

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

SAMARA DA SILVEIRA LOURENÇO

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM OLHAR A
PARTIR DAS NOTIFICAÇÕES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE

2022

SAMARA DA SILVEIRA LOURENÇO

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM OLHAR A
PARTIR DAS NOTIFICAÇÕES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva.
Linha de pesquisa: Estudos Epidemiológicos.
Orientadora: Prof^a Dra. Aline Blaya Martins.

PORTO ALEGRE
2022

CIP - Catalogação na Publicação

Lourenço, Samara da Silveira

Violência sexual contra crianças e adolescentes: um olhar a partir das notificações no Estado do Rio Grande do Sul / Samara da Silveira Lourenço. -- 2022. 158 f.

Orientador: Aline Blaya Martins.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Violência sexual contra crianças e adolescentes. 2. Abuso sexual. 3. Maus-tratos infantis. 4. Notificação de abuso. 5. Notificações compulsórias. I. Martins, Aline Blaya, orient. II. Título.

SAMARA DA SILVEIRA LOURENÇO

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM OLHAR A
PARTIR DAS NOTIFICAÇÕES NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Porto Alegre, 18 de julho de 2022.

BANCA EXAMINADORA



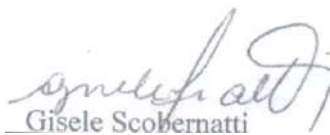
Prof^a Dra. Aline Blaya Martins
Presidente da Banca/Orientadora – PPGCo/UFRGS



Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira
Membro da Banca – PPGCo/UFRGS



Prof^a Dra. Luciana Garcia de Mello
Membro da Banca – PPGS/UFRGS



Gisele Scobernatti

Dra. Gisele Scobernatti
Membro da Banca – Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial, minha mãe, minhas irmãs e meu marido, por terem acreditado em mim e me apoiado incondicionalmente para que eu seguisse meus objetivos, principalmente, após concluir a primeira graduação, em Odontologia, quando desejei continuar minha busca por conhecimento, conciliando meu trabalho em tempo integral com o mestrado e outros interesses acadêmicos e pessoais.

À minha orientadora, Aline Blaya Martins, por ter me instigado a pesquisar sobre questões tão caras à nossa sociedade, me desafiando a questionar e a problematizar sobre coisas antes despercebidas por mim. Agradeço por poder aprender com essa mulher, mãe, professora, pesquisadora, coordenadora, ativista e pessoa exemplar, que foi sempre tão compreensiva comigo e me manteve motivada e tranquila, frente a uma pandemia, para que eu pudesse concluir o curso com o máximo de aproveitamento e dentro do meu tempo.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pós-doutorandos, monitores e colegas, em especial, aos doutores Maurício Polidoro e Luciane Maria Pilotto e à graduanda Isabelle Rieger, por terem me ajudado a desenvolver esta pesquisa, compartilhando comigo seu tempo e conhecimento.

À Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo, por incentivar e permitir que eu evoluísse meus conhecimentos na área da saúde. Assim como a todos os colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde Canudos, que foram compreensivos para que eu retirasse horários de trabalho para estudo e os compensasse posteriormente, o que foi feito por mim, rigorosamente, a base de muito esforço e dedicação.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a todos os responsáveis por tornar o curso de Mestrado em Saúde Coletiva possível.

RESUMO

A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma face perversa e, frequentemente, oculta e banalizada da violência em geral, que necessita de esforços para ser enfrentada pela sociedade e pelo poder público. O objetivo deste estudo foi analisar o fenômeno no Estado do Rio Grande do Sul, a partir de notificações compulsórias. Trata-se de um estudo epidemiológico analítico transversal dos casos de violência sexual notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Os resultados deste estudo apontam que a violência sexual em crianças e adolescentes está relacionada com a interseccionalidade entre gênero e raça. Percebe-se a necessidade de educação permanente dos profissionais envolvidos no enfrentamento desse tipo de violência em relação ao seu reconhecimento como um objeto de intervenção no setor da saúde, principalmente, em âmbitos não-hospitalares, como na Atenção Básica, assim como de uma maior organização e integração das redes de proteção às vítimas, por parte das gestões, sobretudo, nos municípios com maiores índices de violência.

Palavras-chave: violência sexual; maus-tratos infantis; notificação de abuso.

ABSTRACT

Sexual violence against children and adolescents is a perverse and often hidden and trivialized face of violence in general, which needs efforts to be faced by society and public authorities. The objective of this study was to analyze the phenomenon of sexual violence against children and adolescents in the State of Rio Grande do Sul based on compulsory notifications. This is a cross-sectional analytical epidemiological study of cases of sexual violence reported in the Information System for Diseases and Notifications (SINAN) from January 2014 to December 2018. The results of this study indicate that sexual violence in children and adolescents is related to the intersectionality between gender and race. The need for permanent education of professionals involved in dealing with this type of violence is perceived, regarding its recognition as an object of intervention in the health sector, especially in non-hospital areas, such as in Primary Care, as well as a greater organization and integration of victim protection networks, by managements, especially in municipalities with higher rates of violence.

Keywords: sexual violence; child abuse; mandatory reporting.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPIA – Associação Brasileira de Proteção à Infância
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AE – Anticoncepção de Emergência
AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ANA – Aliança Nacional dos Adolescentes
BO – Boletim de Ocorrência
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEAM – Centros Especializados de Atendimento às Mulheres
CEDICA – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CEEVSCA/RS – Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do Rio Grande do Sul
CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CF – Constituição Federal
CIEVCA – Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes
CIPAVE – Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência Escolar
COMDICA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT – Conselho Tutelar
CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento
DEAM – Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DOM-POA – Diário Oficial do Município de Porto Alegre
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FDCA – Fórum da Criança e Adolescente

FECA – Fundo Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
FNI – Ficha de Notificação Individual
HG – Hospital Geral
HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HMIPV – Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Idese – Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IFRS – Instituto Federal do Rio Grande do Sul
ILG – Interrupção Legal da Gravidez
IML – Instituto Médico Legal
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQ+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Transgêneros, Queer e outros
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MP – Ministério Público
MS – Ministério da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organizações Não-Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OPPCA – Observatório de Políticas Públicas para Crianças e Adolescentes
PA – Pronto Atendimento
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR – Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infante-Juvenil no Território Brasileiro
PEEVSCA – Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra a Criança e o Adolescente
PIM – Primeira Infância Melhor

PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção
PPCAM – Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PPP – Parceria Público-Privada
PSE – Programa Saúde na Escola
RS – Rio Grande do Sul
SEDH – Secretaria de Estado de Direitos Humanos
SEDUC – Secretaria Estadual da Educação
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SGDCA – Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes.
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistemas de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPANI – Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância
SSP – Secretaria de Segurança Pública
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF – Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças,
USF – Unidade de Saúde da Família
VCCA – Vara de Crimes contra a Criança e o Adolescente
VIJ – Varas da Infância e da Juventude
VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de notificação de violências do VIVA Contínuo – SINAN.....	62
Figura 2. Total de notificações de violência interpessoal/autoprovoçada, por municípios do Rio Grande do Sul, 2014-2017.....	65
Figura 3. Distribuição das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, Rio Grande do Sul, 2014-2018.....	82
Figura 4. Fluxograma para casos identificados de violência sexual contra crianças e adolescentes dentro da rede de serviços públicos.....	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipologia da violência.....	24
Gráfico 2. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, por faixa etária da vítima, ano a ano, Rio Grande do Sul, 2014-2018.....	75
Gráfico 3. Unidades notificadoras de violência sexual em crianças e adolescentes, Rio Grande do Sul, 2014-2018.....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Sinais e sintomas sugestivos de violências em crianças e adolescentes.....	42
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Sequência cronológica das principais políticas públicas e ações, voltadas à violência sexual contra crianças e adolescentes, desenvolvidas no Brasil.....	43
Tabela 2. Serviços especializados de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no Rio Grande do Sul.....	68
Tabela 3. Características de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual notificada ao SINAN, por faixa etária, Rio Grande do Sul, 2014-2018.....	77
Tabela 4. Características dos prováveis autores da violência sexual contra crianças e adolescentes notificada ao SINAN, por faixa etária das vítimas, Rio Grande do Sul, 2014-2018.....	79
Tabela 5. Características da violência sexual contra crianças e adolescentes notificada ao SINAN, por faixa etária da vítima, Rio Grande do Sul, 2014-2018.....	81
Tabela 6. Relação entre população e número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes realizadas em municípios de grande porte, Rio Grande do Sul, 2014-2018.....	83
Tabela 7. Classificação dos maiores municípios de residência da vítima, de ocorrência do evento e de notificação da violência sexual em crianças e adolescentes, Rio Grande do Sul, 2014-2018.....	84

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 VIOLÊNCIAS E SAÚDE.....	20
2.1.1 Violência sexual	25
2.1.2 Violência contra crianças e adolescentes	31
2.2 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	36
2.2.1 Conceitualização e tipologia	36
2.2.2 Consequências para as vítimas	38
2.2.3 Histórico de políticas públicas e ações no país	43
2.2.4 Enfrentamentos	46
2.2.4.1 Níveis de prevenção.....	47
2.2.4.2 Rede de cuidado.....	49
2.2.4.3 Percurso dos casos identificados.....	56
2.3 VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES.....	59
2.3.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação	60
2.4 O ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	64
2.4.1 Vigilância em saúde no estado	64
2.4.2 Políticas voltadas ao enfrentamento da violência sexual no estado	65
3 OBJETIVOS	70
3.1 OBJETIVO GERAL	70
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	70
4 METODOLOGIA	71
4.1 TIPO DE ESTUDO	71
4.2 AMOSTRA DE ESTUDO.....	71
4.3 TRATAMENTO DE DADOS.....	71
4.4. ANÁLISE DE DADOS	74

4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	74
5 RESULTADOS.....	75
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS VÍTIMAS.....	76
5.2 PERFIL DOS PROVÁVEIS AUTORES DA VIOLÊNCIA.....	78
5.3 CARACTERÍSTICAS DOS EVENTOS NOTIFICADOS.....	80
5.4 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS NOTIFICAÇÕES.....	82
6 DISCUSSÃO.....	86
6.1 FATORES CORRELACIONADOS À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	88
6.2 SUBNOTIFICAÇÃO NO ESTADO.....	93
6.3 VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	96
6.4 CUIDADO EM SAÚDE.....	98
6.5 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	100
7 CONCLUSÕES	105
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE A – A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto.....	125
APÊNDICE B – Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil, 2014-2018.....	144
ANEXO A – Ficha de Notificação Individual para violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais.....	157

1 INTRODUÇÃO

A motivação para desenvolver esta pesquisa surgiu, primeiramente, do meu interesse em estudar o movimento feminista e a violência contra a mulher, visto a importância da igualdade de gênero como um meio de justiça social, o que me gerou um capítulo, intitulado “A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto”, no livro de Martins *et al.* (2021), disponível para leitura no Apêndice A.

Dentre os diversos tipos de violências que afetam as mulheres, diariamente, em suas casas e nas ruas, decidi, posteriormente, centralizar meus estudos na violência sexual, que é uma das formas mais graves de maus-tratos e que viola um dos princípios fundamentais da Constituição Federal (CF), o da dignidade humana. Uma vez pesquisando sobre esse tipo de violência, deparei-me com a brutalidade e a frequência na qual ela atinge crianças e adolescentes, o que a torna ainda mais intolerável, uma vez que deve ser garantida a proteção à vida e à saúde desses indivíduos, assim como um desenvolvimento sem violência, competindo à família, à comunidade, à sociedade e ao poder público assegurar-lhes a efetivação desses direitos (BRASIL, 1988; 1990a). Portanto, decidi focalizar minha dissertação, especificamente, neste tema.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma face oculta e banalizada da violência em geral, uma vez que atinge sujeitos que, em sua maioria, não conseguem verbalizar suas apreensões e sofrimentos. A histórica invisibilidade sobre esse tipo de violência encontra-se intrinsecamente interligada a fatores culturais, que foram estabelecidos ao longo do desenvolvimento da sociedade brasileira e da organização da família, e que estão densamente influenciados pelo modelo patriarcal e pela concepção machista, em que mulheres e crianças são consideradas propriedades do homem, o provedor da família. Atualmente, apesar das diversas mudanças socioculturais ocorridas nos modos de vida, essas concepções de inferiorização ainda se encontram frequentemente presentes (VIEIRA; GROSSI; GASPAROTTO, 2013).

Falar desse tipo de violência, mesmo hoje em dia, pode ser considerado como exagero e indecência, sendo um assunto constrangedor e constantemente cercado de pudores e tabus sociais. Essa concepção acaba mascarando comportamentos que alimentam tal violência e contribuindo para a perpetuação do chamado “muro do

silêncio”, o que dificulta o conhecimento da real magnitude deste problema (ABRAPIA, 2002; FELIZARDO; ZURCHER; MELO, 2004; CRUZ, 2005). Em função disso, o Brasil carece de dados robustos sobre esse tipo de violência, embora seja atingido por fatores de vulnerabilidade que reconhecidamente aumentam sua incidência, como a pobreza, a exclusão, a desigualdade social e as questões ligadas à raça, ao gênero, à etnia, à orientação sexual e à origem geográfica (CHILDHOOD BRASIL, 2020).

Resultados do relatório *Out of the Shadows* (2020), que analisa, em tempo real, os dados quantitativos e qualitativos de diversos países sobre o tema, mostram que os dez países mais bem colocados no ranking de combate ao abuso sexual e à exploração infantil, segundo sua metodologia, estão entre os mais ricos do mundo. O Brasil, dos 60 países analisados, encontra-se acima da média do grupo e obtém destaque pelo seu aparato legal de proteção às crianças e pelo engajamento do setor privado, da sociedade civil e da mídia no tema. Contudo, os números ainda são preocupantes, ainda mais pelo fato de que são subestimados.

A *Childhood Brasil* estima que cerca de 63 milhões de crianças e adolescentes sofram dessa violência no país. Ainda assim, entre 2011 e 2017, foram notificados apenas cerca de 185 mil casos de violência sexual em geral, sendo 58 mil (31,5%) contra crianças e 83 mil (45,0%) contra adolescentes, mesmo tendo ocorrido um aumento de 83% das notificações gerais a nível federal, em relação ao período anterior, segundo o último Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2018; CHILDHOOD BRASIL, 2020). Além disso, dados da Polícia Rodoviária Federal revelaram, no intervalo de apenas um ano, entre 2013 e 2014, cerca de 2 mil pontos vulneráveis de exploração sexual infantil em todo o país. Dados da *SaferNet* também mostraram que, em 2016, ocorreram aproximadamente 57 mil denúncias anônimas sobre pornografia infantil no país, envolvendo endereços on-line atribuídos a 55 países distribuídos em todos os 5 continentes habitáveis do globo (CHILDHOOD BRASIL, 2020).

Diante o exposto, podemos perceber que o que se observa é apenas a “ponta do iceberg”, ou seja, aqueles números referentes aos casos que foram notificados, denunciados ou, ainda, que terminaram em óbito. A verdadeira magnitude e gravidade dessa violência continua desconhecida. Alba Lucy Figueroa e colaboradores (2007), em uma coletânea sobre violência desenvolvida pela Fiocruz, corroboraram com o fato de que as violências doméstica e sexual ainda não são

dimensionadas em sua real magnitude e gravidade no país. Como a maioria dos abusos são ocultados pelas vítimas e seus familiares, a coleta e a análise dos dados se tornam complexas, desestimulando muitos pesquisadores. Nesse sentido, Naura Liane Aded e colaboradores (2006), em uma revisão de 100 anos de literatura sobre abuso sexual em crianças e adolescentes no país, concluíram que são necessárias mais pesquisas que enfatizem a prevalência e a incidência dessa violência. Em um trabalho mais recente, Raquel Spaziani (2017) faz um levantamento de dissertações e teses brasileiras sobre a violência sexual contra crianças e também aponta para a escassez desse tipo de trabalho e sobre a importância da ampliação de pesquisas sobre o tema no país.

Portanto, a presente pesquisa é justificada necessária pelo fato de existirem poucos trabalhos, principalmente no Estado do Rio Grande do Sul, que ousem estudar sobre este tema. Ao se basear em dados oficiais de notificações, ainda que não representem o número real de casos, este trabalho busca contribuir com novas análises da violência sexual contra crianças e adolescentes, assim como expor os desafios existentes para o seu enfrentamento na saúde pública e saúde coletiva.

O desenvolvimento desta dissertação está estruturado em Referencial teórico, Objetivos, Metodologia, Resultados e Discussão. No Referencial teórico é apresentado o que é a violência e sua abordagem na área da saúde. Nesta mesma seção, trata-se separadamente a violência sexual e a violência contra crianças e adolescentes, procurando situar o leitor quanto à conceitualização, tipologia e breve histórico de cada uma delas. A violência sexual contra crianças e adolescentes é aprofundada na próxima seção, tratando-se da sua conceitualização e tipologia, das consequências para as vítimas, do histórico de programas e ações no país, e das formas de enfrentamento, através dos níveis de prevenção, da rede de cuidado e do percurso dos casos identificados.

Posteriormente, é apresentada a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), como se deu sua implementação no país e como funciona atualmente, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – instrumento de coleta de dados utilizado para este trabalho. Na última subseção do Referencial teórico, é abordado o Estado do Rio Grande do Sul, local de análise da pesquisa, onde foram apresentadas suas características, indicadores epidemiológicos, informações sobre a vigilância de violências e políticas atualmente existentes contra a violência sexual.

Desta pesquisa foi derivado um artigo, apresentado no Apêndice B, porém, para a presente dissertação, optou-se por desenvolver cada seção separadamente, a fim de apresentar um maior aprofundamento nos textos, permitindo-se abordar um olhar mais amplo, principalmente, a partir dos resultados. Assim, a Discussão foi dividida em: fatores correlacionados à violência sexual contra crianças e adolescentes; subnotificação no estado; violência como problema de saúde pública; cuidado em saúde; e organização dos serviços.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VIOLÊNCIAS E SAÚDE

A historicização da violência remonta ao período pré-civilizatório, tendo variado, em forma e intensidade, de acordo com as diferentes épocas, culturas e sociedades. Na Grécia Antiga, encontrou-se, de antemão, a questão da violência, com Heráclito de Éfeso, que afirmou que a natureza antagônica do ser é atravessada pelo conflito (MICHAUD, 1989). Freud (2019) acreditava que a agressividade está presente no âmago do ser humano, conferindo-lhe poder e satisfação à custa de outros. Para Durkheim (2001), a sociedade não existe sem atos criminosos, sendo a violência legitimada pela consciência coletiva, ainda que controversa e polêmica. Já Hannah Arendt (2010) coloca a violência como oposta ao poder, sendo uma consequência da hipocrisia da sociedade e de seus governantes. Foucault (2019) também difere a violência do poder, porém, atribui ao poder a capacidade de operar sobre o sujeito mesmo sem violência, como uma forma de autorizar o Estado a cuidar de uns e deixar outros morrer.

Por outro lado, novas concepções têm estudado a violência como um fenômeno estrutural e crônico, que usa do patriarcado e do racismo para manter o modo de produção capitalista e sua própria perpetuação. Na visão de Fanon (1968), a fonte original da violência encontra-se na exploração do colonizado pelo colonizador e tal violência é responsável por transformar a cultura e o comportamento dos colonizados, tornando-os elos dessa grande cadeia. Heleieth Saffioti (2001) e Angela Davis (2016) são exemplos de grandes nomes que trazem a violência como sendo determinada pela interseccionalidade entre os fatores raça, classe e gênero, o que cria diferentes modos de opressão, colocando a mulher negra e pobre no nó central desse entrecruzamento.

Semanticamente, a palavra violência se origina do latim, *violentia*, que vem do verbo *violare*, que significa profanar ou transgredir. Esse termo faz referência ao termo grego *vis*, que significa força, vigor, potência, emprego de força física em intensidade, qualidade e essência. Na tradição clássica greco-romana, violência significava o desvio, pelo emprego de força externa, do curso natural das coisas (MICHAUD, 1989). Em sua obra *A violência*, Michaud confessa que é difícil defini-la, não havendo discurso nem saber universal sobre a mesma. Minayo (2007) também

relata existirem muitas definições, e que, por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge de qualquer conceituação precisa e cabal.

Atualmente, o conceito mais difundido é aquele formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, no Relatório mundial sobre violência e saúde, onde a violência é definida como:

uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG *et al.*, 2002, p. 5)

A violência é, hoje, considerada um problema global de saúde pública (DAHLBERG; KRUG, 2006). O Atlas da Violência 2019, por exemplo, apresentou o maior nível histórico de letalidade violenta intencional no Brasil, comparado ao ano anterior, corroborando com a premissa de Minayo (1999), de que este fenômeno continua revelando formas de dominação e opressão desencadeadoras de conflitos e, como algo complexo, polissêmico e controverso, continua sendo perpetrado por indivíduos contra outros indivíduos, assumindo formas próprias de relações pessoais, sociais, políticas ou culturais.

Antes de ser um problema intelectual, a violência constitui-se como uma questão sociopolítica, que afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos e sua organização. O Ministério da Saúde, ainda antes da OMS definir violência, havia publicado um documento denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2001), onde foi inserido o tema da violência no marco da promoção da saúde, enfatizando a importância de compreender o fenômeno e analisar a precariedade das informações sobre o tema e sua excessiva subnotificação (MINAYO, 2007).

No entanto, ações como agressões e maus-tratos apenas assumem sua qualificação de violência em função de normas que variam muito. Desse ponto de vista, pode haver quase tantas formas de violência quantas forem as espécies de normas. Sendo importante frisar que a lei permite certas violências em condições bem definidas, como em esportes, procedimentos cirúrgicos ou para a manutenção da ordem (MICHAUD, 1989).

A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (comportamento suicida e agressão autoinfligida); violência interpessoal (violência de família e de parceiros íntimos e violência na comunidade); e violência coletiva (social, política ou econômica) (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A fim de apoiar a reflexão e permitir que os serviços de saúde dimensionem e compreendam os problemas locais em relação às expressões de violência hoje existentes no Brasil, Minayo (2007) elaborou as classificações de violência da seguinte maneira:

Em relação às suas formas de manifestação:

- Violência criminal: praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida e aos seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública (polícia, ministério público e poder judiciário), como a realizada por gangues e redes de exploração sexual, tráfico de seres humanos, exploração do trabalho escravo, exploração do trabalho infantil e juvenil, tráfico de drogas e tráfico de armas;
- Violência estrutural: diz respeito às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras;
- Violência institucional: se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos;
- Violência interpessoal: relação que ocorre com prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança e inveja, costumando produzir danos morais, psicológicos e físicos, inclusive morte. Ocorre quando há incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicitação civilizada de pontos de vista diferentes, da compreensão das razões de cada uma das partes, buscando, pela negociação, uma saída pacífica para os problemas;

- Violência intrafamiliar: conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão, como os que submetem a mulher, as crianças e os idosos ao pai, ao marido e ao provedor ou, ainda, colocam crianças e jovens sob o domínio – e não sob a proteção – dos adultos;
- Violência autoinfligida: suicídios, tentativas e ideações de se matar e automutilações;
- Violência cultural: se expressa por meio de valores, crenças e práticas, de tal modo repetidos e reproduzidos de maneira a se tornarem naturalizados, englobando todas as formas de violência que são naturalizadas na cultura de um povo, de um grupo ou de uma sociedade;
- Violência de gênero: constitui-se em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas na cotidianidade e geralmente sofridas pelas mulheres e se apresenta como forma de dominação, existente em qualquer classe social, entre todas as raças, etnias e faixas etárias. Sua expressão maior é o machismo, naturalizado na socialização que é feita por homens e mulheres;
- Violência racial: é a discriminação por raça, ocorre, principalmente, contra a pessoa negra e tem origem no período colonial escravocrata;
- Violência contra a pessoa deficiente: engloba o ato de isolar deficientes físicos e mentais, menosprezá-los, molestá-los e a não lhes dar oportunidade de desenvolver todas as suas potencialidades (MINAYO, 2007).

Deslandes (1994), por sua vez, adiciona a violência contra crianças e adolescentes, que se refere a todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico às crianças e adolescentes.

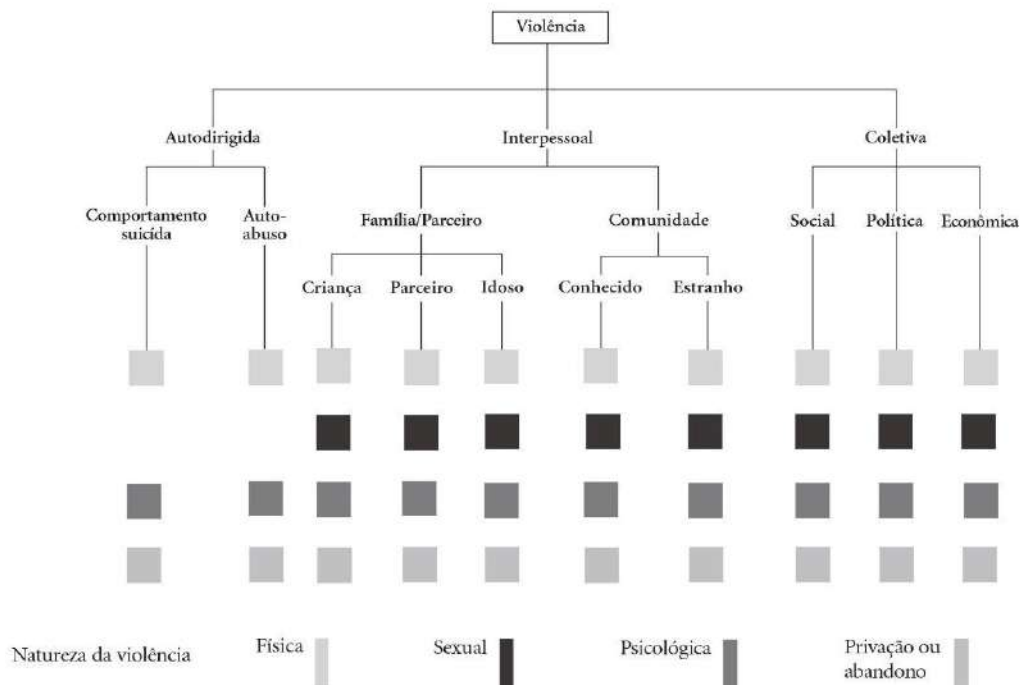
E em relação à sua natureza:

- Física: abuso físico significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem;
- Psicológica: abuso psicológico se refere às agressões verbais ou gestuais que tem como objetivo aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social;

- Sexual: abuso sexual é todo ato ou jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;
- Negligência, abandono ou privação de cuidados: são violências caracterizadas pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados (MINAYO, 2007).

Esses quatro tipos de atos violentos podem ocorrer em cada uma das grandes categorias e subcategorias apresentadas, com exceção da violência autoinfligida, como podemos ver no Gráfico 1 (DAHLBERG; KRUG, 2006). Sendo assim, conhecer e compreender essas diversas manifestações da violência é fundamental para pensar, planejar e executar ações e políticas públicas na área da prevenção (AZAMBUJA; FERREIRA, 2011).

Gráfico 1. Tipologia da violência



Fonte: Dahlberg e Krug (2006)

2.1.1 Violência sexual

Uma das facetas do fenômeno da violência que, a partir das décadas de 1980 e 1990, começou a ser bastante estudada e a chamar atenção devido sua alta prevalência é a violência sexual (HEISE, 1994; VIGARELLO, 1998). Por atravessar períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, e permear as mais diversas culturas, independente de classe social, raça/etnia ou religião, a mesma apresenta proporções pandêmicas e características universais. Por um lado, na dimensão de uma pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal (BRASIL, 2012b).

Ela é definida pela OMS como

qualquer ato sexual, tentativa de consumar um ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, por outra pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer âmbito. Compreende ainda o estupro, definido como a penetração mediante coerção física ou de outra índole, da vulva ou ânus com um pênis, outra parte do corpo ou objeto. (OPAS, 2017)

Para fins de notificação, a definição utilizada pelo Ministério da Saúde corresponde a

qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, *voyeurismo*; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/ constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente, caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de

qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a). (BRASIL, 2016)

A violência sexual engloba ainda diversos tipos de violência, quanto a sua forma de manifestação, como por exemplo a violência de gênero, a violência contra a mulher, a violência doméstica e a violência intrafamiliar. Saffioti (2001) diferencia esses quatro tipos de violência da seguinte maneira: a violência de gênero é o conceito mais amplo, abrangendo vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. A ideologia de gênero, neste caso, é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, que pode ser encarnado por qualquer cidadão, tendo este, então, a necessidade de fazer uso da violência; a violência contra a mulher envolve apenas as relações violentas entre homens e mulheres – nas quais, via de regra, os homens figuram como agressores e as mulheres como vítimas; a violência doméstica é aquela onde seu *locus* privilegiado é o espaço doméstico, ou seja, se restringe ao território físico do domicílio, podendo o agressor não ser parente consanguíneo ou por afinidade da vítima; e, por último, a violência intrafamiliar, que recai exclusivamente sobre membros da família nuclear ou extensa, sendo praticada diante de parentes, especialmente filhos menores, incluindo o abuso incestuoso, ou entre marido e mulher.

Segundo Werner (2008), há alguns autores que acreditam haver três modos de violência sexual, quanto a sua natureza: quando não há o contato físico, ou seja, quando há o *contato verbal*, obsceno, de exibicionismo, dentre outros; quando existe o *contato físico*, como a tentativa do coito, manipulação de genitais, toque nas áreas exercitantes; e quando há a *violência*, como o estupro e brutalização. E outros autores classificam a violência sexual em: *sensorial*, por imagens, exposições, dentre outros; por *estimulação*, quando há o toque nas áreas íntimas; e por *realização*, quando há a tentativa de violência ou penetração oral, anal e genital.

O instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, que inclui a doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2016) classifica a violência sexual em cinco tipos:

- Assédio sexual: é a insistência inoportuna, independentemente do sexo ou da orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de

abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual;

- Estupro: “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009, Art. 213). Dentro desse conceito, está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independentemente da orientação sexual ou do sexo da vítima;
- Pornografia infantil: é a apresentação, a produção, a venda, o fornecimento, a divulgação e/ou a publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes, utilizando qualquer meio de comunicação;
- Exploração sexual: caracteriza-se pela utilização de pessoas, independentemente da idade, do sexo ou da identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (*striptease, shows eróticos*), ou mediante imagens publicadas em (revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet). No caso de pessoas adultas, considera-se exploração sexual quando, nessas situações, não há o consentimento da vítima ou este é obtido com base na força, no engano, na intimidação ou em qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários (agenciamento direto, indução, facilitação);
- Outros: qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas.

Em relação à prevalência da violência sexual no país, o Atlas da Violência 2018, através da análise de microdados do SINAN, trouxe pela primeira vez dados sobre a mesma, apontando que, em cinco anos, o número de registros de estupros literalmente dobrou no Brasil (CERQUEIRA *et al.*, 2018). Outra pesquisa, realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) em parceria com o Instituto

DataFolha, em 2016, mostrou que 65% da população relata ter medo de sofrer violência sexual, sendo esse percentual maior quando se desagregam os dados por sexo, já que 85% das mulheres brasileiras afirmaram ter medo ante 46% dos homens. O sentimento de medo e insegurança dialoga com seus altos índices no país (FBSP; DATAFOLHA, 2016).

Segundo o 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, foram registrados 47.646 casos de estupro em todo o país, em 2014. Isso significa um estupro a cada 11 minutos. O estupro é uma das violações mais graves que podem ser cometidas contra a integridade física e a autonomia de uma pessoa. Apesar das sérias consequências, as vítimas de agressão sexual são menos propícias a reportarem o incidente à polícia do que vítimas de outros crimes, o que torna difícil estimar a prevalência deste crime (FBSP; DATAFOLHA, 2016).

Dados de outra pesquisa nacional publicada pelo DataFolha em 2019, revelam que, em relação ao assédio sexual, 22 milhões de brasileiras com 16 anos ou mais relataram tê-lo sofrido nos últimos 12 meses: 32,1% (19 milhões) ouviram comentários desrespeitosos quando estavam andando na rua; 11,5% (6 milhões) receberam cantadas ou comentários desrespeitosos no ambiente de trabalho; 7,8% (3,9 milhões) foram assediadas fisicamente em transporte público como no ônibus, metrô; 6,2% (3 milhões) foram abordadas de maneira agressiva durante balada, isto é, alguém tocou seu corpo; e 5,0% (2,3 milhões) foram agarradas ou beijadas sem o seu consentimento. Destas, 76,4% afirmaram que o agressor era alguém conhecido, como o cônjuge/companheiro/namorado (23,8%), o vizinho (21,1%) ou o ex-cônjuge/ex-companheiro/ex-namorado (15,2%). E o local onde mais se relatou sofrer a violência foi no próprio lar (42%) e na rua (29%) (DATAFOLHA, 2019).

Como podemos perceber, os números da violência sexual apontam em sua maioria para as mulheres. Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2014 reforçou que há um “ideal passivo feminino” na cultura brasileira. Os resultados da pesquisa revelaram que 42% dos homens e 37% das mulheres concordaram com a afirmação de que “mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”, mostrando que a partir do momento em que a mulher não adere aos valores determinados de acordo com um sistema cultural machista e patriarcal, a violência contra a mulher passa a ser tolerada socialmente. Logo, as próprias mulheres passam a ser consideradas responsáveis pela violência sexual, seja por não se comportarem “adequadamente” ou por usarem roupas provocantes, sendo

bastante comum que o comportamento de quem foi vítima seja questionado com base no que se entende serem as formas corretas de “ser mulher” e “ser homem” no mundo (IPEA, 2014).

O machismo e o sistema patriarcal no qual ainda estamos inseridos são as principais causas desses números. O machismo se configura através de uma série de condutas construídas e reforçadas culturalmente sobre a masculinidade, que glorifica os atributos ligados ao universo masculino e perpetua a desigualdade entre homens e mulheres. Essa desigualdade se fundamenta em uma ideologia que propõe ser bom e até natural que os homens controlem o mercado, o governo, e a atividade pública, e que as mulheres sejam subordinadas a eles (DESOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000).

Além disso, a noção de violência sexual como uma violação aos direitos individuais é recente na comunidade mundial e ainda não se faz presente em todos os países. Ao pesquisar as mudanças na sensibilidade quanto ao estupro, na França, do Antigo Regime ao século XX, Vigarello (1998) *apud* Vieira (2007) relatou uma “passagem histórica de um silêncio relativo para uma visibilidade ruidosa”. O autor demonstrou que a história do estupro está relacionada a uma complexidade de fatores, entre estes uma mudança na sensibilidade quanto à violência, concepções de corpo, dor, moralidades, mudanças nas relações de gênero, assim como ao nascimento do sujeito contemporâneo.

Por exemplo, no período entre 1890 a 1940, os tipos penais “defloramento” e “estupro” estavam entre os principais crimes sexuais que chegavam à justiça, somando quase 500 por ano, em comparação a uma média anual de menos de 150 casos de homicídios (CAULFIELD, 2000). O crime de “defloramento”, segundo o Código Penal de 1890, consistia em “deflorar mulher de menor idade, empregando sedução, engano ou fraude”, sendo que a idade limite era definida em 21 anos e a maioria dos casos envolvia mulheres entre 14 e 16 anos (ABREU; CAULFIELD, 1995, p. 15). Assim, a consolidação do ideário do feminino como submisso, fraco, primitivo e inferior não deve ser desvinculada da constatação de que o que se define na atualidade como violência sexual atinja, numericamente, muito mais pessoas do sexo feminino do que masculino (LUCÂNIA; MIYAZAKI; DOMINGOS, 2008).

Essa elevada prevalência da violência sexual em mulheres exige, portanto, que o maior número possível de serviços de saúde, como hospitais e unidades básicas, estejam preparados para atuar nesses casos. O atendimento imediato, em

até 72 horas, é essencial para oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência, as profilaxias contra a Hepatite B, contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), assim como o abortamento previsto por lei, evitando danos futuros para a saúde da mulher. Esses serviços não exigem a necessidade de Boletim de Ocorrência ou autorização judicial para o atendimento, que deve ser sempre sigiloso e confidencial (BRASIL, 2017b).

Ainda, conforme documento da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2017b), em território nacional, todas as mulheres, brasileiras ou estrangeiras, têm direito a serem atendidas pelos serviços de atendimento especializado a mulheres em situação de violência. Esses serviços incluem: o Ligue 180, onde a mulher liga e é colocada em contato com uma atendente especializada, que irá lhe dar informações sobre os seus direitos e os serviços mais próximos, funcionando 24 horas por dia em território nacional, com atendimentos em português, espanhol e inglês; os Centros Especializados de Atendimento às Mulheres (CEAM), que prestam acolhimento, acompanhamento psicossocial e orientação jurídica às mulheres em situação de violência; os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que são unidades públicas que desenvolvem trabalho social com as famílias, com o objetivo de promover um bom relacionamento familiar, o acesso aos direitos e a melhoria da qualidade de vida; as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), onde há prevenção, proteção e investigação dos crimes contra as mulheres; as Defensorias Públicas, que tem a finalidade de dar assistência jurídica, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência (em qualquer uma de suas modalidades) e de vulnerabilidade social na esfera judicial; ou o Ministério Público (MP), que tem o objetivo central de promover a ação penal nos crimes de violência contra as mulheres e atua também na fiscalização dos serviços da rede de atendimento.

De acordo com o Manual de Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012b), o Ministério da Saúde reconhece a violência sexual como violação aos direitos humanos e grave questão de saúde pública e apresenta as normas gerais para o atendimento das vítimas na área da saúde, pretendendo qualificar e expandir as redes municipais e estaduais com o intuito de promover uma atuação mais preparada e eficaz dos profissionais em relação ao tema.

2.1.2 Violência contra crianças e adolescentes

Mais de um século nos separa do primeiro trabalho científico publicado sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes e sua inclusão como assunto de interesse das áreas de pediatria e saúde pública. A primeira monografia descrevendo a síndrome da criança espancada, *Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants*, foi escrita por Ambroise Tardieu, médico-legista francês, em 1860 (ROCHE *et al.*, 2005). No *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité*, de 1862, Tardieu descreveu quase todas as formas de maus-tratos infanto-juvenis conforme são conhecidas hoje (LABBÉ, 2005; ADED *et al.*, 2006).

Segundo De Mause (1975), a história da humanidade se fundou numa política de violência contra as crianças. Portanto, a violência contra esses grupos etários acompanha a trajetória humana desde os acontecimentos mais primitivos de que se têm registro. Sendo, também, inumeráveis as modalidades pelas quais se expressa dentro das diferentes culturas (ASSIS, 1994). Guerra (1996) *apud* Minayo (2001) comentou que, no transcurso da história, mesmo que as sociedades tenham praticado o infanticídio, os espancamentos e os incestos, e que muitos estados tenham sacrificado e mutilado suas crianças para aliviar a culpa dos adultos, em nossa época, que tanto zela pela própria racionalidade, continuamos matando, mutilando e submetendo as crianças à fome.

Na Antiguidade, para a cultura greco-romana, condenar à morte as crianças portadoras de malformações ou mesmo as que pertenciam ao sexo feminino (pois “não eram fortes para o trabalho árduo”), também era uma prática comum, pois se acreditava que essas crianças não eram socialmente úteis, estando legalizada a sua eliminação (ARIÈS; DUBY, 1992). A própria colonização do Brasil foi marcada por violência infantil. Os jesuítas, por exemplo, em sua missão de civilizar e catequizar os gentios, trouxeram consigo castigos físicos e psicológicos como meios de disciplina e educação para as crianças e adolescentes (CHAMBOULEYRON, 1999). Além disso, nosso país tem como legado histórico a escravidão, que demarcou o processo mais cruel da história, onde sacrificavam-se negros e indígenas para alimentar a riqueza e a dependência de uma terra invadida, submissa e fadada à exploração de recursos naturais, geográficos, sociais e humanos. Essa condição fazia com que os descendentes de escravos e de indígenas se tornassem vítimas da exploração sexual e assassinato pelos imigrantes colonizadores (SANTANA, 2008).

No contexto internacional, até a Primeira Guerra Mundial, não havia menções aos direitos das minorias, como as crianças. No período da Revolução Industrial, as crianças trabalhavam 16 horas por dia nas fábricas, sofrendo as mais brutais explorações. Além disso, era costume que elas fossem presas em correntes, a fim de evitar que fugissem. O tema dos direitos humanos ascendeu somente em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU). E foi no século XIX, com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que surgiu a necessidade de criação de mecanismos jurídicos de proteção da criança no ambiente de trabalho (CARVALHO, 2010; BRASIL, 2013b).

Porém, a ideia de proteção à infância, de maneira geral, surgiu apenas no final do século XIX e início do século XX. O século XX foi apontado como o “século da criança”, onde a mesma passou a ser notada, descrita, exaltada e aceita (com limitações) como parte da humanidade. Após a Segunda Guerra, surgiu o Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), criado para auxiliar as crianças dos países assolados pela guerra. Em 1953, ele foi transformado em agência permanente e especializada para a assistência à infância dos países em desenvolvimento (MARTINS, 2008; BRASIL, 2013b).

Contudo, a história social da infância tem como verdadeiro marco referencial a obra do historiador francês Philippe Ariès (1981), “História Social da Criança e da Família”. Para ele, não existia infância antes da modernidade, a criança não era diferenciada do adulto, pois ambos participavam dos mesmos lugares, principalmente na época medieval. Com a modernidade, período histórico associado a longa transição do Renascimento Italiano, da criação do Parlamento Inglês, dos “Descobrimentos” e da Revolução Francesa, a família passou a responsabilizar-se por tudo que pudesse acontecer à criança, sendo exaltada a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como período básico da existência do homem (SANTANA, 2008).

No Brasil, o primeiro trabalho científico publicado sobre o tema violência contra crianças e adolescentes foi a descrição de um caso de espancamento de uma criança, em 1973, realizado por professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Em 1975, foi publicada, pelo Dr. Armando Amoedo, uma descrição de cinco casos de maus tratos documentados. Já o primeiro livro publicado no Brasil sobre o assunto foi em 1984 por Viviane Nogueira Azevedo

Guerra, com o título “Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas”. A partir de então, vários outros estudos foram publicados por pesquisadores que se dedicaram não apenas a compreender a dinâmica e as características do fenômeno, bem como propor teorias explicativas e a criação de um programa de atendimento às vítimas e a seus familiares (SILVA, 2002).

Em 1990, o Brasil promulgou um marco legal em relação à garantia dos direitos das crianças e adolescentes, a Lei n. 8.069, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essa lei regulamentou o Artigo 227 da Constituição Federal, introduzindo a Doutrina da Proteção Integral, que assegura a todas as crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano e o exercício pleno da cidadania. Em seu Artigo 5, o ECA determina que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”, sendo, conforme o Artigo 70, “dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990a).

A Doutrina da Proteção Integral é decorrente da Declaração Universal dos Direitos da Criança, adotada pela Assembleia das Nações Unidas em 1959 e ratificada pelo Brasil no mesmo ano, o que inaugura uma nova forma de pensar na criança e no adolescente, dando-lhes um tratamento diferenciado e prioritário por serem seres humanos em desenvolvimento. Esse contingente deixa de ser objeto de direitos e transforma-se em sujeito de direitos, tendo acesso irrestrito e privilegiado à justiça. A proteção deixa de ser obrigação exclusiva da família, e o Estado e a sociedade passam a ser igualmente responsáveis pela tutela dos direitos da criança e do adolescente (ROCHA; PEREIRA, 2004).

Em 1982, a ONU incluiu ainda no seu calendário o Dia Internacional das Crianças Inocentes Vítimas de Agressão, uma data de reflexão sobre todas as formas de violência contra a criança que se passa em todo 04 de junho, sendo uma das datas mais importantes listadas pela Procuradoria Federal dos Direitos das Crianças (FERNANDES, 2017). Em 1989, a Assembleia Geral da ONU adotou um documento mais recente, a Convenção sobre os Direitos da Criança, que completou 30 anos recentemente e é considerado o instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal, sendo ratificado por 196 países, inclusive pelo Brasil em 1990, através do Decreto no. 99.710, de 21 de novembro de 1990 (BRASIL, 1990b).

Em 2006, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente instituiu a criação do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes (SGDCA). O SGDCA organiza-se em três eixos constitutivos: promoção, controle social e defesa de direitos. O eixo da promoção de direitos compreende as políticas sociais básicas destinadas à população infanto-juvenil e suas famílias. O eixo do controle social trata da participação da sociedade na formulação e acompanhamento das políticas voltadas para a criança e o adolescente, por meio da ação de organizações da sociedade civil ou dos Conselhos dos Direitos. E, por fim, o eixo da defesa dos direitos, que consiste em zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente por meio de intervenções onde e quando houver ameaça ou violação desses direitos, o que é feito pelos Conselhos Tutelares (CT), Justiça da Infância e Juventude, Ministério Público, Defensoria Pública, Segurança Pública, Centros de Defesa, dentre outras instâncias (SANTOS *et al.*, 2009).

O CT, por exemplo, é um dos mais criativos e importantes instrumentos de atuação e afirmação dos direitos da criança e do adolescente. Seu campo de atuação demanda uma interlocução constante com outros setores da sociedade que lidam com esse público. O trabalho conjunto constitui-se num dos principais desafios a ser enfrentado por este órgão. O ECA, no Artigo 131, o define como “um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (FERREIRA *et al.*, 2007).

Como o ECA garante que crianças e adolescentes devem ser protegidos de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1990a), essa lei tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos. Os objetivos principais da notificação são garantir a abordagem dos casos nessas unidades de saúde, encaminhá-los aos CT e desenvolver parcerias entre as instituições envolvidas em cada situação detectada. Outros objetivos da notificação igualmente importantes são a viabilização de um sistema de registro com informações mais fidedignas sobre a ocorrência do evento nos serviços e a possibilidade de monitoramento do atendimento destinado às vítimas e suas famílias (FERREIRA *et al.*, 2007).

O ECA define criança na faixa etária de zero a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos. Enquanto o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo aqueles de zero a 9 anos de idade considerados crianças e de 10

a 19 anos, adolescentes. Essa é a faixa etária utilizada para fins de notificação de violências no sistema de vigilância (BRASIL, 2016). As notificações de violências serão tratadas, em maiores detalhes, neste trabalho em seções posteriores.

Dentre suas diversas manifestações, Minayo (2001) buscou denominar alguns dos tipos mais comuns de violência contra crianças e adolescentes, como a violência estrutural, a delinquência infanto-juvenil e a violência intrafamiliar, sendo:

- Violência estrutural: aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento. Aparece “naturalizada” como se não houvesse nela a ação de sujeitos políticos. Três das maiores expressões de vulnerabilidade são os chamados “meninos e meninas de rua”, os “meninos e meninas trabalhadores” e as “crianças e adolescentes institucionalizados”.
- Delinquência: aquela praticada por bandos de crianças e adolescentes que molestam adultos e propriedades, por exemplo, as gangues de rapazes. Abrange também a adesão de crianças e adolescentes ao tráfico de drogas. Aparece quase sempre associada à questão de classe, e como problema dos pobres, crianças de rua ou institucionalizadas. É por isso que é tratada articulada à violência estrutural.
- Violência intrafamiliar: aquela exercida contra a criança e o adolescente na esfera privada. Essa forma de abuso é uma manifestação de disfunção familiar e costuma ser crônica, recidivante e sem violência bruta. É também chamado de incesto, caracterizado pela relação sexual e/ou amorosa entre pessoas de mesmo sangue (BRASIL, 2010c).

Sabe-se que a violência contra crianças e adolescentes é beneficiada pelo poder hierárquico que os adultos têm sobre as vítimas, o que geralmente faz com que o agressor seja membro da própria família. O ambiente familiar, sendo assim, é um dos principais espaços que facilitam sua ocorrência, por favorecer essas relações desiguais de poder. Devido à determinação hierárquica das relações familiares, as questões de gênero e geração conformam padrões patriarcais de submissão e dominação entre masculino e feminino, adulto e criança, desde a educação infantil até o comportamento social (FONSECA *et al.*, 2012).

Portanto, o setor da saúde, devido ao papel privilegiado que possui no convívio com o grupo familiar (principalmente as Unidades de Saúde da Família), é um dos principais órgãos que podem atuar preventivamente sobre as formas de violência sofridas e praticadas por esse grupo. Como o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, aquele que inicialmente transmite valores, hábitos e costumes, a família contribui na distribuição de afetos e papéis sociais. Assim, famílias despreparadas para administrar seus próprios conflitos tendem a disseminar mais violência (ASSIS; AVANCI, 2007).

2.2 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência sexual contra crianças e adolescentes também acompanha a trajetória histórica da humanidade, manifestando-se de múltiplas formas, em diferentes épocas e contextos sociais, conforme concepções e práticas culturais vigentes (COSTA *et al.*, 2007; KRUG *et al.*, 2002). Abusos sexuais contra crianças e adolescentes têm sido descritos desde a Antiguidade (CARTER-LOURENSZ; JOHNSON-POWELL, 1999) e, até pouco tempo, essas práticas ainda ocorriam de forma dissimulada e despreocupada na sociedade.

Porém, o reconhecimento da violência sexual como um fenômeno complexo a ser superado veio ganhando espaço na cena pública gradualmente. Dessa forma, é importante que, nos dias atuais, as estratégias para seu enfrentamento englobem sobre suas profundas raízes históricas de relações sociais desiguais e, sobretudo, considerem o contexto sócio-histórico de violência estrutural existente no país e no mundo (VIEIRA; GROSSI; GASPAROTTO, 2013). Afirmar que a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma construção sócio-histórica, nos permite incluí-la num cenário de possibilidade de superação (FUZIWARA; FÁVERO, 2011).

2.2.1 Conceitualização e tipologia

Atualmente, entende-se por violência sexual contra crianças e adolescentes “todas as formas através das quais as crianças e adolescentes são usados por adultos para atividades de caráter sexual, com ou sem violência, envolvendo ou não pagamento” (FALEIROS V.; FALEIROS E., 2007).

Esse tipo de violência é definido pela OMS e pela *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, traduzida para o português como Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (SIPANI), como sendo

o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividade sexual não compreendida totalmente, sendo esses incapazes de dar consentimento, ou para a qual não estão preparados devido a seu estágio desenvolvimental. Acrescenta-se o fato de que a violência sexual viola leis ou tabus da sociedade. (OMS; SIPANI, 2006)

No Brasil, a definição adotada pelo Ministério da Saúde é semelhante, ela é compreendida como “todo e qualquer ato ou jogo sexual, seja ele em relação heterossexual seja em relação homossexual, no qual os perpetradores estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou o adolescente” (BRASIL, 2002).

Esse tipo de violência pode se manifestar de duas formas: pelo abuso sexual ou pela exploração sexual. O abuso sexual é a utilização da sexualidade da criança ou adolescente para a prática de qualquer ato de natureza sexual. Geralmente é praticado por uma pessoa com quem a criança ou adolescente possui uma relação de confiança e que participa do seu convívio. Essa violência pode se manifestar dentro do ambiente doméstico ou intrafamiliar, ou seja, entre pessoas com grau próximo de parentesco sanguíneo ou por afinidade, ou fora dele, ou seja, extrafamiliar (LIBÓRIO, 2003). E a exploração sexual é a utilização de crianças e adolescentes para fins sexuais mediada por lucro, objetos de valor ou outros elementos de troca. Ela ocorre de quatro formas: via prostituição, pornografia, redes de tráfico e turismo com motivação sexual (BRASIL, 2013b).

O abuso sexual existe quando há uma relação assimétrica entre a vítima e o agressor. Uma forma de assimetria é a diferença de idade, por exemplo, uma diferença de cinco anos de idade quando a criança é menor de 12 anos e de dez anos quando é maior de 12 anos. Outra forma é quando existe diferença de poder, “como quando o agressor tem controle ou autoridade sobre a vítima, ou ainda quando há conhecimento ou habilidades sociais diferenciadas, que se exemplifica quando o agressor usa suas habilidades para manipular a vítima” (SANCHEZ-MECA; ROSA-ALCÁZAR; LÓPEZ-SOLER, 2011). No entanto, a prática sexual entre crianças ou entre crianças e adolescentes pode ser considerada

normal, fazendo parte de jogos eróticos de autoconhecimento e de conhecimento do corpo do outro (CRUZ, 2005).

Com isso, vale a pena citar um termo que, com frequência, é associado erroneamente a esse tipo de violência, que é a “pedofilia”, definida socialmente pela atração erótica de adultos por crianças. Essa condição faz parte das “parafilias”, ou seja, o exercício de práticas sexuais socialmente não aceitas e recriminadas pela sociedade e pela legislação, que impõem penas de prisão, dentre outras. Na medicina, a pedofilia é considerada como uma disfunção sexual, podendo ser uma psicopatologia ou perversão sexual com caráter compulsivo. Essa atração atípica pode ser elaborada tanto no terreno da fantasia como se materializando em atos sexuais com meninos e meninas. Nesse aspecto, existem muitos pedófilos que não cometem a violência sexual em si, satisfazendo-se apenas com fotos de revistas ou imagens despreziosas de crianças, não tendo coragem de pôr em prática o seu real desejo. No entanto, não se pode dizer que todo pedófilo seja um agressor sexual, nem vice-versa, pois existe um grande abismo entre a quantidade geral de abusadores em relação àqueles que sofrem essa parafilia (BRASIL, 2004b).

Quanto à natureza da violência sexual contra crianças e adolescentes, ela pode ocorrer dentre os cinco tipos apresentados na seção 2.1.2, conforme elaborado pelo instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências do VIVA (BRASIL, 2016).

2.2.2 Consequências para as vítimas

A preocupação com os riscos potenciais da violência sexual para o desenvolvimento da criança e do adolescente, nessa fase da vida e nos anos posteriores, pode ser percebida pela divulgação de diversos artigos que têm sido publicados em todo o mundo, por meio dos quais são abordadas as sequelas decorrentes das diversas formas de abuso (ADED *et al.*, 2006). Os sinais físicos da violência sexual foram descritos pela primeira vez no final do século XIX, por Ambroise Tardieu, responsável também por escrever a primeira monografia sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes. Em sua obra *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, de 1857, ele descreveu, conforme a gravidade, 632 casos de abuso sexual de meninas e mulheres e 302 de meninos e jovens do sexo masculino (LABBÉ, 2005; ADED *et al.*, 2006).

Estudos atuais têm mostrado que, frequentemente, crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual costumam sofrer também outros tipos de violência, como a física e a psicológica. Muitos saem de casa quando os abusadores são os pais ou padrastos, passando a viver nas ruas, expostas a agressões e à cultura da delinquência (MINAYO, 2007). Muitas situações de exploração infantil tiveram participação familiar decisiva, como as inúmeras histórias de prostituição com iniciação a partir de experiências domésticas abusivas, como espancamento ou abuso sexual, transformando essas crianças em meninos(as) de rua, vítimas de toda forma de exploração (SANTOS, 1991).

As consequências negativas da violência sexual contra crianças e adolescentes podem, então, ser separadas em orgânicas ou psicológicas. De acordo com Vitiello (1989), as orgânicas podem ser classificadas em: lesões físicas gerais; lesões genitais; lesões anais; gestação; doenças sexualmente transmissíveis; e disfunções sexuais. As lesões físicas gerais podem variar desde a imobilização coercitiva até a morte da vítima, passando por graus variáveis de traumas físicos, como espancamentos resultando em hematomas, contusões e fraturas, bem como lesões como queimaduras por cigarro.

Em relação aos sintomas psicológicos, os mais frequentes são baixa autoestima e sentimentos prolongados de desamparo, sintomas somáticos, obesidade, depressão crônica, masoquismo, neurose, identidade não integrada, desordens de caráter, psicose/esquizofrenia, ideação suicida e até assassinato (AZEVEDO; GUERRA, 1989). Segundo Santos (1991), 20% das mulheres que foram submetidas a abuso sexual durante a infância apresentaram problemas de saúde mental posteriormente, predominantemente de caráter depressivo e tiveram maiores riscos de se tornarem alcoólatras ou viciadas em drogas.

Ainda, de acordo com o documento da *Save the Children* (2001), *Abuso Sexual Infantil: Manual de Formación para Profesionales*, as consequências podem ser de curto ou longo prazo. A curto prazo, são elencados: aumento das atividades masturbatórias; doenças venéreas; gravidez; identidade feminina deteriorada; exibição de delinquência sexual aparentemente sem objetivo e não apreciada; promiscuidade; abuso sexual de crianças menores. E a longo prazo, os efeitos são: aversão à atividade sexual; relações sexuais insatisfatórias; disfunções sexuais, incluindo frigidez; prostituição; participação em relações incestuosas; negligência na proteção dos próprios filhos; impulso no sentido de praticar abuso sexual violento em

crianças; problemas interpessoais, conflito ou medo do marido ou companheiro; conflito com pais ou padrastos; isolamento social; dificuldade no estabelecimento de relações humanas de caráter íntimo, entre outros (AZEVEDO; GUERRA, 1989).

Eisenstein (2009) divide em três etapas as respostas emocionais e os sinais e sintomas associados a danos físicos e corporais das vítimas de violência sexual. A primeira fase, a autora chama de fase de reação aguda, começando desde o ato e se estendendo por dias ou semanas. Nessa fase pode ocorrer uma reação passiva, controlada, de tristeza, apatia ou abatimento profundo, ou pode ocorrer uma reação ativa de raiva, medo, ansiedade, com ou sem choros. Pode ainda aparecer desorientação, choque, terror, perda do controle, ruptura de atividades normais de comportamento, como insônia, vômitos, irritabilidade ou distúrbios na alimentação e minimização da dor, utilizando a regressão e a negação ou o bloqueio do fato. São comuns ainda a presença de sentimentos de vergonha, culpa, menos-valia e autoflagelação. A depressão é relatada frequentemente em todas as manifestações.

A segunda fase, a autora classifica como a fase de adaptação, de fuga ou de tentativas de escapar da situação abusiva. Nessa fase é comum encontrar dificuldades de retornar às atividades de rotina escolares, pois a vítima fica preocupada, ameaçada ou amedrontada com tudo e todos à sua volta. Aparecem sentimentos de depressão e distúrbios de comportamentos ou de aprendizado, a vítima sente medo de relatar o fato, pois acredita que isso poderá levar a retaliações ou separação da família. Poderá sentir também dificuldades de concentração, ter pesadelos, lembranças do fato ocorrido, baixa autoestima e distorções da imagem corporal. A vítima pode se isolar e retrain, com silêncio e desconfiança, com dificuldades de comunicação, choros sem causa aparente, fugas de casa, dificuldade de frequentar a escola ou recusas em retornar ao local do evento (EISENSTEIN, 2009).

A última fase é reconhecida pela autora como fase de resolução ou de repercussões crônicas descritas como síndrome pós-traumática. Nessa fase aparecem sintomas crônicos como dores abdominais, dores de cabeça, cólicas ou problemas menstruais, que podem ocorrer principalmente em adolescentes, distúrbios do apetite, como em caso de anorexia ou ao contrário, de excesso, levando ao sobrepeso ou obesidade, distúrbios de comportamento que pode variar de acordo com a etapa do desenvolvimento mental e emocional da vítima, mas que envolvem as várias expressões dos sentimentos de medo, culpa, vergonha, raiva,

desconfiança e inabilidades sociais, podendo chegar a gestos ou tentativas de suicídio; distúrbios sociais de conduta com hiperatividade, brigas frequentes, comportamentos sexualizados e distúrbios sexuais futuros, com ou sem uso de drogas ou álcool; podem apresentar nessa fase também, surtos psicóticos ou mesmo sintomas de doenças sexualmente transmissíveis (EISENSTEIN, 2009).

Porém, em geral, o quadro clínico é confuso. O Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde traz um resumo de alguns sinais e sintomas que sugerem que a criança ou o adolescente esteja sofrendo algum tipo de violência e nos quais devemos estar atentos (BRASIL, 2019), conforme apresentado no Quadro 1. Contudo, as marcas deixadas por esse tipo de violência podem variar bastante, dependendo da idade da criança ou do adolescente, da frequência com que ocorre, do tipo de abuso, da relação de proximidade que o indivíduo tem com o autor da agressão e das consequências dessa situação na vida (MINAYO, 2007).

Sendo assim, a principal forma de evitar as consequências do fenômeno é quebrando o ciclo da violência, protegendo a criança e o adolescente e dando a eles a oportunidade de superação dos traumas ou danos secundários. Para isso, torna-se essencial a implementação de ações de fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e da rede dos serviços de saúde, defesa e proteção a crianças e adolescentes (RUZANY; MEIRELLES, 2009).

Quadro 1. Sinais e sintomas sugestivos de violências em crianças e adolescentes

Alterações/sinais da violência	Criança			Adolescente 10 a 19 anos
	0 a 11 meses	1 a 4 anos	5 a 9 anos	
Choros sem motivo aparente				
Irritabilidade frequente, sem causa aparente				
Olhar indiferente e apatia				
Tristeza constante				
Demonstração de desconforto no colo				
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites				
Atraso no desenvolvimento, perdas ou regressão de etapas atingidas				
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar, e vômitos persistentes				
Distúrbios de alimentação				
Enurese e encoprese				
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala				
Distúrbio do sono				
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento				
Aumento da incidência de doenças, injustificáveis por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico				
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente				
Distúrbios de aprendizagem, levando ao fracasso na escola				
Comportamento extremo de agressividade ou destrutividade				
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, objetos ou situações				
Pesadelos frequentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				
Baixa autoestima e autoconfiança				
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio				
Problemas de atenção ou dificuldade de concentração				
Sintomas de hiperatividade				
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes				
Uso abusivo de álcool e outras drogas				
Doenças sexualmente transmissíveis				
Infecção urinária de repetição				
Hiperemia ou secreção uretral ou vaginal				
Quedas e lesões inexplicáveis				
Lesões físicas (manchas roxas, fraturas, queimaduras, feridas), às vezes em vários estadiamentos				

Obs.: Os espaços pintados indicam a presença do sinal/sintoma sugestivo de violência no respectivo ciclo de vida.

Fonte: Ministério da Saúde (2019)

2.2.3 Histórico de políticas públicas e ações no país

No contexto mundial, somente a partir do trabalho de Henry Kempe e colaboradores, em 1962, que a comunidade médico-sanitária começou a se interessar com o problema da violência sexual contra crianças e adolescentes. Porém, o modelo medicalizado proposto, entendido como a formulação de uma condição social em termos médicos (sintomas, sinais, diagnóstico e tratamento), não possibilitou grandes progressos no que diz respeito a investigações e intervenções. Apesar disso, nos Estados Unidos, no fim da década de 1960, todas as províncias já haviam estabelecido a notificação compulsória desses casos (FRANÇA-JÚNIOR, 2003). Já no contexto nacional, o enfrentamento desse tipo de violência ganhou impulso apenas a partir da década de 90. Na tabela a seguir, há uma sequência cronológica das principais políticas públicas e ações, voltadas à violência sexual contra crianças e adolescentes, desenvolvidas no país até então.

Tabela 1. Sequência cronológica das principais políticas públicas e ações, voltadas à violência sexual contra crianças e adolescentes, desenvolvidas no Brasil

Ano	Evento
1990	<ul style="list-style-type: none"> Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) determina que nenhuma criança ou adolescente pode ser objeto de qualquer forma de violência, estando o ato sujeito a punição.
1994	<ul style="list-style-type: none"> Primeira campanha contra a exploração sexual infantojuvenil: “<i>Não dá para engolir</i>”.
1995	<ul style="list-style-type: none"> Primeiro <i>Seminário Nacional sobre Exploração Sexual de Meninas e Adolescentes</i>, realizado em Brasília.
1996	<ul style="list-style-type: none"> <i>Encontro das Américas</i> (sediado no Brasil) resulta a <i>Carta de Brasília</i>, que constitui orientações para a participação brasileira no primeiro congresso mundial; Participação brasileira no <i>I Congresso Mundial contra Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes</i>, realizado em Estocolmo, na Suécia.
1997	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvida a <i>Rede ECPAT Brasil</i> a partir da <i>Rede ECPAT Internacional</i> e da coalizão de organizações da sociedade civil do país, com o intuito de trabalhar para a eliminação da exploração sexual de crianças e adolescentes, compreendendo quatro dimensões: prostituição, pornografia, tráfico e turismo para fins de exploração sexual;

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do <i>Disque-Denúncia Nacional</i>, em parceria entre o Ministério da Justiça e a antiga Associação Brasileira de Proteção à Infância (ABRAPIA).
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Participação brasileira no <i>II Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes</i>, em Yokohama, no Japão, influenciando a inserção do tema no Plano Plurianual de 2000; • Implantação do <i>Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes</i>.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do <i>Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infante-Juvenil</i> pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), inicialmente estruturado em seis eixos: análise da situação; mobilização e articulação; defesa e responsabilização; atendimento; prevenção; e protagonismo infante-juvenil; • Lei n. 9.970, de 17 de maio de 2000 institui o dia 18 de maio como o <i>Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes</i>, sendo um marco importantíssimo no país para solidificar essa luta; • Instituído o <i>Fórum da Criança e Adolescente</i> (FDCA).
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001): tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas voltadas à promoção da saúde e a prevenção destes agravos.
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Programa <i>PAIR</i> (Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infante-Juvenil no Território Brasileiro), criado pela Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social; • Criado o <i>Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes</i>, com objetivo de monitorar e avaliar as ações do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Território Nacional; • Desenvolvido o <i>Programa Sentinela</i> como uma das principais ações do governo na política de atendimento especializado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e de seus familiares. Este serviço de atendimento às vítimas de violência sexual e seus familiares passou por uma reformulação, sendo, atualmente, denominado de <i>Centro de Referência Especializado de Assistência Social</i> (CREAS) e tem sido umas das principais ações instituídas a partir do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Instituída a <i>Comissão Intersectorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes</i>, composta pelos representantes dos Poderes Públicos: Executivo, Legislativo e Judiciário; Ministério Público; CONANDA; Comitê Nacional; Organismos Internacionais e Organizações da Sociedade Civil. Representa o pacto da sociedade brasileira pela erradicação da violência sexual contra crianças e adolescentes e também é vista

	<p>como estratégica para o monitoramento e implementação de políticas públicas de enfrentamento da violência, abuso e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disque-Denúncia Nacional passa a ser o <i>Disque Direitos Humanos (Disque 100)</i>, assumido pela Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH), sendo parte integrante dos esforços do governo para a quebra do “pacto de silêncio”.
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Lei n.11.106, de 28 de março de 2005 traz modificações para o Código Penal, incluindo ambos os sexos como possíveis vítimas de violência sexual e reduzindo as possibilidades de extinção da punibilidade (Art. 107 do Código Penal), por exemplo, com a nova lei, não mais se extingue a punibilidade pelo casamento do agente com a vítima; • Lançamento da campanha “<i>Juventude e Ação</i>”, voltada ao protagonismo juvenil, que, em 2012, passou a ser chamada de <i>Campanha ANA</i> (Aliança Nacional dos Adolescentes).
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Brasil sedia o <i>III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes e I Congresso Brasileiro</i>, que teve como legado a <i>Carta do Rio</i>, estabelecendo vários compromissos na cooperação mundial para a responsabilização de quem comete esse crime; • Lei n. 11.829 (Lei de Combate à Pornografia na Internet) altera o ECA para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Lei n. 12.015, de 7 de agosto 2009 altera o conceito de estupro, que agora abrange também os casos de atentado violento ao pudor. Além disso, trouxe mudanças na nomenclatura do Título VI do Código Penal, onde antes esses crimes eram tratados sob o título de “Dos Crimes Contra os Costumes”, sendo agora intitulado como “Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual”. E a criação dos “Crimes Sexuais Contra Vulnerável”, tipificado no Art. 217-A do Código Penal, onde se tutela a dignidade sexual das pessoas em situação de vulnerabilidade, além de buscar proteger o processo de formação da sexualidade das vítimas menores de 14 anos.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • O <i>Prêmio Neide Castanha</i> é criado em homenagem a uma representante dessa causa, que homenageia pessoas e instituições que se destacam na defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes, em especial dos direitos sexuais.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Lei n. 12.650, conhecida como Lei Joana Maranhão (em homenagem à nadadora que denunciou seu treinador por abuso sexual na infância), determina que o prazo de prescrição no caso dos crimes contra a liberdade sexual de crianças e adolescentes começa a correr a partir da data em que a vítima completar 18 anos, salvo se a esse tempo já houver sido proposta a ação penal.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Publicada a Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui na lista de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências e estabelece a notificação imediata (em até 24 horas) para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, em âmbito municipal.

2017	<ul style="list-style-type: none"> • Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017 estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • <i>II Congresso Brasileiro de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes</i>, com o tema “Novas reflexões e práticas para a defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes”; • Brasil entra para a Parceria Global pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes (<i>Global Partnership to End Violence Against Children</i>) que reúne governos, agências da ONU, organizações internacionais, sociedade civil, grupos religiosos, setor privado, fundações filantrópicas, pesquisadores, acadêmicos e crianças, com o objetivo de erradicar a violência contra crianças e adolescentes, contando, hoje, com 21 países.
2020	<ul style="list-style-type: none"> • <i>I Congresso Brasileiro de Prevenção à Violência Sexual Infantojuvenil</i>, teve como objetivo discutir estratégias para a prevenção de crimes sexuais cometidos contra crianças e adolescentes. Foi realizado na modalidade on-line, em razão das medidas de isolamento necessárias, na época, para a prevenção da propagação da COVID-19; • O Disque 100 passa a estar disponível via aplicativo <i>WhatsApp</i>, como mais uma plataforma para denúncias de violações de direitos humanos e de violências. O cidadão envia uma mensagem para o número (61)99656-5008 e, após receber uma resposta automática, é atendido por uma pessoa da equipe da central única dos serviços, que recebe, analisa e encaminha a denúncia aos órgãos de proteção, defesa e responsabilização em direitos humanos.
2021	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto n. 10.701, de 17 de maio de 2021, institui o <i>Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes</i> e a <i>Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes</i> (CIEVCA).

Fonte: elaborado pela autora, com base nas informações contidas em: Brasil (2000; 2008; 2009; 2012a; 2013b; 2017a; 2021); Rocha, Lemos e Lirio (2011); Hohendorff, Habigzang e Koller (2015); Campanha ANA (2018); Gaspar e Pereira (2018); EVAC (2018); e SJSPS/RS (2020).

2.2.4 Enfrentamentos

As crianças e adolescentes vítimas de violência sexual percorrem um difícil caminho, que se inicia com a própria ocorrência do abuso e que pode não se encerrar, necessariamente, com a revelação e a denúncia. A resolubilidade não se resume à responsabilização do agressor e ao atendimento psicológico à vítima, mas envolve também a reparação da violência sofrida, a proteção física e social à criança e ao adolescente e a garantia da defesa dos direitos violados na situação da violência sexual e, principalmente, no contexto que se instala após a revelação da violência sofrida (SANTOS; COSTA, 2011).

A seguir, serão abordados em maiores detalhes os processos de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, ao se tratar dos níveis de prevenção para esse tipo de violência, da rede de cuidado e do percurso dos casos identificados.

2.2.4.1 Níveis de prevenção

A prevenção das violências pode ser definida em três níveis na área da saúde. O nível primário compreende as ações voltadas para a sensibilização dos profissionais de saúde a respeito de medidas preventivas da violência para que possam atuar, no campo da educação e da informação, junto a pessoas, grupos e a comunidade em geral. O nível secundário se refere a formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce. E o terceiro nível inclui o atendimento em serviços hospitalares e institucionais-comunitários e a organização dos serviços de saúde, envolvendo maior grau de complexidade, a fim de adequar a atenção em termos de tratamento e/ou reabilitação (LEAVELL; CLARK, 1976).

Segundo uma pesquisa feita por Gomes, Silva e Njaine (1999), que analisou as propostas de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, indicadas de formas explícita ou implícita em artigos publicados em periódicos nacionais, a prevenção da violência sexual apareceu predominantemente no nível secundário. Poucos artigos atentaram para o nível da prevenção primária, os que o fizeram apontaram, por exemplo, para princípios em termos de informações que deveriam ser veiculadas para a população acerca do problema e reflexões sobre formas de melhor prevenir atos de violência sexual a grupos mais expostos, como é o caso de meninas que vivem na rua. Ou enfatizaram que haja esclarecimento à população sobre a importância de a denúncia ser realizada logo após a agressão sexual para que os indícios não se desfaçam com o tempo.

No nível secundário, o núcleo central girou em torno da ideia de melhor se aprimorar o diagnóstico para que se possa detectar a presença do abuso sexual, sua extensão e a intervenção adequada. Propôs-se que a detecção não fosse realizada apenas através de entrevistas. Exames clínicos para casos específicos, como os de utilização de colposcópico; atividades que envolvam desenhos quando a vítima for criança e a observação das condutas de quem está sendo examinado foram algumas estratégias sugeridas. No que se refere à avaliação do agressor, foi

sugerido não se reduzir a análise a uma patologização, fazendo com que o ato agressivo seja “compreensivo”, podendo desencadear um processo em que a criança passa de vítima a ré (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999).

A prevenção terciária apareceu deduzida nas seguintes ideias: a) que a reabilitação da vítima deva tomar como princípio o fato de que as pessoas dispõem de potencial para se reorganizar em frente a experiências traumáticas, e b) que o tratamento deva ser multidisciplinar e que se deva proteger a criança das possíveis “retaliações”, após a descoberta do abuso (GOMES; SILVA; NJAINE, 1999). Diante da complexidade desse tipo de violência como uma violência geralmente intrafamiliar e de gênero, é importante assegurar às famílias o acesso aos serviços essenciais, que devem ser prestados por diferentes setores, como o policiamento, a justiça, os serviços sociais e a saúde. Para lidar com eventuais traumas causados pela situação violenta vivenciada, uma série de condições deve ser assegurada para que a família possa romper o ciclo da violência, como a inclusão da mãe no mercado de trabalho, a oferta de condições de moradia e a garantia de segurança física e psicológica para a vítima e seus familiares. Assim sendo, muitas vezes se faz necessário o acesso a programas governamentais, como o de distribuição de renda, acesso a creches e/ou educação básica, habitação popular, capacitações, dentre outros (LOURENÇO *et al.*, 2021).

Contudo, uma das principais formas de prevenção da violência sexual, no intuito de evitar que a mesma aconteça, é a prevenção primária, por meio da educação sexual. Ao educar sobre o tema, a criança aprende a discernir o ato de violência e a se autoprotger, entendendo o seu direito de dizer “não” às investidas sexuais do perpetrador, bem como a revelar o segredo solicitado a alguém de sua confiança, evitando traumas maiores. Isso pode ser trabalhado pelos profissionais da educação e também pelos profissionais da saúde, mediante o Programa Saúde na Escola (PSE), onde podem ser feitas atividades educativas como a leitura de livros infantis sobre a prevenção da violência sexual ou a apresentação de filmes, teatros ou dramatizações sobre o tema (SPAZIANI; MAIA, 2015).

Conforme Brino e Williams (2008), “o abuso sexual pode ser prevenido se as crianças forem capazes de reconhecer o comportamento inapropriado do adulto, reagir rapidamente, deixar a situação e relatar para alguém o ocorrido”. Portanto, é importante “a capacitação de profissionais em programas de prevenção do abuso sexual, habilitando-os a detectar e avaliar casos adequadamente, sendo essa uma

etapa fundamental das metodologias gerais nos trabalhos de prevenção”. Lamour (1997), em uma pesquisa realizada com homens agressores sexuais, concluiu que estes se sentiam capazes de identificar crianças mais desinformadas, bem como de se aproveitarem de tal falta de informação para torná-las suas vítimas.

A educação para a sexualidade, apesar de ser um trabalho de prevenção da violência sexual infantil, não tem a intenção de delegar à criança a responsabilidade de se proteger – visto que o culpado é sempre o adulto, que utilizou de seu poder para coagir a criança –, porém as crianças desinformadas sobre sexualidade são as vítimas mais frequentes dos perpetradores. Assim, o intuito da educação para a sexualidade é esclarecer que a violência sexual infantil existe e que o segredo solicitado pelo perpetrador não deve ser mantido, bem como desconstruir os valores sexistas que acabam por também gerar essa violência (SPAZIANI; MAIA, 2015).

2.2.4.2 Rede de cuidado

Como a violência sexual é considerada uma violência de gênero, expressando a histórica desigualdade entre homens e mulheres, a intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida das pessoas, pois a maioria tem contato com o sistema de saúde em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão. Este contato é fundamental para a identificação da violência, que pode ser aguda ou crônica, exigindo atenção máxima por parte dos profissionais de saúde (RS, 2019).

Os serviços de saúde disponibilizados para atendimento às vítimas e aos demais envolvidos se organizam através da rede de cuidado e podem ser intra ou intersetoriais. A linha de cuidado tem início a partir do primeiro contato e do acolhimento do paciente, independente do nível de atenção em que ocorrer, e tem a finalidade de oferecer atenção integral às pessoas em situação de violência, partindo dos princípios de equidade, democracia e solidariedade (RS, 2019). O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes foi estruturado em seis eixos estratégicos, como visto anteriormente, sendo o eixo de atendimento um dos mais complexos, pois visa garantir o atendimento especializado e em rede às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual e suas respectivas famílias (BISPO *et al.*, 2011).

A Atenção Básica (AB) destaca-se como nível de atenção privilegiado para o enfrentamento da violência sexual. A reorganização do modelo assistencial, por

meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), possibilita a longitudinalidade do cuidado e o desenvolvimento de vínculos entre usuários e profissionais, o que potencializa a identificação e a intervenção sobre as diversas formas de violência. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por conhecerem a realidade social do território e conviver nas comunidades, têm maior possibilidade de detectar e intervir sobre os aspectos relativos às condições de vida da população (PORTO; BISPO-JÚNIOR; LIMA, 2014).

A escuta e o acolhimento são as ações iniciais do atendimento, muito importantes na atenção às vítimas. O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção (PNH) e não se limita à recepção, escuta e inclusão dos usuários nos serviços de saúde, mas sim compreende, sobretudo, o atendimento com responsabilização e resolutividade dos casos, garantindo, quando necessário, a continuidade da assistência em outros serviços por meio do encaminhamento qualificado (BRASIL, 2004c).

Em relação ao nível terciário ou hospitalar, em agosto de 2013, a Presidência da República sancionou a Lei n. 12.845, a qual dispõe sobre o atendimento imediato e integral (médico, psicológico e social) às pessoas em situação de violência sexual nos hospitais gerais. Em seu primeiro artigo, essa lei indica que

os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social. (BRASIL, 2013b)

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual, em qualquer nível de atenção à saúde e a qualquer momento, exige ainda o cumprimento dos princípios de sigilo, de ética e segredo profissional. A Constituição Federal, Artigo 5, garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”. O Artigo 154 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (BRASIL, 2013b).

Ainda, conforme a Lei n. 13.431/2017, é exigida uma escuta especializada e, quando necessário, a tomada do depoimento especial das vítimas. Essas medidas

contribuem para que as mesmas sejam menos prejudicadas com as intervenções que ocorrem ao longo do processo legal, buscando minimizar seu sofrimento e diminuir a quantidade de momentos que precisam falar sobre o evento traumático (PELISOLI; DOBKE; DELL'AGLIO, 2014; BRASIL, 2017a). São definidas como:

Art. 7º Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade.

Art. 8º Depoimento especial é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária. (BRASIL, 2017)

Assim sendo, os serviços de atendimento às situações de violência sexual incluem, além do SUS, no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que é organizado pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS (BRASIL, 2004a), a qual é baseada na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993), e que estabelece normas e critérios para organização da assistência social (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2015).

Na área da assistência social, as medidas protetivas envolvem: encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; orientação, apoio e acompanhamento temporários; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; encaminhamento a cursos ou programas de orientação; obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar; obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado; advertência (BRASIL, 1990a, Arts. 101 e 129).

A proteção social básica visa prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, bem como pelo fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, tendo como principal representante, mas não único, os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Nos municípios em que não há serviço especializado, as vítimas são atendidas pelos CRAS. Eles são destinados à população em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação (i.e., ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (i.e, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Já a proteção social especial é a modalidade de

atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social e é dividida em média e alta complexidade, tratando-se de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos, tal como a violência sexual (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2015).

Os serviços de proteção social especial de média complexidade são aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Têm como principal serviço o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem a proteção integral (i.e., moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido) para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário. Os mais comuns são os de atendimento integral institucional, casa lar, república, casa de passagem, albergue, família substituta, família acolhedora, medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (i.e., semiliberdade, internação provisória e sentenciada) e trabalho protegido (BRASIL, 2004a).

O CREAS tem necessidade de instituir uma ação eficaz no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, com destaque para a necessidade de estabelecer em primeira instância a confiabilidade na declaração da vítima, assim como o atendimento à família e o estabelecimento de um conjunto de ações e procedimentos encadeados que visam à preservação da vítima a partir da “privacidade, do sigilo e da inviolabilidade dos registros”, para que os sujeitos (vítimas e familiares) não sejam revitimizados no processo de notificação, investigação e atendimento em geral. O serviço de atendimento às vítimas promovido pelo CREAS deve ser realizado por uma equipe técnica formada por assistente social, psicólogo/a, educadores sociais e, em alguns casos, por equipe jurídica (ROCHA; LEMOS; LIRIO, 2011).

A análise das diretrizes para os serviços de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual indica, portanto, que essas devem receber atendimento psicossocial no CREAS e, quando o(a) psicólogo(a) desse serviço julgar necessário, deve-se proceder encaminhamento desse serviço do SUAS para um serviço de saúde mental do SUS. O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), por exemplo, é o serviço do SUS de referência para atendimento em saúde

mental, sendo que sua diretriz indica que deve receber, preferencialmente, casos de transtornos mentais severos e/ou persistentes (HABIGZANG *et al.*, 2006; HABIGZANG; PELISOLI *et al.*, 2010).

Já as medidas protetivas são uma das formas de garantir que os direitos violados da vítima sejam resgatados, fortalecendo, assim, o sistema familiar, para sua rápida reorganização. Essas medidas estão elencadas na Lei 8.069/90, nos Art. 101, 129 e 130, e devem ser aplicadas “sempre que os direitos reconhecidos nesta lei forem ameaçados ou violados: I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II – por falta, omissão o abuso dos pais ou responsáveis; III – em razão de sua conduta” (BRASIL, 1990a). No âmbito legal, as medidas protetivas compreendem: abrigo em entidade; colocação em família substituta (BRASIL, 1990a, Art. 101) e ainda, conforme o Art. 130, verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum (ROCHA; LEMOS; LIRIO, 2011).

Para aplicação das medidas protetivas nos casos de violação dos direitos da infância e da juventude, o Conselho Tutelar (CT) é o órgão competente. Cada município deverá contar com um ou mais CTs, dependendo de suas necessidades, de acordo com a legislação vigente, e eles deverão ser compostos por cinco membros eleitos pela comunidade a qual pertence, por votação direta, reconhecidos pela sua idoneidade moral, sendo permitido um mandato de três anos para cada comissão de conselheiros, podendo haver reeleição (BRASIL, 1990a, Art. 132). O órgão é responsável por realizar encaminhamentos para várias instituições sociais e de saúde. Vale lembrar que as medidas protetivas na área da saúde devem compreender: “requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial”; assim como “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos” (BRASIL, 1990, Arts. 101 e 129).

Logo, os Conselhos Tutelares, uma vez que se apropriam do caso, são responsáveis por tomar medidas protetivas imediatas, realizando encaminhamentos ao CAPS ou ao CREAS, conforme necessidade. No entanto, quando há necessidade de aplicação de medidas no âmbito judicial, o caso é encaminhado ao Ministério Público, que oferece a denúncia à Vara da Infância e da Juventude, ocasionando a autuação imediata de procedimento judicial de avaliação do caso. O

trâmite, desde a autuação até o encaminhamento de ofício para cumprimento das medidas protetivas determinadas pelo juiz leva 4 meses, em média. Porém, a esse tempo somam-se quase 3 meses entre a denúncia e a autuação da pasta especial, podendo levar, em média, mais de 7 meses até a determinação da medida protetiva pertinente ao caso. Sendo assim, o longo lapso temporal entre a denúncia e a ação protetora pode favorecer a retratação da vítima, pois a família tende a “esquecer” ou minimizar o ocorrido, como forma de se proteger do sofrimento. Por vezes, também, a família se dá conta das consequências judiciais para o agressor, o que faz com que se arrependa de ter realizado a denúncia (ROCHA; LEMOS; LIRIO, 2011).

Em relação ao atendimento e responsabilização dos autores da violência, no caso de intervenção judicial, é sempre necessária a propositura de uma ação, de natureza cível ou penal. Para a suspensão do poder familiar, por exemplo, a ação é de natureza cível, podendo ser proposta pelo Promotor de Justiça ou por representante legal da vítima. Para a responsabilização penal do agressor, a ação é penal e quem a propõe é o Promotor de Justiça (PELISOLI; DOBKE; DELL'AGLIO, 2015). O Art. 130 do ECA prevê que, na hipótese de violência sexual advinda dos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá determinar o afastamento do(s) agressor(es) da moradia comum, para evitar que esse possa chantagear a vítima e/ou influenciar a família através de comportamento sedutor, podendo aumentar a culpa da vítima pelo ocorrido (FERREIRA; AZAMBUJA, 2011).

Porém, é somente com a comprovação da prática abusiva que a sanção ao réu e as medidas de proteção à vítima serão impostas. Sem isso, o agressor/denunciado tem sempre o direito de rebater e contradizer todas as imputações que o Promotor de Justiça lhe fizer, e ele poderá se valer de todas as provas lícitas, amplamente, para provar a sua inocência. Então, na ação judicial proposta, quando da produção da prova, a comprovação da prática do abuso sexual se faz necessária para que as intervenções judiciais, de natureza cível ou penal, sejam possíveis (PELISOLI; DOBKE; DELL'AGLIO, 2015).

Em casos de exploração sexual, na prostituição exercida por crianças ou adolescentes menores de 18 anos, a conduta de quem dela se beneficia também é apurada na esfera criminal. Além disso, o menor agredido poderá ser amparado pela teoria das nulidades trabalhistas, que lhe garante o recebimento da quantia combinada e ainda impede o enriquecimento ilícito de quem usufruiu de seus serviços e recusou-se a pagar (VIEIRA; NETO, 2016).

Para o crime de estupro, segundo o Título VI do Código Penal (Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual), o agressor deve ser apenado com reclusão de 6 a 10 anos. Nos casos de violência sexual contra menores de 14 anos de idade, após a vigência da Lei n. 12.015/2009 e a criação dos “Crimes Sexuais Contra Vulnerável”, a pena para o agressor passou a se dar conforme apresentado a seguir:

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena – reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

§ 1o Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

§ 2o (VETADO)

§ 3o Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.

§ 4o Se da conduta resulta morte:

Pena – reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos. (BRASIL, 2009)

O trabalho do Estado, no entanto, não deve finalizar na constatação do crime e na sentença do agressor. Consoante aos direitos humanos, o abusador deve ser tratado como um ser humano que necessita de tratamento. Sendo assim, o atendimento em saúde deve ser considerado como uma importante ação preventiva. O sistema deve oferecer o acompanhamento dos casos, de modo a atuar tanto junto à vítima quanto ao autor da violência, tendo em vista que, ao término do processo e depois de cumprida a sentença, o agressor voltará ao convívio social, quando terá contato com outras crianças, seja em família ou em outro espaço que não o familiar. Porém, dependendo da gravidade de seu transtorno, ele pode ser retirado da sociedade, para não correr risco pessoal de reincidir. A psicoterapia, por exemplo, contribui para que acusados possam assumir a ação infratora, seja paralela ao processo judicial e mesmo após a sentença, quando, junto a outras estratégias de tratamento – ambulatorial, internação, medicamentoso e cognitivo-comportamental –, podem ser utilizadas para interromper o ciclo da violência (HABIGZANG *et al.*, 2009; FERREIRA; AZAMBUJA, 2011).

Conforme trazido pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, existem evidências que apontam para “taxas expressivamente menores de reincidência entre autores de violência sexual que recebem atenção psiquiátrica e/ou psicológica adequada durante o período de cumprimento de sua pena”. Sendo assim, o modelo

de atuação em rede é o mais indicado para a abordagem da violência, uma vez que as relações ocorrem de forma horizontalizada e qualquer um dos serviços pode atuar como porta de entrada para a atenção às vítimas. Por meio de ações articuladas, intersetoriais e multiprofissionais, o trabalho das redes fornece a vítimas e familiares suporte jurídico, psicossocial e de saúde, o que amplia a possibilidade de solução do problema (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; BRASIL, 2012b, p. 36).

2.2.4.3 Percurso dos casos identificados

Geralmente, os locais onde ocorre o primeiro contato das vítimas e de seus familiares são as organizações que têm crianças e adolescentes como sujeitos centrais em seus programas de atuação. É o caso da escola, que é essencial nos processos de socialização; das unidades de saúde, que acolhem os pacientes, principalmente, em situações como essa, de dor e sofrimento; dos conselhos tutelares, que são, em regra, os primeiros a receberem denúncias de maus-tratos e dos quais se espera a efetivação das primeiras ações na direção da proteção às vítimas; e das instituições de assistência social, que contribuem para a aplicação das medidas de proteção. Esses são exemplos de algumas organizações que têm o importante papel de acolher, encaminhar e acompanhar os casos de violência sexual, sempre agindo de forma integrada, não isolada, com os demais setores da sociedade (FUZIWARA; FÁVERO, 2011).

Quando a revelação da violência sexual é feita, primeiramente, nos serviços de saúde, a equipe deve considerar o viés protetivo como prioridade, ao invés do criminal (FUZIWARA; FÁVERO, 2011). Deve ser realizado o acolhimento e a escuta inicial, e, logo após, a anamnese e o exame físico, pelo enfermeiro ou médico. O caso deve, então, obrigatoriamente, ser notificado em até 48 horas, devendo haver uma comunicação formal ao CT, respeitando o Art. 13 da ECA, que diz que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão, obrigatoriamente, comunicar ao Conselho Tutelar – sem prejuízo de outras providências legais – os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente”, e a notificação deve ser encaminhada à Vigilância Epidemiológica do município. Assim, o instrumento de notificação vai dar início a um processo que se caracteriza mais como assistência e auxílio do que como punição (GONÇALVEZ; FERREIRA, 2002, p. 318).

Caso tenha ocorrido contato sexual em até 72 horas, a vítima deve receber profilaxia contra HIV e ISTs e anticoncepção de emergência (se a vítima for do sexo feminino), após esse período, deve ser encaminhada para exames laboratoriais, sendo feito também o diagnóstico de gravidez (se do sexo feminino), e, posteriormente, o tratamento e acompanhamento, que vai depender dos resultados, assim como os encaminhamentos necessários, que podem envolver o CRAI (Centro de Referência em Atendimento Infante-Juvenil), a DECA (Delegacia Especial da Criança e do Adolescente) ou a DEAM, o IML (Instituto Médico Legal), o MP ou o Poder Judiciário (RS, 2019).

Se a vítima estiver em condições, em um segundo momento é importante que o profissional a incentive a denunciar o ocorrido na Delegacia, a lavrar o Boletim de Ocorrência Policial (BO), prestar seu depoimento e submeter-se ao exame pelos peritos do Instituto Médico Legal. Se, por alguma razão, não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Portanto, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser sempre cuidadosamente descritos e registrados em prontuário pelo profissional de saúde (BRASIL, 2013b).

O BO tem como função registrar a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determinará a instauração do inquérito e da investigação, procedendo-se à apuração dos fatos, com depoimentos da vítima e das testemunhas. Já o laudo do IML é um documento elaborado para constar como prova criminal. A exigência da apresentação desses documentos para atendimento nos serviços de saúde é desnecessária e, inclusive, ilegal. O relatório final da delegacia é enviado ao Ministério Público (MP), que oferece denúncia e qualifica o crime, encaminhando o caso à Vara de Crimes contra a Criança e o Adolescente (VCCA), onde se darão os procedimentos judiciais. As VCCAs foram criadas de acordo com o previsto no Art. 145 do ECA, com a competência exclusiva de julgar os crimes cometidos contra crianças e adolescentes, e visam a atender ao princípio da proteção integral. É importante ressaltar que, no Brasil, são poucas as varas criminais especializadas em crimes contra crianças e adolescentes, predominando as Varas da Infância e Juventude (UNICEF, 2004; BRASIL, 2013b).

Já quando o Conselho Tutelar é acionado primeiramente, Teixeira (1999) divide o atendimento nas seguintes etapas: notificação e denúncia; constatação;

aplicação de medidas em caráter emergencial; estudo de caso; aplicação de medida principal; acompanhamento; e arquivamento do caso. Conforme o Ministério da Saúde, a intervenção do CT se dá a partir de uma denúncia, que é averiguada pelos conselheiros. Por meio de notificação aos pais ou responsáveis, ocorre, assim, a averiguação do caso. Após constatada a violação dos direitos da criança ou adolescente, poderá ser aplicada uma medida em caráter emergencial, com a finalidade de suspender imediatamente a situação de risco em que a criança se encontra. Para casos mais complexos, realiza-se um estudo de caso para se chegar a uma decisão e, após, o CT aplica as medidas previstas pelo ECA. Para a execução das medidas, vários procedimentos e encaminhamentos são necessários, podendo-se requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança pública.

Cabe ainda ressaltar que a notificação ao CT e à Vigilância Sanitária não tem o poder de denúncia policial, mas sim a finalidade de chamar o Poder Público à sua responsabilidade. Além disso, a identificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus tratos são de responsabilidade de qualquer cidadão que testemunhe ou tome conhecimento de violação dos direitos da criança e do adolescente, não só do CT ou dos profissionais de saúde (BRASIL, 2002).

Após a violência ter sido revelada pela vítima, além da notificação à Vigilância Sanitária e ao Conselho Tutelar, alguns casos requerem processos legais, no âmbito da justiça. Esses casos podem chegar ao Sistema de Justiça através do CT, da Delegacia de Polícia ou das disputas familiares envolvendo guarda, visitas, suspensão ou destituição do poder familiar e, dependendo da situação, pode ser acionado também o Sistema de Justiça Infanto-Juvenil, Criminal ou de Família (FERREIRA; AZAMBUJA, 2011). As etapas enfrentadas para a resolubilidade desses casos, na justiça, segundo Pelisoli, Dobke e Dell'Aglio (2014), envolvem: investigação; denúncia (peça que inicia o processo penal, oferecida pelo Promotor de Justiça ao Juiz de Direito); e demais atos do processo penal que visam à responsabilização do agressor, como, por exemplo, a defesa do acusado, a instrução do processo, as alegações escritas e a sentença.

Além disso, o Ministério Público, o Poder Judiciário e os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente e os Tutelares têm o papel de garantir o direito da vítima à convivência familiar. A família é importante para a socialização e o desenvolvimento da criança, logo, devem ser sempre desenvolvidas

ações para a manutenção dos vínculos com a família natural e, não sendo possível, direcionar ações para colocação da criança em uma família substituta (FERREIRA, 2011).

2.3 VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

Fazer vigilância de violências e acidentes implica em coletar dados de várias fontes como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os inquéritos, os boletins de ocorrência, as mídias, dentre outros. Esses dados são objeto de análise, produção e difusão de informações, intervenções, monitoramento e avaliação. Com a necessidade de se ampliar a vigilância de causas externas, implantou-se o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2006, inicialmente sob o modelo de vigilância sentinela (FIGUEROA *et al.*, 2007).

Nos casos de violência, a notificação realizada no campo da saúde tem dois propósitos diferentes e complementares: a principal finalidade é a de desencadear ações de proteção e medidas que visem cessar a violência; a segunda finalidade, no contexto da vigilância epidemiológica, é dimensionar o problema, indicando a demanda por ações de intervenção, permitindo o monitoramento, a análise de possíveis mudanças no perfil desses agravos e o planejamento de ações intersetoriais de prevenção, além de subsidiar pesquisas (ASSIS *et al.*, 2012).

O VIVA faz parte da vigilância de causas externas e é composto por dois componentes: (1) Vigilância contínua, que é a vigilância das violências sexual e doméstica e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas em serviços de saúde, que é realizada por meio da notificação compulsória de violências. Atende às exigências legais de notificação da violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. A coleta é universal e contínua; (2) Vigilância sentinela, que é a vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares e serviços de referência para violências e que é realizada por meio de inquéritos ou estudos transversais (BRASIL, 2016).

No segundo semestre de 2008, essa última modalidade de vigilância começou a ser expandida, com o início do processo de universalização da notificação sentinela, bem como a expansão da notificação para outros municípios, sendo incorporada, em 2009, ao SINAN Net. Esse processo tem sido feito ainda, de

forma gradual, mas articulado com a rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violências e suas famílias (FIGUEROA *et al.*, 2007; BRASIL, 2016).

Em 2011, com o objetivo de atender à legislação vigente e de garantir atenção e a proteção às pessoas em situação de violências, o MS universalizou a notificação de violências doméstica e sexual e outras violências para todos os serviços de saúde no país, incluindo-a na relação de doenças e agravos que são registrados no SINAN. Essa universalização foi instituída por meio da Portaria GM/MS n. 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011a).

2.3.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação

A vigilância contínua, também denominada no MS de VIVA SINAN, tem como objetivos: descrever o perfil dos atendimentos em unidades de saúde de violências doméstica e sexual e/ou outras violências autoprovocadas; caracterizar o perfil das vítimas e dos autores(as) de agressão; tipificar as violências; intervir sobre os casos, articulando e integrando a vigilância e a notificação com a Rede de Atenção e de Proteção às Vítimas de Violências e suas Famílias, garantindo-se, assim, atenção integral e humanizada, proteção e o respeito dos direitos humanos (FIGUEROA *et al.*, 2007).

Os profissionais de saúde devem notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência com o preenchimento da Ficha de Notificação Individual (FNI) de violência interpessoal e autoprovocada. A notificação tem sido um instrumento de organização dos serviços de saúde para o atendimento adequado e humanizado às vítimas de violências, com a implantação e implementação das redes de atenção e proteção, assim como para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde e cultura de paz, estando em conformidade com as Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) e de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010a).

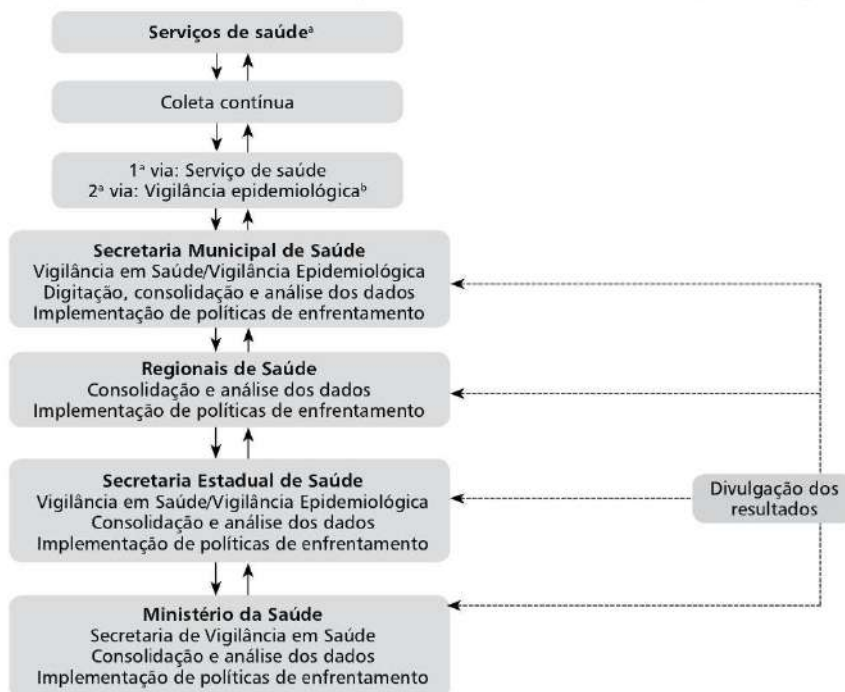
Além disso, de acordo com a legislação vigente, nas situações de violência cometida contra crianças e adolescentes, o profissional de saúde ou da educação deverá, obrigatoriamente, fazer uma comunicação ao Conselho Tutelar. No âmbito do SUS a notificação também é compulsória quando da suspeita ou confirmação de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, tentativa de suicídio, tráfico e intervenção legal cometidos contra homens adultos, apesar de não existir uma legislação

específica. Em outras situações, que não as citadas, as violências praticadas contra homens adultos não são objeto de notificação (FIGUEROA *et al.*, 2007).

O instrumento de coleta do SINAN para esses casos é a Ficha de Notificação Individual para violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais (Anexo A), disponível para [download](#) no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. A ficha apresenta um conjunto de variáveis que estão agrupadas em dez blocos: dados gerais; notificação individual; dados de residência; dados da pessoa atendida; dados da ocorrência; violência; violência sexual; dados do provável autor da violência; encaminhamento; e dados finais; além de campos destinados para informações complementares e observações (BRASIL, 2013; 2016).

Conforme orientado no documento VIVA: Instrutivo – Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (2016), essas fichas podem ser preenchidas por unidades de saúde, de assistência social, estabelecimentos de ensino, conselhos tutelares, entre outros. Porém, todas devem ser encaminhadas pelas unidades de saúde de referência do território que a gerou, de forma contínua, e estas, por sua vez, encaminham a ficha à Secretaria Municipal de Saúde, onde é realizada a digitação (ou a correção de fichas quando já digitadas), a consolidação e a análise de dados para a implantação e o aperfeiçoamento das políticas de enfrentamento. Em seguida, as informações são encaminhadas, de forma ascendente, para as Regionais de Saúde e/ou às Secretarias Estaduais de Saúde, quando finalmente são concentradas pelo MS, que, a partir de critérios da equipe técnica, avalia a qualidade da informação e disponibiliza na base de dados do DATASUS, removidos campos de identificação dos(as) usuários(as). Os fluxos de notificação de ambos os componentes do VIVA são exemplificados na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de notificação de violências do VIVA Contínuo – SINAN



^aServiços de saúde notificam os casos suspeitos ou confirmados de violências e os encaminham para a rede de atenção e proteção de acordo com as suas necessidades.

^bEm caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminha-se um comunicado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com o ECA. Em caso de violência contra pessoas idosas, encaminha-se comunicado para o Ministério Público, Conselho do Idoso ou Delegacias Gerais ou Especializadas, em conformidade com o Estatuto do Idoso.

Fonte: SINAN/SVS/MS (2019)

A notificação das violências não se trata de uma denúncia, como já mencionado, mas sim de um instrumento de vigilância epidemiológica e de garantia de direitos, logo, qualquer profissional de saúde, seja de nível superior ou não, é obrigado a fazer essa notificação nas situações de violências cometidas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Nesse sentido, essas notificações vem aumentando pelo fato das violências terem se tornado um agravo de notificação compulsória nos últimos anos. Com isso, espera-se que esse sistema contribua tanto para a produção de conhecimento epidemiológico, que pode ser utilizado para políticas de prevenção e promoção, quanto na avaliação de sua operacionalização para identificar aspectos que devam ser aprimorados (FIGUEROA *et al.*, 2007; ALVES *et al.*, 2017).

Porém, mesmo com todas essas ferramentas disponíveis atualmente, a violência sexual ainda é um dos crimes mais subnotificados. Segundo França-Junior (2003, p. 26), a utilização científica de dados permite examinar apenas a “ponta do iceberg”. A Organização Mundial da Saúde refere que “apenas um em cada 20 casos chega a ser notificado, ocultando assim as reais situações de violência” (BEUTER, 2007, p.30). Geralmente, isso ocorre devido ao silenciamento das vítimas, que é motivado tanto pelo medo em relação ao agressor e dos efeitos que isso acarretaria sobre a família, quanto pelo desconhecimento de que aquela era uma situação inadequada (KELLOGG; MENARD, 2003).

Acredita-se que muitos casos, especialmente os de agressão sexual intrafamiliar, não chegam a ser notificados pelo tabu ainda estabelecido sobre a sexualidade e pela idealização da concepção de que a família é o “melhor lugar” para a criança, além de haver, muitas vezes, a desqualificação da fala das vítimas (a ideia de que criança “mente e fantasia”) (LAVORATTI; SILVESTRE, 2013). De acordo com Saffioti (1989), a violência doméstica, geralmente, é mantida em sigilo devido ao medo do desmoronamento da instituição da “sagrada família”, além de que a publicização do fato comprometeria a imagem do adulto que a criança vitimizada virá a ser, condicionando negativamente suas possibilidades de formar uma nova “sagrada família”.

Outra possível causa da subnotificação advém dos próprios profissionais. Gonçalves e Ferreira (2002) destacam como dificuldades dos profissionais para adotar a notificação: (a) falta de preparo profissional, pois essa temática não tem sido tratada na maioria dos cursos de graduação, refletindo em dificuldades na identificação de situações de violência; (b) medo de quebrar o sigilo profissional, pois alguns profissionais desconhecem o respaldo que o Código de Ética lhes assegura nessas situações; (c) transtornos legais advindos da notificação, como, por exemplo, necessidade de emissão de laudos e realização de depoimentos; e (d) problemas estruturais, como a precariedade dos órgãos designados pelo ECA para receber as comunicações de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos.

2.4 O ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O Rio Grande do Sul (RS) é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo o estado mais extremo da Região Sul do país. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui 497 municípios e uma população estimada de 11 milhões de habitantes. Conforme o último censo (2010), há cerca de 3 milhões de crianças e adolescentes no estado, o que corresponde a 29% da sua população total, sendo 2.227.891 crianças (0 a 14 anos), sendo 1.134.971 meninos e 1.092.921 meninas, e 875.60 adolescentes (15 a 19 anos), sendo 442.471 do sexo masculino e 433.131 do sexo feminino (IBGE, 2010; 2020).

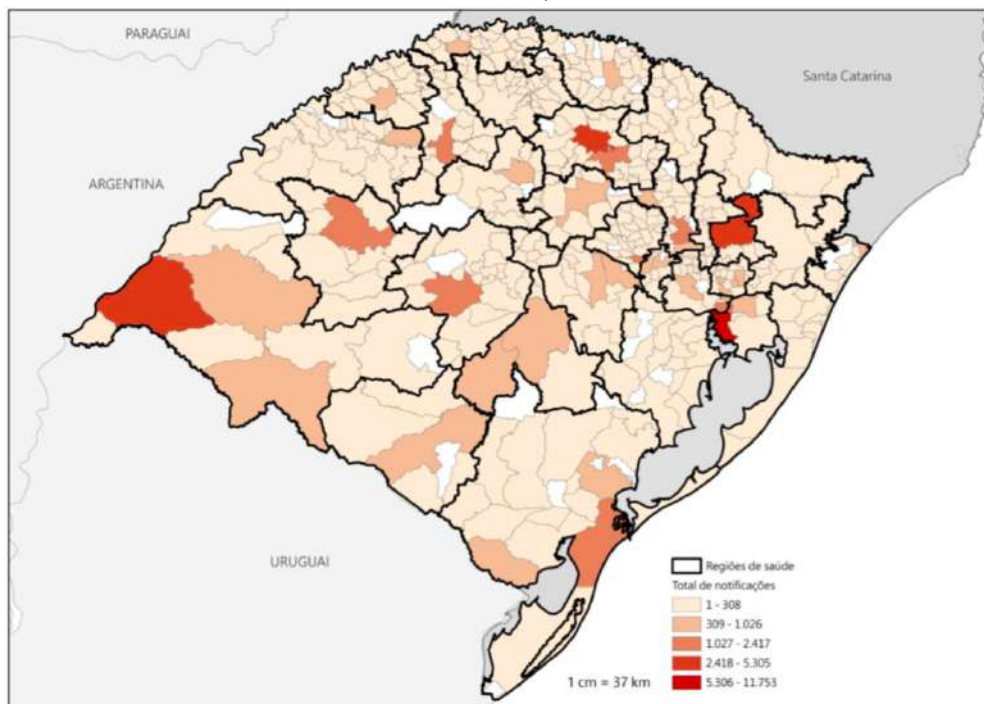
Possui atualmente um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado alto, de 0,746. Porém, o estado desenvolveu seu próprio indicador para avaliar o desenvolvimento dos municípios em educação, saúde e renda, que é o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese). Entre as cidades com melhores Idese estão Carlos Barbosa, Nova Bassano, Água Santa, Três Arroios, Aratiba, Nova Araçá, Garibaldi, Veranópolis, Horizontina e Bento Gonçalves (GOV/RS, 2020).

2.4.1 Vigilância em saúde no estado

No Brasil, o SINAN é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016), porém é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. No Rio Grande do Sul foram incluídos, além da lista nacional, os agravos de interesse estadual como caxumba, contato com animais marinhos e outros artrópodes venenosos especificados e equinococose (hidatidose) (CEVS/RS, 2020).

Para análise dos dados do SINAN e publicação de boletins epidemiológicos, o estado conta com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), que é o órgão responsável por desenvolver a política de vigilância em saúde na condição de gestor/coordenador. Suas competências e atribuições estão descritas no Decreto no 44.050 de 05 de outubro de 2005 (CEVS/RS, 2020). Em relação às notificações de violências realizadas no estado, podemos ver como se dá a distribuição por municípios na Figura 2. Os destaques de melhor desempenho estão em Porto Alegre, Caxias do Sul e Uruguaiana (CUNDA *et al.*, 2018).

Figura 2. Total de notificações de violência interpessoal/autoprovocada, por municípios do Rio Grande do Sul, 2014-2017



Fonte: Cunda *et al.* (2018)

2.4.2 Políticas voltadas ao enfrentamento da violência sexual no estado

Em fevereiro de 1993, foi criado pela Lei no. 9.831 o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado do Rio Grande do Sul (CEDICA/RS), que é um órgão de Controle Social, com o objetivo de formular, acompanhar e controlar a Política Pública Estadual de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. O conselho é composto por um(a) presidente e um(a) vice-presidente e por conselheiros(as) governamentais (representantes, por exemplo, da Brigada Militar, Polícia Civil, Defensoria Pública do Estado, Secretaria da Educação, Secretaria da Saúde) e conselheiros(as) da sociedade civil (representantes, por exemplo, da Federação das Associações e Círculos de Pais e Mestres do Rio Grande do Sul, Federação das APAES do RS, Fundação O Pão dos Pobres, União Brasileira de Educação e Assistência). O CEDICA gerencia o Fundo Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (FECA), que utiliza um mecanismo que permite aos contribuintes do Imposto de Renda, Pessoa Física ou Jurídica, destinarem recursos para ações, programas e políticas que beneficiam crianças e adolescentes gaúchos. E cada município do estado pode ter o seu próprio

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA) (CEDICA/RS, 2021).

Além disso, segundo o Art. 132 da ECA, cada município brasileiro deve ter, no mínimo, um Conselho Tutelar como órgão integrante da administração pública local, composto de cinco membros, escolhidos pela população local para mandato de quatro anos, permitida recondução por novos processos de escolha. Os Conselhos Tutelares são órgãos autônomos, não-jurisdicionais, encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Sua função é essencial para identificação, atendimento e encaminhamento dos casos de violências, pois as unidades encontram-se nos territórios e os conselheiros tutelares vivenciam o cotidiano local. Conforme o último Cadastro Nacional dos Conselhos Tutelares (2013), o Estado do RS possui 515 CTs distribuídos em 496 municípios, sendo que alguns municípios têm mais de uma unidade, como Porto Alegre (dez) e Canoas (quatro), e apenas Santa Maria do Herval não possui nenhuma unidade ativa (BRASIL, 2013a).

Em relação às políticas voltadas às violências, em 2014, foi criado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) o Grupo de Trabalho de Atenção às Pessoas em Situação de Violência, com objetivos como a ampliação e descentralização de serviços especializados, especialmente, para a atenção integral das pessoas em situação de violência sexual, assim como de serviços de interrupção de gravidez, quando previsto em lei. O grupo segue a Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento emergencial, integral e multidisciplinar pelos hospitais da rede do SUS, assim como o fornecimento de informações sobre os direitos legais das vítimas e sobre a rede de cuidado disponível para a continuidade do atendimento (RS, 2019).

A rede intrassetorial da saúde no estado do RS, atualmente, é constituída pelos serviços de Atenção Primária, Secundária e Terciária. A Atenção Primária engloba as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Primeira Infância Melhor (PIM) e, devido sua proximidade com as famílias, são espaços privilegiados para identificação de sinais e sintomas e acolhimentos dos casos de violências. As Atenções Secundárias e Terciárias englobam os Centros de Especialidades, os Hospitais, as Unidades de Urgência e Emergência e Pronto Atendimentos (PA),

Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para casos de maior gravidade. A rede intersetorial engloba CT, CRAS, CREAS, Escolas, MP, Varas da Infância e da Juventude (VIJ), Juizados da Violência Doméstica, Delegacias Especializadas, IML, Disque 100, Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAM) e Organizações Não-Governamentais (ONG) (RS, 2019).

Os atendimentos compreendem o diagnóstico, tratamento, cuidados e profilaxia de acordo com os recursos disponíveis no nível de atenção que está acolhendo a situação, o preenchimento da ficha de notificação, mesmo quando há somente suspeita do caso de agressão e o seguimento do cuidado na rede intra e intersetorial. Todos os hospitais devem realizar o atendimento emergencial, porém no estado há alguns serviços especializados, conforme listado na Tabela 2. Destes, somente os hospitais de Porto Alegre, Canoas e Caxias do Sul possuem serviços de referência para interrupção de gravidez, nos casos previstos em lei (RS, 2019).

No que diz respeito às políticas voltadas à violência sexual contra crianças e adolescentes, especificamente, desde 2002 existe o Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do Rio Grande do Sul (CEEVSCA/RS), de composição plural e paritária composta por sociedade civil e órgãos governamentais (Portaria estadual nº 86/2002, de 25 de novembro de 2002). Dentre suas competências, estão: traçar e planejar diretrizes e ações necessárias para o monitoramento e avaliação das metas do Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra a Criança e o Adolescente (PEEVSCA); atuar na articulação e mobilização de Campanhas, especialmente, as estabelecidas como metas pelo Comitê Nacional, como o “18 de maio”; promover e proteger os Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes nos Megaeventos e Grandes Empreendimentos; incentivar a criação de Comitês Municipais, fortalecendo-os e assessorando-os na construção e revisão dos planos de enfrentamento e ações locais (RS, 2017).

Através do CEEVSCA/RS, o estado construiu o seu primeiro Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes em 2002, tendo como referência o Plano Nacional de 2000. O Plano segue as diretrizes do Plano Nacional, que em consonância com a legislação nacional, Constituição de 88, a ECA (1990) e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989), traz no seu arcabouço, o princípio da proteção integral dos direitos da criança e do adolescente com absoluta prioridade (RS, 2017).

Tabela 2. Serviços especializados de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no Rio Grande do Sul

	Município	Hospital
1	Alegrete	Santa Casa de Alegrete
2	Cachoeira do Sul	Hospital de Caridade e Beneficência
3	Canoas	Hospital Universitário
4	Caxias do Sul	Hospital Geral de Caxias do Sul
5	Erechim	Hospital Santa Terezinha
6	Garibaldi	Hospital Beneficente São Pedro
7	Gravataí	Pronto Atendimento Municipal 24h
8	Lajeado	Hospital Bruno Born
9	Nonoai	Hospital Comunitário
10	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo
11	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
		Hospital Femina
		Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
		Hospital Nossa Senhora da Conceição
12	Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria
13	Santana do Livramento	Santa Casa de Misericórdia
14	São Leopoldo	Hospital Centenário
15	São Lourenço do Sul	Santa Casa de Misericórdia
16	Venâncio Aires	Hospital São Sebastião Mártir
17	Uruguaiana	Santa Casa de Caridade de Uruguaiana

Fonte: Rio Grande do Sul (2019)

De acordo com o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do Rio Grande do Sul (PEEVSCA/RS) (2017), suas ações, que possuem um prazo de dez anos para serem concretizadas, apresentam seis eixos, conforme detalhado a seguir:

1. Prevenção: tem como objetivo assegurar as ações preventivas contra o abuso e/ou exploração sexual de crianças e adolescentes, fundamentalmente pela educação, sensibilização e autodefesa;

2. Atenção: procura garantir o atendimento especializado, e em rede, às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às suas famílias, respeitando as diversidades de condição étnico-racial, gênero, religião, cultura,

orientação sexual e de pessoas com deficiência, realizado por profissionais especializados e capacitados, assim como assegurar atendimento ao agressor;

3. Defesa e Responsabilização: acompanha as denúncias de crimes sexuais para garantir a responsabilização qualificada e fomentar a ampliação dos serviços de notificação;

4. Comunicação e Mobilização Social: tem como propósito fortalecer as articulações nacionais, regionais e locais de enfrentamento e pela eliminação de violência sexual, envolvendo mídia, redes, fóruns, comissões, conselhos e outros;

5. Participação e Protagonismo: promove a participação ativa e efetiva de crianças e adolescentes na elaboração e na defesa de políticas públicas de proteção aos seus direitos sexuais e reprodutivos; e

6. Estudos e Pesquisas: busca conhecer as expressões do abuso e/ou exploração sexual de crianças e adolescentes por meio de diagnósticos, levantamento de dados, estudos e pesquisas; que, por sua vez, se reportam às diretrizes no Plano Decenal Estadual correspondente.

A Secretaria Estadual da Educação (SEDUC) também conta com políticas de prevenção às violências, como as CIPAVes (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência Escolar), que, em parceria com as demais secretarias de governo, buscam orientar as comunidades escolares sobre as mais diversas situações que podem ocorrer no ambiente escolar, principalmente as situações de violência (CIPAVE, 2021).

A fim de ampliar as notificações de violências nas escolas do estado, a CIPAVE (Coordenadoria das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência Escolar), vinculada à SES e à Secretaria de Segurança Pública (SSP), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) criaram a Plataforma CIPAVE+, em 2020. O sistema foi estruturado com base na ficha de notificação do SINAN, para que educadores de todo o estado possam registrar casos de violência nas escolas em que trabalham, e, assim, possam acompanhá-los (UFRGS, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar um panorama geral da violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Rio Grande do Sul, por meio do estudo de notificações realizadas no SINAN entre os anos de 2014 e 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico das vítimas, dos prováveis autores da violência e do evento notificado;
2. Descrever a distribuição geográfica das notificações realizadas no estado durante o período analisado;
3. Analisar os procedimentos e os encaminhamentos realizados;
4. Apresentar possíveis caminhos para o enfrentamento dessa violência no estado.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico transversal, desenvolvido a partir de dados secundários obtidos no banco do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do estado do Rio Grande do Sul (CEVS/RS) composto por notificações de violências, suspeitas ou confirmadas, realizadas no estado entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018.

4.2 AMOSTRA DE ESTUDO

As planilhas disponibilizadas pelo CEVS/RS apresentaram todos os tipos de violências contra mulheres e homens de todas as idades. Para o banco de dados deste trabalho foi feito um recorte apenas da violência sexual (N = 11.099) e, em seguida, apenas para indivíduos menores de 19 anos (crianças e adolescentes), totalizando uma amostra final de 8.716 registros.

Delimitou-se como crianças os indivíduos com idade entre zero e 9 anos e como adolescentes, aqueles entre 10 e 19 anos, conforme preconizado pela OMS e pelo MS (BRASIL 2010b). A definição de violência sexual utilizada foi aquela definida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), conforme disponível no VIVA: Instrutivo - Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2016).

4.3 TRATAMENTO DE DADOS

Foi utilizada a variável faixa etária como desfecho, que foi categorizada em: menor de 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 9 anos; 10 a 14 anos; e 15 a 19 anos. A mesma foi correlacionada às variáveis (relacionadas às características sociodemográficas das vítimas, características dos prováveis autores da violência e características dos eventos notificados) categorizadas a seguir:

1. Características sociodemográficas das vítimas:

1.1. *Sexo*: feminino ou masculino;

1.2. *Raça/Cor*: branca ou negra. A categoria raça/cor da pele negra incluiu os indivíduos autodeclarados pretos e pardos. Por motivos estatísticos, foi optado pela não análise dos indivíduos autodeclarados de raça/cor da pele amarela e indígena, devido à baixa amostragem (n=30 e n=56, respectivamente), sendo essa uma limitação deste estudo;

1.3. *Presença de deficiência/transtorno*: sim ou não.

2. Características dos prováveis autores da violência:

2.1. *Sexo*: masculino, feminino ou ambos os sexos;

2.2. *Ciclo de vida*: criança (0 a 9 anos), adolescente (10 a 19 anos), jovem adulto (20 a 24 anos), adulto (25 a 59 anos) e/ou idoso (mais de 60 anos);

2.3. *Vínculo em relação à vítima*: categorizado em pai/mãe, padrasto/madrasta, outro familiar consanguíneo (irmão(ã), primo(a), tio(a), avô(ó), tio-avô(ó), bisavô(ó)), outro familiar emprestado (avodrasto(a), outro familiar do padrasto/madrasta, cunhado(a), sogro(a), dindo(a), namorado(a) do(a) mãe(pai), cônjuge/namorado(a) de outro familiar), cônjuge/namorado/ex-cônjuge/ex-namorado (marido/esposa, ex-marido/ex-esposa, namorado(a), ex-namorado(a), ficante, ex-ficante), amigo/conhecido (amigo(a), vizinho(a), familiar de amigo(a)/vizinho(a)), escola/cuidador (cuidador(a), professor(a), monitor(a) da escola, colega de escola/creche, babá, secretária, empregada doméstica, motorista da van, cônjuge ou outro familiar de cuidador(a)), desconhecido (pessoa na rua, assaltante) e/ou outro (pessoa com relação institucional, patrão(oa)/chefe, policial/agente da lei, outros como padrinho social, senhorio, porteiro, fotógrafo, pastor da igreja, médico, carteiro, dono de bar ou qualquer outro(a) provável autor(a) de agressão não contemplado(a) nas categorias anteriormente citadas).

O vínculo “outros” (que requer especificação obrigatória, por escrito, na FNI) foi analisado individualmente (ficha-por-ficha) pelo pesquisador, sendo a maioria reenquadrada em uma das categorias citadas acima.

2.4. *Número de envolvidos*: um ou mais de um.

3. Características dos eventos notificados:

3.1. *Local de ocorrência*: residência, escola, via pública ou outro (habitação coletiva, local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústrias/construção ou qualquer outro local não contemplado nas categorias anteriormente citadas);

3.2. *Violência de repetição*: sim ou não;

3.3. *Tipo de violência sexual*: assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual e/ou outro.

Nesse item, foi possível a notificação de mais de um tipo simultaneamente para o mesmo indivíduo.

Antes de 2015, as FNIs possuíam um sexto tipo de violência sexual, o Atentado Violento ao Pudor (AVP). No entanto, devido a Lei nº 12.015/09 – que revogou o Artigo 214 do Código Penal –, o mesmo passou a ser considerado como crime de estupro. A partir da última atualização da FNI passaram, então, a ser considerados somente os cinco tipos de violência sexual citados acima. Sendo assim, para este estudo, os casos preenchidos como AVP foram recategorizados como estupro.

O tipo de violência sexual “outro” (que requer especificação obrigatória), após análise individualizada, também teve sua maioria reenquadrada em uma das cinco categorias citadas anteriormente;

3.4. *Outras violências associadas* (física, psicológica e/ou negligência): sim ou não.

4.4. ANÁLISE DE DADOS

A análise quantitativa dos dados foi realizada por meio da obtenção de frequências absolutas (n) e relativas (%), médias e desvios padrão e de associações entre as variáveis, que foram verificadas pelo teste do qui ao quadrado (χ^2), admitindo-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todos os dados foram processados pelo *software* R de código aberto versão 4.0.2 e o ambiente integrado de desenvolvimento *RStudio* versão 1.3.1093, após serem excluídos os *missing* (dados falhos e omissos). Gráficos e tabelas foram gerados on-line, com o uso de recursos dos Documentos e Planilhas *Google*.

Para a análise da distribuição geográfica, foi criado, por meio do *software* *TabWin* versão 3.6b, um mapa do RS com seus municípios separados por cores, conforme as seguintes categorias (dadas por quebras naturais dos valores absolutos das notificações geradas pelo software): zero; 1 a 49; 50 a 203; 204 a 510; e 511 a 4.201 notificações realizadas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi alinhado a um projeto de pesquisa previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 69992817.5.3001.5312, e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, CAAE 69992817.5.0000.5347. Além disso, durante toda a análise, manteve-se o zelo pela não utilização de informações que pudessem identificar os indivíduos envolvidos, garantindo-se, assim, o anonimato e a confidencialidade das informações presentes na base de dados.

7 CONCLUSÕES

Por meio deste estudo, procura-se salientar a importância da realização das notificações compulsórias de violências ao SINAN, em especial das violências sexuais contra crianças e adolescentes, tendo em vista sua importância epidemiológica como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo e os desafios atualmente impostos para sua prevenção. No Estado do RS, os municípios de Porto Alegre, Caxias do Sul, Gravataí, Canoas e Santa Maria apresentaram maior número de notificações, entre os anos de 2014 e 2018, o que demonstra a existência de uma maior conscientização dos profissionais, assim como uma melhor organização dos serviços nesses municípios. No entanto, os municípios de Alvorada e Pelotas chamaram a atenção negativamente, pois, levando em conta sua grande população e o fato de apresentarem altos índices de violência, realizaram baixo número de notificações de violência sexual em crianças e adolescentes no período de cinco anos analisado.

Denuncia-se, aqui, a existência de uma extrema subnotificação desse tipo de violência, principalmente em serviços não-hospitalares do estado, como na Atenção Básica. Evidencia-se, ainda, a inexistência de dispositivos efetivos que impeçam sua recorrência. As notificações se deram, em sua maioria, em situações extremas (como de estupro e com violência psicológica/física associada) e a questão da raça/cor impactou tanto na intensidade, quanto na frequência dessas violências, não havendo formas efetivas de investigação dos impactos da pobreza (classe social) para além do mapa da violência dos municípios.

Mesmo que os resultados deste estudo não se refiram ao número real da violência sexual contra crianças e adolescentes, ao caracterizar os perfis das vítimas, dos autores da violência e dos eventos notificados, este trabalho procura, ainda, contribuir com os estudos quantitativos sobre o tema e com a divulgação e ampliação das discussões, no intuito de abrir portas para novos estudos. Destaca-se a importância de que pesquisadores(as) estudem em maiores detalhes as experiências da população marginalizada, principalmente de mulheres negras e pobres, desenvolvendo bases de informações que analisem as consequências específicas de gênero, raça e classe, avaliando as consequências dessa interseccionalidade.

Quanto aos poderes públicos, incentiva-se que cumpram seu papel no combate às desigualdades e opressões sociais, especificamente, investindo na estruturação de redes de proteção que possam integrar os diferentes setores envolvidos no enfrentamento da violência sexual, desenvolvendo-se protocolos de atendimento e fluxogramas de encaminhamento mais claros, completos e que sejam viáveis de serem executados dentro dos municípios, principalmente, nos mais violentos. Sugere-se, ainda, o investimento em educação permanente aos profissionais envolvidos, que aborde tanto o “como” realizar as notificações compulsórias de violências, quanto o “por quê” realizá-las, visto serem um objeto de intervenção da área da saúde.

Para que tudo isso faça sentido, alerta-se quanto a importância da participação popular na luta por justiça social e contra o desmonte do SUS. A defesa por investimentos em prevenção primária e em promoção de ações que, nesse caso, abordem questões culturais de gênero (sobretudo, em relação aos padrões adotados de feminilidade e masculinidade), assim como o fortalecimento das lutas contra as estruturas patriarcais, racistas e classistas que incitam e naturalizam a violência no país, é de extrema necessidade. A inclusão de tais debates na educação das futuras gerações é um termo chave para o enfrentamento desse problema, o que requer – diante de atuais retrocessos em políticas públicas – a defesa constante por educação e saúde públicas, universais e de qualidade para todos os brasileiros.

Por fim, como este estudo foi realizado previamente à pandemia de COVID-19, sugerem-se pesquisas mais recentes que avaliem seu impacto na violência sexual contra crianças e adolescentes. Sabe-se que os desdobramentos da pandemia ocasionaram riscos em potencial à proteção da criança e do adolescente, como, por exemplo, em relação ao aumento do abuso infantil e da exploração sexual, assim como no aumento da procura (ou falta de acesso) a serviços de proteção, tendo como possíveis causas o fechamento de creches/escolas (que atuam como instituições de proteção), a redução da renda familiar, o aumento de nível de estresse devido ao isolamento, a imposição de responsabilidades domésticas às crianças e o aumento de obstáculos para reportar incidentes e para procurar tratamento médico e outros serviços (UNICEF, 2020).

REFERÊNCIAS

- ABRÁPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Abuso sexual: mitos e realidade: Por quê? Quem? Como? O quê?** Petrópolis. 2. Ed. Rio de Janeiro: Autores & Agentes & Associados, 2002. 32 p
- ABREU, M.; CAULFIELD, S. Cinquenta anos de virgindade no Rio de Janeiro: as políticas de sexualidade no discurso jurídico e popular, 1890-1940. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 1, p. 15-52, 1995.
- ADED, N. L. O. *et al.* Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.
- ALVES, J. M. M. *et al.* Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v.19, n. 1, p. 26-32, 2017.
- ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
- ARIÈS, P.; DUBY, G. **História da vida privada: do império romano ao ano mil**. São Paulo: Cia das Letras, 1992.
- ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, Supl. 1, p. 126-34, 1994.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 79-104.
- ASSIS, S. G. *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012.
- AZAMBUJA, M. R. F.; FERREIRA, M. H. M. (Cols.) **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Vitimação e vitimização: Questões conceituais. In: AZEVEDO, M. A. *et al.* (Orgs.) **Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder**. São Paulo, Iglu, 1989, p. 25-47.
- BAGGIO, R. C.; RESADORI, A. H.; GONÇALVES, V. C. Raça e Biopolítica na América Latina: os limites do direito penal no enfrentamento ao racismo estrutural. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1834-1862, 2019.
- BEARZI, P. S. S *et al.* Trilhas para o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 3, 2020.

BENTO, M. A. S. **Pactos narcísicos no racismo:** branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público. 2002. 169 p. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.

BEUTER, S. **A (des)consideração pela infância:** uma análise dos direitos sexuais diante das redes de exploração sexual. Caxias do Sul: Educs, 2007.

BISPO, E. *et al.* Metodologia do PAIR. In: BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Material Didático – Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil no Território Brasileiro – PAIR – Conteúdos para capacitação.** Brasília, DF, 2011, p. 105-123. Disponível em: <http://pair.ledes.net/gestor/titan.php?target=openFile&fileId=1108>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990. **Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Lei n. 9.970, de 17 de maio de 2000. **Institui o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9970.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, seção 1e, 18 mai. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/02. Norma Operacional da Assistência à Saúde. **Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Social**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004a. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2004/Resolucao%20CNAS%20no%20145-%20de%2015%20de%20outubro%20de%202004.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. A escola Interrompendo o Ciclo da Violência Sexual. In: SANTOS, B. *et al.* **Guia escolar: métodos da identificação de sinais e de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. 2. ed. Brasília, 2004b. p. 31-54 (164 p).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 20p.

BRASIL. **Caderno de Formação do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro – PAIR**. Brasília: Secretaria de Estado de Direitos Humanos, 2007.

BRASIL. Lei n. 11.829, de 25 de novembro de 2008. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11829.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. **Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n. 2.252, de 1 de julho de 1954, que trata de corrupção de menores**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm. Acesso em: 06 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

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**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010c. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no regulamento sanitário internacional 2005 (rsi 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Lei n. 12.560, de 17 de maio de 2012. **Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12650.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Cadastro Nacional dos Conselhos Tutelares: Histórico, Objetivos, Metodologia e Resultados/ Andrei Suárez Dillon Soares (Org.)** – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013a. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/cadastro-nacional-dos-conselhos-tutelares.pdf/view>. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Secretaria dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2013b. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf. Acesso em: 5 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_aut_oprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017. **Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. **Cartilha — Violência sexual: entenda e ajude a combater**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres; Secretaria de Governo; Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Dez. 2017b. 16 p. Disponível em: <https://www.brazil.unfpa.org/pt-br/publications/cartilha-violencia-sexual>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 27: análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, v. 49, n. 27, jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]**. 3a. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Decreto n. 10.701, de 17 de maio de 2021. **Institui o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes e a Comissão Intersectorial de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Decreto/D10701.htm. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL DE FATO. **RS cria Observatório para fiscalizar proteção a crianças e adolescentes e combater retrocessos**. Porto Alegre, 09 Jul. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/07/09/rs-cria-observatorio-para-fiscalizar-protecao-a-criancas-e-adolescentes-e-combater-retrocessos>. Acesso em: 19 set. 2021.

BRINO, R.; WILLIAMS, L. Professores Como Agentes de Prevenção do Abuso Sexual Infantil. **Educação e Saúde**, v. 33, n. 2, p. 209-230, 2008.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, Out./Dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/nYQtkd4HypncJ5Rkk9hKntS/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CAMPANHA ANA – Aliança Nacional de Adolescentes. **18 anos de 18 de maio - Linha histórica da luta contra violência sexual no Brasil**. 14 mai. 2018. Disponível em: [8https://www.youtube.com/watch?v=p-BF8nXsrFE&feature=share](https://www.youtube.com/watch?v=p-BF8nXsrFE&feature=share). Acesso em: 25 jan. 2020.

CARBY, H. Mujeres blancas, escuchad! El feminismo negro y los limites da hermandad feminina. In: TRUTH, Sojourner *et al.* Feminismos negros. Una antología. **Mercedes Jabardos y Traficantes de Sueños**, p. 209-244, 2012.

CARNEIRO, S. **Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil**. 1a. Ed. São Paulo: Consciência em Debate, 2011. 192 p.

CARTER-LOURENSZ, J. H.; JOHNSON-POWELL, G. Abuso Físico, Abuso Sexual e Negligência da Criança, In: KAPLAN, H. I.; SADDOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, v. 3, 1999, p. 2660-2676.

CARVALHO, C. M. Violência infanto-juvenil, uma triste herança. In: ALMEIDA, M.G.B. (org). **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2010. 161 p.

CAULFIELD, S. **Em defesa da honra: moralidade, modernidade e nação no Rio de Janeiro (1918-1940)**. Campinas: Editora UNICAMP, 2000.

CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (CEDICA/RS). **Institucional**. Governo do Rio Grande do Sul, Set. 2021. Disponível em: <http://cedica.rs.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2021.

CEGATTI, F.; CARNUT, L.; MENDES, A. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no Sistema Único de Saúde – SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 12, p. 1-41, Out. 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/978>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CERQUEIRA, D. *et al.* (Orgs.) **Atlas da Violência 2017**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/06/FBSP_atlas_da_violencia_2017_relatorio_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

CERQUEIRA, D. *et al.* (Orgs.) **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.

CERQUEIRA, D. *et al.* (Orgs.). **Atlas da Violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/11/atlas-da-violencia-2019-05jun-versao-coletiva.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (CEVS/RS). Profissionais. **SINAN**. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/sinan>. Acesso em: 22 fev. 2020.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, abr./jun. 2017.

CHAMBOULEYRON, R. Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In: PRIORE, M. (Org.). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999. p. 55-83.

CHILDHOOD BRASIL. Fundada por S. M. Rainha Silvia da Suécia. **Nossa Causa**. Disponível em: <https://www.childhood.org.br/nossa-causa>. Acesso em: 22 fev. 2020.

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA ESCOLAR (CIPAVE). Governo do Estado do Rio Grande do Sul. **O que são as CIPAVes?** Disponível em: <https://cipave.rs.gov.br/o-que-e>. Acesso em: 06 set. 2021.

COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de conselhos tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, p. 171-188, 2002.

CRUZ, R. A. Abuso Sexual na Infância: Conceitos Básicos e Medidas de Prevenção. In: SILVA, A. S.; SENNA, E.; KASSAR, M. C. M. (Orgs.). **Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. Brasília: Organização Mundial do Trabalho, 2005. p. 71-88.

CUNDA B. V. *et al.* Vigilância da Violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2014 a 2017). **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre, v. 20, n. 1-2, mar./jun. 2018.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Sup. 11, p. 1163-1178, 2006.

DATAFOLHA. **Visível e invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 2ª ed. São Paulo, Instituto DataFolha, 2019. Disponível em: https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2018/03/DatafolhaFBSP_relatoriopesquisavcm032017.pdf. Acesso em: 03 dez. 2019.

DAVIS, A. Y. **Mulheres, raça e classe**. 1a. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE MAUSE, L. The history of childhood. New York: Harper Torchbooks, 1975.

DESLANDES, S. F. Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 177-87, 1994.

DESLANDES, S. F. Violência contra crianças e adolescentes: um problema de Saúde Pública Brasileira em destaque na SOBEP. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 14, n. 2, p. 89-90, Mar. 2015. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-14-02-0089/2238-202X-sobep-14-02-0089.x19092.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

DESLANDES, S. F. *et al.* Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. **Interface (Botucatu)**, v. 2, n. 59, p. 865-77, 2016.

DESOUZA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. H. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 485-496, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, Nov. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em: 20 nov. 2021.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. Tradução de Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2001.

EISENSTEIN, E. Sinais e sintomas dos maus tratos contra a criança e o adolescente. In: CHUQUER, M; SILVA, P. (Orgs.) **Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente**. São Carlos, 2009, p. 26-28.

END VIOLENCE AGAINST CHILDREN (EVAC). Brazil. Apr. 2018. Disponível em: <https://www.end-violence.org/impact/countries/brazil>. Acesso em: 25 jan. 2020.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2007.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FELIZARDO, D.; ZURCHER, E.; MELO, K. Violência Sexual: conceituação e atendimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, 2004, p. 69-80 (297 p).

FERNANDES, D. **Dia Internacional das Crianças Inocentes Vítimas de Agressão**. EPD Online: Escola Paulista de Direito. 2 jun. 2017. Disponível em: <https://www.epdonline.com.br/noticias/dia-internacional-das-criancas-vitimas-de-agressao-e-nossa-responsabilidade/1976>. Acesso em: 26 jan. 2020.

FERRAZ, L. F.; WUNSCH, D. S. A violência contra crianças e adolescentes e a notificação compulsória, no âmbito da saúde, como mecanismo de proteção social. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 63-75, jul./dez. 2016.

FERREIRA, A. L. *et al.* Crianças e adolescentes em situação de violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P (Orgs). **Impactos da Violência na Saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 217-149.. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

FERREIRA, L. A. M. O Ministério Público e o direito da criança à convivência familiar. In: AZAMBUJA, M. R. F.; FERREIRA, M. H. M. (Cols). **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FERREIRA, M. H. M.; AZAMBUJA, M. R. F. Aspectos jurídicos e psíquicos da inquirição da criança vítima. In: AZAMBUJA, M. R. F.; FERREIRA, M. H. M. (Cols). **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FIGUEROA, A. L. G. *et al.* Vigilância de violências e acidentes no Brasil. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 345-364. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

FONSECA, R. M. G. S. *et al.* Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 895-901, 2012.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). DATAFOLHA. **Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública; Instituto DataFolha, 2016. Disponível em: https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2018/04/FBSP_Datafolha_percepcaoviolenciasexual_set2016.pdf. Acesso em: 05 dez. 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica de poder**. 9a. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FRANÇA-JUNIOR, I. Child sexual abuse: a comprehensive approach based on Epidemiology and Human Rights. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 23-38, 2003.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. 1 ed. São Paulo: LeBooks, 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil**. Out. 2021. 56 p. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Nota técnica: Proteção da Criança durante a Pandemia do Coronavírus**. A Aliança para Proteção da Criança em Ações Humanitárias. V. 01, Mar. 2020. 10 p. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/7516/file/nota-tecnica_protecao-da-crianca-durante-a-pandemia-do-coronavirus.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Varas especializadas e infância: em defesa dos direitos da criança e do adolescente**. São Paulo: Saraiva, 2004.

FUZIWARA, A. S.; FÁVERO, E T. A violência sexual e os direitos da criança e do adolescente. In: AZAMBUJA, M. R. F.; FERREIRA, M. H. M. (Cols). **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 1-10, 2018.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; FONTOURA, H. A. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 2-9, Abr. 1999.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 171-181, 1999.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (GOV/RS). **Sobre o RS**. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br>. Acesso em: 01 fev. 2020.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Grupoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 70-78, 2009.

HEISE, L. **Violence Against Women: the hidden health burden**. Relatório preparado para o Banco Mundial. Mimeo. Manuscrito publicado sob o mesmo título, na série World Bank Discussion Papers 255. World Bank, Washington, 1994.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 182-198, 2015.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Cidades e Estados - Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>. Acesso em: 01 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, v. 41, 2019. 12 p. ISBN: 978-85-240-4513-4. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (ISP/RJ). **Dossiê Criança e Adolescente 2018**. Rio de Janeiro, Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/dossie-crianca-e-adolescente-isp-rj-2018/>. Acesso em: 02 ago. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Tolerância social à violência contra as mulheres**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2014. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf. Acesso em: 18 ago. 2019.

KELLOGG, N. D.; MENARD, S. W. Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. **Child Abuse & Neglect**, The International Journal, v. 27, no. 12, p. 1367-76, dec. 2003.

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

LABBÉ, J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. **Child Abuse & Neglect**, The International Journal, v. 29, no. 4, p. 311-324, 2005.

LAMOUR, M. Os abusos sexuais em crianças pequenas: sedução, culpa, segredo. In: GABEL, M. (Org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.

LAVORATTI, C.; SILVESTRE, L. P. O reflexo das relações de gênero no cotidiano da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 645-674, out./dez 2013.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIBÓRIO, R. M. C. **Desvendando vozes silenciadas**: as adolescentes em situação de exploração sexual comercial. Tese de doutorado não-publicada. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTszrYSPTdJRyJkXk/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

LOURENÇO, S. S. *et al.* A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto. In: MARTINS, A. B. *et al.* **A pandemia e a saúde coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo: Oikos, 2021.

LUCÂNIA, E. R.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; DOMINGOS, N. A. M. P. Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimadas. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 73-82, 2008.

LUMINA. Cursos – Ciências da Saúde e Biológicas. **Notificação de Violências em escolas do Rio Grande do Sul – CIPAVE+**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://lumina.ufrgs.br/course/view.php?id=99>. Acesso em: 06 set. 2021.

MAPA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO. **Dados do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <https://mapadaviolenciadegenero.com.br/rs/>. Acesso em: 22 fev. 2020.

MARADEI, A.; SANTOS, M. Violência contra as mulheres: o caso do estupro coletivo na esfera pública digital. **Intercom - Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v. 40, n. 2, p. 143-168, 2017. Disponível em: <http://portcom.intercom.org.br/revistas/index.php/revistaintercom/index>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MARTINS, C. B. G. **Violência contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná: análise epidemiológica de suas notificações**. 2008. 285 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2963-70, Set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mwqvZXLG6vwvchnyt8LTLTB/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MICHAUD, Y. A violência. São Paulo: Ática, 1989.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 7-23, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/1999.v4n1/7-23/pt>. Acesso em: 15 nov. 2021.

MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, maio./ago. 2001.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 21-42.

MOREIRA *et al.* Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, 2020.

OLIVEIRA, J. R. *et al.* Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 759-771, mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); SOCIEDADE INTERNACIONAL DE PREVENÇÃO AO ABUSO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA (SIPANI). **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Suíça: Organização Mundial de Saúde; Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância, 2006. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf. Acesso em: 06 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Folha informativa. **Violência contra as mulheres**. Nov. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em 18 out. 2019.

OUT OF THE SHADOWS. Brazil. Disponível em: <https://outoftheshadows.eiu.com/data-visualisation/?country1=BR>. Acesso em: 22 fev. 2020.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 14-40.

PAIVA, L. Direitos humanos de crianças e adolescentes: contexto histórico e fundamentos. In: **Enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes** [coleção]. Vários autores; coordenação de conteúdo: Leila Paiva; ilustrações: Rafael Limaverde. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, Universidade Aberta do Nordeste, 2019. p. 1-16.

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

PELISOLI, C.; DOBKE, V.; DELL'AGLIO, D. D. Depoimento Especial: Para Além do Embate e pela Proteção das Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 25-38, 2014.

PORTO ALEGRE (POA). **ATA CGP 001/2021**. Conselho Gestor do Programa de Parcerias do Município de Porto Alegre. Processo 21.0.000077881-5. Diário Oficial do Município de Porto Alegre, p. 36, 18 Ago. 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1142095018/dom-poa-executivo-normal-18-08-2021-pg-36>. Acesso em: 20 nov. 2021.

PORTO, R. T. S.; BISPO-JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis*, v. 24, n. 3, p. 787-807, jul./sep., 2014.

RATES, S. M. M. *et al.* Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655-665, 2015.

RIBEIRO, D. **Quem tem medo do feminismo negro?**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. 148 p.

RIO GRANDE DO SUL (RS). **Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes/RS**. Porto Alegre: Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do Rio Grande do Sul (CEEVSCA/RS), 2017. 19 p.

RIO GRANDE DO SUL (RS). **Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual**. 2ª. Ed. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde; Departamento de Ações em Saúde; Grupo de Trabalho de Atenção às Pessoas em Situação de Violências, 2019. 20 p.

ROCHA, G. O. R.; LEMOS, F. C.; LIRIO, F. C. Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Brasil: políticas públicas e o papel da escola. *Cadernos de Educação*, Pelotas, n. 38, p. 259-287, jan./abr. 2011.

ROCHA, E. G.; PEREIRA, J. F. Descentralização participativa e a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente. **Revista da UFG**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 49-51, 2004.

ROCHE, A. J. *et al.* The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. **Child Abuse & Neglect**, The International Journal, v. 29, no. 4, p. 325-334, 2005.

RUZANY, M. H.; MEIRELLES, Z. V. Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta. **Adolescência e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 52-60, 2009.

SAFFIOTI, H. I. B. "A síndrome do pequeno poder". In: AZEVEDO, M.A. *et al.* (orgs) **Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989, p. 13-21.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 16, p.115-136, 2001.

SANCHEZ-MECA, J.; ROSA-ALCÁZAR, A. I.; LÓPEZ-SOLER, C. The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 11, no. 1, pp. 67-93, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/49613783_The_psychological_treatment_of_sexual_abuse_in_children_and_adolescents_A_meta-analysis. Acesso em: 18 ago. 2019.

SANTANA, M. A. **A violência sexual na perspectiva de alunos adolescentes e professores das escolas públicas de Feira de Santana – Bahia, 2006**. 2008. 130 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2008.

SANTOS, H. O. **Crianças violadas**. Brasília: Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência, Ministério da Ação Social, 1991.

SANTOS, V. A.; COSTA, L. F. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 529-537, 2011.

SANTOS, B. R. *et al.* Desenvolvimento de paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros. In: ASSIS, S.G. (Orgs.) **Teoria e prática dos Conselhos Tutelares e Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-66.

SANTOS, W. O. *et al.* A Terceirização dos Serviços de Administração Pública na Rede Hospitalar e na Educação: Um estudo na visão dos usuários. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n. 31., supl 2, p. 27-41, Set.-Out. 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/524>. Acesso em; 20. nov. 2021.

SAVE THE CHILDREN. Abuso sexual infantil: manual de formação para profissionais. 1a. ed., nov. 2001. Disponível em: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf. Acesso em: 25 jan. 2020.

SCHEIN, V. A. **Violência sexual**: estudo em municípios de grande porte do Estado do Rio Grande do Sul. 2018, 11f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 83-94, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/ZFbbkSv735mbMC5HHCsG3sF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16. nov. 2021.

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SISTEMAS PENAL E SOCIOEDUCATIVO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SJS/RS). **Violações de direitos humanos podem ser denunciadas pelo WhatsApp**. 05 Nov. 2020. Disponível em: <https://sjsps.rs.gov.br/violacoes-de-direitos-humanos-podem-ser-denunciadas-pelo-whatsapp>. Acesso em: 19 set. 2021.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SSP/RS). **Indicadores Criminais – Dados Estatísticos**. 2016. Disponível em: <http://www.ssp.rs.gov.br/?model=conteudo&menu=189>. Acesso em: 22 fev. 2020.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SSP/RS). **Indicadores Criminais – Dados Estatísticos**. 2020. Disponível em: <http://www.ssp.rs.gov.br/?model=conteudo&menu=189>. Acesso em: 22 fev. 2020.

SEGATO, R. L. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura de um vocabulário estratégico descolonial. **E-Cadernos CES (Online)**, v. 18, p. 106-131, 2012.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. 240 p.

SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre a prevenção do crime e do dano. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 4, p. 403-411, out./dez., 2012.

SILVA, C. B. *et al.* Profile characteristics of sexual violence in children and teenagers in Rio Grande do Sul. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, Santa Cruz do Sul, supl. I, p. 65-74, oct. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8223/5177>. Acesso em: 05 nov. 2019.

SINIMBU, R. B. *et al.* Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Revista Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2016.

SPAZIANI, R. B. **Violência sexual contra crianças: A inserção da perspectiva de gênero em pesquisas de Pós-Graduação da Área da Educação (1987-2015)**. 2017, 208 f. Tese (Doutorado em Educação Escolar), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2017.

SPAZIANI, R. B.; MAIA, A. C. B. Educação para a sexualidade e prevenção da violência sexual na infância: concepções de professoras. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 32, n. 97, p. 61-71, 2015.

TAQUETTE, S. (Org.). **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007, p. 95.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, S. H. Metodologia de atendimento do conselho tutelar. In: DINIZ, A.; CUNHA, J. R. **Visualizando a política de atendimento à criança e ao adolescente**. Rio de Janeiro: Littteris; KroArt; Fundação Bento Rubião, 1999. p. 101-114.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **Projeto da UFRGS dá origem a plataforma para notificação de violência em escolas**. Notícias. 06 mar. 2020. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/projeto-da-ufrgs-da-origem-a-plataforma-para-notificacao-de-violencia-em-escolas>. Acesso em: 06 set. 2021.

VIEIRA, M. S. Concepções de Violência Sexual e Direitos das Mulheres: do “Defloramento” ao “Estupro”. **Editora UFPel**, Pelotas, v. 4, n. 7/8, p. 103-122, ago./dez. 2007.

VIEIRA, M. S.; GROSSI, P. K.; GASPAROTTO, G. P. Os desafios do CREAS no enfrentamento das expressões da violência sexual contra crianças e adolescentes em Porto Alegre. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 19, n. 2, p. 132-151, jul./dez. 2013.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3407-3416, 2015.

VIEIRA, T. R.; NETO, F.C. Cinquenta tons de cinza, sexualidade e contrato de prestação sexual. **Revista de Direito, Arte e Literatura**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 253-270, jan./jun. 2016.

VIGARELLO, G. **História do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

VITIELLO, N. Vitimização sexual: Consequências orgânicas. In: AZEVEDO, M. A. *et al.* (Orgs.) **Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder**. São Paulo, Iglu, 1989, p. 123-140.

WERNER, M. C. M. Dinâmica do abuso sexual incestuoso à luz dos conceitos da teoria sistêmica. In: MACEDO, R. M. S. **Terapia familiar no Brasil na última década**. São Paulo: Roca, 2008, p. 492-498.

APÊNDICE A – A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

Samara da Silveira Lourenço

Alcindo Antônio Ferla

Luciane Maria Pilotto

Aline Blaya Martins

Introdução

As orientações de isolamento e distanciamento social iniciadas devido à pandemia da COVID-19 explicitaram um problema estrutural há muito tempo já existente como uma pandemia silenciosa: a violência contra a mulher. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos constatou um aumento de aproximadamente 18% das denúncias de violência contra a mulher realizadas pelo “Ligue 180” no país somente no mês de março de 2020, quando foi declarada a pandemia do novo coronavírus e iniciadas as medidas de controle da infecção (BRASIL, 2020b). Com o confinamento obrigatório em várias regiões do país e do mundo, muitos lares tornaram-se um lugar de medo e abuso para as mulheres. Devido ao maior tempo de convivência com o agressor e à redução do contato social com amigos e familiares, as mesmas passaram a ter dificuldade em criar redes sociais de apoio, buscar ajuda e sair dessa situação de violência (MARQUES *et al.*, 2020; WHO, 2020).

A violência contra a mulher é uma das principais formas de violação dos direitos humanos, pois atinge o direito à vida, à saúde e à integridade física. Esse tipo de violência é estruturante da desigualdade de gênero e pode manifestar-se de diversas maneiras. Além das violações aos direitos das mulheres e da sua integridade física e psicológica, essa violência impacta também no desenvolvimento social, econômico e cultural de um país como um todo.

O conceito mais aceito hoje, apresentado pela Organização das Nações Unidas (ONU) na Convenção de Belém do Pará em 1994, define a violência contra a mulher como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual, dano psicológico ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto na vida pública como na vida privada” (UNGA, 1993; ONU MULHERES, 2020). Qualquer forma de violência é definida pela cultura de determinada sociedade, que é sempre a responsável por aceitar as violências em maior ou menor grau, a depender do ponto em que esteja enquanto sociedade humana e de seu ponto de compreensão do que seja uma prática violenta ou não.

Nos dias atuais, o uso do conceito “mulher” traz implícito tanto a dimensão do sexo biológico como a construção social de gênero. Sendo assim, a reinvenção da categoria mulher frequentemente utiliza os estereótipos criados pela atual sociedade patriarcal – como um ser passivo, emocional, etc. Na prática, é aceita a existência de uma natureza feminina e outra masculina, fazendo com que as diferenças entre homens e mulheres sejam percebidas mais como fatos da natureza do que algo imposto pela sociedade (GRANT, 1991; IPG, 2020). O problema desse entendimento de gênero é que ele acaba prescrevendo como devemos ser em vez de reconhecer quem somos. Como refere Chimamanda Ngozi Adichie em seu livro “Sejamos todos feministas”, “seríamos bem mais felizes, mais livres para ser quem realmente somos se não tivéssemos o peso das expectativas de gênero” impostas pela sociedade patriarcal atuante (ADICHIE, 2014).

O machismo é o que sustenta a cultura patriarcal ainda existente, configurando-se através de uma série de condutas construídas e reforçadas culturalmente sobre a masculinidade, que glorifica os atributos ligados ao universo masculino e perpetua a desigualdade entre homens e mulheres. Essa desigualdade fundamenta-se em uma ideologia que propõe ser bom e até natural que os homens controlem o mercado, o governo e a atividade pública, e que as mulheres sejam subordinadas a eles (DESOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000).

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

No último século, a ideia de viver em um mundo onde todos nós podemos ser quem somos, onde não há dominação e onde a noção de mutualidade é o *ethos* que determina as interações começou a ser implementada por mulheres em busca de seus direitos. A revolução feminista, iniciada no século XX, apesar de ter adquirido muitas conquistas, ainda vem sendo interpretada erroneamente por muitas pessoas que não aprenderam o seu verdadeiro propósito. O feminismo surgiu como um movimento antissexista com o objetivo de criar uma comunidade onde pessoas de todos os gêneros possam conviver juntas com as mesmas oportunidades e sem violência (HOOKS, 2018).

Este trabalho foi concebido como um ensaio teórico, embasado em revisão narrativa da literatura, e foi motivado pela questão emergente do aumento da violência de gênero durante a pandemia e de como esse problema vem sendo compreendido e enfrentado por meio das políticas públicas e dos movimentos sociais feministas. O ensaio foi produzido a partir de três eixos estruturantes: as diferentes formas de violência contra a mulher no Brasil; o movimento feminista e suas agendas; e as conquistas feministas para o direito e a saúde das mulheres. Sem desconsiderar a relevância da temática da diversidade de gêneros e mesmo dos femininos, a ênfase aqui será por uma questão de foco e de abrangência, da agenda dos movimentos feministas com expressão na produção científica. Essa abordagem foi motivada pela ideia de produzir um constructo de preservação da vida das mulheres no contexto atual, em que a produção discursiva sobre a mulher e o feminismo vem sendo disputada de forma a agudizar a condição de violência contra a mulher em setores da sociedade civil e do aparato governamental. Assim como tem provocado retrocessos civilizatórios em relação a avanços parciais, mas relevantes, conquistados pelos movimentos feministas nas últimas décadas.

As diferentes formas de violência contra a mulher no Brasil

O reconhecimento da violência de gênero contra a mulher pode expressar-se de diversas formas e em diferentes contextos sociais, sendo que, no país, nos últimos anos, o foco das discussões têm sido os temas de violência

doméstica ou familiar, os feminicídios e, mais recentemente, a violência sexual (FBSP; DATAFOLHA, 2016). É importante levar em consideração que, mesmo com uma maior evidência em 2020, a violência contra a mulher não surgiu com a pandemia, tendo causas diversas, associadas a fatores histórico-sociais, como a desigualdade de gênero, a desigualdade econômica, o machismo estrutural, etc. (WHO, 2010). Nesta parte do texto, são mostradas algumas estatísticas de diferentes tipos de violência contra a mulher no país, mostrando seu comportamento crescente mesmo antes da pandemia.

Vários outros estudos já vinham revelando como as diferentes formas de violência contra a mulher sucediam-se no país nos últimos anos. Iniciando pelos homicídios e feminicídios, o 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019) revelou, em um levantamento feito em 2018, a ocorrência de 4.107 homicídios de mulheres, o que representou uma diminuição de 10,5% em relação ao ano anterior. Porém, desse total, foram registrados 1.206 como feminicídios e 263.067 como lesão corporal dolosa, enquadrados na Lei Maria da Penha, havendo um aumento de 11,3% e 0,8%, respectivamente, em comparação com o ano anterior (FBSP, 2019). Já o Atlas da Violência 2020 revelou que, em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma taxa de 4,3 para cada 100 mil brasileiras. Sendo que, no período de 2008 a 2018, observou-se um aumento de 4,2% na taxa de homicídios de mulheres (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

Ao se tratar de violência sexual, sendo a mesma definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção” (OPAS, 2017), o levantamento de 2018 do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) contabilizou 66.041 estupros, havendo um aumento de 4,1% em relação a 2017 (FBSP, 2019). Segundo uma outra pesquisa, realizada pelo FBSP em parceria com o Instituto DataFolha, ainda em 2016, “65% da população relatam ter medo de sofrer violência sexual”, sendo que o percentual cresce quando se desagregam os dados por sexo, “já que 85% das mulheres brasileiras afirmaram ter medo ante 46% dos homens” (FBSP; DATAFOLHA, 2016).

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

Esse sentimento de medo e insegurança relatado dialoga com os altos índices de violência sexual do país existentes muito antes da pandemia. O 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública já registrava, em 2014, 47.646 casos de estupro em todo o país naquele ano, o que significava um estupro a cada 11 minutos (FBSP; DATAFOLHA, 2016, p. 5). Em 2018, o Atlas da Violência realizou pela primeira vez uma análise sobre a violência sexual de casos notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) e apontou que, em cinco anos (de 2011 a 2016), o número de registros de estupro no sistema de saúde dobrou. O estupro é uma das violações mais graves que podem ser cometidas contra a integridade física e a autonomia de uma pessoa. Porém, apesar das sérias consequências, as vítimas de agressão sexual são menos propícias a reportar o incidente à polícia do que vítimas de outros crimes, o que torna difícil estimar a prevalência desse crime (CERQUEIRA *et al.*, 2018).

Já em relação às agressões físicas, conforme dados de uma pesquisa nacional publicada pelo FBSP e DataFolha, 536 mulheres foram vítimas de agressão física a cada hora no ano de 2018. Das entrevistadas pelo estudo, a maioria, cerca de 21,8% (12,5 milhões), foi vítima de ofensas verbais, como insulto, humilhação ou xingamento; 8,9% (4,6 milhões) foram tocadas ou agredidas fisicamente por motivos sexuais; 3,9% (1,7 milhão) foram ameaçadas com faca ou arma de fogo; e 3,6% (1,6 milhão) sofreram espancamento ou tentativa de estrangulamento, ou seja, três mulheres por minuto. Além disso, jovens de 16 a 24 anos (42,6%) e negras (28,4%) foram as principais vítimas, segundo o estudo (FBSP; DATAFOLHA, 2019).

Em relação ao assédio sexual, o mesmo estudo mostrou que 22 milhões das brasileiras com 16 anos ou mais relataram ter sofrido algum tipo de assédio nos últimos 12 meses: 32,1% (19 milhões) ouviram comentários desrespeitosos quando estavam andando na rua; 11,5% (6 milhões) receberam cantadas ou comentários desrespeitosos no ambiente de trabalho; 7,8% (3,9 milhões) foram assediadas fisicamente em transporte público, como no ônibus, metrô; 6,2% (3 milhões) foram abordadas de maneira agressiva durante balada, isto é, alguém tocou seu corpo; e 5% (2,3 milhões) foram agarradas ou beijadas sem o seu consentimento. Dessas, 76,4% afirmaram

que o agressor era alguém conhecido, como o cônjuge /companheiro / namorado (23,8%), o vizinho (21,1%) ou o ex-cônjuge /ex-companheiro / ex-namorado (15,2%). E o local onde mais se relatou sofrer violência foi no próprio lar (42%) e na rua (29%) (FBSP; DATAFOLHA, 2019).

Em se tratando de denúncias, no balanço anual de 2019 do “Ligue 180”, Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência do governo federal, foram registradas 85.412 denúncias. As mais recorrentes foram em relação à violência doméstica (78,96%), tentativa de feminicídio (4,35%), violência moral (4,08%) e ameaças (3,81%) (BRASIL, 2020a). Porém, percebe-se que havia um baixo número de denúncias por esse canal, comparando-se com os números encontrados nos diversos estudos citados anteriormente. Com o início da pandemia, o país identificou um aumento de 34% nas denúncias no “Ligue 180” em março e abril de 2020 quando comparado com o mesmo período do ano anterior. Além disso, os registros de feminicídio cresceram 22,2% no período, e os homicídios de mulheres tiveram incremento de 6% (FBSP, 2020).

Outra questão que não pode ser ignorada é que essa violência infelizmente afeta também nossas crianças e adolescentes, que muitas vezes não conseguem verbalizar o ocorrido. Informações do Dossiê Criança e Adolescente, realizado pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, apontaram que, em 2017, a forma de violência com maior participação de vítimas crianças e adolescentes foi a sexual (59%). O total de crianças e adolescentes que registraram algum tipo de violência sexual foi de 3.886, o que significa dizer que, em média, por dia, dez crianças e adolescentes foram vítimas de violência sexual no estado do Rio de Janeiro. As mulheres foram a maioria dessas vítimas (83%), e os autores dos crimes foram, principalmente, pessoas próximas às vítimas (ISP-RJ, 2018). O Atlas da Violência 2018 também encontrou que cerca de 51% dos casos de violência sexual encontrados vitimaram crianças com menos de 13 anos de idade. Em 30% desses casos, o agressor era amigo ou conhecido da criança e, em outros 30%, o agressor foi um familiar próximo, como pai, padrasto, irmão ou mãe. Quando o agressor era conhecido, a violência sexual havia ocorrido dentro da casa da vítima em 78% dos casos (CERQUEIRA *et al.*, 2018).

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

Em relação à violência doméstica, aquela que ocorre exclusivamente no lar entre cônjuges/companheiros, as denúncias tornam-se difíceis de acontecer devido a seu ciclo vicioso, o que acabou se agravando consideravelmente durante a pandemia. Essa violência apresenta um padrão denominado “Ciclo de Violência”. De acordo com tal modelo, a violência entre homens e mulheres em suas relações afetivas e íntimas apresenta três fases: a) acumulação da tensão; b) explosão; c) lua de mel. Durante a fase de acumulação da tensão, que dura geralmente mais tempo, ocorrem agressões verbais, provocações e discussões, que podem evoluir para incidentes de agressões físicas leves. Nessa fase, a mulher tenta evitar violência assumindo uma atitude submissa, porém a tensão vai aumentando até fugir do controle e acabar em uma agressão física mais grave, em ataques de fúria, que caracterizam a fase de explosão. Por vezes, na fase de explosão, a vítima chama a polícia, denuncia a violência na delegacia ou foge para um abrigo (WALKER, 2009).

Contudo, a maioria das mulheres agredidas não procura ajuda durante esse período, a menos que as lesões sofridas sejam tão graves que demandem cuidados médicos, situação essa em que a vítima pode aguardar vários dias até pedir ou não auxílio. Passado o incidente agudo da violência, começa a fase de lua de mel, em que o agressor, arrependido, passa a ter um comportamento amoroso e gentil e tenta compensar a vítima pela agressão perpetrada. É durante essa fase que a vitimização da mulher se completa, uma vez que, em alguns dias, ela passa de zangada, solitária, assustada e magoada a um estado de ânimo mais alegre, confiante e amoroso (WALKER, 2009).

Podemos perceber que todos os importantes números apresentados têm fortes relações com o sistema patriarcal ainda atuante na sociedade contemporânea. Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada de 2014 corrobora isso, mostrando que há um “ideal passivo feminino” na cultura brasileira (IPEA, 2014). Os resultados dessa pesquisa revelaram que 42% dos homens e 37% das mulheres concordaram com a afirmação de que “mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”, mostrando que, a partir do momento em que a mulher não adere aos valores determinados

A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano

de acordo com um sistema cultural machista e patriarcal, a violência contra a mulher passa a ser tolerada socialmente. Logo, as próprias mulheres passam a ser consideradas responsáveis pela violência por não se comportar “adequadamente”, sendo bastante comum que o comportamento de quem foi vítima seja questionado com base no que se entende serem as formas corretas de “ser mulher” e “ser homem” no mundo.

O feminismo como movimento

O feminismo, segundo Hooks (1984), é um movimento para acabar com o sexismo, a exploração sexista e a opressão. Ou seja, não é um movimento anti-homem, mas sim um movimento antissexista, que pretende lembrar a todos, mulheres e homens, que têm sido socializados desde o nascimento para aceitar pensamentos e ações sexistas. Dessa forma, “feminista é o homem ou a mulher que diz: ‘Sim, existe um problema de gênero ainda hoje e temos que resolvê-lo, temos que melhorar’. Todos nós, mulheres e homens, temos que melhorar” (HOOKS, 1984).

No Brasil, os estudos sobre a violência contra as mulheres na área das ciências sociais podem situar-se em três correntes: a dominação masculina, a dominação patriarcal e a relacional. A dominação masculina define a violência contra as mulheres como expressão da dominação exercida pelo homem sobre a mulher, referindo-se à violência como uma relação hierárquica de desigualdade a partir de uma diferença que tem o objetivo de explorar, dominar e oprimir, tratando o outro como uma coisa, não como um sujeito. A dominação patriarcal entende as mulheres como sujeitos sociais autônomos, porém vitimados pelo controle social masculino, que não se resume à dominação, mas que faz parte do sistema capitalista de exploração. E a dominação relacional envolve um jogo no qual a violência é uma forma de comunicação e não apenas uma luta de poder, relativizando a perspectiva dominação-vitimização (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Além disso, há pelo menos duas teorias feministas que procuram superar as limitações de conceitos fundamentais sem, no entanto, abandoná-los totalmente. Uma é o “feminismo socialista”, que parte do referencial teórico

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

marxista para analisar a base material da dominação masculina e oferece alternativas para que se entenda a intersecção entre gênero, raça, orientação sexual e classe. Pensa nas outras dimensões como parcelas que se somam à de gênero, dando assim margem às conhecidas formulações em termos de dupla ou tripla opressão: sexismo + racismo + homofobia + etc. (GRANT, 1991). A outra tentativa mais recente de transformar as categorias mulher, experiência e política pessoal é o “ponto de vista feminista” (*feminist standpoint*). Segundo essa teoria, a experiência da opressão sexista é dada pela posição que ocupamos numa matriz de dominação em que raça, gênero e classe social interceptam-se em diferentes pontos. Assim, uma mulher negra trabalhadora não é triplamente oprimida ou mais oprimida do que uma mulher branca na mesma classe social, mas experimenta a opressão a partir de um lugar que proporciona um ponto de vista diferente sobre o que é ser mulher numa sociedade desigual racista e sexista. Raça, gênero, classe social e orientação sexual reconfiguram-se mutuamente, formando um mosaico que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade (BAIRROS, 1995).

Ao longo da história ocidental sempre existiram mulheres que se rebelaram contra sua condição, que lutaram por liberdade e muitas vezes pagaram com suas próprias vidas. A Inquisição da Igreja Católica, por exemplo, foi implacável com qualquer mulher que desafiasse os princípios por ela pregados como dogmas insofismáveis. Mas a chamada primeira onda do feminismo aconteceu a partir das últimas décadas do século XIX, quando as *suffragettes*, como ficaram conhecidas, primeiramente na Inglaterra, organizaram-se para lutar por seus direitos, sendo que o primeiro deles que se popularizou foi o direito ao voto, conquistado apenas em 1918 (PINTO, 2010).

No Brasil, a primeira onda do feminismo também se manifestou mais publicamente por meio da luta pelo voto, que foi conquistado em 1932, quando então foi promulgado o novo Código Eleitoral brasileiro. Esse feminismo inicial, tanto na Europa como nos Estados Unidos e no Brasil, perdeu força a partir da década de 1930. Nos anos seguintes, uma obra foi fundamental para que se estabelecesse uma nova onda do feminismo: “O segundo sexo”, de Simone de Beauvoir, publicado pela primeira vez em 1949 na França. Nele, Beauvoir estabeleceu uma das máximas

A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano

do feminismo: “não se nasce mulher, se torna mulher” (BEAUVOIR, 2009; PINTO, 2010).

A segunda onda iniciou, então, na década de 1960, trazendo como marca o slogan “o pessoal é político”. Assim, o movimento feminista resurgiu com todas as forças, e as mulheres falaram, pela primeira vez, diretamente sobre a questão das relações de poder entre homens e mulheres. O feminismo apareceu como um movimento libertário, que, além de querer conquistar o espaço da mulher no trabalho, na vida pública e na educação, procurava lutar por uma nova forma de relacionamento entre homens e mulheres, para que essas tivessem liberdade e autonomia para decidir sobre sua vida e seu corpo. Apontou ainda que existe uma outra forma de dominação além da classe social, a dominação do homem sobre a mulher, e que uma não pode ser representada pela outra, já que cada uma tem suas características próprias (PINTO, 2010).

Porém, a partir da década de 1990, feministas de todo o mundo passaram a questionar o próprio movimento, percebendo que a maioria dos estudos abordava experiências que representavam apenas as mulheres da classe média e brancas. Esse questionamento marcou a terceira onda do feminismo, sendo o movimento feminista negro o de maior destaque com a abordagem da realidade das mulheres negras trabalhadoras, que era totalmente diferente das mulheres brancas de classe média. Essa nova onda do movimento reconheceu a pluralidade feminina e contribuiu para o desenvolvimento de vertentes que representassem e considerassem as particularidades das mulheres, como a classe, a raça e a localidade. Atualmente, conta-se, então, com diversas vertentes, incluindo as iniciativas que foram desenvolvidas no período da primeira e da segunda ondas (MARQUES; XAVIER, 2018).

As conquistas do feminismo para o direito e a saúde da mulher

Na década de 1960, sob o regime militar no Brasil, as primeiras manifestações feministas foram interpretadas como política e moralmente perigosas. Em 1975, na I Conferência Internacional da Mulher no México, a ONU declarou os próximos dez anos como a década da mulher. Com a

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

redemocratização dos anos 1980, o feminismo no Brasil entrou, então, em uma fase de grande efervescência na luta pelos direitos das mulheres com inúmeros grupos e coletivos em todas as regiões tratando de temas como violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo e opções sexuais (PINTO, 2010).

Uma das mais significativas vitórias do feminismo brasileiro foi a criação do Conselho Nacional da Condição da Mulher (CNDM) em 1984, que resultou na Constituição de 1988, sendo uma das que mais garante direitos para a mulher no mundo (BRASIL, 1988). Além disso, a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) foi inaugurada em 1985 em São Paulo, sendo uma importante conquista no combate à violência, uma vez que foram criadas para oferecer um ambiente acolhedor para que as mulheres se sentissem seguras ao denunciar os casos de violência de gênero. Para isso, essas delegacias contam, desde então, com policiais, na teoria, capacitados para oferecer proteção efetiva para combater a violência contra as mulheres (PINTO, 2010; SOUZA; CORTEZ, 2014).

Em 1995, foram criados os Juizados Especiais Criminais (JECRIM) com o objetivo de ampliar o acesso da população à justiça. Nesse contexto, a maioria dos crimes registrados contra mulheres, como lesões leves e ameaças, enquadrados como de menor potencial ofensivo passaram a se inserir na competência desses juizados. Essa situação contribuiu para que o problema da violência contra as mulheres não fosse tratado como de menor importância, cuja conclusão mais comum eram a conciliação ou a transação penal (PINTO, 2010). Porém, apenas em 2006 foi criado um dos instrumentos mais importantes para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres no Brasil, a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Essa lei, além de definir e tipificar as formas de violência contra as mulheres (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), também previu a criação de serviços especializados, como os que integram a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, compostos por instituições de segurança pública, justiça, saúde e de assistência social (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2007).

Em 2007, foi instituído o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que consistiu em um acordo federativo entre o governo federal e os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que consolidassem a política nacional por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo o território nacional. A política previu a constituição de uma rede de enfrentamento à violência contra mulheres que perpassa diversas áreas, tais como saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça e cultura. E inclui ainda organismos de políticas para as mulheres, organizações não governamentais (ONG) feministas, movimentos de mulheres, conselhos de direitos das mulheres e outros conselhos de controle social, serviços voltados para a responsabilização e o tratamento dos agressores, universidades, órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (assistência e seguridade social, habitação, educação, trabalho e cultura) (BRASIL, 2010).

Essa política integra ainda uma sub-rede de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, que é denominada de rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Essa rede agrega ações e serviços especializados ou não. Os serviços não especializados são aqueles que, mesmo destinados a atender o público em geral, podem atender mulheres em razão de ter sofrido violência, como: hospitais, unidades de atenção básica, equipes do programa saúde da família, polícia militar, delegacias comuns, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Ministério Público, defensorias públicas, varas criminais e varas de família. Já os serviços especializados atendem exclusivamente as mulheres, possuindo expertise no tema violência contra mulheres, como os Centros de Atendimento à Mulher, Casas-Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), núcleos especializados nos Ministérios Públicos e nas Defensorias Públicas, serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, bem como Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (BRASIL, 2010).

A rede de enfrentamento à violência contra a mulher em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, por exemplo, organiza-se de modo tal que uma mu-

LOURENÇO, S. de S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

lher em situação de violência geralmente se dirige a uma delegacia de polícia ou da mulher. Nesse local, é lavrado o Boletim de Ocorrência, o qual fica à espera da realização de inquérito durante seis meses. Quando existe lesão corporal, a vítima é encaminhada ao Departamento Médico-Legal e, se houver pedido de medida protetiva, abre-se um processo, que é enviado diretamente ao Juizado da Violência Doméstica, onde a medida é deferida em 48 horas. Caso haja necessidade de um defensor, a mulher é encaminhada ao Ministério Público. Além da Delegacia da Mulher, o primeiro contato pode ocorrer em um serviço de saúde, assistência social, centro de referência ou conselhos de direitos, principalmente o Conselho Tutelar e os Centros de Referência da Assistência Social (MENEGHEL *et al.*, 2011).

Há, ainda, na capital, as Coordenadorias Estadual e Municipal da Mulher, assim como dois Centros de Referência para Vítimas de Violência e uma Casa-Abrigo para albergar mulheres e filhos, cuja entrada ocorre por encaminhamento da rede básica (Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF)). O Programa de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual disponibiliza atendimento em todas as UBS do município, em três hospitais de referência e em três Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, todos de portas abertas para oferecer suporte durante a pandemia (BRASIL, 2010).

Ainda, devido ao importante aumento na incidência da violência contra a mulher durante esse período de pandemia, campanhas como “Sinal Vermelho”, “Máscara Roxa” e outras têm sido adotadas por farmácias, drogarias e diferentes estabelecimentos, onde através de códigos/sinais a mulher pode informar discretamente que está sob situação de violência e, assim, receber apoio imediato (BANDEIRA, 2020; G1 RS; 2020; CALAIS, 2020).

Considerações finais

As fontes documentais e bibliográficas recuperadas na produção deste ensaio permitem constatar a atualidade e historicidade do tema da violência contra a mulher na sociedade contemporânea, sobretudo nas disputas discursivas que se expressam no momento atual em segmentos da socie-

A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano

dade civil e do aparato governamental, tornando as vidas femininas mais vulneráveis à violência, à fragilização dos seus direitos e à morte. Esse contexto se agudizou muito no período da pandemia da COVID-19 pelas condições associadas ao isolamento social e pela intensidade da crise civilizatória que vivemos. Essas condições também são verdadeiras para a diversidade que constitui atualmente a designação de gênero, mas o estudo aqui se concentrou nas agendas dos movimentos feministas. É oportuno que sejam ampliados estudos considerando também as demais expressões da vulnerabilização de pessoas e coletividades pela condição de gênero.

Diante da complexidade desse tipo de violência, é importante assegurar às mulheres o acesso aos serviços essenciais, que devem ser prestados por diferentes setores, entre eles o policiamento, a justiça, os serviços sociais e a saúde. Para lidar com eventuais traumas causados pela situação violenta vivenciada, uma série de condições deve ser assegurada para que essa mulher possa romper o ciclo da violência, como sua inclusão no mercado de trabalho, a oferta de condições de moradia e a garantia de segurança física e psicológica para ela e seus familiares.

Assim sendo, muitas vezes se faz necessário o acesso a programas governamentais, como de transferência de renda, acesso a creches e/ou educação básica, habitação popular, capacitações, etc. Além disso, é importante olhar também para o homem autor da violência, porque somente a pena não modifica o indivíduo, evitando a reincidência, fazendo-se necessária também a sua reeducação. No período da pandemia, as diferentes políticas públicas e serviços necessitam de uma sensibilidade ainda maior para a escuta aos indícios de violência de gênero. No caso brasileiro, em que parte das políticas públicas, sobretudo de gestão federal, tem sido utilizada para o incremento de iniciativas necropolíticas, torna-se ainda mais relevante que sejam desenvolvidas ações comunitárias e que os mecanismos de controle das políticas públicas estejam ainda mais atentos à problemática da violência de gênero.

Por fim, é de extrema importância atentar para a educação das futuras gerações tanto em relação às questões de gênero como ao respeito mútuo e à empatia ao próximo. Como enfatizou Bell Hooks (2018), “ao falhar

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

na criação de um movimento educacional de massa para ensinar a todo mundo sobre feminismo, estamos permitindo que uma mídia de massa patriarcal permaneça como o principal meio no qual as pessoas aprendem sobre o feminismo, sendo a maioria coisas negativas”. Assim é importante que se desenvolvam ações para além da palavra acadêmica e escrita que ensinem o pensamento e a teoria feminista. Um exemplo que pode ser citado é o programa emblemático global da ONU Mulheres, Prevenção e Acesso aos Serviços Essenciais para Erradicar a Violência contra as Mulheres e Meninas no Brasil, em que ações inovadoras nas áreas da arte, cultura, educação, esportes, tecnologias da informação e comunicação, mídia e campanhas são feitas para a promoção e prevenção da violência de gênero.

Em tempos de pandemia e distanciamento social, é essencial que existam parcerias entre as diferentes instâncias governamentais e não governamentais, a fim de fortalecer os direitos das mulheres com a implementação de leis e políticas públicas que garantam a educação, a proteção e o acesso das mesmas a serviços essenciais de qualidade. Também que essa temática seja abordada de forma mais intensa, não apenas na produção de cultura na sociedade, mas principalmente para dar visibilidade e audibilidade aos gemidos silenciados de suas vítimas, muitas vezes emitidos na iminência do esgotamento de suas vidas. Dar expressão às memórias das conquistas feministas e aos contextos em que as violências acontecem e são silenciadas pode desenvolver formas de pensamento em platôs civilizatórios ampliados, mas também salvar vidas.

Bibliografia

- ADICHIE, C. N. **Sejamos todos feministas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Violência de gênero: uma reflexão sobre a variabilidade nas terminologias. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 97-106, jan./dez. 2007.
- BAIROS, L. Nossos feminismos revisitados. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 458-463, 1995.

A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano

BANDEIRA, R. **Sinal Vermelho**: CNJ lança campanha de ajuda a vítimas de violência doméstica na pandemia. [S.I.]: Conselho Nacional de Justiça, Brasília, 10 jun. 2020. Disponível em: <<http://www.cuj.jus.br/sinal-vermelho-cuj-lanca-campanha-de-ajuda-a-vitimas-de-violencia-domestica-na-pandemia/>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Volume único. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2009.

BRASIL. **Balanco 2019**: Ligue 180. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/balanco-anual-ligue-180-registra-1-3-milhao-de-ligacoes-em-2019/BalanoLigue180.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2020.

BRASIL. **Coronavírus**: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Brasília: Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ODNH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), 17 abr. 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>>. Acesso em: 05 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 96.895, de 30 de setembro de 1988**. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-CNDM. Diário Oficial da União, Brasília/DF, seção 1, p. 19.125, 03 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/anexo/and96895-88.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres, set. 2010, 17 p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2012-pdf/10182-14-pacto-enfrentamento-violencia-contra-mulheres/file>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Secretaria Geral. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CALAIS, B. **Conheça a história do botão de denúncia da Magalu contra a violência doméstica**. [S.I.]: Forbes Brasil, 4 jun. 2020. Disponível em: <<https://forbes.com.br/negocios/2020/06/magalu-relanca-botao-de-denuncia-contra-violencia-domestica/amp/>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2018**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018. Disponível em: <https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2018/06/IPEA_FBSP_AtlasdaViolencia2018Relatorio.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2020**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>. Acesso em: 15. jan. 2021.

DESOUZA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. H. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 490, 2000.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. Ano 13. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência Doméstica Durante Pandemia de COVID-19 Edição 2**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 01 de junho de 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-domestica-durante-pandemia-de-covid-19-edicao-02/>. Acesso em: 21 jul. 2020.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA. **A polícia precisa falar sobre o estupro** – Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Instituto DataFolha, set. 2016. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/01/FBSP_Policia_precisa_falar_estupro_2016.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Instituto DataFolha, 2019. 49 p. Disponível em: <<http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

G1 RS. **Campanha ‘Máscara Roxa’ possibilita denúncia de violência doméstica em farmácias do RS**: saiba como funciona. [S.I.]: Grupo Globo, G1, RS, Porto Alegre, 10 jun. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/06/10/campanha-mascara-roxa-possibilita-denuncia-de-violencia->

A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano

domestica-em-farmacias-do-rs-saiba-como-funciona.ghtml>. Acesso em: 30 jun. 2020.

GRANT, J. **Fundamental Feminism Contesting the Core Concepts of Feminist Theory**. New York: Routledge, 1991.

HOOKS, B. **Feminist theory: From margin to center**. Boston: South End, 1984.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Tolerância social à violência contra as mulheres**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasília: DF, 04 abr. 2014. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

IPG – INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. Sobre as violências contra as mulheres – Cultura e raízes da violência contra as mulheres. In: **IPG. Dossiê Violência Contra as Mulheres**. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/cultura-e-raizes-da-violencia/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

ISP-RJ – INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO. **Dossiê Criança e Adolescente 2018**. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/dossie-crianca-e-adolescente-isp-rj-2018/>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

MARQUES, E. S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>>. Acesso em: 29 mar. 2020.

MARQUES, M. C.; XAVIER, K. R. L. A gênese do movimento feminista e a sua trajetória do Brasil. Fortaleza: **VI Seminário CETROS: crise e mundo do trabalho no Brasil – desafios para a classe trabalhadora**, 22-24 ago. 2018. ISSN: 2446-8126. 14 p.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr.

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

OMV – OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA: DATASENADO. **Aprofundando o olhar sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres** — Pesquisa OMV/DataSenado. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, mar. 2018. 34 p. Disponível em: <https://assets.dossies-ipc-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2019/04/OMV_DataSenado_Aprofundando-o-Olhar-sobre-o-Enfrentamento-a-Violencia-contra-as-Mulheres_2018.pdf>. Acesso em: 26 maio 2020.

ONU MULHERES. **Fim da violência contra as mulheres**. Brasília: ONU Mulheres. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>>. Acesso em: 04 maio 2020.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: Violência contra as mulheres**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, nov. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=82>. Acesso em: 18 mar. 2020.

PINTO, C. R. J. Feminismo, História e Poder. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, 2010.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe**, Tel Aviv, v. 16, n. 1, p. 147-164, 2005.

SOUZA, L.; CORTEZ, M. B. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública [on-line]**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 621-639, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-76121141>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

UNGA – UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Resolution n° 48/104 of 20 December 1993**. Declaration on the elimination of violence against women. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1993.

WALKER, L. **The Battered Woman Syndrome**. Springer Publishing Company, 2009.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 and violence against women: what the healthsector/system can do**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization, 2010.

ANEXO A – Ficha de Notificação Individual para violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

(continua)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
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.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) 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 Data da ocorrência da violência	
8 Unidade de Saúde		Código (CNES)			
Notificação Individual	10 Nome do paciente				
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1- Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado				
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	21 Distrito				
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	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 <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1- Solteiro 2- Casado/união consensual 3- Viúvo 4- Separado 8- Não se aplica 9- Ignorado				
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica)		3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1- Travesti 2- Mulher Transexual 3- Homem Transexual 8- Não se aplica 9- Ignorado
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
39 Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento					
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	42 Distrito				
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3
	48 Geo campo 4				
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
52 Local de ocorrência		07 - Comércio/serviços		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
01 - Residência		04 - Local de prática esportiva		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
02 - Habitação coletiva		05 - Bar ou similar			
03 - Escola		06 - Via pública			
08 - Indústrias/construção		09 - Outro			
99 - Ignorado					

ANEXO A – Ficha de Notificação Individual para violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

(conclusão)

Violência	55 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		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro	
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <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	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(a)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <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 <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <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 <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 <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura	
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015