Sexual na saúde.**

O trabalho dos profissionais das equipes de saúde e dos assistentes sociais inseridos nessas equipes é sempre muito delicado, e exige uma posição ética e de sigilo, especialmente nos casos de violência sexual, considerando todos os danos que esse tipo de violência traz para as crianças/adolescentes e suas famílias, bem como o fato do agressor frequentemente ser parte da família ou muito próximo a ela.

Também é obrigatória, nos serviços de saúde, a notificação da violência ao SINAN, por meio do preenchimento da ficha de notificação compulsória, já abordado anteriormente. Esta não apenas é um dever do profissional de saúde, mas um direito dos usuários e suas famílias.

A notificação de violência surgiu com o objetivo de dar visibilidade a esse fenômeno, que se constitui enquanto problema social, de saúde e de segurança pública. A vigilância de violências instrumentalizada através da ficha de notificação é parte da estratégia do SUS frente à violência, assim como os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde. A notificação permite conhecer melhor os casos de violência, e quais são as características dos autores e das vítimas – tais como sexo, raça/cor e escolaridade - que podem configurar grupos de diferentes vulnerabilidades. Embora a violência atinja toda sociedade trazendo prejuízos físicos, emocionais e econômicos, esse fenômeno ocorre de modo distinto entre grupos sociais, como mulheres, negros, jovens de baixa escolaridade, dentre outros (BRASIL, 2016).

A Ficha de Notificação Compulsória da Violência é composta por variáveis e categorias que englobam as violências autoprovocadas, e envolve o comportamento suicida e o suicídio propriamente dito. O *comportamento suicídio* inclui ideias de

acabar com a vida e a automutilação (destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente), que pode ser grave (amputação dos próprios dedos, por exemplo) (KRUG *et al.*, 2002). Já as violências interpessoais ocorrem na interação entre as pessoas, que demonstram dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa, como também nas relações entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos, entre outras, nas quais estão caracterizadas as relações de poder (MINAYO, 2009).

Por meio de seu preenchimento, torna-se possível revelar a magnitude da violência, sua tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, sejam elas vítimas e/ou autores da agressão, localização de ocorrência, entre outras características dos eventos violentos. Assim, a notificação nos serviços de saúde deve ser realizada sempre que houver atendimento de uma situação suspeita ou confirmada de violência. Excepcionalmente nos casos de violência contra crianças e adolescentes, uma comunicação, relatório impresso e/ou uma cópia da ficha de notificação devem ser encaminhados ao Conselho Tutelar ou a autoridades competentes, conforme estabelecido no ECA (BRASIL, 1990; 2011a).

Diante da complexidade desses casos é fundamental o atendimento multiprofissional, como o modo de abordagem individual da vítima e da família. É importante a participação de profissionais de diversas áreas e olhares, pois pode se perceber pontos importantes que o outro profissional não havia percebido, e observar alguns principais fatores que ocorreram durante a VS da criança e adolescente como as características: do agressor, estado geral da vítima (físico, emocional e social), o perfil do autor da violência, a historicidade da família.

### **3.2 Trabalho Multiprofissional no Atendimento de Criança e Adolescente na Saúde**

Para acompanhamentos da criança e do adolescente, é preciso que os profissionais devam estar capacitados para as notificações e sua importância, para o cuidado clínico, psicológico e social e para orientar a vítima sobre seus direitos garantidos em lei. Assim como os serviços que prestam atendimentos especializados nesse caso. Cabe destacar que a saúde, por excelência, é um setor que favorece o primeiro contato com as vítimas de violência, seja no território, por

intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde, ou pela busca do atendimento nos serviços de saúde.

Em geral, o cuidado, no contexto da saúde, deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear a relação entre o paciente e o profissional de saúde (AYRES, 2004).

O cuidado se tem desde o primeiro contato com o indivíduo, o qual você cria uma empatia com a situação que o sujeito se encontra, assim ele passa a ser visto como sujeito a partir da sua singularidade, de forma que a assistência passa a ser integral, garantindo todo o cuidado necessário, procurando serviços que necessariamente precisam oferecer o cuidado integral para aquela vítima de violência sexual, amparando ela, protegendo-a e não a criticando por se encontrar naquela situação, por isso o profissional de saúde precisa ter esse olhar atento, exercendo o cuidado ao que teve seus direitos violados por terceiros.

A Política Nacional de Humanização (PNH) coloca em evidência a dimensão do cuidado a partir da compreensão do **acolhimento** como um ato de aceitação, credibilidade e aproximação, ou seja, uma forma de fazer com que o outro se sinta pertencido.

Precisa-se ter a qualidade do acolhimento, a escuta competente e afetiva, a amplitude das relações estabelecidas pelos profissionais de saúde com seus usuários, a facilidade do acesso às ações de saúde oferecidas e as linhas de cuidado definidas pelos serviços e suas equipes são o que possibilitam uma maior capacidade de identificação dos casos de violência, mesmo aqueles mais difíceis. Isso facilitaria muito a abordagem ao vitimado a violência, pois muitas vezes a criança e o adolescente não se sentem à vontade para relatar o que realmente aconteceu consigo mesmo.

Criar espaços de reflexão e tensionamento da equipe multidisciplinar quando essas notificações não estão sendo realizadas também é uma forma de enfrentamento e garantia de direitos às crianças e adolescentes vítimas de violência, nesses espaços a atuação do assistente social é imprescindível. Tanto nas avaliações iniciais quanto durante o acompanhamento dos casos, um instrumento importante é a entrevista. Ouvir atentamente, estabelecendo um vínculo com a família e com a criança/adolescente é muito relevante. Lembrando que esse tipo de violência vem envolto de um segredo familiar, portanto, o familiar entrevistado pode



estar naquele momento não cooperativo, negando a violência ocorrida ou mesmo culpando a vítima pela violência.

É importante evitar qualquer tipo de julgamento e comentários de alerta, indignação, censura ou acusação e confrontos com a vítima e com os familiares que se encontram presente no momento do acolhimento. Também se faz necessário guardar as informações prestadas por adolescentes e crianças durante a consulta/atendimento, as consultas devem ter o sigilo garantido. A quebra do sigilo deve ser feita sempre que houver risco de morte ou riscos relevantes, a exemplo de situações como violência sexual ou exploração sexual, risco ou tentativa de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações sobre homicídio, dependência de álcool e outras drogas, gravidez e outros (BRASIL, 2010).

Com isso, mostra-se a importância da atuação do Assistente social juntamente com a equipe de saúde, trabalhar com as expressões da questão social, o fortalecimento de vínculos com a família. Na área da saúde, o ambiente hospitalar favorece uma avaliação detalhada das situações de suspeita ou confirmação de violência sexual, pois a criança encontra-se internada ou vinculada a atendimento sistemático em nível ambulatorial, e tende a sentir-se mais segura ao fornecer indícios para que ocorra a revelação da situação abusiva.

Por outro lado, os profissionais que intervêm nessa realidade podem compreender e avaliar melhor a situação, bem como traçar um plano de atendimento, visando à interrupção do ciclo da violência e promovendo a proteção e os cuidados para a vítima e sua família.

### **3.30 Papel do Assistente Social no Sistema Único de Saúde**

Segundo a Resolução nº 218, de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que reconhece o assistente social como profissional de saúde, tem em sua ação a visita domiciliar, cujo caráter vai além do atendimento emergencial, curativo e seletivo, de exames e consultas ou da provisão de medicamentos, conforme vivenciamos em nossa atuação profissional. Tal ação seletiva cria um viés no atendimento e vai à contramão do que assevera a Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 192, sobre o direito, a promoção da saúde e o bem estar da população.

Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (Brasília: CFESS, 2010) contêm uma explicação do entendimento profissional, através dos fundamentos teórico-metodológico e ético político, construídos pela profissão em um determinado momento. Também o conceito de saúde contido na constituição federal de 1988 e na lei nº 8.080/1990, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196), e indica como fatores determinantes e condicionantes da saúde o acesso, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Destacamos que dentre as competências profissionais, a utilização de instrumentos e técnicas, tais como a elaboração de questionários e entrevistas domiciliares que possibilitavam a elaboração de perfil socioeconômico, nos permitiu o encaminhamento de documentações com pareceres reflexivos.

Tais parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia.

Na verdade, essas dimensões estão em permanente interação e é um dever ético-político consolidá-las mediante um exercício profissional crítico e competente, capaz de materializar os princípios de nosso Código de Ética, do Projeto Ético-Político da profissão e dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política e Saúde.

Como destacado na Lei de regulamentação da profissão em alguns dos seus princípios onde destaca a Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo.

Este é o compromisso que nos cabe assumir e que somente pode ser alcançado por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida. Isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Segundo Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

O atendimento direto aos usuários oferece diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas entre outros, e das Ações Socioassistenciais onde encontra-se uma das principais demandas do assistente social.

Entretanto, novas contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que tentam não viabilizar o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários, questões de visitas domiciliares, avaliação socioeconômica, conhecerem a realidade do usuário e também fortalecer os vínculos familiares, buscar garantir direitos entre tantas outras atribuições do assistente social com seu usuário ou paciente.

O assistente social tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas expressões como meios de trabalho sua base teórico-metodológica que vai orientar o eixo técnico-operativo envolvendo também a dimensão ético-política da profissão, fazendo-se a ressalva de que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação do seu trabalho, dependem de recursos, sobretudo materiais vindos das entidades empregadoras. Como produto de seu trabalho pode-se dizer que existem aqueles visíveis: viabilizar benefícios, acesso à informação, atendimento de saúde, dependendo da demanda atendida. E existem aqueles que não são imediatamente visíveis: o efeito que o trabalho do assistente social produz sobre o processo de reprodução da força de trabalho, isso porque suas intervenções repercutem exatamente sobre as condições de sobrevivência material e social da classe trabalhadora, aquela que de fato produz mais-valia (IAMAMOTO, 2015).

O Serviço Social atua no combate à violência inserida nas instituições que prestam atendimento à vítima de violência, após a reconceituação da profissão e a

defesa de um projeto ético-político em favor da construção de uma sociedade mais justa, a profissão tem sido reconhecida, valorizada e requisitada, configurando um espaço na divisão sociotécnica do trabalho, merecendo a confiança das outras profissões e entidades diversas, conquistando espaço e demarcando a identidade da assistência social.

Como produto do trabalho espera-se a viabilização da proteção da criança/adolescente e a efetivação de direitos sociais, mas também a reflexão sobre a forma de sociedade capitalista e patriarcal que referenda esse tipo de violência, bem como o diálogo sobre a desigualdade produzida por esta sociedade que dificulta o acesso à direitos. Essa é a reflexão capaz de gerar mudanças à longo prazo.

Em outras palavras, Yamamoto (1997, p. 14) define o objeto do Serviço Social nos seguintes termos:

“Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdade e a ela resistem se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, os quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (...) a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social”.

De acordo com Silva e Silva (2002), o Serviço Social surge como profissão regulamentada no início do século XX, no contexto da expansão do papel do Estado no enfrentamento da questão social e de suas mais variadas expressões. Sendo assim, há uma profunda conexão entre Serviço Social e política pública no Brasil. O assistente social é o profissional que intervém na realidade social, assumindo competências e atribuições específicas.

Dessa forma, a intervenção do assistente social constitui-se por meio da interação com diversos sujeitos sociais e apresenta um aparato normativo que respalda de forma jurídica as práticas desenvolvidas. Entre esse aparato considera-se a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o Código de Ética do Serviço Social de 1993 e os Parâmetros de atuação do assistente social na política de saúde, elaborados pelo CFESS.

No caso da violência sexual, a intervenção nunca será apenas direcionada à criança, mas envolverá toda a família, bem como outros serviços que necessitem ser acionados. Compreende-se como família um grupo de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos ou de solidariedade e que se comprometem no cuidado mútuo (BRASIL, 2010).

O assistente social atua no atendimento aos usuários na saúde, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes uma equipe multiprofissional. Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional, serão trazidas alguns trabalhos do assistente social na saúde.

Ações de articulação de saúde trabalhadas em equipe merecem ser refletidas, e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. Muitas vezes os outros profissionais de saúde acham que o trabalho do assistente social em um hospital é de marcação de consultas e exames, solicitação de ambulância, comunicado de óbitos, entre outros serviços. A equipe de saúde, muitas vezes, tem dificuldade em compreender as atribuições e competências do assistente social face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde, determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente.

Nessa perspectiva, o profissional de Serviço Social deve utilizar, segundo Vasconcelos (1993), a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar de forma consciente do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico.

Mobilização, participação e controle social envolvem um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As críticas e sugestões são apresentadas individualmente, sem levar em consideração que as dificuldades e

impasses vividos pelos usuários são coletivos, resultantes da não efetivação do SUS e, portanto, exigem respostas coletivas. Vale destacar a importante atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a contribuição fundamental do profissional de Serviço Social.

O assistente social é um dos profissionais requisitados a atuar nos casos de violência, atendendo crianças e adolescentes vítimas e as suas famílias. A partir desse atendimento, o técnico pode analisar a realidade social em que estão inseridos os usuários e nela intervir, com vistas à promoção dos direitos. Essa intervenção, entretanto, deve ocorrer tendo por base o Código de Ética profissional, aprovado em 1993. Esse documento fornece as diretrizes para o correto exercício profissional.

O atendimento familiar compreende “realizar a abordagem familiar através de entrevistas, apoiar a organização familiar para o suporte do paciente, orientar quanto aos direitos do paciente e familiar e, encaminhar para os serviços da rede”. Além desses trabalhos desenvolvidos, os profissionais participam de reuniões de equipes com o intuito de perceber a historicidade do sujeito.

Desta forma, quanto mais conhecimentos tiverem os profissionais assistentes sociais, mais vastas serão suas possibilidades de intervenção na vida dos usuários. Assim, para o enfrentamento das expressões da questão social, os profissionais assistentes sociais nas suas práticas cotidianas dentro da saúde realizavam atendimentos articulando os serviços em rede sempre que as demandas necessitavam. Essa articulação se deu com órgãos de proteção, tais como Centro de referência de assistência social (CRAS), Centro de referência especializado de assistência social (CREAS), Juizado da Infância e Adolescência, Postos de Saúde, Unidades Básicas, Conselhos Tutelares, rede de Assistência, Educação e Jurídica, Promotorias, Delegacias e secretarias de Assistência, Saúde e Educação de outros municípios.

Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios. Assim sendo, é preciso trabalhar para ampliar e melhorar as políticas de saúde com um trabalho em equipe dos profissionais da saúde, para, assim, atender de forma adequada nossos usuários.

## 4 Capítulo III - MAPEAMENTO DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

### 4.1 Caracterização do campo de pesquisa - Metodologia da pesquisa

Este estudo foi realizado na cidade de Santa Maria, a qual se encontra localizada na região sul do Brasil e na região central do estado do Rio Grande do Sul. Sua emancipação política-administrativa ocorreu no ano de 1858. A cidade conta com uma área de 1.788,12 Km<sup>2</sup>, com a população estimada 278.445 de pessoas conforme os dados de 2017. Sua densidade demográfica [2010] é de 145,98 hab/km<sup>2</sup>.

Santa Maria é uma cidade de médio porte, sendo a 5<sup>a</sup> de maior população do estado do RS. A parte urbana da cidade é distribuída em oito regiões administrativas, quais sejam: Norte, Noroeste, Sul, Centro Oeste, Oeste, Leste, centro leste e centro.

Em 2014, tinha um PIB per capita de R\$ 23561.62. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 273 de 497. Já na comparação com cidades do Brasil, sua colocação era de 1306 de 5570. Em 2015, tinha 52.3% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 474 de 497 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 4925 de 5570.

O município de Santa Maria/RS se caracteriza como um importante polo militar do país além de sediar varia instituições de ensino superior, dentre elas uma das maiores universidade do Brasil, a Universidade Federal de Santa Maria.

Atualmente o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é referência para o atendimento às vítimas de violência sexual para o Município e Região de abrangência. Nesse sentido o Núcleo de Vigilância do HUSM (NVEH) e o Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (PET- GRADUASUS) têm buscado conhecer o perfil das vítimas e o panorama da violência.

Neste Trabalho de Conclusão de Curso, abordou-se um dos objetivos específicos do Projeto guarda-chuva com o projeto o qual foi emitido ao CEP titulado como: **Mapeamento dos dados epidemiológicos de violência sexual no**

**município de Santa Maria** com o registro **039291**. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo.

O referido objetivo foi de caracterizar as Notificações de Violência Sexual no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e realizar um comparativo com os registros de Boletim de Ocorrência (BO) na Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA), no período de 2015 a 2016.

A coleta de dados ocorreu em duas fases. A primeira fase constitui-se na leitura e registro das informações das fichas de notificações sobre Violência Sexual arquivadas no Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – HUSM. Na segunda fase, obteve-se dados dos boletins de ocorrências registrados na DPCA.

Os critérios para inclusão são todas as VS que ocorreram nos anos de 2015 a 2016, atendidas e notificadas no SINAN/HUSM. Os critérios de exclusão são as VS não atendidas no HUSM, não notificadas e as que estão fora do período que foi estabelecido. Foram incluídos crianças e adolescentes com as idades de 0 á 19 anos, com essa faixa etária possui, atualmente na cidade, aproximadamente 70 mil crianças, segundo os dados do IBGE.

## **4.2 Resultado e discussões**

Na primeira fase do estudo, que ocorreu no Hospital Universitário de Santa Maria Núcleo de Vigilância do HUSM (NVEH) o qual é referência no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, pois recebe pacientes de toda a região, foram coletadas as informações de aproximadamente 71 notificações compulsórias, registradas no SINAM, entre os anos de 2015 e 2016.

A ficha de notificação, entre outras informações, contém dados da pessoa atendida, de sua residência, dados da ocorrência, tipologia da violência, características da violência sexual (quando for o caso), consequências da violência, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento.

Como o estudo teve por foco a infância e a adolescência, foram incluídas na busca vítimas de violência na faixa etária compreendida entre 0 e 19 anos, mas também apresentamos resultados separadamente por faixa etária de 0 a 9 anos e de 10 a 19 anos, para verificação de possíveis diferenciações e comparações.

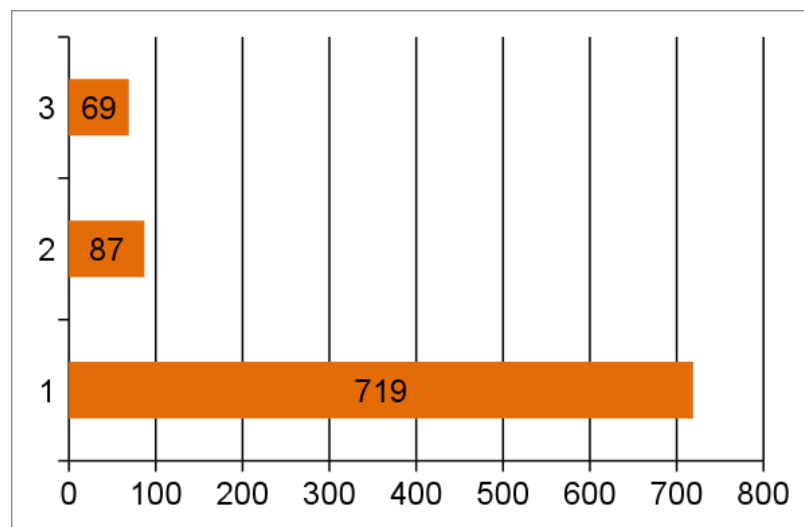
Em relação à subnotificação das violências sexuais, estudos apontam que o fato de grande parte dos casos acontecerem em âmbito familiar potencializam a não



notificação da situação a autoridade competente. Existindo assim “um ambiente propício para o silêncio” (PIRES et al., 2005).

Com os dados obtidos no ano de 2016, no estado do Rio Grande do Sul, percebe-se que em 1º lugar encontra-se a capital Porto Alegre, com 719 casos registrados no TABNET, com a população média de 1.484.941 pessoas, censo/2010. Em 2º lugar, vem Caxias do Sul com a média da população de 435.564 pessoas censo/2010, com 87 registros, no ano de 2016, de violência sexual de criança e adolescente na idade de 0 à 19 anos incompletos. E em 3º lugar, encontra Santa Maria com 69 registros no Sinan 2016 com a população menor que os demais municípios acima, em média 261.031 pessoas.

**Figura 1-** Posição de Santa Maria na violência sexual de Crianças e adolescentes no estado do RS em 2016.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nas notificações do Husm.

Porto Alegre teve, nesses dois anos, 636 notificações de violência sexual na idade pesquisada, de 0 a 19 anos, com a população 1.484.941 milhão de habitantes, sendo aproximadamente 367.306 crianças e adolescentes residentes no município de Porto Alegre de 0 a 19 anos, logo 17,32% são vítimas de violência sexual no município, com notificações no sinan.

Já no Brasil, temos 208.100.328 milhões de habitantes, dos quais 59,7 milhões têm menos de 18 anos de idade (Pnad 2013). Representam 31,3% da

população do país. São pelas definições da lei, 35.623.594 crianças de 0 a 11 anos de idade, 18,7% do total do país, e 24.033.745 de adolescentes na faixa dos 12 aos 18 anos de idade: 12,6% da população total.

Em 2016, foram registrados 1.415 casos de violência e exploração sexual de crianças e adolescentes em Pernambuco, segundo a Secretaria de Defesa Social (SDS). Os dados ficam ainda mais assustadores quando multiplicados por 10, pois estima-se que 90% dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes sejam subnotificados, o que elevaria esse número para 14.150 vítimas (MDS Pernambuco).

Em Santa Maria a cada 10 mil crianças e adolescentes, em média 1% sofrem violência sexual registrado nos Sinan. No Rio Grande do Sul, nos anos de 2015 e 2016, foram registrados no SINAN aproximadamente 3.026 casos de violência em todo o estado. Cabe destacar que Santa Maria tem 4,73% desses casos nesse período, ficando atrás somente de Porto Alegre e Caxias do Sul.

Já no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, com relação especificamente aos casos de estupro, consequência da violência sexual contra crianças e adolescentes, foram notificados em 2015 12.765 casos contra pessoas do sexo feminino na idade de 0 á 19 anos. E mais de 6 mil foram notificados contra crianças e adolescentes de até 12 anos de idade (BRASIL, 2016).

A subnotificação de casos em Pernambuco é crescente. Em 2016, foram notificados 1.415 casos, sendo 381 de janeiro até março. No mesmo período de 2017, foram contabilizados apenas 45 casos, o que registra uma queda brusca no número de denúncias.

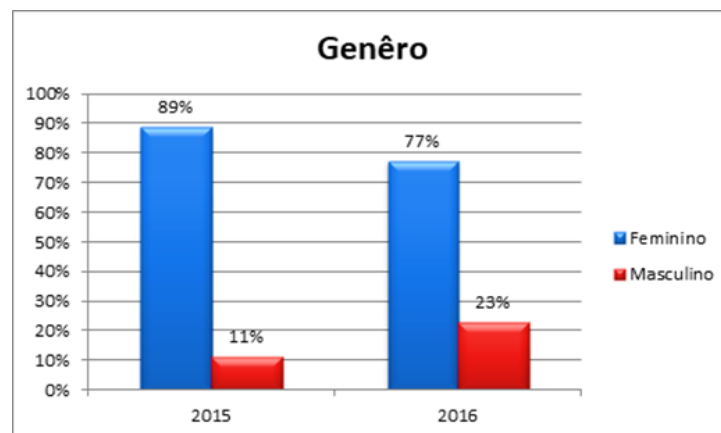
Segundo o Chefe da Unidade de Prevenção e Repressão aos Crimes Contra Crianças e Adolescentes da DPCA, Ademir de Oliveira, a subnotificação é recorrente nos números do estado. A violência intrafamiliar vem sendo o maior agravante para o aumento dessas subnotificação (diário de Pernambuco 2017). Cerca de 67,7% das crianças e jovens que sofrem abuso e exploração sexuais são meninas. Os meninos representam 16,52% das vítimas. Os casos em que o sexo da criança não foi informado totalizaram 15,79%, segundo dados do JusBrasil.

Os dados sobre faixa etária mostram que 40% dos casos eram referentes a crianças de 0 a 11 anos. As faixas etárias de 12 a 14 anos e de 15 a 17 anos correspondem, respectivamente, 30,3% e 20,09% das denúncias. Já o perfil do

agressor aponta homens (62,5%) e adultos de 18 a 40 anos (42%) como principais autores dos casos denunciados.

Considerando as crianças de até doze anos de idade, as vítimas de estupro são predominantemente de raça/cor parda. Quanto ao autor da violência, os principais autores são amigos/conhecidos e o pai/padrasto, sendo que 72% desses casos ocorrem nas residências.

**Figura 2-** Distribuição dos casos registrados de violência contra crianças e adolescentes, segundo sexo das vítimas e ano de ocorrência.



Fonte: Elaborado pela autora baseados nas notificações do Husm.

Verifica-se o aumento de vítimas do sexo feminino nas situações de violência sexual. As mulheres adolescentes e jovens são igualmente ou mais expostas às violências de gênero. Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo destacou que 45% das mulheres brasileiras declararam ter sofrido alguma forma de violência, sendo que o abuso sexual está mais presente entre meninas e jovens com menos de 18 anos. O Ministério da Justiça registra cerca de 50 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes por ano na ano de 2014.

Um estudo realizado no Estado de Minas Gerais, com dados de 2009 e 2010, mostrou que a violência foi mais incidente em adolescentes, sendo a violência sexual o segundo tipo de violência mais recorrente com maior incidência nos casos de abuso sexual acometendo mais o sexo feminino. Em relação às crianças, a violência sexual foi a mais prevalente, sendo o abuso sexual o tipo de violência predominante nestes casos, acometendo principalmente a faixa etária de um a quatro anos do sexo feminino (ALMEIDA, 2012).

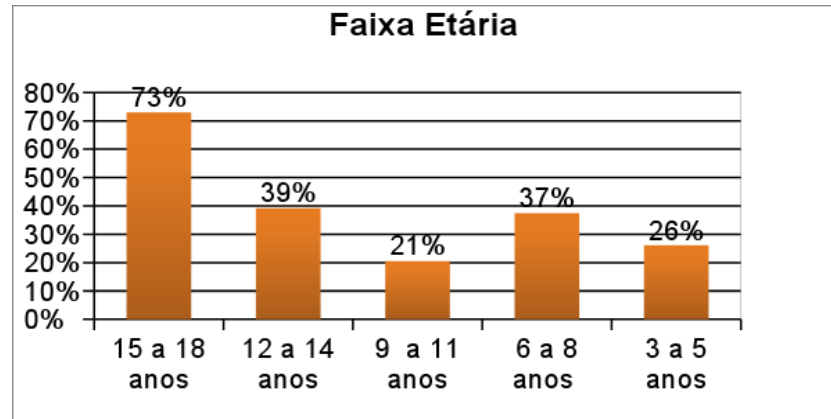
Segundo os resultados de uma pesquisa realizada em Minas Gerais, nos anos 2008 e 2009, os a questão do abuso e exploração sexual infanto-juvenil ocorre de forma preocupante no Triângulo Mineiro (MG). A maioria das vítimas é do sexo feminino (83,2%) e com maior frequência em crianças e adolescentes cuja faixa etária concentra entre 13 a 17 anos de idade (51,0%), ocorrendo, geralmente, no seio familiar (68,6%) (Iwamoto, 2010).

Outra pesquisa feita no estado do Paraná no município de Londrina, mostra que entre as vítimas, houve predomínio do sexo feminino (74,2%), numa razão de masculinidade de 0,3 ou, ainda, numa proporção de 2,9 meninas para cada menino (MARTINS, JORGE 2010).

A representação de gênero, como toda identidade cultural é construída por meio de simbolismos, signos e representações sociais. Há séculos os homens estão aprendendo e internalizando essa construção cultural, e em função desse fato, cometem violência doméstica contra as mulheres nos espaços privados como “detentores” do comando da família, usam da força física como forma absoluta de resolver conflitos domésticos. Essa realidade secular posta no contexto mundial e brasileiro se perpetua mediante séculos de privilégios adquiridos pelos homens com a construção de um “status quo”, que eleva o homem a chefe de família. Segundo Saffioti (1995) a violência de gênero é estrutural, mulheres são vitimizadas pela violência masculina, e as regras sociais imputadas nas sociedades corroboram com esse fenômeno.

No Brasil, o Disque 100 e o aplicativo Proteja Brasil são os principais meios de denúncia dos crimes envolvendo crianças e jovens. Apenas em 2015 e 2016, 37 mil casos de denúncias de violência sexual na faixa etária de 0 a 18 anos foram recebidos pelo Disque 100.

**Figura 3** – Índice da Idade que mais sofre violência sexual em Santa Maria



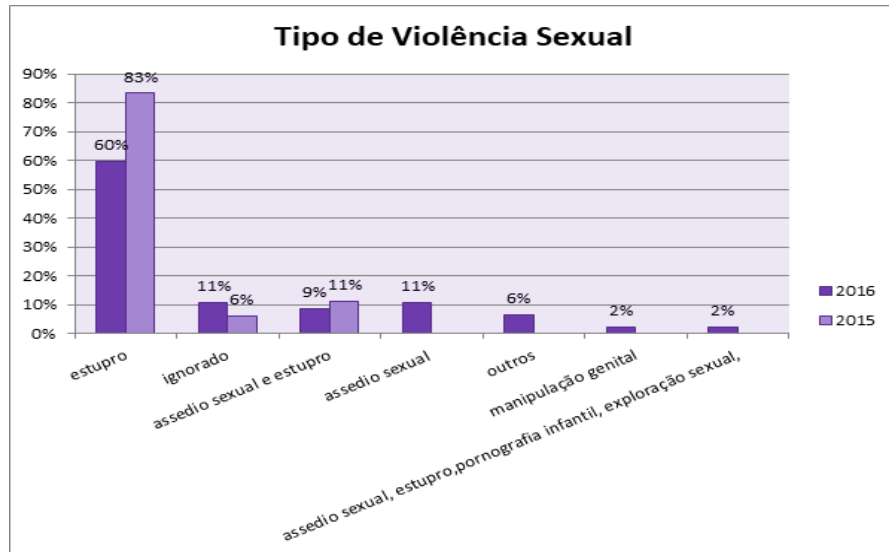
Fonte: Elaborado pela autora baseados nas notificações do Husm.

Percebe-se que o número de vítimas encontrado na faixa etária de 15 a 18 anos, que corresponde em média a 73%, é o que mais possui índice de violência sexual no Município de Santa Maria.

Segundo o Ministério da Saúde, a proporção de notificação de violência é sempre maior no sexo feminino, que contabilizou 67,1% das notificações no ano de 2015. As proporções por faixas etárias não variaram muito entre os anos. Em 2015, 18,6% das notificações eram de vítimas crianças (0 a 12 anos), 19,9% de adolescentes (13 a 19 anos), 55,6% em adultos (20 a 59 anos) e 6% em idosos (60 anos e mais).

Os dados sobre faixa etária mostram que 40% dos casos eram referentes a crianças de 0 a 11 anos. As faixas etárias de 12 a 14 anos e de 15 a 17 anos correspondem, respectivamente, 30,3% e 20,09% das denúncias. Já o perfil do agressor aponta homens (62,5%) e adultos de 18 a 40 anos (42%) como principais autores dos casos denunciados (Brasil 2015).

**Figura 4 – Índice dos Tipos de Violência Sexual em Santa Maria.**



Fonte: Elaborado pela autora baseados nas notificações do Husm.

Conforme o gráfico, observou-se que o estupro encontra-se em primeiro em relação aos tipos de violência ocorrida na região de Santa Maria, com um índice de 83% em 2015 e 60% em 2016. Já em segundo lugar, encontra-se assédio sexual e estupro, com 11% em 2015 e 9% em 2016. Percebemos que vem diminuindo o número do tipo de violência como o estupro e o assédio. Em terceiro lugar, com 6% em 2015 e 11% em 2016, encontra-se ignorado, ou seja, a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (Ex.: pessoa/vítima inconsciente). Este dado já vem aumentando em cerca de 5% de um ano para outro, o que é preocupante, pois significa que a vítima não quer revelar o tipo de violência sofrida por ela.

Não podemos deixar de falar que o estupro muitas vezes acaba deixando vestígios muito fortes, como uma gravidez indesejada, ocasionando muitas vezes o aborto. No caso das vítimas de estupro, a mulher tem direito ao imediato atendimento médico e suporte psicológico e social na rede pública de saúde. O Código Penal diz que “Não se pune o aborto praticado por médico se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”.

Antes do aborto, a vítima recebe medicamentos e tratamentos adequados contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); ouve informações sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis; e toma a necessária pílula do dia seguinte. Se por acaso ainda assim ela engravidar, tem o direito de abortar garantido pela lei. A gestação precisa ter até 20 semanas e o feto pesar até 500 gramas.

Segundo uma norma técnica do Ministério da Saúde, o hospital não pode exigir nenhuma autorização judicial, boletim de ocorrência ou exame de corpo de delito para realizar o aborto. Além dos casos de estupro, a lei autoriza o aborto quando a mãe corre risco de vida na gestação ou quando está grávida de anencéfalo.

Destacando que no Rio Grande do Sul hoje, seis instituições do Estado realizam o procedimento: hospitais de Clínicas, Fêmeina, Conceição e Presidente Vargas (Porto Alegre), Geral (Caxias do Sul) e Universitário (Canoas). Já o Hospital Universitário de Santa Maria e o São Vicente de Paulo, de Passo Fundo, estão sendo qualificados pela SES e pelo Ministério da Saúde para serem habilitados para o serviço.

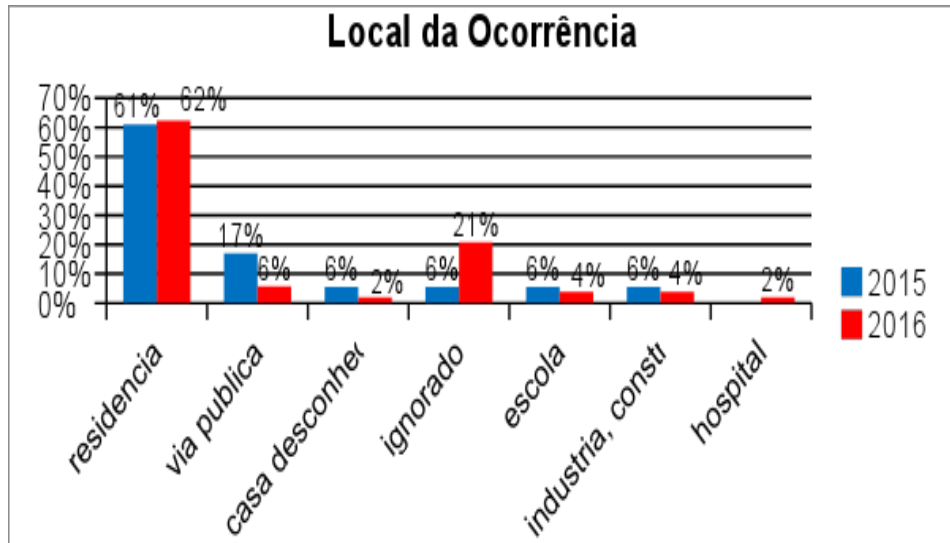
Segundo uma pesquisa quanto ao tipo de violência sexual, a maior ocorrência diz respeito ao estupro, sendo notificados 7.155 casos ou um percentual de 59%. A segunda maior incidência foi a de assédio, o que representou 2.324 casos ou um percentual de 19,2% (WAISELFISZ, 2012, p. 71).

A impunidade criminal do agressor pode estar associada à exigência de provas materiais do crime, ainda solicitada por alguns juízes, possíveis apenas nos casos em que ocorre estupro (Sanderson, 2005).

Segundo Ipea, 70% das vítimas de estupro são crianças e adolescentes e apenas 10% dos estupros são notificados. A maioria dos agressores não é punida.

Após analisar sobre o tipo de violência mais ocorrida no município de Santa Maria nos anos de 2015 e 2016, vamos trazer os dados sobre o Local da Ocorrência. O local da ocorrência da violência é onde ocorreu a violação dos direitos da vítima, e os dados apontam que a maior parte dos casos de notificação aconteceram no ambiente familiar.

**Figura 5 – O Local mais frequente que ocorre a violência sexual**



Fonte: Elaborado pela autora baseados nas notificações do Husm.

Após a análise dos dados, percebe-se que o maior local no qual ocorre a violência é dentro da própria residência onde a criança e adolescente deveriam receber a proteção total. Nos anos de 2015 e 2016, na região de Santa Maria, se teve a média de 61% a 62% de violência sexual ocorrida dentro da residência da vítima. Em segundo lugar encontra-se o local da ocorrência ignorado, com 6% em 2015 e 21% em 2016, apresentando um aumento de 15% entre os dois anos.

De acordo com o mapa da violência de 2012 elaborado por Julio Jacobo Waiselfisz (OUCHANA, 2012), a violência entre as crianças de zero a 19 anos tem por ambiente, na maioria das vezes (63,1%), a residência das vítimas.

A violência praticada no meio familiar é denominada, por Guerra (2001, p.07), como violência doméstica, representando:

[...] todo ato ou omissão praticado por pais, parente ou responsável, contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, numa transgressão de poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Segundo uma pesquisa realizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul em 2013, o local mais frequente dos eventos foi a residência dos adolescentes (92; 53,5%), seguida de via pública (28; 16,3%). Houve recorrência em 71 dos casos (41,3%).

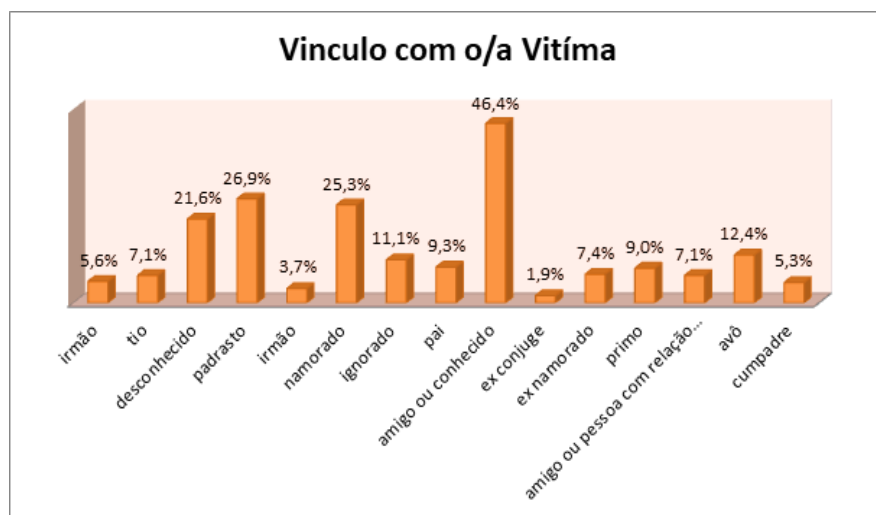
Outro dado importante encontrado durante a pesquisa foi o vínculo da vítima com o agressor, ou seja, quanto ao local de ocorrência no ambiente extrafamiliar, os



dados do presente estudo apontaram resultados que corroboram com outras pesquisas em nível nacional e internacional. Vale salientar que a principal categoria de agressor observada refere-se a pessoas conhecidas da vítima, tanto no ambiente familiar como extrafamiliar, concordando com achados desses estudos.

Segundo o relatório *Estupro no Brasil, uma radiografia segundo os dados da Saúde* (Ipea, 2014), 24% dos agressores das crianças são os próprios pais ou padrastos e 32% são amigos ou conhecidos da vítima. O agressor desconhecido passa a configurar como principal autor do estupro à medida que a idade da vítima aumenta, respondendo por 61% dos casos de estupro de pessoa adulta.

**Figura 6 – Índice da relação do agressor com a vítima.**



Fonte: Elaborado pela autora baseados nas notificações do Husm.

Ao analisar os dados, percebemos que no município de Santa Maria o agressor acaba sendo um amigo ou conhecido com 46,4% em primeiro lugar, logo em seguida encontra-se o padrasto com 26,9% e em terceiro lugar o namorado com 25,3%. Isso significa que a violência se dá de conhecidos o qual a vítima mais possui vínculos, não só essa pesquisa aponta isso, mas vários estudos mostram que o número de agressores com vínculo com a criança e o adolescente vem aumentando.

Logo abaixo trago estudos realizados em lugares diferentes para perceber que alguns dados continuam iguais e outros mudam conforme a cultura de como a mulher é tratada de cada estado e a criação no âmbito familiar.

No concernente ao abuso sexual intra-familiar, os resultados deste estudo aproximam-se daqueles relatados em outro trabalho ao mencionar que a frequência

do vínculo do agressor com a vítima da seguinte ordem: pai (53%), padrasto (32%), tio (7%), avó (2%), primo (1%) (BAPTISTA,2008).

Em geral, também segundo o Ipea, **70% dos estupros são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima**, o que indica que o principal inimigo está dentro de casa e que a violência, muitas vezes, ocorre dentro dos lares.

Uma pesquisa realizada no Conjunto Hospitalar de Sorocaba foi elaborada a partir de fichas de notificação e os prontuários no período de julho de 2003 a dezembro de 2005. Entre estes, em maior proporção, a categoria amigo/conhecido (19,2%) foi seguida da de padrasto (12,4%), pai (11,7%), vizinho (11,4%) e tio (8,3%) (Campos, 2008).

Os resultados apontam que os pais (25%), padrastos (22,5%) e tios (17,5%) foram os principais agressores. Em nenhum caso, mesmo naqueles que se configuraram como extrafamiliares, o agressor era completamente desconhecido para a vítima. Esses dados estão em consonância com outros estudos (Braun, 2002; Costa et al., 2007; Habigzang et al., 2005; Sanderson, 2005).

#### **4.3A importância do jurídico no Âmbito da violência sexual juntamente com a saúde**

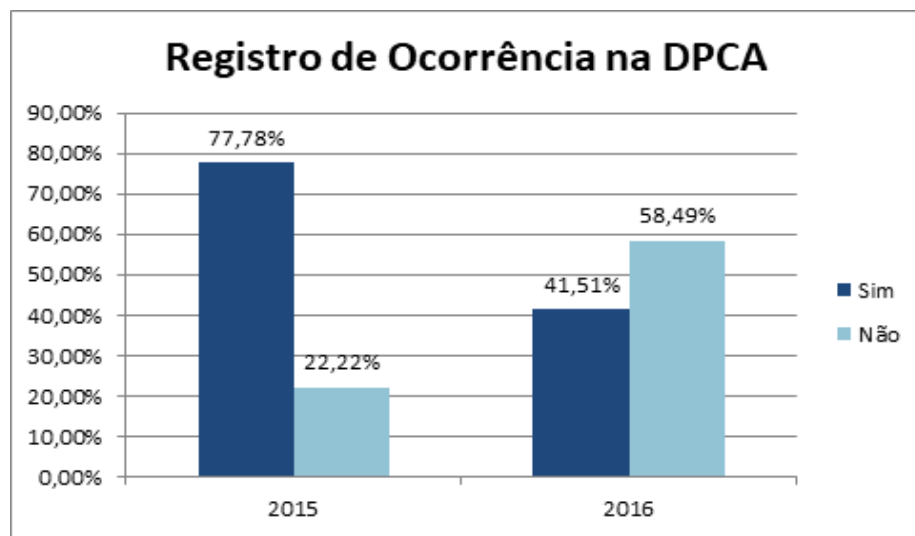
A partir daqui ocorre à segunda fase da pesquisa que foi realizada na DPCA com o objetivo de analisar se houve o boletim de ocorrência nos casos atendidos no HUSM e, se não, entender o porquê do não registro na delegacia.

A notificação compulsória é, na realidade, um registro sistemático e organizado feito em formulário próprio, utilizado em casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher. Não é necessário conhecer o agressor, mas é obrigatório o preenchimento deste documento por parte do profissional de saúde (BRASIL, 2016).

Sabemos que através da notificação compulsória é possível realizar um mapeamento das formas de violência, dos agentes e das proporções, sendo possível assim o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção, assistência e avaliação dos resultados, pois cabe ao Estado o combate à violência, independentemente de seu tipo, e através da legislação é possível tipificar, coibir e punir estas condutas.

O Boletim de Ocorrência (BO) é um documento que registra o fato para o conhecimento da autoridade policial, que, diante da notícia de qualquer crime, deve determinar a instauração do inquérito policial, um procedimento investigatório. O BO nada mais é do que o registro oficial da notícia de um fato à polícia. Não há prazo para a lavratura do BO. Aliás, o BO não é imprescindível nem mesmo para a instauração do inquérito policial. A qualquer tempo, a vítima pode noticiar o fato à polícia.

**Figura 7 – Casos registrados na DPCA, segundo os registros no HUSM.**



Fonte: Elaborado pela autora baseados nos dados do Husm e da DPCA.

Resultados da pesquisa na Delegacia de Polícia Especializada da Criança e Adolescente apontaram, de forma discriminada, as vítimas de violência sexual atendidas pelos serviços do HUSM, o que, de alguma forma, proporcionou a análise de registros de Boletim de Ocorrência envolvendo as vítimas, tendo em vista que é, obrigatoriamente, o início de toda persecução penal.

Em 2015, houve 18 atendimentos no HUSM, sendo que 5 casos não chegaram ao conhecimento da Polícia, ou seja, cerca de 28% dos casos. Em 2016, houve 53 atendimentos no HUSM, sendo que 31 casos não chegaram ao conhecimento da Polícia, ou seja, cerca de 58% dos casos.

Os dados mostraram que os casos de violência sexual não estão chegando à delegacia por algum motivo, que pode ser a família não querer realizar o BO. Isso pode permitir que a vítima continue convivendo com o agressor e siga sendo vitimizada, bem como impossibilita que o abusador seja julgado e punido. Podendo

ser que as vítimas que mais chegam ao HUSM são crônicos e não agudos, ou seja, nos crônicos não se tem mais tempo de realizar a coleta de material.

Devemos entender o porque dos muitos são os fatores para que isso ocorra: A falta de paciência da vítima em fazer B.O (Boletim de Ocorrência); Medo de se expor a mais perigos ou represálias por parte do acusado; Demora no atendimento para registrar a ocorrência; Burocracia e desinformação de como proceder no registro da ocorrência ou simplesmente por não acreditar que o assunto vá ser solucionado ou que as autoridades tomem as devidas providências. Muitos dos crimes não vão ser investigados porque a polícia não possui contingente suficiente para atuar em todos os casos, isso é verdade, mas não pode ser motivo para não fazer o Boletim de Ocorrência, por isso devemos mostrar a importância ao nosso usuário de fazer todo o processo para podermos garantir os seus direitos e culpabilizando o agressor.

Os dados sobre faixa etária mostram que 40% dos casos eram referentes a crianças de 0 a 11 anos. As faixas etárias de 12 a 14 anos e de 15 a 17 anos correspondem, respectivamente, 30,3% e 20,09% das denúncias. Já o perfil do agressor aponta homens (62,5%) e adultos de 18 a 40 anos (42%) como principais autores dos casos denunciados.

Essa análise desperta crescente atenção, sendo reconhecida como fenômeno frequente e complexo que deve ser enfrentado no âmbito da saúde. Dada a magnitude do problema, ele envolve discussões em várias instâncias preocupadas com o bem-estar da criança, e assim o fenômeno vem sendo paulatinamente incorporado à agenda governamental, resultando em ações e políticas com o objetivo de minimizar os efeitos deletérios na saúde infantil.

### **Considerações Finais**

Ao finalizar este estudo, percebemos que a questão da violência sexual vem sendo muito pouco discutida temos muito à melhorar, ressalta-se mais uma vez que o abuso sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes é uma problemática histórica que invade e prejudica a vida desses sujeitos. Isso ocorre por não serem reconhecidos como sujeitos de direitos, pessoas em condição peculiar de crescimento e desenvolvimento e que por isso precisam ser cuidadas e protegidas com prioridade absoluta, seja por parte da família, do Estado e da sociedade civil, o

que legalmente foi possível a partir da Constituição Federal de 1988 e mais especificamente com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

Percebe-se que o número crescente de vítimas de violência sexual no gênero feminino constitui uma relação historicamente construída a partir das relações de poder, gênero, etnia e de classe social, que ainda é predominante em todos os municípios do Brasil.

A dificuldade que a rede possui em se relacionar no município fica muito latente, e a fragilidade em que se encontra a assistência social do município acaba acarretando aos encaminhamentos necessários para a rede. Diante disso, entende-se como fundamental encontrar mecanismos de enfrentamento da violência que perpassam o cuidado às famílias, e fortalecer as ações de prevenção, que envolvem intervenções plurais, interdisciplinares e intersetoriais.

Vale lembrar que a DPCA investiga se houve violência ou não, assim responsabilizando as pessoas culpadas, ou seja, atende depois que é feito o BO e não antes disso. Já o HUSM é um serviço de saúde que cuida dos procedimentos de saúde e doença, e orienta as maneiras de proteção à vítima de violência sexual e os serviços que a família precisa procurar para não ocorrer esse tipo de violência.

Temos muito a fazer frente essa pesquisa, melhorar como profissional de saúde, como equipe, colocar a informação adequada em primeiro lugar, nossos usuário não sabe da importância de um BO, da importância do máximo de informação que podem ajudar a viabilizar seus direitos. Precisamos estar mais atentos da importância dos encaminhamentos e orientações passadas ao nosso usuário.

Segundo Tavares (2004), “uma rede só funciona se todos os profissionais se sentirem envolvidos por ela e, geralmente, esse envolvimento se dá por uma via transferencial e por vínculos afetivos que se constituíram ao longo de uma história comum”. Daí a importância de cursos de capacitação/sensibilização de profissionais com abordagens nas áreas de Educação, Justiça e Saúde, visando informá-los sobre o fenômeno da violência, para que, a partir disso, se possam articular meios para atuar nessas situações que impactam gravemente na condição de saúde e vida da população, exigindo ações qualificadas dos serviços de saúde.

Assim sendo, o presente estudo pretende contribuir para uma atenção integral, multidisciplinar e contínua às vítimas de VS. Tais ações culminarão para

rever e analisar os fluxos de atendimento, buscando com isso, sua constante revisão e adequação a fim de que possibilitar o acolhimento e seguimento a essas vítimas.

Os desafios são muitos e a realização da notificação é fundamental para o conhecimento do perfil da violência para intervenção e prevenção. A intersectorialidade das ações e a formação de redes para atendimento às pessoas em situação de violência são indispensáveis para a condução de ações de prevenção e promoção da saúde.

Além disso, é fundamental conhecer as características de cada região, visto que esse conhecimento permite articular intervenções que abranjam os fatores de risco aos quais essa população é exposta, desenvolvendo ações preventivas.

A importância do Assistente Social, que atua junto a crianças, adolescentes e famílias em situação de violência, é responsável por levantar o maior número possível de dados para a formulação de hipóteses preliminares as quais auxiliarão na compreensão dos casos de violência. Para este fim, realiza-se o acolhimento, que se inicia com a escuta, a orientação e os encaminhamentos de acordo com a situação detectada. Utiliza-se a observação cuidadosa e a entrevista por meio de uma abordagem que possa estabelecer um vínculo de respeito e confiança, criando empatia de modo a se garantir a credibilidade junto ao usuário. Realizam-se, ainda, visitas domiciliares a fim de se ter maiores compreensão da estrutura familiar e de se obter êxito na intervenção durante o atendimento.

## REFERÊNCIAS

- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2.edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981. p.279.
- ALBERTON, Mariza Silveira: **Violação da Infância: crimes abomináveis: humilham, machucam, torturam e matam**. Porto Alegre, RS: AGE ,2005.
- ALMEIDA, Aline Evangelista. **Perfil epidemiológico das notificações da violência contra crianças e adolescentes no Estado de Minas Gerais, 2009 a 2010**. Minas Gerais, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Anais do III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. Brasília: CECRIA, 2010.
- BAPTISTA, Rosilene Santos; França, Inacia Sátiro Xavier de; Costa, Carlione Moneta Pontes da; Brito, Virginia Rossana de Sousa: **Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela**; Acta Paul Enferm.2008.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Edições Lisboa, 1977.
- BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.2, p.465-469, 2007. Disponível: <<http://www.scielo.br/scielo/>> acessado dia 26 de Set.2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2. ed. Atual, e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2. ed. Atual, e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências**. 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. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização PNH**, Brasília – DF 2013.

BRASIL. **Lei 8.080: Lei Orgânica da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990.

BRASIL. **Lei 8.142: Lei Orgânica da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Brasília. 1990.

BRASIL. **Lei 8.069: Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.

BASIL. **Lei nº 12.015: Código Penal**, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Notificação compulsória**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 Responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAUN, Suzana: **A violência sexual Infantil na Família: do Silêncio à Revelação do Segredo**. Ed.AGE, Porto Alegre;2002.

CAMPOS, Maria Angela Mirim da Rosa ; Schor, Néia: **Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor**; Saude soc. vol.17 no.3 São Paulo July/Sept. 2008.

CESAR, Pâmela, Kurtz; Arpini, Mônica,Dorian: **Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes**. Psicologia: Ciência e Profissão Abr/Jun. 2017 v. 37 nº2, 432-445.

Conselho Federal de Psicologia **Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo / Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: CFP, 2009. 92 p.



CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. – Brasília: 2010. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS Acessado em <http://www.cfess.org.br>). Acesso dia 21 de Set. de 2017.

CFESS. **Código de ética do Serviço Social**. Brasília, 2012.

CFESS-CRESS. **Política de Educação Permanente**. Brasília, 2012.

DESLANDES SF, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM. **Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras**, Ver. Interface: 2016; 20(59):865-77.

\_\_\_\_\_. **Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes** – 20 anos do Estatuto. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

ECA. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. CONGRESSO NACIONAL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, 2003.

FALEIROS, Eva T. Silveira. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Ed. Brasília: Thesaurus, 2003.

FALEIROS, V. P. **Estado e Sociedade: Parcerias e práticas contra a violência sexual**. Brasília: Universa, 2010.

FLORENTINO, Ricardo Bérnago; Bruno: As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes; **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 139-144, maio-ago. 2015.

GADONI – COSTA, L. M.; ZUCATTI, A. P. N.; DELL’AGLIO, D. D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia- Campinas**. v. 28, n. 2, p. 219-227. Abril - junho 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/09.pdf>> acessado dia 18 de Set. 2017.

GARCIA, M. V., RIBEIRO, L. A., JORGE, M. T., PEREIRA, G. R.; RESENDE, A. P. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.11, p. 2551-2563, 2008.

GOMES, TATIANA PEREIRA; **Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma questão para a saúde**; Porto Alegre; 2016; Trabalho de Conclusão de Curso.

HABIGZANG, Luísa Fernanda; et al. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p.379-386, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a06v19n3.pdf> Acesso em: 01 abr. 2016.

HECHLER, Angela Diana; Dissertação de Mestrado: **Tecendo redes de proteção para crianças e adolescentes: caminhos e descaminhos na Construção da condição de sujeitos de direitos**. 2009.

HIGA, R. et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo v.42, n. 2., p.377-382, jun. 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 26. ed. São Paulo, Cortez, 2015.

IBGE <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama> acesso dia 23 de Set. de 2017.

IWAMOTO, Helena Hemiko; Oliveira, Renata Cobo de; Camargo, Fernanda Carolina; Tavares, Laurení Conceição; Oliveira, Lorena Peres de; **A violência sexual infanto-juvenil sob a ótica dos informantes-chave;** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2010.

INSPIRE. **Sete estratégias para por fim à violência contra crianças.** Washington, D.C. : OPAS, 2017. 1. Maus-Tratos Infantis. 2. Violência de Gênero. 3. Violência Doméstica. 4. Abuso Sexual na Infância. 5. Direitos Humanos. 6. Legislação Sanitária. 7. Saúde da Criança. I. Título.

JUSTINO. Lucyana Conceição Lemes; Nunes.Cristina Brandt; Gerk, Maria Auxiliadora de Souza; Fonseca, Simone Sousa Oliveira; Ribeiro. Alisson André; Filho. Antonio Conceição Paranhos; **Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul;** Rev. Gaúcha Enferm. vol.36 no.spe, Porto Alegre 2015.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.25-36, jan-abr 2004.

KRUG, E. G. *et al.* (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

\_\_\_\_\_. **LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** [Lei Darcy Ribeiro (1996)]. Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. 5. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2010.

MACHADO, Cláudia; **Educação e direitos humanos: trajetórias de Porto Alegre no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes /** Cláudia Machado. – Porto Alegre, 2014. 310 f. : il. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, PUCRS. Orientador: Professor Dr. Marcos Villela Pereira.

MATTAR, R. et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, fev. 2007.

MINAYO, Maria ,Cecília de Souza :**Violência e Saúde.** Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde) 1.Violência. 2. Saúde pública I.Título.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: n.10, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Vol. 4 n.3, p. 513-531, 1998.

MINAYO, M. C. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal a saúde. In: NJAINE, K. ; ASSIS, S. G. ; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 21-42.

MORAIS, S.C.R.V. et al. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto e contexto**. v. 19, n. 1, p. 155-160, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100018) acessado dia 10 de Out. 2017.

REIS, M.J., et al. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 4, p. 740-747, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421934012>> Acessado em 20 de Out. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S.. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v, 41, n.4, p.605 – 12, 2007.

OMS. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. Pág.276.

PEDERSEN, J. R. **Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes: a busca pela garantia dos direitos da população infantojuvenil**. In: MENDES, L. M.; MARCHEZA, N. A. (Org.). Expressão de violência e seu enfrentamento no CREAS/Centro de Referência Especializado da Assistência Social. Passo Fundo: Méritos, 2008. p. 19-37.

PIRES, A. L D. et al. Maus tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico Paulista**, dez. 2005, ano 2, nº 24.

PMSM, **Plano de acolhimento de crianças e adolescente Santa Maria/RS - 2014 – 2017**. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/smasc/15-planos>, acesso dia 10 de Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes**. Brasília: SDH, 2010.

Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília: DF, 2000. \_\_\_\_\_. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil.** Brasília: DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília: DF, 2007. \_\_\_\_\_. **Guia de Vigilância Epidemiológica** – 6ª edição (2005) – 2ª reimpressão (2007). Série A. Normas e Manuais Técnicos. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: DF, 2007.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos.** Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos.** Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, UNESCO, 2009.

\_\_\_\_\_. Programa Ética e Cidadania – **Construindo valores na Escola e na Sociedade.** Brasília: MEC/SEDH/SEB/SETEC/SEED, 2003.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)** / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH/PR, 2010.

REIS, M.J., et al. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 18, n. 4, p. 740-747, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421934012>> acesso dia 05 de Out. 2017.

RIZZINI, I. (Coord.). **Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção do direito à convivência familiar e comunitária no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** / Fernanda de Oliveira Sarreta. - São Paulo : Cultura Acadêmica, 2009.

SAFFIOT, Heleieth. I. B. ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de Gênero: Poder e Impotência.** Rio de Janeiro: Reinwinter, 1995.

SINAN, **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** –. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>> Acesso em 27 de Mar. de 2017.

SILVA, I. V.. Violência contra Mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v, 19, n. 2, p.262 – 272, 2003.

SIASS, **Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor** -. Disponível em <<http://www.proad.ufop.br/siass/index.php/pericia/licencas/61-comunicacao-de-doenca-de-notificacao-compulsoria-ao-orgao-de-saude-publica>> Acesso em 18 de Mar. 2017.

SOUZA, C. M., ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil: Perspectivas e desafios.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, p. 186, 2005.

SCARANTO, C. A. A.; BIAZEVIC, M. G. H.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos Agentes de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a mulher. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v.27, n.4, p. 694-705, 2007.

TAVARES, M. (2004). Criando a rede especializada de atendimento. In G. Pizá & G. F. Barbosa (Orgs.), **A violência silenciosa do incesto** (pp. 201-207). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; Rio de Janeiro: Clínica Psicanalítica da Violência.

OLIVA, J. C. G. A., & Kauchakje, S. (2009). As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: Crianças e adolescentes. **Rev. Katál. Florianópolis**, 12(1), 22-31.

VIEIRA, Monique Soares. **A interface entre a violência sexual contra crianças e adolescentes e a violência de gênero: notas críticas acerca do cenário do município de porto alegre**, 2012.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: Cebela, 2012.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World report on violence and health / edited by Etienne G. Krug ... [et al.]. 1.Violence 2.Domestic violence 3.Suicide 4.Sex offenses 5.War 6.Public health 7.Risk factors I.Krug, Etienne G. 2002.

## ANEXOS:

| República Federativa do Brasil<br>Ministério da Saúde   |                             | SINAN<br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO<br>FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL  |                                      | Nº                              |                                |
|---|-----------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</b> |                             |  |                                      |                                 |                                |
| Dados Gerais  | 1                           | Tipo de Notificação  |                                      | 2 - Individual                  |                                |
|   | 2                           | Agravo/doença  | VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | Código (CID10)<br>Y09           |                                |
|   | 3                           | Data da notificação  |                                      |                                 |                                |
|   | 4                           | UF   | 5                                    | Município de notificação        | Código (IBGE)                  |
|   | 6                           | Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros |                                      |                                 |                                |
|   | 7                           | Nome da Unidade Notificadora   |                                      | Código Unidade                  | 9                              |
| 8   | Unidade de Saúde            |  | Código (CNES)                        | Data da ocorrência da violência |                                |
| Notificação Individual  | 10 Nome do paciente         |  |                                      |                                 |                                |
|   | 11                          | Data de nascimento   |                                      |                                 |                                |
|   | 12                          | (ou) Idade   | 13                                   | Sexo                            | 14                             |
|   | 15                          | Raça/Cor   |                                      |                                 |                                |
|   | 16                          | Escolaridade   |                                      |                                 |                                |
|   | 17                          | Número do Cartão SUS   |                                      | 18                              |                                |
| Dados de Residência   | 19                          | UF   | 20                                   | Município de Residência         | Código (IBGE)                  |
|   | 21                          | Distrito   |                                      |                                 |                                |
|   | 22                          | Bairro   |                                      | 23                              | Logradouro (rua, avenida,...)  |
|   | 24                          | Número   |                                      | 25                              | Complemento (apto., casa, ...) |
|   | 26                          | Geo campo 1  |                                      |                                 |                                |
|   | 27                          | Geo campo 2  |                                      | 28                              | Ponto de Referência            |
|   | 29                          | CEP  |                                      |                                 |                                |
|   | 30                          | (DDD) Telefone   |                                      | 31                              | Zona                           |
|   | 32                          | País (se residente fora do Brasil)   |                                      |                                 |                                |
|   | <b>Dados Complementares</b> |  |                                      |                                 |                                |
| Dados da Pessoa Atendida  | 33                          | Nome Social  |                                      | 34                              |                                |
|   | 35                          | Situação conjugal / Estado civil   |                                      |                                 |                                |
|   | 36                          | Orientação Sexual  |                                      | 37                              |                                |
|   | 38                          | Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?  |                                      | 39                              |                                |
| Dados da Ocorrência   | 40                          | UF   | 41                                   | Município de ocorrência         | Código (IBGE)                  |
|   | 42                          | Distrito   |                                      |                                 |                                |
|   | 43                          | Bairro   |                                      | 44                              | Logradouro (rua, avenida,...)  |
|   | 45                          | Número   |                                      | 46                              | Complemento (apto., casa, ...) |
|   | 47                          | Geo campo 3  |                                      | 48                              | Geo campo 4                    |
|   | 49                          | Ponto de Referência  |                                      | 50                              | Zona                           |
|   | 51                          | Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)   |                                      |                                 |                                |
|   | 52                          | Local de ocorrência  |                                      | 53                              | Ocorreu outras vezes?          |
| 54  | A lesão foi autoprovocada?  |  |                                      |                                 |                                |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Violência   | <b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado  |   |  |
|   | <b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos<br><input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal<br><input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil   |   | <b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo<br><input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça<br><input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro   |
| Violência Sexual  | <b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros   |   |  |
|   | <b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência<br><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei   |   |  |
| Dados do provável autor da violência  | <b>60</b> Número de envolvidos <input type="checkbox"/><br>1 - Um <input type="checkbox"/><br>2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado <input type="checkbox"/>  |   | <b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei<br><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a)<br><input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa<br><input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmã(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional |
|   | <b>62</b> Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/><br>1 - Masculino <input type="checkbox"/><br>2 - Feminino <input type="checkbox"/><br>3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado <input type="checkbox"/>   |   | <b>63</b> Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/><br>1- Sim <input type="checkbox"/><br>2 - Não <input type="checkbox"/><br>9- Ignorado <input type="checkbox"/>  |
| Encaminhamento  | <b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/><br>1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)<br>2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado  |   |  |
|   | <b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher<br><input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias<br><input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude<br><input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública<br><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente |   |  |
| Dados finais  | <b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/><br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  |   | <b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/><br>1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado   |
|   | <b>68</b> Circunstância da lesão<br>CID 10 - Cap XX   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <b>69</b> Data de encerramento<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |   |  |
| <b>Informações complementares e observações</b>   |   |   |  |
| Nome do acompanhante  |   | Vínculo/grau de parentesco  |  |
|   |   | (DDD) Telefone  |  |
|   |   |   |  |
| <b>Observações Adicionais:</b>  |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
| <b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b><br>136   |   | <b>TELEFONES ÚTEIS</b><br><b>Central de Atendimento à Mulher</b><br>180 |  |
| <b>Disque Direitos Humanos</b><br>100   |   |   |  |
| Notificador   | Município/Unidade de Saúde  |   | Cód. da Unid. de Saúde/CNES  |
|   | Nome  |   | Assinatura   |
|   |   | Função  |  |
| Violência interpessoal/autoprovocada  |   | Sinan   | SVS 15.06.2015   |