



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

EDYANE SILVA DE LIMA

**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL EM REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO
PARANÁ**

Londrina/PR
2024

EDYANE SILVA DE LIMA

**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL EM REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO
PARANÁ**

Tese apresentada à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marselle Nobre de Carvalho.

Londrina/PR
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Silva de Lima, Edyane.

O CUIDADO ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ / Edyane Silva de Lima. - Londrina, 2024.

264 f. : il.

Orientador: Marselle Nobre de Carvalho.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

Inclui bibliografia.

1. Cuidado da criança - Tese. 2. Abuso sexual na infância - Tese. 3. Violência de gênero - Tese. 4. Profissionais - Tese. I. Nobre de Carvalho, Marselle. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

EDYANE SILVA DE LIMA

**O CUIDADO ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL EM REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO
PARANÁ**

Tese apresentada à Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marselle Nobre de Carvalho
Orientadora
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Rosângela Aparecida Pimenta
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Ana Flavia Pires Lucas d'Oliveira
Universidade de São Paulo - USP

Londrina, 18 de novembro de 2024.

AGRADECIMENTOS

Este momento é de plena gratidão, pois é a materialização de um sonho, resultado de lutas e do desejo de melhor atender aqueles/as que sofrem em silêncio.

Agradeço ao grande Pai e eterno guia, Deus, que proporcionou pessoas e momentos responsáveis por esta caminhada de crescimento e persistência.

Às crianças e às famílias que, ao longo da minha trajetória profissional, pude acolher e atender, e que me motivaram neste caminhar. Que continuem a florescer em muitos jardins e estações.

Aos profissionais que participaram da pesquisa, por compartilharam suas angústias e me permitiram ecoar suas vozes por meio deste trabalho.

À minha mãe e ao meu pai, Ednalva e José, que desde 2015 acompanharam a luta para tornar realidade o sonho da filha em almejar o doutorado. Embora, devido à discricionariedade política daquele momento, a jornada tenha sido interrompida, foi um impulso para superar as lágrimas em silêncio, as fraquezas, o adoecimento físico e psíquico, resultando nesta nova oportunidade que agora se concretiza.

Aos meus entes queridos, Daslainy, Alisson, Eduardo, João Pedro e Daíne, que, cada um à sua maneira, sempre manifestaram apoio, preocupação e reflexões.

Ao meu parceiro de vida, Fabio, pelo seu incentivo, encorajamento e debates indignados sobre a temática da violência sexual infantil.

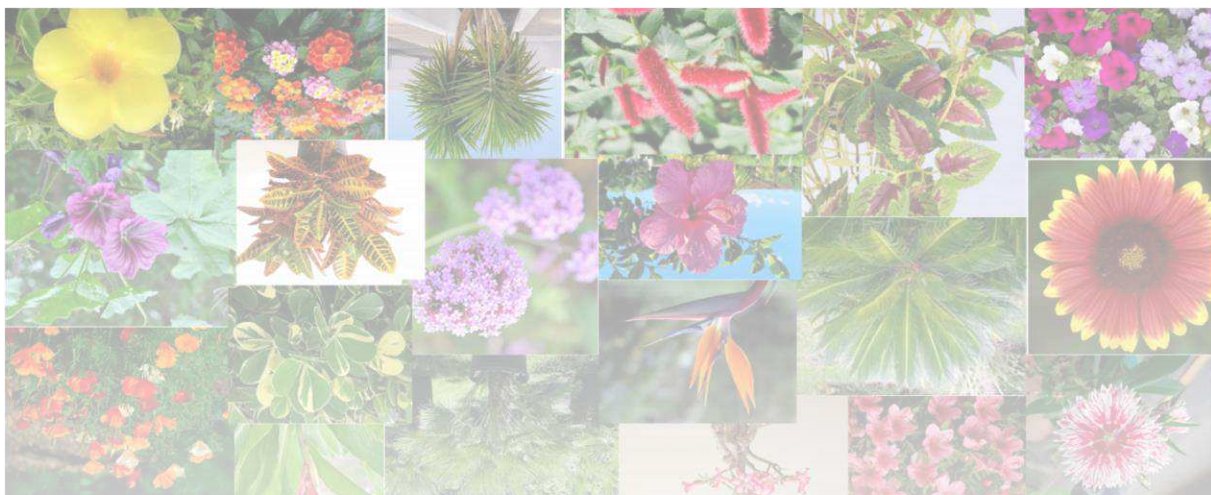
À Marselle, que, além de me orientar, acolheu-me, compreendeu momentos adversos, dando suporte e abertura para navegar livremente pelas descobertas do conhecimento.

Especial agradecimento ao grupo de pesquisa Gênero, Equidade e Saúde, que, por meio das telinhas, transmitiam e faziam força, especialmente à Josiane, Priscila, Juliana e Giovana.

Aos/às professoras/es do Programa de Saúde Coletiva da UEL, pelo suporte pedagógico e formativo. E, sobretudo, por serem pessoas inigualavelmente HUMANAS e SENSÍVEIS, que realmente se importam com o/a outro/a. Agradecimentos especiais à Fernanda, Brígida e Regina.

As/aos colegas da turma de doutorado 2021, que, por meio de mensagens, encontros presenciais e virtuais, ofereceram apoio e partilhas ao longo do percurso.

E, por fim, agradeço aos/às funcionários/as e professores/as da UEL, que acreditam e fazem da universidade local de qualidade e compromisso.



**Insiste, resiste e persiste.
Acredite.
Me atravesso, me recrio, insisto. Não desisto.
Me coloco, provoco.
Continuo, sigo.**

**Pego pela mão, aponto o risco do chão, para auxiliar no trilhar com seu timão.
Segue. Descobre o mundo, tropeça, confessa.
Pela tua reza professa: NÃO! NUNCA MAIS.**



RESUMO

LIMA, Edyane Silva de. **O cuidado às crianças vítimas de violência sexual em região de saúde do estado do Paraná.** 2024. 264 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2024.

A violência sexual contra crianças é um fenômeno histórico, cultural e de causas multifatoriais enraizado nas sociedades, que se expressa através do abuso e exploração sexual, demandando cuidados integrais e sistematizados. Este trabalho tem como objetivo geral analisar o cuidado às crianças vítimas de violência sexual em região de saúde do estado do Paraná. O referencial teórico utilizado acerca do fenômeno está amparado em uma perspectiva histórico-crítica, com aspectos de gênero, sustentado por Minayo, Saffioti e Bourdieu. Quanto à dimensão do cuidado, as discussões se pautam em Merhy, Onocko Campos e Pinheiro. O estudo é de caráter analítico, utilizando uma abordagem multimétodos, com a triangulação de resultados de dados quantitativos e qualitativos em duas etapas. A primeira etapa envolveu a coleta de dados quantitativos, que foram desdobrados em: a) Dados sobre violência sexual contra crianças no Brasil; e b) Dados sobre violência sexual contra crianças em região de saúde do estado do Paraná. A segunda etapa, correspondeu aos dados qualitativos, organizados da seguinte maneira: a) Revisão de escopo sobre a violência sexual contra criança no campo da saúde coletiva; b) Análise de manuais orientativos sobre violência sexual contra crianças em âmbito nacional, estadual e municipal; c) Clipagem de notícias sobre violência sexual contra crianças; e d) Pesquisa de campo com profissionais que atuam no cuidado às crianças vítimas de violência sexual. O cenário da pesquisa incluiu os municípios de Toledo, Palotina e Mercedes, no estado do Paraná. Foram entrevistados/as 36 profissionais que atuam na linha de cuidado às crianças vítimas de violência sexual, incluindo assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, psicólogos/as, conselheiros/as tutelares, enfermeiros/as e técnicos/as em enfermagem, lotados na atenção primária, média e alta complexidade, além da rede intersetorial. A coleta de dados ocorreu entre julho e dezembro de 2023, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas de forma presencial e virtual. As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente e organizadas conforme a metodologia de análise categorial de conteúdo. Para a análise das narrativas, foi utilizado o método hermenêutico dialético, com auxílio do software *Nvivo*. Os resultados revelaram que o Brasil registrou um aumento nas notificações de violência sexual contra crianças entre zero e nove anos, com taxas variando entre 33,6% e 49,6%, majoritariamente contra meninas pretas e pardas, tanto na ocorrência quanto na reincidência do fenômeno. Nos municípios investigados, a violência sexual se apresentou principalmente contra meninas brancas, com a maioria dos casos ocorrendo nas residências. Identificou-se que os principais conceitos elucidados pela literatura acerca da violência sexual infantil e saúde incluem: Violência de Gênero e Violência Sexual (maus-tratos, abuso sexual, incesto, crime sexual, estupro, tráfico e exploração sexual). Quanto à cobertura midiática, a temática é pouco abordada, limitando-se ao mês de maio, alusivo à campanha de combate à violência sexual (maio Laranja). Os manuais orientativos de enfrentamento e cuidados das situações de violência sexual apresentam dinâmicas variadas. No contexto brasileiro, os documentos norteadores datam de 2002, 2010 e 2022, enquanto no estado do Paraná, as diretrizes e protocolos remontam a 2014, 2018 e 2021. Nos municípios pesquisados, os decretos e fluxos de atendimento foram

publicados entre 2018 e 2020, com reflexos das mobilizações a partir da Lei da Escuta Especializada de 2017. A partir das entrevistas, foi possível compreender a concepção dos/as profissionais sobre violência sexual, com uma perspectiva ampliada, mas com raras menções aos aspectos de gênero e às relações de desigualdade de poder. As percepções sobre o cuidado envolveram o acolhimento, o atendimento, o acompanhamento e os encaminhamentos, com relatos de experiências e casos emblemáticos. No entanto, a notificação, que também é mecanismo de cuidado e dá visibilidade à violência, constitui um desafio para sua materialização. Além disso, os/as trabalhadores/as sinalizaram a necessidade de materiais informativos e campanhas sobre o tema. Com base nos achados da pesquisa, considera-se que o processo de cuidado às crianças vítimas de violência sexual nesta região ainda enfrenta limitações na operacionalização da linha de cuidado nacional como diretriz para a atenção integral. Observa-se que, nestes municípios, o processo de organização do cuidado ocorre de forma autônoma, levando em consideração as particularidades locais. Há uma necessidade urgente de ações de enfrentamento e qualificação profissional, especialmente porque a violência é um fenômeno histórico, que ganha novas formas para as quais as políticas públicas ainda não estão preparadas, principalmente com a utilização das tecnologias. Diante disso, a pesquisa sugere que abordagens como educação para sexualidade, educação para paz e formação continuada, articuladas com as instâncias de saúde e a rede intersetorial para a atenção, a prevenção e o enfrentamento do fenômeno são fundamentais. Também se destaca a importância da sensibilização de gestores/as e órgãos de participação nos níveis locais, para que possam efetivar os instrumentos protocolares em práxis cotidianas e transformadoras, capazes de viabilizar políticas efetivas para que as crianças possam exercer seu direito de viver de forma saudável e protegida.

Palavras-chave: Cuidado da criança; Abuso sexual na infância; Violência de gênero; Rede de cuidado; Profissionais.

ABSTRACT

LIMA, Edyane Silva de. **Care for children victims of sexual violence in the health region in the state of Paraná.** 2024. 264 p. Dissertation (Doctoral Degree in Collective Health) - State University of Londrina, Health Sciences Center, Post-Graduate Program in Collective Health, Londrina, 2024.

Sexual violence against children is a historical and cultural phenomenon with multifactorial causes, deeply rooted in societies, manifesting through sexual abuse and exploitation, requiring comprehensive and systematic care. This study's general objective is to analyze the care provided to children victims of sexual violence in the health region of the state of Paraná. The theoretical framework used for the phenomenon is based on a historical-critical perspective, with gender aspects, supported by Minayo, Saffioti, and Bourdieu. Regarding the care dimension, discussions focus on Merhy, Onocko Campos, and Pinheiro. The study is analytical in nature, using a multimethod approach, with triangulation of quantitative and qualitative data results in two stages. The first stage involved the collection of quantitative data, which were divided into: a) Data on sexual violence against children in Brazil; and b) Data on sexual violence against children in the health region of the state of Paraná. The second stage comprised qualitative data, organized as follows: a) Scope review on sexual violence against children in collective health; b) Analysis of guidelines on sexual violence against children at national, state, and municipal levels; c) Clipping of news on sexual violence against children; and d) Field research with professionals involved in the care of children victims of sexual violence. The research setting included the municipalities of Toledo, Palotina, and Mercedes in Paraná. Thirty-six professionals who work in the care of children victims of sexual violence were interviewed, including social workers, community health agents, psychologists, child protection counselors, nurses, and nursing technicians, working in primary, medium, and high-complexity care, as well as the intersectoral network. Data collection took place between July and December 2023, through semi-structured interviews, conducted both in-person and virtually. The interviews were recorded, fully transcribed, and organized according to the categorical content analysis methodology. The analysis of the narratives used the dialectical hermeneutic method, supported by Nvivo software. The results revealed that Brazil saw an increase in reports of sexual violence against children aged zero to nine years, with rates ranging between 33.6% and 49.6%, predominantly affecting Black and mixed-race girls, both in occurrence and recurrence. In the investigated municipalities, sexual violence primarily affected white girls, with most cases occurring in homes. The main concepts highlighted in the literature regarding child sexual violence and health include: Gender Violence and Sexual Violence (mistreatment, sexual abuse, incest, sexual crime, rape, trafficking, and sexual exploitation). Media coverage of the issue is minimal, limited to the month of May, related to the campaign against sexual violence (Orange May). The guidelines for addressing and caring for situations of sexual violence present varied dynamics. In the Brazilian context, the guiding documents date from 2002, 2010, and 2022, while in Paraná, the guidelines and protocols date back to 2014, 2018, and 2021. In the municipalities studied, decrees and service protocols were published between 2018 and 2020, reflecting mobilizations from the Specialized Listening Law of 2017. From the interviews, it was possible to understand the professionals' perspectives on sexual violence, with an expanded view but with few references to gender aspects and power inequalities. Perceptions of care involved reception, service, follow-up, and referrals,

with reports of experiences and emblematic cases. However, notification, which is also a care mechanism and brings visibility to violence, remains a challenge for its implementation. Additionally, workers indicated the need for informative materials and campaigns on the subject. Based on the research findings, it is concluded that the care process for children victims of sexual violence in this region still faces limitations in operationalizing the national care model as a guideline for comprehensive attention. It was observed that, in these municipalities, the organization of care is autonomous, considering local specificities. There is an urgent need for confrontation actions and professional qualification, especially because violence is a historical phenomenon that adopts new forms for which public policies are still unprepared, particularly with the use of technologies. In light of this, the study suggests that approaches such as sexuality education, peace education, and continuous training, integrated with health sectors and the intersectoral network for attention, prevention, and combating the phenomenon, are essential. The study also highlights the importance of sensitizing managers and participatory bodies at the local levels to effectively implement protocol instruments in daily, transformative practices, capable of enabling effective policies for children to exercise their right to live in a healthy and protected manner.

Keywords: Childcare; Childhood sexual abuse; Gender violence; Care network; Professionals.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Tipologia da violência..... | 42 |
| Figura 2 - Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências nos níveis da atenção à saúde, 2010..... | 62 |
| Figura 3 - Articulação dos conceitos atenção, 2006 | 66 |
| Figura 4 - Fluxograma do processo de seleção de estudos da revisão de escopo, 2022 | 80 |
| Figura 5 - Entradas no círculo hermenêutico..... | 92 |
| Figura 6 - Nuvem de palavras da revisão de escopo, 2022..... | 114 |
| Figura 7 - Etapas da atenção à pessoa em situação de violência sexual no Paraná, 2021 | 138 |
| Figura 8 - Ações de Enfrentamento à Situação de Violência Sexual na Atenção Primária à Saúde no Paraná, 2021 | 139 |
| Figura 9 - Fluxograma de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços de Referência no Paraná, 2021 | 140 |
| Figura 10 - Esquema de conduta profissional diante de gravidez decorrente de violência sexual no Paraná, 2021..... | 141 |
| Figura 11 - Fluxograma criança e adolescente vítima/testemunha de violência de Palotina/PR, 2022 | 147 |
| Figura 12 - Protocolo 05/2020 – Proteção e atendimento à pessoa em situação de violência sexual (vítima) criança e adolescente de Toledo/PR, 2022... | 149 |
| Figura 13 - Apreensões sobre violência das entrevistas de pesquisa, 2023 | 179 |
| Figura 14 - Nuvem de palavras da codificação “cuidado” das entrevistas de pesquisa, 2023 | 193 |
| Figura 15 - Convergências e Divergências das entrevistas de pesquisa, 2023 | 217 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 - Número de notificações no Sinan de violência sexual contra crianças no Brasil e taxa a cada 100 mil crianças, de 2011 a 2021 | 96 |
| Gráfico 2 - Notificações de violência sexual contra crianças em Toledo/PR e taxa a cada mil crianças, de 2012 a 2022..... | 107 |
| Gráfico 3 - Notificações de violência sexual contra crianças em Palotina/PR e taxa a cada mil crianças, de 2012 a 2022..... | 108 |
| Gráfico 4 - Notificações de violência sexual contra crianças em Mercedes/PR e taxa a cada mil crianças, de 2012 a 2022..... | 109 |
| Gráfico 5 - Local de ocorrência da violência sexual nos municípios pesquisados, de 2012 a 2022 | 109 |
| Gráfico 6 - Repetição da violência sexual em Toledo/PR e taxa de prevalência a cada mil crianças, de 2012 a 2022..... | 110 |
| Gráfico 7 - Repetição da violência sexual contra criança em Palotina/PR e taxa de prevalência a cada mil crianças, de 2012 a 2022..... | 111 |
| Gráfico 8 - Repetição da violência sexual contra criança em Mercedes/PR e taxa de prevalência a cada mil crianças, de 2012 a 2022..... | 112 |
| Gráfico 9 - Órgãos da rede acionados x intersecções por entrevistados/as da pesquisa, 2023 | 183 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 - Linha histórica das características da violência sexual às crianças no Brasil, de 2011 a 2021 | 97 |
| Tabela 2 - Linha histórica das características sociodemográficas de crianças vítimas de violência sexual notificadas no Sinan, Brasil, de 2011 a 2021 | 101 |
| Tabela 3 - Informações das matérias, 2023 | 152 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 - Principais leis e eventos sobre violência sexual infantil, entre 1923 e 2022 | 39 |
| Quadro 2 - Histórico comparativo da evolução dos cuidados da criança e conquistas sociais no contexto nacional, séculos XVI-XXI..... | 48 |
| Quadro 3 - Cuidados em saúde e necessidades na infância no Brasil, 2004 | 58 |
| Quadro 4 - Processo de trabalho do cuidado, 2006 | 66 |
| Quadro 5 - Perfil dos/as entrevistados/as da pesquisa I, 2023 | 86 |
| Quadro 6 - Perfil dos/as entrevistados/as da pesquisa II, 2023 | 87 |
| Quadro 7 - Unidades categoriais e sub-unidades da pesquisa, 2023 | 93 |
| Quadro 8 - Características dos artigos selecionados na revisão de escopo, 2022 | 113 |
| Quadro 9 - Informações sobre os textos selecionados na revisão de escopo, 2022 | 114 |
| Quadro 10 - Identificação do jornal, quantitativo de notícias e mês de publicação, 2023 | 150 |
| Quadro 11 - Sinais da violência sexual conforme linha de cuidados no Brasil, 2010 | 172 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ANDI | Agência de Notícias dos Direitos a Infância |
| BO | Boletim de Ocorrência |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CMDCA | Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| CD | Crescimento e Desenvolvimento |
| CSC | Caderneta de Saúde da Criança |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CME | Conselho Municipal de Educação |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CMDI | Conselho Municipal dos Direitos do Idoso |
| CMDCA | Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| DECS | Descritores em Ciência de Saúde |
| DNCr | Departamento Nacional da Criança |
| DHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| EM | Equipe de Mobilização |
| EUA | Estados Unidos da América |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| IA | Inteligência Artificial |
| IFF | Instituto Fernandes Figueira |
| IST | infecções sexualmente transmissíveis |
| IML | Instituto Médico Legal |
| JBI | Instituto Joanna Briggs |
| MES | Ministério da Educação e Saúde |
| NÚCLEO DA PAZ | Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |

| | |
|--------|--|
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| ONG | Organizações Não-Governamentais |
| PNRMAV | Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência |
| PNAISC | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| PAEFI | Programa de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos |
| PAISMC | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança |
| PAISC | Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PTSD | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RIPs | Rede Intersetorial de Proteção Social de Toledo |
| RS/PR | 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| TEPT | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| UPA | Unidades de Pronto-Atendimento |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 20 |
| CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO: VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL | 26 |
| 1.1 VIOLÊNCIA: CONCEITUAÇÕES E TIPIFICAÇÕES | 26 |
| 1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS, LEGAIS E POLÍTICOS DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA | 30 |
| 1.3 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA NO CAMPO DA SAÚDE..... | 42 |
| CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO: CUIDADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL | 46 |
| 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO À CRIANÇA | 46 |
| 2.2 PREMISAS DO CUIDADO | 50 |
| 2.2.1 Integralidade..... | 51 |
| 2.2.2 Proteção | 52 |
| 2.2.3 Equidade | 54 |
| 2.3 DIMENSÃO DE GÊNERO NO EXERCÍCIO DO CUIDADO E DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL..... | 55 |
| 2.4 LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA | 60 |
| 2.4.1 Acolhimento..... | 63 |
| 2.4.2 Atendimento | 69 |
| 2.4.3 Notificação..... | 72 |
| 2.4.4 Seguimento | 74 |
| CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO: ABORDAGEM MULTIMÉTODOS | 76 |
| 3.1 ETAPA QUANTITATIVA | 77 |
| 3.1.1 Dados sobre as notificações de violência sexual | 77 |
| 3.2 ETAPA QUALITATIVA | 77 |
| 3.2.1 Revisão de Escopo | 78 |
| 3.2.2 Manuais Orientativos..... | 80 |
| 3.2.3 Clipagem de Notícias | 81 |
| 3.2.4 Pesquisa de Campo: Entrevistas | 82 |

| | | |
|---------|---|-----------|
| 3.2.4.1 | CONJUNTURA DO CENÁRIO DE PESQUISA..... | 83 |
| 3.2.4.2 | CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA | 85 |
| 3.2.4.3 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 88 |
| 3.2.4.4 | COLETA DE DADOS..... | 88 |
| 3.2.4.5 | TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 90 |
| | CAPÍTULO 4 - TRIANGULAÇÃO DE RESULTADOS | 95 |
| 4.1 | DADOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS NO BRASIL..... | 95 |
| 4.2 | RESULTADOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS EM REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ | 103 |
| 4.2.1 | Principais Informações de Toledo/PR | 104 |
| 4.2.2 | Principais Informações de Palotina/PR | 105 |
| 4.2.3 | Principais Informações de Mercedes/PR | 105 |
| 4.2.4 | Violência Sexual Infantil nos Municípios de Pesquisa e Interseccionalidades..... | 106 |
| 4.3 | RESULTADOS DA REVISÃO DE ESCOPO ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA | 113 |
| 4.3.1 | Violência de Gênero..... | 123 |
| 4.3.2 | Maus Tratos | 124 |
| 4.3.3 | Violência Sexual..... | 124 |
| 4.3.4 | Abuso Sexual | 128 |
| 4.3.5 | Incesto..... | 129 |
| 4.3.6 | Crime Sexual..... | 129 |
| 4.3.7 | Estupro..... | 130 |
| 4.3.8 | Exploração Sexual | 130 |
| 4.3.9 | Tráfico | 131 |
| 4.3.10 | Reflexões sobre a Revisão de Escopo..... | 131 |
| 4.4 | MANUAIS ORIENTATIVOS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS..... | 132 |
| 4.4.1 | Manuais e Normativas no Brasil..... | 132 |
| 4.4.2 | Manuais e Normativas no Estado do Paraná | 136 |
| 4.4.3 | Manuais e Normativas em Mercedes | 144 |
| 4.4.4 | Manuais e Normativas em Palotina..... | 146 |
| 4.4.5 | Manuais e Normativas em Toledo..... | 147 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 4.5 | CLIPAGEM DE NOTÍCIAS ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS .. | 150 |
| 4.6 | PERCEPÇÕES DOS/AS PROFISSIONAIS ACERCA DO CUIDADO ÀS CRIANÇAS | |
| | VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL | 154 |
| 4.6.1 | Pressuposto 1 | 154 |
| 4.6.1.1 | <i>VIOLÊNCIA SEXUAL</i> | 155 |
| 4.6.1.2 | <i>VIOLÊNCIA DE GÊNERO</i> | 159 |
| 4.6.1.3 | <i>VIOLÊNCIA INTERGERACIONAL</i> | 165 |
| 4.6.1.4 | <i>CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL</i> | 167 |
| 4.6.1.5 | <i>VIVÊNCIAS EMBLEMÁTICAS</i> | 175 |
| 4.6.1.6 | <i>PALPITE 1: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E CONTRADIÇÕES ANALISADAS</i> | 178 |
| 4.6.2 | Pressupostos 2 e 3..... | 181 |
| 4.6.2.1 | <i>LINHA DE CUIDADO E DIMENSÕES DO CUIDADO</i> | 181 |
| 4.6.2.2 | <i>ACOLHIMENTO</i> | 185 |
| 4.6.2.3 | <i>ATENDIMENTO</i> | 188 |
| 4.6.2.4 | <i>NOTIFICAÇÃO</i> | 189 |
| 4.6.2.5 | <i>SEGUIMENTO</i> | 189 |
| 4.6.2.6 | <i>PALPITES 2 E 3: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E CONTRADIÇÕES</i> | |
| | <i>ANALISADAS</i> | 191 |
| 4.6.3 | Pressuposto 4 | 193 |
| 4.6.3.1 | <i>PERCEPÇÕES DO CUIDADO</i> | 193 |
| 4.6.3.2 | <i>MECANISMOS DE PREVENÇÃO</i> | 199 |
| 4.6.3.3 | <i>MENSAGEM FINAL</i> | 204 |
| 4.6.3.3.1 | <i>Fragilidades</i> | 205 |
| 4.6.3.3.2 | <i>Potencialidades</i> | 209 |
| 4.6.3.3.3 | <i>Saídas apontadas</i> | 214 |
| 4.6.3.4 | <i>PALPITE 4: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E CONTRADIÇÕES ANALISADAS</i> | 216 |
| | CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 219 |
| | REFERÊNCIAS | 224 |
| | APÊNDICES | 245 |
| | Apêndice A - Ofício circular..... | 246 |
| | Apêndice B - Termos de Anuência das Instituições..... | 247 |
| | Apêndice C - Roteiro prévio de entrevista - Profissionais | 253 |

| | |
|--|-----|
| Apêndice D - Foto cartaz de divulgação da pesquisa | 254 |
| Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 255 |
| Apêndice F - Termo de Confidencialidade e Sigilo | 256 |
| ANEXOS | 257 |
| Anexo A - <i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i> (<i>COREQ</i>) | 258 |
| Anexo B - Parece consubstanciado do CEP | 259 |

INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência é um processo histórico que sofre transformações, apresenta diferentes formas de manifestações e está relacionado às condições de produção e reprodução de existência. Ele afeta diferentes classes sociais e econômicas, bem como culturas, exigindo uma compreensão multilateral devido à sua complexidade. Além disso, envolve relações de domínio, submissão e crueldade, atingindo, historicamente, meninas e mulheres, o que constitui um desafio a ser enfrentado e superado (Carvalho, 2010).

A partir da década de 1990, a violência passa a ser reconhecida oficialmente como o maior problema de saúde pública no mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em relação à criança, a violência é tipificada nas formas física, psicológica, sexual e institucional. Para esta proposta de estudo, entende-se criança como a pessoa de zero a nove anos de idade, conforme o recorte etário utilizado pela OMS¹.

O enfrentamento à violência contra criança no Brasil foi assegurado em premissa legal na Constituição Federal de 1988 e reforçado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, e suas reformulações. Contudo, somente no ano 2000 foi instituído o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Criança e Adolescente, o qual foi reformulado em 2013.

Na política de saúde, desde 2001, foram inseridos instrumentos normativos como: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV); a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, em estados e municípios (2004); a Política Nacional de Atenção Básica (2006), o Sistema Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA) (2006); as Diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências (2009); e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (2015).

Destaca-se que, em 2010, a política de saúde formaliza a atribuição de atendimento à violência sexual por meio do protocolo de atendimento **“Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias**

¹ A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2015b) define a criança como a pessoa na faixa etária de zero a nove anos; sendo que a primeira infância abrange a faixa etária de zero a cinco anos. O Ministério da Saúde também considera a criança como a pessoa nessa faixa etária (Macêdo, 2016). Já o ECA (Brasil, 1990) considera a criança como a pessoa com até 11 anos de idade.

em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde”. Esse instrumento estabelece uma linha de cuidado para a atenção integral, articulada com a rede de cuidado e proteção social existente no território. Suas dimensões de atuação incluem: a) Acolhimento, b) Atendimento, c) Notificação e d) Seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

Como outros aparatos norteadores para o atendimento ao fenômeno, existem também as Diretrizes para o Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, executadas pela segurança pública e pela rede de atendimento do SUS (Decreto nº 7.958/2013); a Lei nº 12.845/2013, que estabelece o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual; a Portaria MS/GM nº 485/2014, que redefine o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS; e a PNAISC, de 2015. Todos esses instrumentos preveem a atenção integral, articulada com a rede de cuidado e proteção social existente no território.

Mesmo sob essas premissas políticas e legais de enfrentamento ao fenômeno da violência sexual infantil, os números sobre a questão são alarmantes. Em 2023, houve o maior número de registros de estupro e estupro de vulnerável da história, com 74.930 vítimas. Esses números correspondem aos casos notificados às autoridades policiais e representam apenas uma fração da violência sexual vivenciada por mulheres e homens, meninas e meninos de todas as idades (FBSP, 2023).

Na base do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (2022), também foram registrados recordes nos últimos 10 anos em relação aos casos de violência sexual notificados contra o gênero feminino, com 54.969 situações. Quanto às crianças na faixa etária de zero a nove anos, registrou-se também um pico no ano passado, com 37.708 notificações, sendo 14.289 contra meninas (Brasil, 2024). Além disso, os casos de denúncias de imagens de abuso e exploração sexual infantil na internet atingiram, em 2023, o maior índice da série histórica iniciada em 2006, com 71.867 queixas (Safernet, 2024).

Essa realidade exige respostas práticas, como o exercício do cuidado, e reflete e demanda ações no campo da saúde coletiva. Assim, esta proposta de pesquisa é guiada pelo seguinte questionamento: **Como ocorre o cuidado às crianças vítimas de violência sexual em região de saúde do estado do Paraná?**

Essa indagação se justifica devido a minha implicação com o objeto de pesquisa, a qual possui traços histórico, profissionais e de militância, potencializada

pela indignação e ânsia de acabar com as situações de violência, sobretudo contra crianças, uma vez que elas não têm condições, por si próprias, de frear tais ocorrências.

Essa trajetória teve início na Graduação em Serviço Social (2006), quando me interessei pela área da infância e pela questão de gênero, discutindo a situação da mulher no espaço rural no meu Trabalho de Conclusão de Curso. Em seguida, ao longo da minha caminhada profissional, trabalhei em um Centro de Proteção à Criança e Adolescente (2007) e em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (2009), com uma atuação voltada a crianças e adolescentes vítimas de violência, o que gerou uma maior identificação com o tema da violência sexual.

A experiência profissional no CREAS estimulou o direcionamento dos meus estudos para a violência sexual, intersectorialidade e transversalidade. Isso culminou na realização de pós-graduações lato sensu (2007-2019) e stricto sensu (2012-2013), sendo a última um mestrado em educação, que resultou na dissertação intitulada: “Violência sexual contra crianças: formação docente em discussão”.

Mesmo tendo atuado em diversos setores e políticas municipais, como: CREAS e Órgão gestor de assistência social (2009-2014); Casa Lar (2015); Centro de Saúde (2015-2020); Comitê de Saúde Mental e Enfrentamento à Violência (2016-2020), e, atualmente, na Política de Educação, nos Centros de Educação Infantil, Escolas Municipais e Centro de Autista (desde 2020), a criança sempre foi alvo de incidências².

O interesse contínuo e a preparação para aprofundar a pesquisa sobre o cuidado à criança vítima de violência sexual se concretizaram com a primeira tentativa de doutorado (2015), que, infelizmente, não pude cursar na época devido à não liberação do trabalho. Contudo, com persistência, participei de eventos, realizei disciplinas, leituras e publicações (2020-2021). Em seguida, ingressei neste curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva (2021-2025), que me acolheu de maneira extraordinária, tanto como acadêmica quanto em relação ao tema de pesquisa, contribuindo significativamente para o crescimento e engajamento do estudo na área da saúde coletiva.

Por ser um fenômeno complexo, a violência exige serviços especializados e profissionais capacitados para uma atuação ética e célere. Porém, infelizmente, os serviços e as políticas apresentam uma estrutura machista, patriarcal e sexista, que

² Utilizo o termo “incidência” no sentido de busca por soluções junto ao poder público, resultante de mobilizações, estando, portanto, sob a prerrogativa de incidência política.

reproduz ações cotidianas fragmentadas e limitadas. Diante disso, aponto quatro pressupostos para o estudo:

1) Os/as profissionais dos serviços da linha de cuidados integral às crianças vítimas de violência sexual não possuem conhecimento suficiente sobre o fenômeno, falhando tanto na identificação dos casos quanto na implementação da linha de cuidado;

2) Os/as profissionais têm receio em notificar, atender e acompanhar os casos de violência sexual contra criança, devido, na maioria das vezes, ao/à agressor/a se encontrar na localidade e ser atendido/a pela mesma equipe, o que evidencia a fragilidade dos mecanismos de proteção ao profissional;

3) Os/as cuidadores/as desconhecem os serviços e fluxos de atendimento da linha de cuidado integral às vítimas de violência, mesmo quando têm o dever de informar e esclarecer sobre os procedimentos, encaminhamentos e o encaminhamento a outras instituições que devem atuar na questão; e

4) Os serviços que compõem a linha de cuidado integral às vítimas de violência apresentam fragilidades nas intervenções direcionadas ao enfrentamento à violência sexual contra crianças, restringindo-se a ações pontuais, mesmo diante das prerrogativas institucionais e políticas que preveem a viabilidade de ações de prevenção no território.

Com o intuito de buscar elucidar a problemática de pesquisa, o objetivo geral deste estudo é analisar o cuidado às crianças vítimas de violência sexual em região de saúde do estado do Paraná. Para atingir esse objetivo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: a) compreender o fenômeno da violência sexual contra crianças; b) descrever os serviços e respectivos fluxos de atendimento às crianças vítimas de violência sexual; c) caracterizar as práticas dos/as profissionais do cuidado às crianças vítimas de violência sexual; e d) interpretar o significado das percepções dos/as profissionais acerca do cuidado.

Este estudo propõe uma análise do cuidado às crianças vítimas de violência sexual, considerando a perspectiva das relações sociais de gênero aplicadas ao fenômeno. Por meio de uma pesquisa multimétodos, envolvendo elementos qualitativos e quantitativos, foi realizada uma triangulação de resultados para compreender a temática. O estudo inclui uma revisão de escopo; pesquisa documental; pesquisa exploratória; levantamento de dados secundários; e pesquisa de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores/as dos

serviços de cuidados às crianças vítimas de violência sexual em região de saúde do estado do Paraná.

Desenvolvo as leituras e análises para compreender as expressões da violência sexual nas relações interpessoais, situadas em uma estrutura social marcada por desigualdades de classe, raça/etnia e geração, resultantes do patriarcado e do machismo. Nesse contexto, as relações de poder, caracterizadas pela dominação e exploração, preconizadas pelo androcentrismo e adultocentrismo, estão presentes. Percebo que o exercício do cuidado às crianças vítimas deve ser entendido à luz do campo do conhecimento interdisciplinar (Saffioti, 1997a, 2004; D'Oliveira; Schraiber, 2013).

Para tanto, esta tese está organizada em quatro capítulos. O primeiro, intitulado “Referencial teórico: violência sexual infantil”, aborda as conceituações e tipificações da violência nos contextos histórico, político e legal, com enfoque da demanda ao campo da saúde.

O segundo capítulo, “Referencial teórico: cuidado às crianças vítimas de violência sexual”, discute as acepções históricas e de gênero acerca do cuidado em saúde, contemplando categorias como Integralidade, Proteção e Equidade. Também apresenta pontos do documento norteador do cuidado às crianças vítimas de violência sexual no Brasil, com reflexões sobre as dimensões do Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento.

O terceiro capítulo, “Percurso metodológico: abordagem multimétodo”, versa sobre os aspectos metodológicos da coleta de dados quantitativos: a) dados sobre as notificações de violência sexual; e qualitativos: a) revisão de escopo; b) manuais orientativos; c) clipagem de notícias; e d) pesquisa de campo.

O quarto capítulo, “Triangulação de resultados”, apresenta os resultados das etapas quantitativa e qualitativa de pesquisa, com interpretação e análise pautadas na metodologia categorial de conteúdo dos dados e no método hermenêutico de interpretação. O cotejamento dos resultados da pesquisa de campo evidenciam a percepção dos/as profissionais que atuam no cuidado às crianças vítimas de violência. Neste item de análise, são discutidos os pressupostos da pesquisa, considerando as convergências, divergências e contradições das narrativas.

Por fim, as considerações finais trazem a sistematização dos principais achados de pesquisa, sinalizando recomendações e limitações do estudo.

Espero que este trabalho possa contribuir para a formação profissional e

subsidiar o delineamento de políticas de gestão e execução do cuidado, favorecendo o enfrentamento da violência sexual. Ademais, é fundamental que estas políticas atentem para as influências da construção de gênero nas ocorrências do fenômeno desde a primeira infância, além da necessidade do desenvolvimento de intervenções efetivas e de qualidade, tanto para os profissionais e gestores, quanto para as famílias e a comunidade.

Destaco que a pretensão deste estudo não se esgota com suas conclusões e recomendações, mas visa fornecer instrumentos aprimorados e qualificados para a luta contínua contra a violência sexual, entendida como um processo histórico e simbólico nas relações.

CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO: VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

1.1 VIOLÊNCIA: CONCEITUAÇÕES E TIPIIFICAÇÕES

Violência não é assunto fácil e agradável de se tratar, pois remete a situações de dor, abandono, sofrimento, amargor, sobretudo quando se expressa por meio de relações de abuso, brutalidade e agressividade de uma pessoa mais velha em relação a uma criança – um indivíduo em desenvolvimento que ainda não tem condições de discernir o que realmente envolve um ato violento.

O termo violência surgiu nas línguas latinas e anglo-saxãs entre os séculos XIV e XV, incluindo a língua portuguesa. Deriva do Latim “*violentia*”, que significa “*veemência, impetuosidade*”. Sua origem está relacionada ao termo “*violação*” (violare). Portanto, cabe compreendê-la nas dimensões da vida social, construídas nas relações humanas, tecidas por subjetividades e consciências inscritas nas relações sociais, com raízes históricas, mas que se alteram.

A violência tem a força e o poder como categorias centrais para a sua definição, refletindo em situações em que o domínio, a posse e o aniquilamento do outro ou de seus bens predominam. Ela emprega o uso da força física ou simbólica, aplicada e direcionada a cumprir um objetivo e resulta em danos físicos, mentais e/ou morais, originados pelas violências entre indivíduos, grupos, instituições ou organizações da sociedade civil (Minayo, 2006a).

Há uma multiplicidade de determinantes que contribuem para as violências, cujas manifestações são diversas, exigindo que sejam compreendidas em seus contextos sociais, culturais e históricos. Logo, estudar esse fenômeno requer se sustentar em diversos campos do conhecimento como a sociologia, a antropologia, a biologia, a psicologia, a psicanálise, a teologia, a filosofia e o direito (Modena, 2016).

Diante da complexidade e transversalidade da temática aqui tratada, são necessárias abordagens e intervenções que contemplem as múltiplas dimensões e expressões dos fatores envolvidos, como os sociais, econômicos, políticos e culturais. Portanto, recorro à perspectiva histórica da questão da violência sexual interligada à categoria gênero. Identifico nos elementos do machismo, do patriarcado e do adultocentrismo – aliados às desigualdades étnico-raciais, socioeconômicas e de gênero – fatores que permeiam tais violências na infância. Muitos autores/as estudam o fenômeno da violência, mas, para este estudo, utilizo Minayo (2006a), Bourdieu

(2016) e Saffioti (1997a, 2004) para a construção do referencial teórico, uma vez que eles caracterizam a violência sob um embasamento histórico crítico, complementado pela perspectiva hermenêutica dialética para análise dos dados.

Do ponto de vista filosófico e sociológico, Minayo (2006a) apresenta 3 (três) grupos de teóricos que tratam a violência, a saber:

- Primeiro grupo: sinaliza as violências como expressões de crises sociais, em que a população negativamente atingida se revolta devido à falta de respostas adequadas por parte da sociedade ou do Estado. Essas teorias permeiam o pensamento das décadas de 1960 e 1970 e são fundamentadas em autores como Tocqueville, que analisou a Revolução Francesa como uma reação às condições insuportáveis de vida; Fanon, que interpretou a violência como uma justificativa de vingança dos pobres e explorados; Sorel, que idealizou o mito da transformação de uma sociedade burguesa desigual em uma sociedade igualitária de base popular; e Sartre, que viu a violência como um fenômeno inevitável em contextos de escassez e necessidades sociais. Portanto, essas interpretações estão alinhadas às teorias denominadas de “frustração relativa”, segundo as quais a violência se origina das desigualdades e da ausência de condições objetivas para que determinados grupos e a sociedade como um todo satisfaçam suas necessidades (Minayo, 2006a).

- Segundo grupo: destaca o caráter racional e instrumental da violência como um meio para alcançar fins específicos, sendo o mais emblemático deles o poder. Nesse contexto, a pessoa violenta é considerada alguém que possui plena consciência de seus atos. Destaca-se, neste grupo, Engels (1981), ao apontar a violência como um meio acelerador do desenvolvimento econômico.

- Terceiro grupo: aborda a articulação entre violência e cultura, com destaque para Norbert Elias (Elias, 1993), que apresenta o papel civilizatório da modernidade, evidenciando a presença de mecanismos institucionalizados para a solução de conflitos. Nesse mesmo grupo, Freud (1980) identifica três momentos da violência: a) a associação com a agressividade instintiva do ser humano; b) a agressividade como instrumento para conter conflitos de interesse; e c) a agressividade como elemento de construção de uma identidade de interesses.

A partir dessas sinalizações da autora (Minayo, 2006a), reconheço que as sociedades modernas estão permeadas por conflitos de interesse, os quais são mediados pela doutrina do direito e da lei. Neste sentido, “A violência não é um fenômeno abstrato: ela é concreta e ocorre em cada estado e em cada município de

forma específica. Por isso existe a necessidade de estudos locais e operacionais. São necessárias também estratégias intersetoriais de enfrentamento [...]” (Minayo, 2007, p. 41), até mesmo porque as violências se desdobram em vários tipos, exigindo articulação de muitos setores para seu enfrentamento e prevenção. Minayo (2007) pontua os seguintes:

- Violência estrutural: gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, como a família e a escola, sendo naturalizada e oculta nas dinâmicas sociais. Expressa-se na exploração e opressão dos indivíduos, visando à manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas;
- Violência intrafamiliar: ocorre no ambiente doméstico, com as crianças como principais vítimas. Está associada a sentimentos e comportamentos negativos, como raiva, ressentimento e impaciência, por parte dos perpetradores, que frequentemente veem na criança uma válvula de escape para suas “frustrações”;
- Violência delinquencial: resulta da interação entre o desenvolvimento individual e os contextos sociais, manifestando-se durante o processo de amadurecimento humano. Essa forma de violência está associada à violência estrutural e às questões de classe;
- Violência institucional: perpetrada por instituições que deixam de cumprir seu papel na prestação de serviços que constituem bens sociais e direitos dos cidadãos;
- Violência criminal: envolve agressões graves contra pessoas, seja por atentados à vida, seja aos bens;
- Violência cultural: expressa-se por meio de discriminações, preconceitos, valores, crenças e práticas que legitimam desigualdades e exclusões;
- Violência de gênero: remete à opressão, submissão e crueldade nas relações entre homens e mulheres. Pode assumir formas físicas, psicológicas, sexuais ou simbólicas, vitimando especialmente as mulheres;
- Violência racial: uma forma específica de violência cultural, determinada pela raça da pessoa, sendo principalmente direcionada contra pessoas negras; e
- Violência contra a pessoa com deficiência: envolve práticas de isolamento, discriminação, molestamento e/ou menosprezo de pessoas com qualquer tipo de deficiência.

Para a autora, compreender as violências remete, fundamentalmente, considerar as estruturas sociais, econômicas e políticas. Isto é, faz-se necessário

analisá-las na sociedade que as produzem, em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica. Partilho desse entendimento e, nessa perspectiva, direciono a compreensão e análise do fenômeno, especialmente quando manifestado em situações de violência sexual contra crianças.

Destaco que a violência pode ser cometida por qualquer pessoa e ocorre em diversas classes econômicas, não sendo intrínseca à classe pobre. Santos (1997) sinaliza a erroneidade dessa conotação, explicando que ela se dá pelo fato de a classe popular frequentar amplamente os serviços públicos, o que torna sua expressão mais visível. Em contrapartida, nas famílias de classe média e alta, as situações de violências são poucos declaradas, pois elas apresentam condições socioeconômicas para acessarem serviços privados.

Ainda, no construto teórico sobre a violência, trago as contribuições de Bourdieu (2016), que pondera sua dimensão simbólica, construída no meio social, por meio da forma em que todos os membros da mesma sociedade pensam, agem e se comportam. Portanto,

A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) [...] não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural (Bourdieu, 2012, p. 47, grifo nosso).

Ela abrange, portanto, relações obrigam os indivíduos a aceitarem coações, concessões e submissão. Esses conteúdos atravessam as relações, os signos e, até mesmo, os discursos discriminatórios, naturalizados ao longo do tempo.

Para Saffioti (2001), a violência consiste em violação de direitos oriunda de desigualdades sociais e históricas, nas quais as relações entre homens e mulheres, dentro da ordem patriarcal de gênero ainda em curso, são permeadas por disparidades e marcadas pela hierarquização entre essas duas categorias de sexo. Nesse contexto, a força é um mecanismo utilizado para manter esse nível de relações, e a violência sexual é uma das manifestações desse processo.

Em suma, a violência deve ser compreendida a partir de alguns enfoques, como: a) um fenômeno a-histórico e de caráter universal, no qual a agressividade é inata ao ser humano, e a sociedade é um campo de luta entre indivíduos, grupos e nações; b) entendida em suas raízes sociais, que é a violência estrutural; c) um

mecanismo de revolta da população, o que denota uma estratégia de sobrevivência; e d) um instrumento de poder repressivo.

Ocorre que a violência se evidencia de maneira estrutural, simbólica, física, psicológica, moral, sexual, racial, de gênero, entre tantas outras expressões resultantes das desigualdades sociais, que reverberam em demandas para serviços e profissões. De clássicos a contemporâneos, não há uma visão da violência apenas como positiva ou unicamente negativa, mas sim o entendimento de que ela permeia historicamente as relações sociais, manifesta-se de formas diferentes ao longo da trajetória da humanidade e oscila entre mecanismos de violência aceitáveis e inaceitáveis.

A partir das concepções apontadas por Minayo, Bourdieu e Saffioti, considero que a vertente de análise com foco nos aspectos de gênero, contemplando a dimensão estrutural das violências e as bases ontológicas do ser social, apresenta melhores condições para subsidiar a compreensão da categoria deste estudo, pois se alicerça em uma perspectiva histórico-crítica dialética. Assim, ao centrar no entendimento estrutural da violência, considero que as relações entre os indivíduos e o coletivo ocorrem transversalmente à organização da sociedade, em que as relações violentas abrangem essa totalidade e se expressam de maneira intrafamiliar, doméstica e extrafamiliar, afetando, sobretudo, as crianças.

Para tanto, abordo brevemente os aspectos históricos, legais e políticos da violência contra a criança, a fim de observar o processo de entendimento dessas violações e os mecanismos de enfrentamento.

1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS, LEGAIS E POLÍTICOS DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA

A noção de criança e infância se altera conforme o contexto histórico, cultural e geográfico, não seguindo uma homogeneidade e linearidade. Ser criança depende do lugar e da maneira como se vivencia a infância. Por isso, em um mesmo local, é possível ter diversas infâncias. Logo, a infância não é universal, ela é construída. A condição de ser criança oscila, inclusive, ao ser uma criança menino e uma criança menina (Ariès, 2006). Contudo, aponto elementos históricos constitutivos da criança e as vivências das infâncias no território brasileiro.

Por muito tempo, não se reconheceu a existência da infância como momento delicado do desenvolvimento humano. Assim que as crianças adquiriam alguma

autonomia física, passavam a ser vistas e tratadas como pequenos adultos. Foi somente no final do século XVII, segundo Ariès (2006), com as mudanças trazidas pela escolarização, que teve início o reconhecimento e a preocupação com essas etapas da vida, e a família passou a ser o grupo referência, responsável por cuidar, acompanhar e zelar pelo seu bem-estar. Dessa forma, a família e a escola passaram a ser, culturalmente, os lugares da socialização e da disciplina.

No que tange a violência contra a criança, isso não se difere, constituindo um fenômeno histórico-cultural que se modifica ao longo do processo e nas dinâmicas das sociedades, sendo característico de cada momento e do que é ou não socialmente considerado como aceitável como atos de violência. Registra-se que os maus-tratos na infância ocorrem desde as civilizações antigas, expressos pelo infanticídio – eliminação de crianças que nasciam com defeitos físicos –; como medida de equilíbrio dos sexos; por questões religiosas e econômicas; e pela submissão a esforços desumanos – caminhadas extenuantes, abandonos e mortes. A ausência de qualquer tipo de proteção à criança demarca nossa sociedade.

Corazza (2002) ressalta a escassez de dados históricos sobre a criança desde a Antiguidade até a Idade Média, devido ao desinteresse dos estudiosos. No campo das artes, até aproximadamente o século XII, a infância era desconhecida pela arte medieval. As crianças eram retratadas nas obras em tamanho reduzido em relação aos adultos, mas com as mesmas características deles, como nos detalhes das roupas e corpos, com o delineamento dos músculos.

Naquela época, a idade não era um fator de importância como na contemporaneidade. Os trajes demarcavam as faixas etárias: no caso do gênero masculino, até quatro ou cinco anos de idade, usava-se vestidos e touca; a partir dos sete ou oito anos, passava-se a usar calça e gibão, transpondo para a fase adulta. No caso do feminino, o delineamento era feito com os vestidos de mulheres, a partir do abandono das fraldas. As crianças pobres não usufruíam dessa transição de trajes característicos das fases de crescimento, usando o que tinham e/ou ganhavam (Ariès, 2006).

Quanto à dimensão sexual, muitas atitudes não tinham a mesma conotação de repúdio como na Idade Contemporânea. Eram comuns brincadeiras como mostrar o pênis para os/as mais velhos/as e os adultos beijarem e acariciarem as partes íntimas como um ato engraçado: “Luis XIII ainda não tem um ano: ele dá gargalhadas quando sua ama lhe sacode o pênis com a ponta dos dedos” (Ariès, 2006, p. 75).

Somente no final do século XVI começa o controle sobre aquilo que a criança lê, com a preocupação de demarcar faixas etárias para delimitar a infância. No entanto, essa prática de indiferenciação perdura até o início do século XVIII. Lloyd de Mause (De Mause, 1991), na organização da obra “A História da Infância”, expõe que a infância foi, por muito tempo, um “pesadelo” do qual a sociedade recentemente começou a despertar, pois, na sociedade medieval, não se dava muita importância às crianças, considerando o grande número de mortalidade infantil. As pessoas agiam naturalmente em relação a esse fato, marcando um longo período em que a criança era vista como um ser insignificante.

Muitas expressões de violência eram naturalizadas em diversas culturas, entre os/às romanos/as, era comum o abandono de crianças e o pai tinha direito de decidir sobre a vida ou a morte dos/as filhos/as. Na Grécia Antiga, as crianças eram vistas como mercadorias de pouco valor, as consideradas “deformadas” eram exterminadas e as “saudáveis” estavam aptas a serem oferecidas aos deuses. Na Inglaterra, em 1780, as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento (Assis, 1992). Em algumas culturas, como a da Turquia, do Brasil rural e de outras, o toque nas partes genitais de bebês era considerado normal, visto como algo natural (Conte, 1993).

Especificamente no Brasil, as crianças negras escravas eram utilizadas pelos/as filhos/as de seus/suas senhores/as como “*muleque leva-pancadas*”. Freyre (2007, p. 411) apresenta que

[...] os meninos, uns homenzinhos à força desde os nove ou dez anos. Obrigados a se comportarem como gente grande: o cabelo bem penteado, às vezes frisado à Menino Jesus; o colarinho duro; calça comprida; roupa preta; botinas pretas; o andar grave; os gestos sisudos: um ar tristonho de quem acompanha enterro. Meninos-diabos eles só eram até os dez anos. Daí em diante tornavam-se rapazes. Seu traje, o de homens feitos. Seus vícios, os de homens. Sua preocupação, civilizarem-se o mais breve possível, adquirindo as cicatrizes gloriosas dos combates.

As meninas foram tolhidas de qualquer tipo de liberdade ou educação naquela época. Não podiam levantar a voz na presença dos/as mais velhos/as, deviam ser moças boas, com comportamento humilde e com ar acanhado. À menina respondona, o castigo utilizado era o beliscão (Freyre, 2007).

Desde os primeiros momentos, na colônia de Santa Cruz, como tentativa de adestramento físico e mental das crianças indígenas pelos Jesuítas, nas Minas

Setecentistas, destacam-se aspectos da sexualidade infantil, como a pederastia, bem como o preconceito e a discriminação racial na adoção de “enfeitadinhos mulatos” (Ferrari; Vecina, 2002). Essa perspectiva historiográfica coloca que crianças foram vitimizadas por meio de castigos corporais e métodos severos, o que deu margem a abandonos, assassinatos, espancamentos e até mesmo abusos sexuais.

Contam os historiadores que as primeiras embarcações de Portugal lançaram ao mar, mesmo antes do descobrimento, navegações repletas de crianças órfãs do rei, que recebiam a incumbência de prestar serviços aos homens durante a viagem, que era longa e trabalhosa, eram submetidas aos abusos sexuais praticados pelos marujos rudes e violentos. Em caso de tempestade, era a primeira carga a ser lançada ao mar (Azambuja, 2006, p. 4).

A violência demarca uma longa trajetória, desde o século XVII até o início do século XIX, período em que tais práticas eram toleradas, delimitadas pela ausência de políticas públicas de proteção. Naquela época, ainda estava distante a ideia de pensar em condições humanas, quiçá em direitos da criança, sendo ela compreendida enquanto sujeito. Muitas dessas características persistem durante os séculos XX e XXI, observando-se a dominação e a discriminação social prevalentes. No entanto, destaca-se neste último período o reconhecimento dos direitos das crianças, embora o campo de sua efetividade ainda seja um grande desafio (Faleiros, 2000).

Além das violências estrutural, institucional, cultural, de gênero, racial e contra pessoa com deficiência, há também a violência intrafamiliar, também conhecida como violência doméstica, que remete a conflitos familiares e se expressa por abusos, intolerância e opressão. Desde os primórdios, essa forma de violência tem sido responsável pela maior parte dos casos de violência contra a criança (Minayo, 2013).

As crianças que vivem em situação de violência familiar aprendem a estabelecer relações e comportamentos com base nesse contexto, tendo maiores chances de reproduzi-los em todas as fases de desenvolvimento humano – infância, juventude e idade adulta (Araújo, 1996).

Além das ramificações do abuso sexual e da exploração sexual, a violência sexual assume particularidades como o turismo sexual e a pornografia, bem como práticas como *sexting*, *sexcasting*, *sextosión* e *grooming*, permeadas pelo uso da tecnologia para viabilizar situações dessa natureza de violação (Paiva, 2012). As peculiaridades de cada uma delas são as seguintes: o *sexting* é um fenômeno em que, por meio de celulares, e-mail, salas de bate-papo e redes sociais, enviam-se

fotos sensuais de corpos nus ou seminus, mensagens de texto eróticas ou com convites sexuais. O *sexcasting* consiste na troca de mensagens sexuais por meio de serviços de conversas instantâneas e aplicativos. O *sextosión* remete a uma prática de chantagem com fotografias ou vídeos de crianças sem roupa ou em relações íntimas, compartilhados por mensagens, redes sociais ou e-mails, com o objetivo de exploração sexual. Por fim, o *grooming* é a aproximação de um adulto de crianças via internet, com o intuito de praticar abuso ou exploração sexual, classificando-se como uma ação do pedófilo sob uma nova forma de abordagem.

Tanto o *sexting* quanto o *sexcasting* utilizam recursos tecnológicos, porém a diferença é que este se caracteriza por mensagens textuais, sem utilização de fotos, vídeos e/ou semelhantes. Conforme pesquisa da Electronics Hub (2023), o Brasil é o segundo país com maior média diária de tempo gasto em frente às telas, aproximadamente 9 (nove) horas e 32 minutos do dia. Também fica em segunda posição quanto ao tempo de uso do celular (32,46%) e das redes sociais (22,37%), e em quinto lugar no uso de computadores (24,15%). A título de comparação, o Japão registra menos tempo nas mídias sociais, aparecendo na lanterna do *ranking* (4,92%) (Macmagazine, 2023).

Essa realidade abre campo para os crimes sexuais virtuais. No Brasil, somente em 2022, foram registradas 1.150 denúncias desse tipo de crime contra crianças e adolescentes (Brasil, 2022d). Noto que a família assimila, modifica e reproduz elementos da sociedade, legítima inclusive práticas humanas, sociais e históricas de ações violentas. De acordo com Boff (1997), isto constitui um projeto de dominação, especialmente da figura da mulher e da criança, implantado pelo homem e marcado pelo patriarcalismo, em que ocorre a submissão ao homem-macho.

Quanto ao processo protetivo legal das situações de violência sexual na infância, ele segue passos graduais. Vigarello (1998) escreve que, na França, o estupro durante o Antigo Regime, entre os séculos XVI e XVII, era muito pouco penalizado pela Justiça. Embora fortemente condenado pelos textos legais, havia, nesse período, uma tolerância para com a violência. O Estado punia com muita severidade alguns crimes, especialmente os realizados com derramamento de sangue, mas uma significativa parcela dos criminosos beneficiava-se com a impunidade, devido à organização judiciária precária e à ausência de uma polícia científica.

O autor destaca que, no caso da violência sexual, a negligência era ainda maior, devido à carência de legislação específica sobre o assunto. O vocábulo “estupro” não existia e o crime era punido eventualmente quando contra crianças. Observava-se a “inocência” da vítima, porém, caso a vítima fosse uma mulher adulta, o crime geralmente era recusado.

A questão da impunidade estava diretamente atrelada à classe social das partes envolvidas. O estupro cometido contra a filha ou esposa de um membro da elite era, em geral, justificado, enquanto a pobreza do autor do crime era vista como um agravante. Já quando o crime era cometido contra pessoas órfãs ou de classes sociais mais baixas, sequer merecia ser levado ao conhecimento das autoridades (Vigarello, 1998).

Observo que o Antigo Regime foi permeado pelo zelo com a reputação e a imagem, especialmente no que se referia às moças solteiras. Mantinha-se absoluto sigilo sobre qualquer episódio relacionado à perda da virgindade, pois, caso o fato fosse divulgado, a jovem perderia a possibilidade de casamento. Além disso, havia uma visão pecaminosa associada à violência sexual, que muitas vezes era encarada como se fosse da vontade da vítima, a quem se atribuía a responsabilidade, tornando-a vista como indigna (Vigarello, 1998).

Mesmo quando ocorria o incesto, Vigarello (1998) ressalta que havia a presunção de consentimento, considerando-o como corrupção apenas quando a vítima era uma criança. Contudo, os maiores danos eram atribuídos ao “proprietário” da vítima, que, nesse contexto, era o esposo ou o pai, e não a criança em si. Nesse momento histórico, a violência sexual era socialmente tolerada e considerada uma transgressão moral. A vítima era frequentemente vista com suspeita e envolvida em sua própria indignidade, e a violação do corpo não era, por si só, uma prova suficiente de crime.

Segundo Aded *et al.* (2006), foi apenas em 1857 e 1860 que os artigos do médico francês Ambroise Tardieu foram publicados, descrevendo casos de violência infantil, incluindo o abuso sexual de meninos e meninas. No entanto, Tardieu não conseguiu convencer seus pares de que a maior parte das violações era cometida por parentes ou responsáveis. Nesse contexto, surgiram as primeiras ações políticas para enfrentar essa questão, como o caso de Mary Ellen, no século XIX, nos Estados Unidos. Mary Ellen, uma menina de nove anos, foi maltratada fisicamente pelos pais

adotivos, o que atraiu a atenção para a proteção infantil e resultou na criação, em 1899, do primeiro Tribunal de Menores do mundo, em Illinois (Priszkulnik, 2009).

Somente um século depois, artigos de médicos norte-americanos sobre violência intrafamiliar infantil começaram a suscitar discussões em toda a sociedade, provocando a revisão de leis e o estabelecimento de políticas públicas nos Estados Unidos para a prevenção da violência infantil. Destaca-se, em 1962, a obra “Síndrome da Criança Espancada”, de Kempe e cols., publicada em Chicago, que alertou profissionais de saúde e a sociedade sobre a necessidade de proteção à criança (Priszkulnik, 2009). Mesmo de forma rudimentar, a medicina legal contribuiu nas investigações de casos de estupro, que se tornaram mais complexos. Juntamente com as contribuições da psicologia, buscou-se compreender os indivíduos em seu livre-arbítrio, o que foi fundamental para a definição da responsabilidade e para a determinação das perversões.

No Brasil, o primeiro artigo sobre o espancamento de uma criança de um ano e três meses, realizado por professores de Medicina da Santa Casa de São Paulo, foi publicado em 1973. A partir dele, foi realizada “[...] uma revisão da bibliografia mais relevante na época sobre o assunto, apontam as formas mais adequadas de se fazer o diagnóstico clínico, as dificuldades a ele inerentes, o prognóstico e as implicações sociais e psicológicas do fenômeno.” (Guerra, 1998, p. 81).

No entanto, Pimentel e Araújo (2006) destacam que, em 1895, ocorreu a primeira denúncia à polícia de um caso de abuso sexual contra uma criança no Brasil. No entanto, foi no século XX que se registraram significativas mudanças na compreensão dos crimes sexuais, influenciadas pelo ideal de liberdade. Esses princípios foram refletidos nos novos códigos e legislações que surgiram, com destaque para a **Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança**, de 1924, que resultou em preceitos legais posteriores voltados à proteção da infância. Entre os documentos que ajudaram a moldar a proteção à criança estão: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); a Declaração dos Direitos da Criança (1959); as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e Juventude – Regras de Beijing (1985); e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989) (Motti *et al.*, 2008).

Foi somente no século XX, mais precisamente em 1923, que foi criado o Juizado de Menores do Distrito Federal, e, em 1927, o Código de Menores. Durante os anos 1940, foi instituído o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), marcado por

caráter punitivo; e, em 1990, o ECA, no qual se prevê a proteção integral às crianças e se tem a compreensão delas como sujeitos de direitos (Fávero, 1999).

Até que se chegasse à dimensão da proteção integral da criança, respaldada pelo aparato legal, observo que a própria legislação acompanhou as características da conduta moral, observadas no Código Penal Republicano de 1890, que vigorou até 1940. Este código foi alterado pela Lei nº 12.015/2009, que ainda trata “Dos Crimes Contra os Costumes, dos Crimes Contra a Dignidade Sexual, da Sedução e dos Crimes Sexuais Contra Vulneráveis”, estabelecendo diretrizes sobre os crimes envolvendo menores de idade, assim como aqueles cometidos contra pessoas com enfermidade ou deficiência mental (Brasil, 2009).

A legislação classifica, em seu artigo 213, os seguintes crimes sexuais: “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). E, no artigo 215, “Violação sexual mediante fraude: Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima [...]” (Brasil, 2009).

No que tange às pessoas menores de idade, o Código Penal prevê os crimes sexuais contra vulneráveis em seu artigo 217-A, que classifica como crime “[...] induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem [...]” (Brasil, 2009), assim como sinaliza o:

Estupro de vulnerável: 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; § 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).

Também houve alterações quanto à prostituição e à exploração sexual, que passaram a receber as seguintes conotações e penas previstas no Código Penal:

Artigo 228 - Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual - Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa. § 1º Se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma,

obrigação de cuidado, proteção ou vigilância: Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos Manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente: Artigo 219 - Rufianismo § 1º Se a vítima é menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos ou se o crime é cometido por ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por quem assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância: Pena - reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa. § 2º Se o crime é cometido mediante violência, grave ameaça, fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos, sem prejuízo da pena correspondente à violência (Brasil, 2009).

A lei vigente também prevê concepções e penas para o tráfico de pessoas, com o intuito de exploração sexual, e define o favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual no Art. 228: “Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone [...]” (Brasil, 2009). Além disso, no que se refere ao crime de casa de prostituição, o Art. 229 caracteriza a conduta como: “[...] manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente [...]” (Brasil, 2009).

Com relação ao tráfico de pessoas, o novo Código Penal o classifica em dois tipos: internacional e interno. O tráfico internacional de pessoas para fins de exploração sexual está previsto no Art. 231: “[...] Promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de alguém que nele venha a exercer a prostituição ou outra forma de exploração sexual, ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro [...]” (Brasil, 2009). Já o tráfico interno de pessoas para fins de exploração sexual é definido no Art. 231-A: “[...] Promover ou facilitar o deslocamento de alguém dentro do território nacional para o exercício da prostituição ou outra forma de exploração sexual [...]” (Brasil, 2009).

Inicialmente, no Brasil, a preocupação estava voltada para crianças em situação de rua e abandono. Durante o período de 1980 a 1990, as Organizações Não-Governamentais (ONGs) concentraram seus esforços nesse tipo de demanda. Foi somente a partir de 1990 que tanto as ONGs quanto os serviços governamentais passaram a se atentar à questão da violência sexual infantil. Em 1996, a criação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Prostituição e Exploração Sexual Infanto-Juvenil trouxe maior visibilidade ao tema, especialmente aos crimes cometidos pela internet (Minayo; Souza, 1997; Macedo *et al.*, 2020).

A previsão legal e política se refletem em diretrizes para programas e projetos de enfrentamento, atendimento e prevenção da violência sexual contra crianças. Essas diretrizes são fruto da mobilização da sociedade civil e se materializam por meio de legislações e eventos essenciais na luta pelo reconhecimento do fenômeno, o que pode ser observado no Quadro 1:

Quadro 1 - Principais leis e eventos sobre violência sexual infantil, entre 1923 e 2022

| Ano | Legislação/Evento | Breve descrição |
|------------|--|---|
| 1923 | Declaração de Genebra | Assembleia Geral da Associação Médica Mundial – Aponta para a necessidade de avanços quanto ao trabalho da saúde com a violência. |
| 1927 | Código de Menor | Primeira lei dedicada à criança e adolescente no Brasil, possuindo a Doutrina do Direito do Menor e Doutrina da Situação Irregular. |
| 1941 | Código Penal | Conjunto de normas para regular a organização dos processos da justiça penal. |
| 1948 | Declaração dos Direitos Humanos | Prevê a proteção de direitos civis, políticos, culturais, sociais, entre outros. |
| 1959 | Declaração Universal dos Direitos da Criança | Em concordância com a Declaração de Genebra de 1923, adotada pela Assembleia das Nações Unidas de 1959, proclama os direitos da criança no Brasil. |
| 1986 | 8ª Conferência Nacional de Saúde | Inclusão da criança e adolescentes como cidadãos plenos de direitos à uma vida segura e saudável. |
| 1988 | Constituição Federal | Documento de maior peso legislativo no Brasil, assegura o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça. |
| 1989 | Convenção Internacional dos Direitos da Criança | Tratado que visa à proteção de crianças e adolescentes de todo o mundo, aprovado na Resolução 44/25 da Assembleia Geral da Nações Unidas. |
| 1990 | Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 | Lei específica que aborda os direitos das crianças e adolescentes no Brasil, definindo como o estado, a sociedade civil e a família devem se organizar para sua proteção. |
| 1990 | Lei nº 8.080 | Implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. |
| 1996 | I Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, Estocolmo, Suécia | Momento histórico no combate à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Resultou na Declaração de Estocolmo e na Agenda para a Ação, que foi adotada por 122 países. |
| 1999 | <i>Conferencia Iberoamericana de Altos Responsables de La Infancia y la Adolescencia en un Mundo Globalizado con Derechos</i> , Havana, Cuba | Ministras, ministros e representantes dos governos de países ibero-americanos reuniram-se para firmar a declaração sobre a “Coesão Social sobre os Sistemas de Proteção Social para a Igualdade de Oportunidades da Infância e Adolescência”. |
| 2000 | Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Criança e Adolescente (reformulado 2013) - Decreto nº 10.701/2021 | É um plano que orienta para que estados e municípios implementem os seus planos. |

| | | |
|------|--|--|
| 2001 | <p>II Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, Yokohama, Japão</p> <p>Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - Portaria MS/GM nº. 2001</p> <p>Programa Sentinela – Portaria Federal 878</p> <p>Portaria nº. 1.968 (MS)</p> | <p>Objetivou ampliar o compromisso sobre o enfrentamento a violência, observando os avanços e desafios, sobretudo sobre as novas formas de exploração sexual;</p> <p>Instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto.</p> <p>Um programa que atende no âmbito da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), crianças e adolescentes vitimados pela violência com ênfase no abuso e exploração sexual.</p> <p>Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.</p> |
| 2003 | Criação da Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes - Decreto 11.533 | Visa articular ações e políticas públicas relativas à temática, entre as quais está a revisão e atualização do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. |
| 2004 | <p>Criação da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI) – Decreto nº 5.159</p> <p>Rede Nacional de Prevenção da violência e promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção - Portaria nº 936</p> <p>Sistema Vigilância Violências e Acidentes (Viva) – Decreto nº 5.099</p> | <p>Responsável por desenvolver o projeto Escola que protege, que realiza a prevenção da violência sexual nas escolas, produzindo materiais didáticos e paradidáticos para professores/as da rede pública.</p> <p>Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios</p> <p>Tem como objetivo conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes e fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência.</p> |
| 2008 | III Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, Rio de Janeiro, Brasil. | Define novas prioridades de ações, construindo uma agenda de intervenção entre as diferentes instâncias de governo e sociedade, discutindo sobre a importância do atendimento humanizado e especializado às vítimas de violência. |
| 2009 | <p>Diretrizes para organização de Rede de Atenção às urgências - Portaria nº 1.020</p> <p>Reformulação Código Penal (marco legal da violência sexual) – Lei nº 12.015</p> | <p>Tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.</p> <p>Tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, torna pública e incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelece causas de aumento de pena para</p> |

| | | |
|------|---|---|
| | | esses crimes e define causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo. |
| 2010 | Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – Portaria nº 184 | Política que visa articular meios de redução dos casos relacionados aos acidentes e óbitos de crianças e adolescentes no Brasil. |
| 2013 | Diretrizes para Atendimento às vítimas de violência sexual - Decreto nº 7.958 | Estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação. |
| 2014 | Portaria MS nº 485/2014 | Redefine serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no SUS. |
| 2015 | Portaria nº. 1.130 – PNAISC Lei 12805 | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, com finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral às pessoas em situação de violência sexual. |
| 2016 | Lei nº 13.344 Prevenção e repressão ao tráfico interno e internacional de pessoas e medidas de proteção | Dispõe sobre a prevenção e a repressão ao tráfico interno e internacional de pessoas, mas sem ignorar as medidas de atendimento humanizado às vítimas, compreendendo assistência jurídica, social, de trabalho e emprego e de saúde. |
| 2017 | Lei nº 13.431 | Sistema de garantia de direitos da criança e adolescente vítimas ou testemunhas de violência. |
| 2022 | Lei nº. 14.344 Henry Borel | Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e ao adolescente. |

Fonte: Elaboração própria (2023).

É possível perceber avanços significativos na garantia dos direitos da criança, tanto no contexto mundial quanto nacional, com a implementação de políticas nas áreas de saúde, assistência social, educação e no judiciário. Esses avanços têm impulsionado a intersectorialidade entre esses setores.

Identifico que a partir dos anos de 1980, registrou-se mais incidências na realização de eventos e materialização de legislações e normativas, as quais direcionam o enfrentamento da questão. No Brasil, embora essas conquistas tenham sido impulsionadas pelos movimentos sociais e ONGs, especialmente no contexto da redemocratização, ainda existem desafios a serem superados, particularmente no campo da saúde. É necessário avançar na criação de diretrizes que articulem políticas e ações integradas para o atendimento, enfrentamento e prevenção da violência sexual contra crianças, conforme passo a detalhar a seguir.

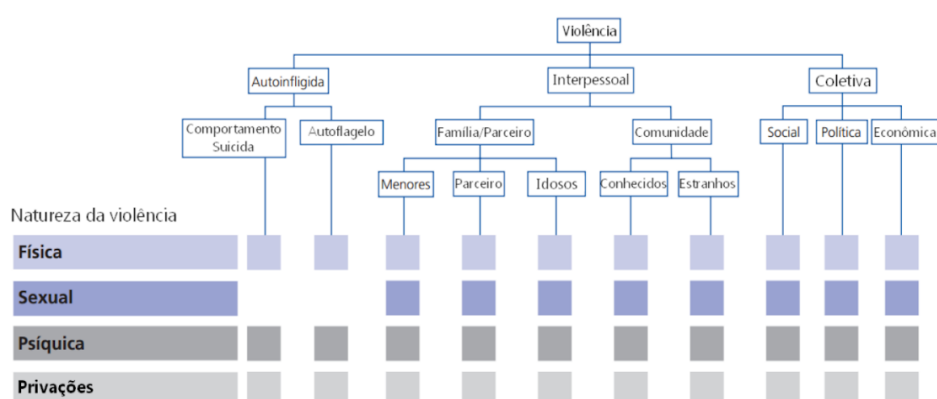
1.3 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA NO CAMPO DA SAÚDE

A violência sexual contra crianças começou a ser integrada efetivamente às discussões de saúde na década de 1960, impulsionada por denúncias de profissionais e pelos estudos da pediatra americana Kempe e colaboradores (1962) sobre a “síndrome do bebê espancado”. Esses estudos evidenciaram os graves impactos dessa violência no crescimento e desenvolvimento infantil, resultando na criação de programas assistenciais e preventivos em diversos países. Na década de 1970, sob a influência do movimento feminista, o setor de saúde ampliou sua abordagem para incluir a violência em uma perspectiva de gênero, abordando situações como agressões domésticas, mutilações, abuso sexual, violência psicológica e homicídios (Minayo, 2005b; 2006b).

Na América Latina, a violência passou a ser incorporada à agenda da saúde apenas na década de 1980, por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que começou a abordar as principais causas de morbimortalidade. Na década de 1990, a OPAS consolidou importantes documentos resultantes das assembleias de 1993 e 1994, os quais trataram especificamente da violência (Minayo, 2005b). No entanto, a legitimação da violência como uma questão de saúde no cenário mundial ocorreu apenas em 1996, durante a 49ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, formalizada na Resolução WHA49.25.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, destacou que os tipos de violência incluem: física, sexual, psicológica e privação ou negligência. Esses atos podem gerar danos físicos e/ou psicológicos, além de comprometer o crescimento, o desenvolvimento e a maturação das crianças (WHO, 1996).

Figura 1 - Tipologia da violência



Fonte: Krug *et al.* (2002, p. 7).

A Figura 1 evidencia o caráter global da violência, que atinge diferentes grupos etários e está associada à presença de um agente violador em todos os seus níveis. No âmbito das violações, a violência sexual se destaca por ultrapassar os danos físicos, gerando consequências que vão além de mortes ou lesões. Essas consequências podem incluir doenças transmissíveis e não transmissíveis, prejuízos psicológicos, comportamentos de risco, comprometimento no desempenho educacional ou ocupacional e, em alguns casos, envolvimento em atividades criminosas.

Embora a OMS (Krug *et al.*, 2002) reconheça a violência sexual como agravo de saúde, é pertinente destacar algumas teorias que fundamentam a compreensão dessa questão e influenciam a trajetória histórica de seu enfrentamento, a saber:

A **Teoria unicausal** ou **Concepção biologicista**, desenvolvida no século XIX, considera os aspectos biológicos ou físico-químicos do homem (Fonseca; Egry; Bertolozzi, 2006). No caso da violência sexual, seguindo essa teoria, Azevedo e Guerra (1993), sinalizam a **teoria unidimensional**, em que: o agressor é visto como doente mental (patologia individual); a família é responsável por facilitar um ambiente para o abuso (patologia social); e a vítima é considerada como sedutora (modelo de vitimologia).

As teorias biologicistas, no entanto, não podem ser consideradas conclusivas por si sós, pois, se assim fossem valorizadas, correríamos o risco do reducionismo unidisciplinar e político. Todo o conhecimento desenvolvido pela sociologia e pela psicologia criminal demonstra serem as pessoas das classes subalternas muito mais facilmente 'apreendidas em delitos', do que as das classes dominantes: seriam esses fatores ambientais e culturais (ou seja, ter nascido pobre e em ambiente pobre, nas periferias urbanas) que moldariam, não só a evolução do cérebro, mas também o desenvolvimento dos jovens que entram no mercado da violência? (Minayo, 2006b, p. 76).

Esta teoria mostra-se fragmentada para um fenômeno amplo e de raízes sociais e está demarcada unicamente por características genéticas e traços de personalidade.

Já a **Teoria da multicausalidade**, uma concepção baseada no idealismo e desenvolvida no século XX, na década de 1960, defende que a doença não tem uma causa única, mas sim múltiplas. Contempla fatores como a sociedade, a organização social e as dimensões biológicas do ser humano (Fonseca; Egry; Bertolozzi, 2006). Considera que as doenças estão atreladas as características comportamentais, fatores de risco, estilo de vida, entre outros. A teoria explica que

[...] as causas se ordenam dentro de três categorias possíveis ou conjunto de fatores que intervêm no aparecimento da doença: o agente, o hospedeiro e o meio. O comportamento anormal de um destes conjuntos de fatores pode ocasionar o desequilíbrio do sistema e conseqüentemente o aparecimento da doença. Assim, a presença de um ambiente desfavorável ocasiona transtornos no hospedeiro e ativação do agente que até então pode ter permanecido inativo ou em estado de não agressão, rompendo o equilíbrio (Fonseca; Egry; Bertolozzi, 2006, p. 21).

Mesmo assim, essa teoria ainda é compreendida dentro de uma vertente de sistema fechado. Em relação à violência sexual, Azevedo e Guerra (1993) apontam a **Teoria multidimensional**, segundo a qual o abuso é resultante da interação entre indivíduos, sociedade e cultura, materializando-se no cotidiano familiar.

Um modelo que tem sido comum nas abordagens teóricas e nas pesquisas relacionadas à violência no campo da saúde é o Modelo Ecológico. Este considera uma série de fatores, como as características individuais da criança e de sua família, da pessoa responsável pelos cuidados com a criança ou do perpetrador do abuso, a natureza da comunidade local e o ambiente social, econômico e cultural. Ele avalia as relações entre as dimensões coletivas, comunitárias e individuais.

Tanto a concepção biologista quanto a multicausal apresentam lacunas, pois não compreendem a historicidade do fenômeno nem os aspectos de sua produção e reprodução. A partir dos anos de 1970, o setor da saúde passou a aplicar a **Teoria epidemiológica** ou **Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença**, baseada no Materialismo Histórico-Dialético, a qual oferece uma nova forma de interpretar o processo saúde-doença, superando os limites impostos pela multicausalidade.

[...] esta teoria interpreta os fenômenos saúde e doença como expressões de um mesmo processo, evidenciando o seu duplo caráter: o biológico e o social, uma vez que encara a natureza humana, apesar de ter um lastro biológico, se determina a partir da vida do homem em sociedade. Assim, a organização social é o determinante fundamental das manifestações deste processo e evidencia-se como uma forma de manifestação da qualidade de vida dos agentes sociais. Esta, por sua vez é determinada pelos processos de produção e reprodução da vida social (Fonseca; Egry; Bertolozzi, 2006, p. 21).

Essa vertente tem origem nos estudos da saúde coletiva na América Latina, incorporando contribuições das ciências sociais. Ela identifica que, no contexto do modo de produção capitalista e da formação socioeconômica, a sociedade cria processos específicos de sociabilidade que impactam nas demandas e expressões

vivenciais trazidas por indivíduos e grupos sociais, inclusive a violência. Compreendo que esse fenômeno é gerado nos processos sociais, históricos e culturais; ou seja, a violência é um fenômeno social e humano, construído em sociedade, que exige uma compreensão baseada nas inter-relações subjetivas e nas condições das estruturas existenciais.

Nessa perspectiva, o Materialismo Histórico-dialético, por meio do método da totalidade – que compreende as dimensões *Estrutural* (formação econômica, social, políticos-ideológicas de uma dada sociedade), *Particular* (momento de produção e reprodução e consumo) e o *Singular* (processos individuais, nos quais se manifestam os potenciais de fortalecimento e desgaste) – tem condições de realizar aproximações para (re)conhecer o fenômeno em sua totalidade, na relação dialética entre si e o todo (Egry, 1996). A partir disso, é preciso compreender a violência sexual na infância, na sua particularidade ou individualidade, sem dissociá-la da estrutura geral da sociedade.

Na saúde coletiva, opto pela Teoria da Determinação Social para compreender o fenômeno da violência sexual infantil. Essa teoria é objeto de trabalho tanto do campo da saúde pública quanto da saúde coletiva. Enquanto a saúde pública foca nos problemas de saúde – como mortes, doenças, agravos e riscos – em suas ocorrências no nível coletivo, a saúde coletiva concentra-se nas necessidades de saúde, considerando as condições para evitar doenças e prolongar a vida, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Nesse contexto, aprofundarei, na sequência, a discussão sobre o cuidado a crianças vítimas de violência sexual, com base em uma perspectiva interdisciplinar de atendimento.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO: CUIDADO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO À CRIANÇA

O cuidado remete a cuidar de algo ou de alguém que seja ou esteja mais fraco, debilitado. É definido pelo Dicionário Priberam (Cuidado, 2023) como:

A forma [cuidado] pode ser [adjetivo], [interjeição], [masculino singular particípio passado de *cuidar*] ou [substantivo masculino]. Substantivo masculino 1. Cautela, precaução. ≠ NEGLIGÊNCIA. 2. Inquietação de espírito. 3. Diligência; desvelo. ≠ DESLEIXO, DISPLICÊNCIA, NEGLIGÊNCIA. adjetivo 4. Imaginado; meditado. interjeição 5. Expressão usada para pedir advertência ou cautela em relação a algo. = ATENÇÃO, CAUTELA

O cuidado envolve atenção, cautela, precaução e tudo aquilo que antecede situações de risco, perigo, demarcando uma ação preventiva. No entanto, muitas vezes o cuidado é exercido apenas após a ocorrência de problemas, sendo raramente utilizado como mecanismo preventivo. Segundo Boff (1999), o cuidado deriva do latim *cura* (*coera*), usado em contextos de relações de amor e de amizade, refletindo atitudes de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação por uma pessoa ou um objeto estimados. Ele abrange tanto o cuidar de si — relacionado aos aspectos privados da vida individual — quanto o cuidado como “agir social”, que envolve o cuidado com o outro, fundamentado em valores como solidariedade, amor e fé.

No que diz respeito à vida humana e à sua sobrevivência, o cuidado é essencial em todas as fases do desenvolvimento. Cada fase requer diligência, sendo que as necessidades de cuidado variam em intensidade, sem um padrão fixo ou constante. No caso da infância, o cuidado inicia-se desde a gestação e vai até a puberdade, marcando os primeiros passos e interações sociais e individuais. O modo como a criança é cuidada pode influenciar as fases posteriores de sua vida.

No Brasil, as primeiras instituições de cuidado, predominantemente filantrópicas e relacionadas ao campo da saúde, surgiram entre 1899 e 1924. Em 1899, foi fundado o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (Ipai), juntamente com a Policlínica Botafogo, criada por Luiz Torres Barbosa. Em 1909, surgiu a Policlínica das Crianças, e em 1914, o Hospital São Zaccharias, ambos vinculados à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 1924, foi criado o Hospital Abrigo

Arthur Bernardes, que em 1946 se transformou no Instituto Fernandes Figueira e, em 2010, passou a ser o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz). Em 1959, o Hospital Infantil e Maternidade da Cruzada Pró-infância foi inaugurado em São Paulo, sendo posteriormente renomeado Hospital Pérola Byington e se tornando um Centro de Referência da Saúde da Mulher, administrado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (História, 2013).

A primeira ação estatal para a proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi de iniciativa do Ministério da Educação e Saúde (MES), em 1937, com a criação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, que foi substituída, em 1940, pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr). Em 1983, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Em 1984, este programa foi desmembrado, resultando no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), responsável por monitorar o Crescimento e Desenvolvimento (CD), controle de diarreias e desidratação, controle das infecções respiratórias agudas, prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso, prevenção de acidentes e intoxicações e assistência ao recém-nascido. Também foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), voltado à assistência pré-natal, prevenção da mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao parto e puerpério, planejamento familiar, controle de câncer ginecológico e mamário, e promoção do parto normal.

As iniciativas filantrópicas foram as primeiras a oferecer cuidados à infância, enquanto as ações governamentais ocorreram em resposta às manifestações sociais e às crescentes demandas por proteção à infância, bem como às mães e adolescentes. Essas mobilizações se materializaram na Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, promovida pela *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), que serviu de base para a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, em 1990. Essa trajetória culminou, em 2004, com a integração do MS à vigilância do desenvolvimento infantil. Em 2005, o Cartão da Criança, implantado em 1984, foi substituído pela Caderneta de Saúde da Criança (CSC), principal instrumento para o registro e acompanhamento da saúde integral da criança.

Albernaz e Couto (2022) exemplificam, por meio do Quadro 2, a seguir, um esquema histórico didático sobre o movimento de cuidado à infância.

Quadro 2 - Histórico comparativo da evolução dos cuidados da criança e conquistas sociais no contexto nacional, séculos XVI-XXI

| Período de Referência | Cuidados voltados à Infância | Contexto Nacional |
|---|--|--|
| 1500 – 1600 | Surgimento e consolidação da infância, reconhecida nas suas especificidades; da família moderna; e da escola. | Brasil colônia. Cuidado baseado na cultura popular/indígena. Cuidados/caridade/Igreja católica. Desassistência do Estado. |
| Formação e cuidado da criança sob a responsabilidade da instituição Família e Escola | | |
| 1700 – 1800 | Cuidados baseados na sabedoria popular e caridade religiosa e na atenção médica não especializada. | Período pré-científico. Moncorvo de Figueiredo, 1846. Primeiro curso livre de puericultura e pediatria. Caridade e filantropia. |
| Fim do período Pré-Científico. Início das ações em saúde com influência da ciência | | |
| 1900 – 1920 | Consolidação da especialidade pediátrica no mundo com forte influência no Brasil. Morbimortalidade materno-infantil alta. | Consolidação da filantropia, cuidados da caridade, ambulatórios ligados a fábricas/trabalho e consultórios privados. |
| 1930 – 1988 | Ações de saúde orientadas para políticas públicas para a alta morbimortalidade materno-infantil, coordenadas pelo Estado. Iniquidades socioeconômicas e entre as regiões do Brasil. Implantação do cartão da criança (1984). | Capanema, reformas no Mesp. Delegacias Federais de saúde (iniquidades regionais) e conferências Nacionais de saúde. Criação do MS (1953). Reforma sanitária e psiquiátrica. VIII conferência Nacional de saúde (1986). |
| A Cobertura Universal de Saúde, Atenção Primária e a Promoção da Saúde | | |
| Após 1988 | Estatuto da criança e do Adolescente – ECA (1990). A caderneta de saúde da criança (2005) substitui o cartão da criança – políticas públicas. | Constituição cidadã de (1988). Sistema Único de saúde (SUS) (Leis nº 8.080 e nº 8.142). Atenção Básica, promoção da saúde, PSF (1992) e EsF (1998). |

Fonte: Albernaz e Couto (2022, p. 243-244).

Portanto, as políticas públicas de saúde remontam a uma construção recente e que têm que lidar ainda com resquícios da criança tida como objeto de muitas relações. O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança requer atenção integral e contínua, e o processo de adoecimento é constante no modo produtivo vigente, acentuado pelo uso excessivo de tecnologias. Isso impacta desde a mais tenra idade o processo de qualidade de vida, que remete a saúde.

Noto que, nos primeiros séculos, o cuidado com a criança era visto como um estorvo – termo bastante reproduzido, com a visão alterada a partir do século XX,

mediante a mudança na concepção de infância e dos modos de cuidar, em que a criança é vista como sujeito de direitos. Então, outras conotações foram dadas ao exercício do cuidado, enquanto proteção, embora ainda com limitações e fragilidades da criança como ser em desenvolvimento.

O cuidado consiste em um nível de atenção do sistema de saúde, procedimento técnico, mas também ações voluntárias e involuntárias, exercidas por familiares, conhecidos, desconhecidos e profissionais, e possui significados e sentidos. Compreende-se como um tratamento de respeito, em que são considerados o sofrimento e as fragilidades humanas, delineado como uma dádiva e um serviço, conforme o processo de (re)construção em diferentes sociedades e períodos históricos (Luz, 2004).

Enquanto uma dádiva, o cuidado está atrelado à oferta, à doação, ao voluntariado, implicando em relações de trocas desinteressadas e recíprocas. A dádiva pode ser entendida como “[...] qualquer prestação de bem ou de serviço, efetuada sem garantia de retorno, tendo em vista a criação, manutenção ou regeneração do vínculo social” (Caillé, 2002, p. 192). Sua manifestação é comum em práticas imbuídas de religiosidade, caracterizadas por vínculos comunitários personalizados.

Em contrapartida, enquanto um serviço, é regido por relações de obrigatoriedade e vínculo, características do Estado moderno, no qual o mercado e o Estado estabelecem a relação entre produtor e usuário (Pinheiro; Guizardi, 2006). Demanda dedicação, responsabilidade e disponibilidade de participar da vida de quem é cuidado, caracterizando-se como a arte do encontro (Merhy, 2004).

Na área da saúde, onde se exerce o cuidado como serviço, tem-se, de um lado, pessoas que trazem sofrimentos ou necessidades (usuários/pacientes) e, de outro, pessoas (profissionais) que colocam os seus conhecimentos e recursos materiais/instrumentais, com a finalidade de solucionar e/ou equalizar tais situações. Ou seja, encontros carregados de sentimentos, emoções e identificações, que podem dificultar ou facilitar a relação. Faz parte da essência humana e inclui envolvimento, relacionamento, compreensão, acolhimento, escuta e respeito por quem é cuidado e por quem o exerce.

Entretanto, o cuidado enquanto serviço, considerado a partir do modelo biomédico, fundamentado em diagnósticos, por vezes afasta essa relação humana de atenção integral à saúde. Logo, muitas pessoas que buscam os serviços de saúde

não trazem somente marcas e sintomas físicos, identificáveis prontamente. Uma criança necessita, conforme sua fase de desenvolvimento, ser percebida reiteradamente, por seu cuidador imediato ou esporádico. É necessário perceber sinais, por vezes imperceptíveis, para então conferir essa relação e atenção integral. Cabe, assim, um trabalho interdisciplinar, articulado com a rede de serviços e usuários.

Sobre isso, destaco dois níveis ou dimensões, a de nível macro, no qual estão os modelos de atenção com foco na diversidade da demanda; e de nível micro, que exige perceber a prática cotidiana dos serviços, nos hospitais, UBS, sendo o campo da resposta direta ao usuário – a relação profissional/serviço x usuário/profissional. Esses níveis de atenção são intrínsecos à organização dos serviços de saúde.

É evidente a complexidade e a diversidade do cuidado, assim como as necessidades da criança. As áreas para viabilidade de seus direitos têm, em seu prisma, diferentes parâmetros do que venha a ser entendido como cuidado. Até porque, a criança vítima de violência requer atenção para que supere procedimentos técnicos e curativos, envolvendo também sua dimensão subjetiva. Por mais que o documento “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” (Brasil, 2010b) sinalize alguns setores como integrantes da rede de atendimento e enfrentamento à violência sexual, algumas premissas do cuidado devem nortear a atuação e a qualidade desse cuidado.

2.2 PREMISSAS DO CUIDADO

Cuidar do outro pressupõe, de imediato, dedicação de tempo e comprometimento em suprir necessidades de diversas ordens, em conformidade com as particularidades. Por isso, o modelo de atenção e cuidado integral preconiza, na primeira infância, componentes interrelacionados, compreendendo: boa saúde, nutrição adequada, segurança e proteção, cuidados responsivos e oportunidades de aprendizagem (Altafim *et al.*, 2023).

Tendo em vista que a primeira infância ocorre desde a gestação até os seis anos de idade, os fatores da segurança e proteção são essenciais, e ambientes seguros devem ser garantidos para crianças e suas famílias. O cuidado responsivo, que diz respeito à capacidade dos/as cuidadores/as de perceber e atender às

necessidades das crianças, é indubitável. Na verdade, é a materialidade do vínculo emocional e a construção das relações sociais, uma vez que, primeiramente, os/as responsáveis devem garantir a proteção, identificar e viabilizar respostas a situações de doenças, e estimular o desenvolvimento e o aprendizado.

Os/as cuidadores/as devem se atentar a três aspectos fundamentais das crianças: “1. Atender às necessidades básicas da criança e zelar por sua saúde e bem-estar; 2. Estar emocionalmente conectados, atentos e receptivos às crianças; 3. Ser referência de segurança e ser estável e consistente na vida da criança.” (Altafim *et al.*, 2023, p. 27).

Assim, cuidadores/as, responsáveis e profissionais necessitam cuidar, proteger e garantir a integridade e a dignidade da criança, em uma perspectiva ética, sobretudo no caso da violência sexual, pois a criança apresenta menor capacidade de autoproteção e autonomia. Até porque, o cuidado tem dimensões objetivas asseguradas em arcabouços legais e políticos, que apresento a seguir.

2.2.1 Integralidade

A integralidade, como um discurso propagado por organismos internacionais, ligados principalmente à atenção primária e à promoção de saúde, relaciona-se com um movimento da medicina integral. Suas origens estão calcadas no ensino médico nos Estados Unidos; critica atitudes profissionais fragmentadas e reducionistas a dimensão biológica; reconhece os aspectos psicológicos e sociais das condições de doenças dos indivíduos; articula práticas de saúde pública com assistenciais; e introduz prontuários unificados e práticas de atendimento a demandas espontâneas em antigas unidades de saúde pública, com a preconização da horizontalidade nas ações.

No Brasil, a integralidade é uma das diretrizes básicas do SUS, o “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [...]” (Brasil, 1988, Art. 198). Está fortemente demarcada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e na própria concretização do sistema. Pauta-se nos princípios da descentralização e universalidade dos serviços, desencadeando experiências locais centradas na integralidade da atenção, que objetiva a ampliação dos serviços e envolvimento dos sujeitos (Pinheiro; Luz, 2003).

Nesse contexto, insere-se o cuidado, que integra diferentes sujeitos nas relações cotidianas e nos espaços públicos, compreendendo e executando o cuidado sob o prisma da integralidade, pois:

[...] se revela como um fio condutor da construção da integralidade na atenção à saúde, em seus sentidos mais amplos, como local de encontro de sujeitos com necessidades e capacidades, onde fluxos de interação possibilitem o acesso às várias alternativas de solução de problemas e à construção de vínculos e de responsabilidades mútuas (Pinheiro *et al.*, 2004).

É o campo no qual saberes e experiências científicas, populares e legítimas, objetivas e subjetivas se encontram; é um espaço de trocas, ressignificação e produção de relações sociais. Estão presentes a construção de laços e vínculos que ampliam e efetivam o acesso a serviços capazes de materializar e romper, ao mesmo tempo, com técnicas e diretrizes. Esse encontro fomenta e viabiliza o cuidado, por isso deve ter como norte a sua integralidade e ultrapassar modelos tradicionais e hierarquizados de fazer políticas.

Deve-se considerar a pessoa como um todo, entender suas necessidades naquele contexto em que vive, na promoção da saúde e prevenção de doenças, para viabilizar tratamento e reabilitação. Nesse sentido, compreender e apreender o sofrimento apresentado vai além da dor e sequelas aparentes, é fundamental realizar o acolhimento para então prover um cuidado integral. Somente sob esse respaldo é que se tem condições de identificar, notificar, atender e encaminhar as situações de violência sexual e garantir dignidade e resolutividade efetivas.

Contudo, o cuidado ocorre além do acolhimento e da atuação intersetorial; nele atravessam-se outras dimensões como o proteger, sobre o que trato a seguir.

2.2.2 Proteção

Pensar na criança remete a um ser frágil, que necessita ser protegido por sua condição de desenvolvimento, um papel atribuído ao primeiro grupo de convivência, isto é, mães, pais, avós; enfim, a família representa a noção de aconchego e proteção. Os adultos devem instruir, observar, ouvir, orientar com informações adequadas, compatíveis com a idade e entendimento da criança. No entanto, a prática contradiz essa ideia, uma vez que autores da violência sexual infantil são aqueles a quem está atrelada a função protetiva, como pais e padrastos.

O espaço doméstico, privado, mostra-se terreno fértil para diversos tipos de violência, que, por sua natureza de estar resguardado entre “quatro paredes”, provoca o isolamento da família dos “olhos e ouvidos” da sociedade. São locais para execução de um crime “perfeito”, sem testemunhas ou, quando as há, por diversas razões, elas insistem em uma convivência silenciosa.

Proteger é definido no Dicionário Priberam (Proteger, 2023) como:

Ação ou efeito de proteger; apoio, ajuda, socorro: a proteção da lei. Zelo em relação a alguém ou a algo mais frágil: proteção aos direitos das crianças; proteção aos mendigos. O que é usado para envolver algo, protegendo-o; embalagem. Medidas que privilegiam algo ou alguém. [Jurídico] Conjunto de leis que protege alguma coisa e os meios usados para colocar essas leis em prática: proteção do meio ambiente. Tombamento que, feito pelo governo de um país, visa proteger um bem. Algo usado como guarita; abrigo. Etimologia (origem da palavra **proteção**). Do latim *protectio.onis*, “esconder”.

Essa tarefa de proteger não é simples e fácil; sob condições favoráveis, em que não esteja permeada por situações de doenças, vulnerabilidades, riscos, ela se torna facilitada. Já em situações “desfavoráveis,” rodeadas por situações de violências, doenças, vulnerabilidade social, econômica, fragilidades, conflitos de vínculos afetivos e rede de serviços insuficientes e precária, o ato de proteger uma criança fica totalmente comprometido.

Inicialmente, espera-se que a família promova essa guarida, seguida pela rede de serviços existentes, até porque a criança, por si só, não consegue realizar a autoproteção em todos seus campos de desenvolvimento. Nesse processo, visualiza-se o “jogo de empurra” de responsabilidades, pois essa proteção é aprendida, variando na história, na cultura e nas gerações. Muitos adultos advêm de contextos de ausência de proteção, não aprenderam como fazê-la, então a reproduzem, por vezes, de maneira insuficiente e/ou inadequada – até porque ser mãe, pai, avó, enfim, agente protetivo, é uma construção.

Por isso, quando se falha na proteção à infância, demandas de riscos sobrevêm, entre eles as situações de violência sexual. O “jogo de empurra” também está impresso; repassa-se para outrem uma parcela da responsabilidade que se tem para com a criança. Mesmo reconhecida a relevância da proteção ser provida cotidianamente, há dificuldades em ofertá-la. Proteção exige dedicação, doação à vida de outrem e isso, muitas vezes, demanda renúncias de menor e maior proporção.

Muitas dificuldades são impostas aos adultos para darem conta da educação, da saúde e de proverem proteção, o que gera, em parte, uma vontade de delegar a outro adulto tal compromisso; ou, ao sinal de falha nessa proteção, delegar a outrem a culpa ou minimizar as ações, forçando que outra pessoa faça por si.

Vejo a reprodução daquilo que o adulto teve como referência de proteção, que se repete em seu tempo, nos cuidados que teve quando foi criança, para com outra geração, a qual está inserida em outro contexto totalmente diverso do/a responsável. Não desmereço a experiência, mas, principalmente pelo ritmo frenético dos avanços tecnológicos que atravessam inclusive as expressões de violência, foco desta discussão, exigem-se também ações protetivas em conformidade, embora ainda fiquem aquém do que é exigido.

Logo, a necessidade de a proteção se antecipar às situações de risco, para que elas não ocorram, é tarefa árdua. O nível de proteção pode ser adequado à geração, mas varia também conforme ela, seja dos/as próprios/as responsáveis, seja dos/as profissionais que a exercem. Na verdade, há limites do lugar dos adultos em relação à infância no presente, sobre o que não deve haver divergências de atendimento e acesso, mas sim igualdade.

2.2.3 Equidade

Universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem princípios tríplexes do SUS, previstos pela Lei nº 8.080/1990, e traduzem o ideário da Reforma Sanitária brasileira. A equidade parte da premissa da igualdade de direitos, isto é, o “micro” dentro do “macro” e o “macro” no “micro”, ou seja, a particularidade de uma realidade na sua totalidade e vice-versa. Para a política de saúde,

A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas [...]. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (Malta, 2001, p. 135-136).

Para o campo da intervenção em casos de violência sexual na infância, a equidade sugere garantir que todos – homens, mulheres, garotos, garotas, meninos e

meninas – recebam o mesmo serviço e de qualidade, no tratamento, nas orientações, independentemente do ponto da rede em que se encontrem.

Portanto, viabilizar o cuidado efetivo e integral às crianças vítimas de violência sexual constitui um grande desafio, ainda mais em um território tão extenso e diversificado como o Brasil.

2.3 DIMENSÃO DE GÊNERO NO EXERCÍCIO DO CUIDADO E DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

O cuidado é um termo amplo, atravessado por concepções de saúde e doença, com maior conotação na área da saúde. A OMS (1978, p. 71) define que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Isto é, o cuidado mais próximo e territorial, em que profissionais estão ao redor do ambiente familiar, constituem relações de confiabilidade e respeito à dinâmica local da população, viabilizadas por meio de tecnologias, classificadas como: *tecnologia dura* (equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais); *tecnologia leve-dura* (saberes bem estruturados que atuam no processo de saúde); e a *tecnologia leve* (relações de produção de comunicação, acolhimento, vínculos e autonomização) (Merhy, 1997).

Reconheço que o emprego de tecnologias dura e leve-dura, na contemporaneidade, permite uma melhor qualidade de vida, mas ressalto a necessidade de combinar todas as modalidades para melhor emprego e resolutividade, pois estas não substituem o cuidado propriamente humano. Deve prevalecer uma relação de sujeito-sujeito, de prazer, de convivência, não mecanizada e padronizada. Até porque “[...] estar em contato significa expor-se a afetos e, portanto, ser afetado [...]” (Onocko Campos, 2005, p. 579). Esses cuidados podem ser

a curto, médio e longo prazo, embora não seja o tempo que determine o grau de afeto, mas o cotidiano, as relações, enfim, o contato que permite essa construção.

No campo da saúde coletiva, são empregados diversos saberes e ações voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, com o intuito de atuar na identificação e viabilização de condições que ampliem a qualidade de vida. O cuidado à violência sexual faz parte dessa área de atuação, o que exige pensar e elaborar estratégias para o seu enfrentamento, que deve ocorrer em diversas frentes e áreas profissionais que compartilhem os mesmos objetivos.

Friso que, em 55 estudos de metanálise realizados em 24 países, foi verificada a prevalência de violência sexual contra meninas na infância, variando de 8% a 31%, dependendo do tipo de abuso. Em 65 estudos, realizados em 22 países, identificou-se que 19,7% das mulheres sofreram alguma forma de abuso sexual antes dos 18 anos. No Brasil, a prevalência de abuso sexual antes dos 15 anos varia entre 5,8% e 11,6%. Essa realidade resulta em consequências que se prolongam até a vida adulta. No caso das mulheres, há aumento de depressão, transtornos alimentares, distúrbios de identidade, maior risco cardiovascular, problemas gastrointestinais e respiratórios, além de somatizações, tentativas de suicídio, estresse pós-traumático, baixa autoestima, dificuldades nas relações interpessoais e, até mesmo, revitimização (Apolinário, 2022).

Ademais, o combate à violência sexual infantil está destacado como um dos objetivos da agenda de desenvolvimento sustentável, contemplado na Meta 16.2, em que as Nações Unidas frisam: “Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças”, e o Brasil afirma que é necessário “Proteger todas as crianças e adolescentes do abuso, exploração, tráfico, tortura e todas as outras formas de violência” (Ipea, 2024). Portanto, é necessário identificar e traçar estratégias voltadas à coletividade, compreendendo as particularidades, como a ocorrência majoritária contra meninas e mulheres, além do atrelamento do cuidado ao papel feminino. Esses fatores devem ser considerados na formulação de ações voltadas à qualidade de vida das mulheres e meninas em nossa sociedade.

Em virtude da natureza e do objeto de trabalho, algumas áreas de atuação são associadas ao exercício do cuidado, como a enfermagem, o técnico em enfermagem, a psicologia, o serviço social, e, até mesmo, a medicina. Excetuando-se esta última, predominantemente ocupada por homens, embora venha apresentando alterações nesse perfil ao longo do tempo, observa-se a predominância feminina nas demais

profissões. Isso remonta a uma dimensão de gênero associada ao papel de cuidadora. Esse papel ainda é visto e reproduzido como mais “compatível” com o feminino.

A construção patriarcal atribui características como delicadeza e responsabilidade com atividades domésticas ao gênero feminino, reforçando-as ao longo do tempo. O estudo de Bottoms *et al.* (2014) denota que as mulheres tendem a sentir mais empatia pelas crianças em situação de abuso sexual em comparação aos homens. Em contrapartida, as mulheres são mais propensas a vivenciar o abuso sexual e a ouvir revelações dessa natureza, pois são criadas a partir dessa característica.

Por isso, discutir sobre equidade de gênero mostra-se urgente, pois há uma necessidade premente de construir novos papéis. Situações como alienação parental, adoção por pessoas homoafetivas, combate à violência contra mulheres e crianças, e o aumento de famílias chefiadas por mulheres são realidades da sociedade contemporânea e demandam comportamentos e práticas que rompam com os padrões consolidados. Até porque, “[...] há uma nova mulher, mas que vive sob o manto das velhas representações, pois continuamos cobrando delas o velho modelo de mãe idealizada [...]” (Azevedo; Arrais, 2006, p. 270).

Há uma sobrecarga física e mental associada à maternidade. Um estudo da Oxfam (2023) mostrou que mulheres e meninas, em todo o mundo, dedicam 12 bilhões de horas diárias ao cuidado não remunerado. Se essas horas fossem remuneradas, resultariam em 10,38 trilhões de dólares injetados na economia por ano, o equivalente ao 4º maior PIB mundial. No Brasil, o IBGE constatou que mulheres realizam mais de 61 horas semanais em trabalhos não remunerados, superando a indústria e a agropecuária. Esse trabalho corresponderia a uma remuneração mensal de até R\$ 10 mil. A atribuição do cuidado às mulheres reflete um fator cultural profundamente arraigado. 92% das mulheres realizam afazeres domésticos, dedicando, em média, 21 horas semanais aos cuidados da casa, em comparação com os 78% dos homens que realizam essas mesmas tarefas (Nery, 2023).

Essa realidade contribui para a culpabilização de gênero no contexto do abuso sexual infantil, em virtude da “representação” ainda legitimada do trabalho gratuito e invisível que as mulheres desempenham como cuidadoras das gerações e responsáveis pela manutenção da vida. Nesse cenário, em casos de violência sexual, a vítima é frequentemente a primeira a ser culpabilizada, seguida pela mãe. Isso ocorre porque sobre a mãe recai a forte premissa do cuidado, com a expectativa de

que ela deveria estar atenta aos sinais. Essa lógica é reproduzida até mesmo nas abordagens profissionais.

Portanto, é essencial considerar os fatores antecedentes e os desdobramentos de situações de violência sexual. Refletir sobre a cultura do estupro enraizada na realidade socio-histórica contribui para compreender como essa questão é percebida, os desafios na implementação de políticas efetivas e a qualidade dos encaminhamentos realizados.

A “Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil”, criada em 2004, sinaliza como princípios norteadores do cuidado na saúde da criança: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais; acesso universal; acolhimento; responsabilização; assistência integral; assistência resolutiva; equidade; atuação em equipe; desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde; participação da família/controle social na gestão local; e avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.

As necessidades da criança variam em grau de exigência e dependência de cuidados ao longo de seu desenvolvimento, abrangendo, de forma geral, os aspectos ilustrados no Quadro 3:

Quadro 3 - Cuidados em saúde e necessidades na infância no Brasil, 2004

| Fase | Cuidados em saúde | Necessidades |
|------------------------------|---|--|
| Nascimento saudável | Anticoncepção e concepção; Prevenção, diagnóstico e tratamento de IST/Aids; Atenção pré-natal, parto e puerpério; e Urgência, emergência materna e neonatal. | Crescimento e desenvolvimento Necessidades especiais |
| Menor de 01 ano | Cuidado com o recém-nascido: “Primeiro semana saúde integral”; Acompanhamento do recém-nascido de risco; Triagem neonatal; Aleitamento materno; Saúde coletiva em instituições de educação infantil; Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, anemias, doenças respiratórias. | Saúde bucal Imunização Saúde mental Acidentes ou violências |
| 01 a 06 anos 07 a 10 anos | Saúde coletiva em instituições de educação; Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, anemias, doenças respiratórias. | Trabalho infantil Alimentação saudável |

Fonte: Brasil (2004a).

O cuidado é essencial e está presente em todas as fases do indivíduo, seja no provimento, seja no recebimento do cuidado, desde o nascimento até a morte. Sem

ele, não há como se desenvolver, sendo determinante, inclusive, para a própria sobrevivência. Embora o esquema do Quadro 3 delimite os cuidados destinados às crianças até os 10 anos de idade, os serviços de pediatria no Sistema Único de Saúde (SUS) devem atender crianças e adolescentes até os 15 anos de idade (Brasil, 2015b).

No que tange a atenção às vítimas de violência, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 2006, prevê um modelo de atenção voltado à qualidade de vida, com ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz. Ademais, “Atua no campo da identificação de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento e cuidados, sem prejuízo da assistência na readaptação e reabilitação [...]” (Brasil, 2010b, p.13). É necessário, pois, desenvolver ações coletivas que envolvam diversas instituições e pessoas, visando prevenir e reduzir os riscos de violência e promover uma cultura de paz nos territórios.

Na sequência, o documento “Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências” propõe uma estratégia de atenção integral para produção do cuidado, desde a atenção primária até os níveis mais complexos. Essa estratégia exige interação com os sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças. Nesse documento, o cuidado é definido como: “[...] uma expressão ‘plural’ que não significa o cuidar de si mesmo, mas o cuidado do outro sem intenção ou pretensão. O cuidado é uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro [...]” (Brasil, 2010b, p. 49).

Esse conceito envolve humanização, acolhimento e a construção de uma relação de proximidade entre usuário/paciente e profissional.

Portanto, considerando as múltiplas facetas do fenômeno da violência sexual, as intervenções também requerem frentes de atuação que combinem aspectos que permeiam desde fluxos e protocolos, com uso de tecnologias correlatas, até a gestão de uma política, incorporando componentes de comunicação, regulação, atendimentos, acompanhamento e monitoramento, fundamentais para garantir a viabilidade e eficácia dos serviços.

A implantação da Linha de Cuidado de enfrentamento à violência permite:

- a) organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir o acesso, o cuidado e a proteção; b) estabelecer o “percurso da atenção” a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos para a violência, organizando o fluxo de acordo com as demandas; c) definir as funções, responsabilidades e competências de cada serviço de atenção

na produção do cuidado e na proteção social; d) estabelecer normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção; e) promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social; f) desenvolver ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência (Brasil, 2010b, p. 50).

A questão da violência contra criança está prevista e reforçada na PNAISC (2015), no Eixo V – “Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz”. Esse eixo articula ações e estratégias da rede de saúde voltadas à prevenção de violências e acidentes, bem como à promoção da cultura de paz, com o objetivo de implementar as linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território (Brasil, 2015b).

2.4 LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As linhas de cuidados são estratégias de organização do SUS que auxiliam no alcance da integralidade. Elas surgem antes mesmo da concepção de redes, pois se referem à integração dos serviços e à definição de fluxos e diálogos entre eles, com pactuações feitas de forma coletiva, onde cada serviço tem clareza de suas competências nesse processo.

Essas linhas descrevem o itinerário do usuário/paciente e consistem em informações sobre as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que devem ser desenvolvidas pelas equipes de cada serviço de saúde. Além disso, viabilizam a comunicação entre equipes, serviços e usuários, sendo consubstanciadas por meio de uma Rede de Atenção à Saúde. Isso permite a padronização e melhor organização das ações.

A Atenção Primária em Saúde (APS) realiza a gestão dos fluxos assistenciais, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das Redes de Atenção à Saúde. Seus objetivos incluem:

1. Orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades; Demonstrar os fluxos assistenciais, com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção; Estabelecer o “percurso assistencial” ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades (Brasil, 2022b).

Na área da violência, tem-se a “Linha de cuidado para atenção integral à saúde

de crianças, adolescente e suas famílias em situação de violência”, que versa sobre as redes de cuidado, a estruturação e a articulação dos serviços pertinentes ao fenômeno.

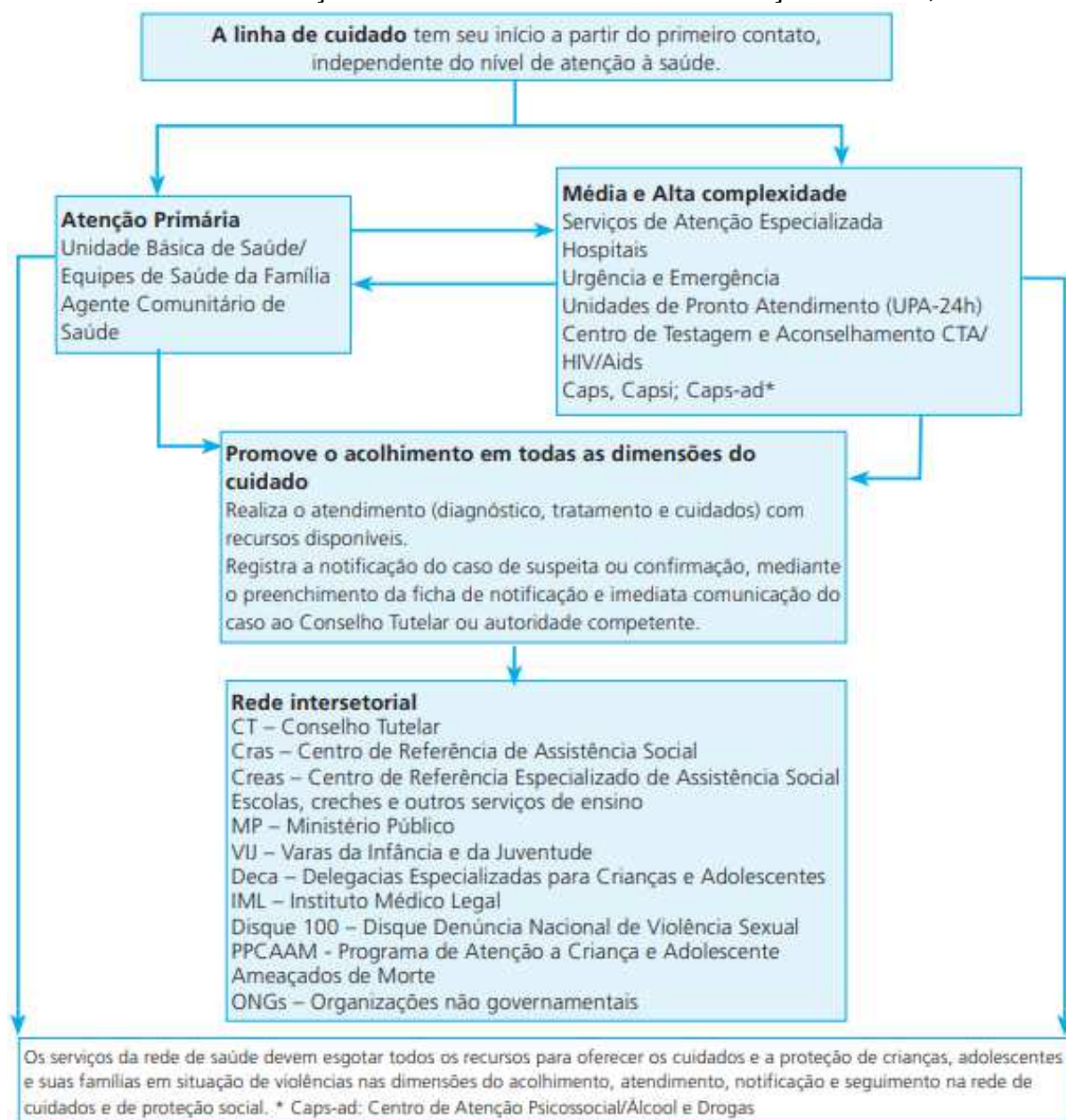
As redes de cuidado consistem em um conjunto de organizações que abrangem iniciativas amplas, tanto de setores governamentais quanto não governamentais. Incluem os setores de saúde e outras políticas que têm como foco a intervenção junto a crianças. Nessa perspectiva das redes, o cuidado se configura como fio condutor para a construção da integralidade da atenção destinada a esse público. Nesse contexto, a saúde se revela como um espaço de encontro, no qual as pessoas expõem suas necessidades a determinados serviços e capacidades, que, por sua vez, acionam fluxos e viabilizam protocolos capazes de fornecer soluções para as questões apresentadas (Pinheiro *et al.*, 2003).

No exercício do cuidado, o caráter do trabalho vivo é ativado nos

[...] momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 2003, p. 77).

Embora o autor sinalize o campo da saúde, essa relação intersubjetiva abarca diversos pontos dessa rede. No caso da “Linha de cuidado para atenção Integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência” – cujo objetivo é oferecer orientação para gestores e profissionais de saúde, com intuito de sensibilizar para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde das crianças em situação de violência – a seguinte composição e organização dos serviços pode ser visualizada:

Figura 2 - Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências nos níveis da atenção à saúde, 2010



Fonte: Brasil (2010b, p. 52).

A linha de cuidado aborda o cuidado à violência sexual, envolvendo as políticas de assistência social, justiça, educação, saúde e defesa de direitos, no processo de atendimento e enfrentamento da questão. Em qualquer ponto dessa rede, é importante estabelecer uma relação de afinidade e confiança com a criança, evitando qualquer expressão de julgamento e atuando em uma rede organizada, interligada, conectada e articulada.

Cada profissional deve estar atento à postura física, gestual e emocional ao atender essas situações, considerando a singularidade da criança e a fase de seu

crescimento e desenvolvimento. Isso é crucial, pois a falta de um protocolo efetivo pode gerar um itinerário interminável, no qual o/a paciente/usuário/a é sobrecarregado pela burocracia.

Além disso, é importante estar atento aos reflexos emocionais da violência sexual, uma vez que não há medicações ou tecnologias duras que atuem diretamente sobre a causa imediata. A doença, nesse contexto, manifesta-se através dos sintomas relacionados à vida social daqueles que buscam os serviços de saúde.

as implicações podem resultar em danos secundários e na revitimização dos sujeitos (Furniss, 1993). Por isso, condutas não invasivas, como escutar atentamente e realizar um acolhimento afetivo às vítimas e seus familiares, são fundamentais em todo o processo de atendimento e acompanhamento.

Essa capacidade e disponibilidade de ouvir é o início do cuidado, devendo estar presente em todos os momentos e pontos dos serviços correlatos ao fenômeno. Por mais que pais, mães, cuidadores/as imediatos e profissionais tenham disponibilidade de tempo, o preparo é fundamental para uma escuta adequada (Silva Junior; Merhy; Carvalho, 2003).

Para tanto, a linha de cuidado preconiza as seguintes dimensões do cuidado às crianças vítimas de violência sexual: Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento na rede de cuidado e proteção. A partir delas, é possível antecipadamente identificar parâmetros de intervenção, os quais apresento, um a um, a seguir.

2.4.1 Acolhimento

Na etimologia da palavra acolhimento significa:

O ato ou efeito de acolher, recepção. Atenção, consideração. Refúgio, abrigo, agasalho. Acolher significa dar acolhida ou agasalho a. Dar acolhida a receber. Atender; receber. Dar crédito a dar ouvidos a admitir; aceitar. Tomar em consideração; atender. Abrigar, agasalar. Agasalar-se, hospedar-se. Abrigar-se, recolher-se. Refugiar-se; amparar-se (Ferreira, 1999, p. 38).

Para cuidar de uma criança que teve direitos violados, é preciso acionar ferramentas de acolhimento e vínculo. Essa não é uma ação isolada e única do profissional de saúde, mas uma abordagem multi/interprofissional, articulada com a rede de cuidado e de proteção social. Esse acolhimento é permeado por diálogos

sobre as necessidades apontadas, intervenções e encaminhamentos em um sistema de enfrentamento. Deve possibilitar o acesso universal aos serviços, reorganizar processos de trabalho das equipes e qualificar o/a trabalhador/a, com o objetivo de realizar toda essa escuta de forma eficaz (Franco; Bueno; Merhy, 1999).

A Política Nacional de Humanização (PNH) define o acolhimento como:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, como outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (Brasil, 2010a, p. 51).

Essa premissa do acolhimento se refere a porta de entrada para as vítimas e familiares, resguardada sob os preceitos de:

Ética – é a relação do profissional de saúde com crianças e adolescentes pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Código de Ética de diferentes categorias. Privacidade – em um espaço de consulta/atendimento; adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso desejem, independente da idade, como forma de respeito à sua autonomia e individualidade. Essas atitudes contribuem para o aumento da autoestima e o fortalecimento da sua responsabilidade com a própria saúde, além da obtenção, pelo profissional de saúde, de informações privilegiadas em caso de suspeita de violência. Confidencialidade e sigilo – as informações prestadas por adolescentes e crianças durante a consulta/atendimento devem ter o sigilo garantido. A quebra do sigilo deve ser feita sempre que houver risco de morte ou riscos relevantes, a exemplo de situações como violência sexual ou exploração sexual, risco ou tentativa de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações sobre homicídio, dependência de álcool e outras drogas, gravidez e outros (Brasil, 2010a, p. 53-54).

Embora sinalizada como responsabilidade do campo da saúde, percebo que essas condições devem estar presentes em qualquer atuação e ponto da rede, pois se refere à relação de respeito e ética para com as vítimas e seus responsáveis. Obviamente, não há como ter uma padronização e uniformidade na conduta acerca desse acolhimento, mas há que se nortear pelos princípios citados. A linha de cuidado sinaliza que no acolhimento é necessário:

- Receber crianças, adolescentes e famílias de forma empática e respeitosa, por qualquer membro da equipe.
- Acompanhar o caso e proceder aos encaminhamentos necessários, desde a sua entrada no setor saúde até o

seguimento para a rede de cuidados e de proteção social. • Adotar atitudes positivas e de proteção à criança ou ao adolescente. • Atuar de forma conjunta com toda a equipe (Brasil, 2010a, p. 51).

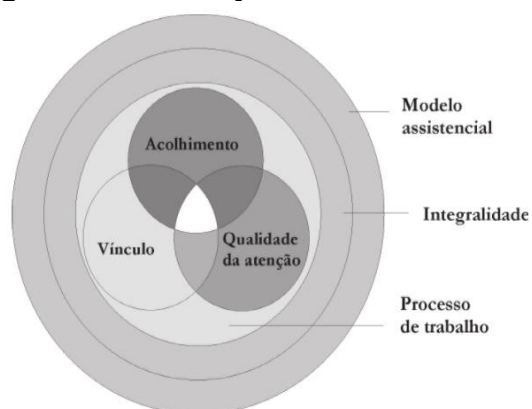
Tais atitudes deveriam ser implícitas em todos os serviços de atendimento ao público, mas, devido à complexidade da demanda, requerem ainda mais atenção, como condições objetivas de espaço, recursos humanos adequados e suficientes para tal, bem como treinamento, fluxos esclarecedores e explícitos de viabilidade, além da divulgação nos próprios serviços, tanto as equipes quanto para os usuários/pacientes.

É pertinente destacar a confiança que envolve o cuidado, pois a vítima deseja ser afastada do/a agressor/a e ver a situação se alterar, o que requer atitudes práticas, conselhos e diálogo que não questionem sua história. Por isso, a integração entre as políticas de atendimento nas áreas da saúde, assistência social, segurança pública, justiça, educação e outras é fundamental, abrangendo desde os encaminhamentos das notificações e medidas de proteção até o desligamento do serviço.

Além das intervenções diretas com a vítima, é fundamental o trabalho junto à família, que deve ser contínuo, inclusive com famílias de onde a criança foi afastada do ambiente familiar. Cabe frisar que o ideal e esperado é que o agressor seja afastado, mas, infelizmente, ainda representa um obstáculo a ser superado.

A equipe multi/interprofissional deve estar preparada técnica e emocionalmente para acolher e registrar corretamente a história da vítima, considerando suas especificidades e significados, além de cuidar da criança vítima de violência sexual. Isso envolve, em muitas situações, especialmente em setores como o da justiça, a preservação dos vestígios (físicos, biológicos e não biológicos), o que é um processo extremamente doloroso.

Em suma, Junior e Mascarenhas (2006) apresentam que o cuidado compreende Acolhimento, Vínculo e Qualidade da atenção, conforme ilustrado na Figura 3:

Figura 3 - Articulação dos conceitos de atenção, 2006

Fonte: Junior e Mascarenhas (2006, p. 256).

Na figura 3 é possível visualizar que cada engrenagem possui seus processos de trabalho, suas características e particularidades, esmiuçadas no Quadro 4:

Quadro 4 - Processo de trabalho do cuidado, 2006

| Acolhimento | | Vínculo/responsabilização | | Percepção sobre qualidade da atenção | |
|--------------------|--|----------------------------------|--|---|--|
| Acesso | Gráfico Organizacional | Afetividade | Gosto pela profissão Interesse pela pessoa do paciente Vínculo profissional-paciente | Conduta profissional | Qualificação técnica Cuidados técnicos/socioambientais Continuidade do cuidado |
| Postura | Escuta Atitude profissional-usuário Relação intra-equipe | Continuidade | Expectativas e percepção do paciente Aceitação e relacionamento de confiança Adesão ao tratamento Singularidade do paciente | Relação profissional-paciente | Satisfação Expectativas Adaptação/flexibilidade |
| Técnica | Trabalho em equipe Capacitação dos profissionais | Relação terapêutica | Eficácia do tratamento Paciente como sujeito no | | |

| | | | | | |
|---------------------------|---|--|--|--|--|
| | Aquisição de tecnologias, saberes e práticas | | processo de tratamento Confiança profissional-paciente Atitude de cuidado Redução de abandono | | |
| Reorientação dos serviços | Projeto institucional Supervisão Processo de trabalho | | | | |

Fonte: Adaptado de Junior e Mascarenhas (2006).

Mediante o quadro acima, identifica-se que o processo de trabalho do **Acolhimento** remete a quatro eixos: 1. Acesso: refere-se à localização dos serviços no território dos/as usuários/as e à organização dinâmica do atendimento; 2. Postura: requer que os/as profissionais realizem escuta, mediante uma atitude e relação profissional-usuário e intra-equipe; 3. Técnica: cabe às equipes realizar um trabalho conjunto, estando capacitadas para aplicar tecnologias, saberes e práticas; e 4. Reorientação dos serviços: volta-se ao projeto institucional, a realizar a supervisão e a um processo de trabalho constante, com ações conforme a realidade local e populacional e às demandas, de modo a promover um melhor funcionamento e viabilidade do acolhimento.

No que diz respeito ao/à Vínculo/Responsabilização, tem-se: 1. Afetividade: consiste em atuar com empatia, demonstrando interesse genuíno pela pessoa do paciente, o que facilita a construção de vínculos entre o profissional e o paciente. 2. Continuidade: refere-se à manutenção dos vínculos, envolvendo a compreensão das expectativas e percepções do paciente em relação ao serviço. Isso é feito por meio de relações de confiança e adesão ao tratamento, respeitando a singularidade do paciente, mesmo quando se seguem protocolos padronizados. 3. Relação terapêutica: após a construção dos vínculos e da confiança, busca-se a eficácia do tratamento. Este estágio visa garantir o acompanhamento contínuo e a adesão constante ao plano de cuidados, criando uma relação mútua de cuidado. Nesse contexto, o paciente

também se vê como parte do processo, compreendendo tanto o cuidado do outro quanto o cuidado de si mesmo, o que contribui para a redução do abandono do acompanhamento ou tratamento.

Com relação ao processo de trabalho da dimensão **Percepção sobre qualidade da atenção**, destacam-se os seguintes aspectos: 1. Conduta profissional: diz respeito à qualificação técnica para viabilizar os primeiros cuidados e sua continuidade, pautada em métodos e estratégias técnico-científicas e não no senso comum. 2. Relação profissional-paciente: tem como objetivo atender às expectativas de ambas as partes — do serviço (profissional) e do paciente. Quando necessário, ajustes devem ser realizados para assegurar a satisfação do paciente e promover a continuidade do cuidado.

A partir dessas características dos processos de trabalho do cuidado, os serviços devem estar articulados e em diálogo, atentos a prática profissional voltada à identificação, à notificação, aos encaminhamentos, aos atendimentos e às intervenções. Contudo, é fundamental ter profissionais com perfil e capacitados para exercício do cuidado. Com relação a criança vítima de violência sexual, algumas estratégias foram construídas para esse acolhimento, sobretudo acerca do relato da situação de violência, para minimizar e não gerar a repetição da situação.

A Lei nº 13.431/2017 “[...] 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) [...]”, assegurando a “escuta especializada” e o “depoimento especial”. A escuta se refere a uma entrevista realizada por órgão da rede de proteção (escola, unidade básica de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros). Nesta, é relatado estritamente o necessário, não caracterizando um protocolo específico e de peso jurídico. Já o depoimento consiste em oitiva da criança, realizada por autoridade policial ou judiciária, exige seguir protocolos específicos e conta com profissionais especializados. A entrevista pode, inclusive, ser gravada em áudio e/ou vídeo.

Todavia, independentemente do procedimento, o acolhimento é uma relação de confiança, em que todos/as os/as envolvidos/as devem ser respeitados/as, por meio de uma abordagem tranquila e cautelosa. O acompanhamento deve ter continuidade por um período determinado, conforme a necessidade, com suporte diário intensivo, considerando que crises podem ser desencadeadas posteriormente ao abuso ou à revelação do ocorrido.

Considero que o exercício do cuidado às crianças vítimas de violência representa um desafio para os/as profissionais, ultrapassando aspectos de ordem física, os quais o campo da saúde, sobretudo, está habituado. Esse cuidado atinge dimensões em que os envolvidos mobilizam não apenas saberes técnicos e formação, mas também seus próprios sentimentos, emoções, crenças, valores e pré-concepções sobre o mundo e o ser. Esses fatores, por sua vez, influenciam diretamente a qualidade do cuidado prestado.

2.4.2 Atendimento

Realizado o acolhimento aos casos de violência sexual infantil, pontuo acerca do atendimento, embora aquele faça parte deste. A linha de cuidado preconiza que o atendimento se refere ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados com recursos disponíveis, abrangendo:

Consulta clínica: anamnese, exame físico e planejamento da conduta para cada caso. [Sendo que nos casos] de Violência física, sexual ou negligência/abandono • Tratamento e profilaxia. • Avaliação psicológica. • Acompanhamento terapêutico, de acordo com cada caso. • Acompanhamento pela atenção primária/ Equipes Saúde da Família. • Caps 1 ou Capsi; ou pela rede de proteção Cras; Creas/escolas, CTA ou outros complementares (Brasil, 2010b, p. 52).

Esse atendimento é multi/interprofissional e deve estar articulado, uma vez que cada indivíduo lida de uma maneira com a situação, demandando intervenções que podem variar em intensidade e duração. Além disso, requer extrema atenção, com registros claros e fidedignos tanto sobre a revelação quanto acerca dos procedimentos realizados. Trata-se de uma oportunidade para iniciar o rompimento de ciclos de violência, inclusive os de caráter geracional.

De forma sucinta, a dimensão do atendimento fundamenta-se nos parâmetros estabelecidos pela linha de cuidado. A criança vítima de violência sexual deve ser atendida de forma multissetorial, abrangendo os setores de saúde, justiça/polícia, assistência social, educação, políticas públicas e órgãos de proteção. Nesse contexto, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Rede de proteção: escuta especializada.
- Saúde: realização de exame médico clínico, observação das necessidades médicas imediatas, suporte de primeira linha e cuidados com sensibilidade conforme

à idade e às particularidades, de preferência no território. Orientação e encaminhamentos aos/as cuidadores/as para identificar e compreender possíveis sintomas e comportamentos nos dias ou meses decorrentes. Providências clínicas e periciais: Em até 72 horas: a) exame clínico realizado no hospital, incluindo contracepção de emergência (evitar possível gravidez da vítima) e profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (IST); b) exames periciais (obrigatoriamente por um Médico-Legista), realizado no Instituto Médico Legal (IML) ou hospital onde a vítima se encontra. Após 72 horas: a) exame clínico na Unidade de Saúde incluindo teste de gravidez, diagnóstico, profilaxia e tratamento de IST; e b) exames periciais no IML.

- No caso de situações de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD), distúrbios comportamentais e/ou emocionais, após a violência sexual, recomenda-se acesso a terapias com intuito de reduzir os sintomas gerados.

- Assistência social: o atendimento socioassistencial está contemplado na linha de cuidado da criança e adolescente vítima de abuso sexual no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É executado pelos equipamentos: a) Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que atua na prevenção de riscos sociais e de violações de direitos por meio de identificação de sinais, realizando atividades de orientação e encaminhamento; e b) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que atua diretamente no enfrentamento de violações de direitos, inclusive abuso sexual. Envolve, ainda, o acompanhamento da criança/adolescente e de sua família, bem como intervenções de: Apoio, orientação e acompanhamento do caso, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos; Desenvolvimento do Plano de Acompanhamento Familiar; Acompanhamento da família por meio de atendimentos individuais, familiares ou em grupo; Orientação sociojurídica; e Visitas domiciliares.

- Órgãos de proteção: o Conselho Tutelar pode ser acionado seja pela vítima, cuidador, seja pelo profissional (averiguação domiciliar ou institucional), com os cuidados clínicos, socioassistenciais e psicológicos imediatos e de longo prazo. Constatada a necessidade de afastamento familiar, o conselho tutelar deve elaborar relatório descrevendo os motivos e tomar as providências em caráter excepcional, (inserção em família extensa ou acolhimento), comunicando imediatamente ao Ministério Público. Quando a criança ou adolescente vítima de abuso sexual tem

responsável legal que a proteja, o Conselho Tutelar deve orientar o responsável legal não agressor a registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia e regularizar a situação jurídica da vítima, por meio de um advogado na Defensoria Pública ou Centro de Defesa. Então, pode ser feita a solicitação da adoção de medidas legais como: guarda unilateral; retirada do agressor da casa; restrição de visita ou visita vigiada; destituição do poder familiar; dentre outras. O conselho tutelar também pode: solicitar aos órgãos socioassistenciais a inclusão da vítima e de sua família em atendimentos; requerer a inclusão da criança ou do adolescente em programa de proteção a vítimas ou testemunhas ameaçadas; e representar ao Ministério Público, visando a propositura de ação cautelar para antecipação de prova, observando os pressupostos legais e as garantias previstas no artigo 5º da Lei nº

- Ministério Público: solicita ao Juízo da Infância e Juventude o encaminhamento da criança ou adolescente ao serviço de acolhimento em família acolhedora ou acolhimento institucional. Nos casos de urgência de acolhimento imediato, o Conselho Tutelar pode solicitar o acolhimento da vítima e comunicar ao Juiz da Vara de Infância e Juventude que, após ouvir o Ministério Público, manterá ou não o acolhimento.

- Autoridade policial: ao constatar a situação de risco envolvendo a criança, deve acionar a autoridade judicial responsável para a adoção de procedimentos de investigação e responsabilização dos suspeitos. Como medidas de proteção, destacam-se: evitar o contato direto entre a criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência e o suposto autor do ato; solicitar o afastamento cautelar do investigado da residência ou do local de convivência, quando este tenha contato direto com a vítima; e requerer a prisão preventiva do investigado, caso existam indícios suficientes de ameaça à criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência.

Os cuidados necessitam ser realizados em atendimentos que envolvem profissionais e responsáveis, sejam de ordem nuclear ou extensa, com intuito de preservar a vítima e cessar a situação de violação. Quando o agressor faz parte do ambiente familiar ou tem proximidade com a criança, um cuidado ainda mais rigoroso é exigido.

Neste sentido, os atendimentos que ocorrem na ótica da proteção e prevenção da criança devem acontecer de maneira integrada com serviços no território. É indubitável fomentar vínculos com a família a fim de desenvolver a capacidade

protetora dos familiares, o que envolve, ao mesmo tempo, atendimentos individuais, comunitários e familiares, mas dentro de uma equipe.

A participação de profissionais com formações diversas na abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes, como médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, pedagogos e psiquiatras podem ajudar a evidenciar as marcas e sequelas que não se encontram na pele ou nos órgãos, mas que, muitas vezes, podem ser desastrosas. Desde o início do atendimento, muitas vezes, é necessária a avaliação multidisciplinar para diagnosticar o nível de gravidade da situação, determinado pela análise de vários fatores, pois a ausência de lesão física não afasta a possibilidade de violência (Brasil, 2010b, p. 60).

Obviamente, os fluxos e protocolos de atendimento de cada localidade devem considerar as características regionais, locais e de organização dos serviços. Por isso, é necessário dar sequência aos atendimentos por órgãos competentes e preparados, os quais também fazem parte da rede de atendimento, especialmente no que se refere à dimensão do seguimento na rede de cuidados e de proteção social. Antes disso, porém, pontuo sobre a notificação das situações de violência sexual.

2.4.3 Notificação

Notificar o agravo é uma responsabilidade e uma obrigação dos serviços de saúde, que devem encaminhá-lo ao Conselho Tutelar, seja em situação suspeita, seja confirmada. Outros setores, como educação, assistência social, conselhos tutelares e centros especializados de atendimento à mulher também podem realizar a notificação. Vale ressaltar que a notificação é um instrumento de proteção, e não uma denúncia.

Outra questão é a comunicação da situação de suspeita ou confirmação de caso de violência:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de **comunicar** à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente [acarretará como] Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (Brasil, 1990, grifo nosso).

Há que considerar três diferentes situações e ações: notificar, comunicar e denunciar. A notificação é prerrogativa do serviço de saúde e compõe a dimensão da linha de cuidado, consistindo em:

Preencher a ficha de notificação. • Encaminhar a ficha ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). • Comunicar o caso ao Conselho Tutelar, da forma mais ágil possível (telefone ou pessoalmente ou com uma via da ficha de notificação). • Anexar cópia da ficha ao prontuário/boletim do paciente. • Acionar o Ministério Público quando necessário (Brasil, 2010b, p. 51).

A ficha serve para registro em sistema, permitindo caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas contra crianças. Ela traça o perfil das vítimas e de prováveis autores da agressão, além de subsidiar o desenvolvimento de ações no âmbito do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal. Essas ações são voltadas ao enfrentamento da violência, ao aprimoramento de políticas públicas de prevenção e à promoção da saúde e da cultura de paz, de forma intrasetorial e intersetorial, com o objetivo de coibir esse agravo evitável que é a violência.

Já a comunicação e a denúncia podem ser realizadas por meio do Disque 100 – Disque Denúncia Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes; por e-mail: disquedenuncia@sedh.gov.br; pelo Disque 180 – Centro de Atendimento à Mulher; e pode ser feita sobre situações suspeitas ou confirmadas, não somente por profissionais, mas por qualquer pessoa.

A notificação implica compartilhar com diversos setores da sociedade a responsabilidade de proteger as crianças, e, posteriormente, dará sequência ao acompanhamento na rede de cuidados e de proteção. No Brasil, estima-se que apenas 10% dos casos de violência sejam notificados, o que pode ser explicado por diversos fatores, como: incertezas sobre a identificação e o diagnóstico de violência pelos serviços; inseguranças quanto ao sigilo profissional, especialmente quando o serviço está localizado no território onde se encontra o agressor; receio de envolvimento com questões legais; medo de represálias; descredibilidade do serviço; e descrença na responsabilização do agressor (Arpini *et al.*, 2008. Siqueira *et al.*, 2012).

Saliento que os casos registrados nos boletins epidemiológicos de 2018 e 2023 registraram, no período de 2011-2017, 62.929 situações de violência sexual infantil, e no intervalo de 2015-2021 o número atingiu 92.377 ocorrências. Destas, 47.556 foram encaminhadas a serviços de saúde, o que corresponde a 51,4%. Em contrapartida, nos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), apenas 50 foram encaminhados a serviços ambulatoriais ou hospitalares.

Isso revela não apenas a discrepância entre os dados, mas também que uma parte significativa das situações de violência sexual não é encaminhada e/ou não passa por serviços hospitalares e ambulatoriais. Chamo a atenção especialmente para este último ponto, visto que é na atenção primária à saúde, campo da saúde coletiva, onde se localizam os serviços destinados ao atendimento, enfrentamento e prevenção dessa questão.

Este cenário imediatamente evidencia a fragilidade e a necessidade de aprimorar os registros das situações junto aos sistemas existentes, pois é fundamental para direcionar as ações políticas de enfrentamento e prevenção do fenômeno, bem como para subsidiar as estratégias no seguimento do cuidado – tema sobre o qual discorro a seguir.

2.4.4 Seguimento

Essa fase diz respeito ao acompanhamento, no qual os serviços e os/as profissionais de saúde devem estar capacitados/as para exercer os cuidados clínicos e psicológicos às vítimas de violência e suas famílias, respaldados em protocolos e fluxos definidos. Esse acompanhamento pressupõe a organização da rede de proteção sob essas diretrizes. Essa organicidade, perpassa desde fluxo interno de atendimento, encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, frequência de retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, até reuniões de equipe de saúde e com equipes intersetoriais, com o objetivo de avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso (Brasil, 2010b).

Essa dimensão do cuidado refere-se a:

Acompanhar a criança ou adolescente e sua família até a alta, com planejamento individualizado para cada caso. • Acionar a rede de cuidado e de proteção social, existente no território, de acordo com a necessidade de cuidados e de proteção, tanto na própria rede de saúde (atenção primária/ Equipes de Saúde da Família, Hospitais, Unidades de Urgências, Caps ou Capsi, CTA, SAE), quanto na rede de proteção social e defesa (Cras, Creas, Escolas, Ministério Público, Conselho Tutelar e as Varas da Infância e da Juventude, entre outros) (Brasil, 2010b, p. 51).

É essencial que todas as informações pertinentes ao fluxo da rede de cuidados e de proteção social sejam amplamente divulgadas e de fácil acesso, em todos os pontos da rede, isto é, serviços de saúde, assistência social, escolas, supermercados,

escolas, comércios, entre outros locais de grande circulação. Isso inclui endereços, horários de atendimento, com o objetivo de facilitar o acesso e a procura, uma vez que este fenômeno é frequentemente mantido em segredo e pode permanecer resguardado por muitos anos, até mesmo por gerações.

Esse cuidado deve nortear todo o acompanhamento até o desligamento (desde que sob condições autônomas) da vítima e de sua família nos diferentes setores. Isto pressupõe exercer o seguimento na rede com foco na humanização, conferindo integralidade, o que implica na abertura de espaços para a comunicação e discussão sobre a qualidade do atendimento (Artmann; Rivera, 2006).

Diante dessas dimensões do cuidado com as crianças vítimas de violência sexual preconizadas pela linha de cuidado, passarei, a seguir, a abordar os resultados das etapas quantitativa e qualitativa da pesquisa, os quais evidenciam como tais dimensões se materializam na literatura, em dados secundários e na realidade social.

CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO: ABORDAGEM MULTIMÉTODOS

No delineamento metodológico do projeto de pesquisa científica são planejados o caminho e o instrumental a serem seguidos para abordar a realidade a ser investigada. Nesta pesquisa, adoto a abordagem multimétodos – também chamada de triangulação metodológica ou métodos mistos – consolidada nas ciências humanas e sociais desde 1980.

Baseio-me nos estudos de Creswell e Clark (2011) por entender que essa abordagem é uma das mais completas para pesquisas empíricas, uma vez que combina diferentes métodos de pesquisa para responder a um mesmo problema. Essa integração possibilita atribuir sentido ao fenômeno por meio de diversas maneiras de vê-lo e compreendê-lo, integrando métodos quantitativos e qualitativos, tanto na coleta (ou geração) quanto na análise dos dados.

Dado que a situação a ser observada é familiar – considerando minha implicação com o objeto de estudo, seja pelo histórico de atuação direta e indireta com crianças vítimas de violência sexual, seja por estar inserida na região da pesquisa –, é essencial exercitar o estranhamento e o confronto intelectual com relação ao objeto pesquisado. Afinal, “O que *vemos* e *encontramos* pode ser familiar, mas não é necessariamente *conhecido* e o que não *vemos* e *encontramos* pode ser exótico, mas, até certo ponto, *conhecido* [...]” (Velho, 1978, p. 126, grifos do autor).

Portanto, meu papel como pesquisadora é compreender detalhadamente os significados e as características do cuidado direcionado às crianças vítimas de violência sexual em uma região de saúde do estado do Paraná. Isso inclui apreender o comportamento do fenômeno por meio de dados estatísticos, reportagens jornalísticas, manuais e diretrizes, além de realizar entrevistas com profissionais que atuam no cuidado a essas crianças, para, então, refletir sobre possíveis intervenções diante da realidade identificada.

Para isso, recorro à triangulação de dados: **Quantitativos:** a) Dados sobre violência sexual contra crianças no Brasil e b) Dados sobre violência sexual contra crianças em região de saúde do estado do Paraná; e **Qualitativos:** a) Revisão de escopo acerca da violência sexual contra crianças no campo da saúde coletiva; b) Manuais orientativos da violência sexual contra crianças em âmbito nacional, estadual e municipal; c) Clipagem de notícias acerca da violência sexual contra crianças; e d) Pesquisa de campo com profissionais que atuam no cuidado às crianças vítimas de

violência sexual. Com base nesses dados, apresento, a seguir, o processo metodológico das referidas etapas e da coleta de dados.

3.1 ETAPA QUANTITATIVA

A pesquisa quantitativa utiliza recursos e técnicas estatísticas. Para tanto, empreguei o procedimento de levantamento, que consiste na coleta de informações sobre o fenômeno em estudo. Esse levantamento baseia-se em informações de fontes secundárias, que não receberam qualquer tipo de tratamento analítico prévio e podem ser reelaboradas conforme os objetivos da pesquisa, sendo essa a principal característica desta etapa (Gil, 2008).

3.1.1 Dados sobre as notificações de violência sexual

Nesta fase, coletei dados na base do Sinan sobre as notificações de violência sexual contra crianças na faixa etária de zero a nove anos, no período de 2011 a 2021, no contexto brasileiro. O objetivo foi observar o comportamento do fenômeno no país, identificando a taxa de prevalência das notificações a cada cem mil crianças dentro da faixa etária mencionada.

Além disso, foram levantadas, na mesma base de dados, as notificações relacionadas à violência sexual infantil, no período de 2012 a 2022, nos municípios de Toledo, Palotina e Mercedes. Para esses municípios, observei a taxa de prevalência de notificações entre a população de zero a nove anos a cada mil crianças, considerando tratar-se de localidades com menor população.

Nas respectivas coletas, foram analisadas variáveis como sexo, faixa etária, raça/cor, local de ocorrência da violação, encaminhamentos realizados e dados sobre a repetição desse tipo de violência.

3.2 ETAPA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa emprega uma abordagem interpretativa, com o objetivo de descrever e decodificar sistemas complexos. Trata-se de uma abordagem com características subjetivas (Gil, 2008). Esta etapa contemplou algumas coletas de

dados, cuja metodologia empregada em cada processo de levantamento descrevo a seguir.

3.2.1 Revisão de Escopo

Dada a magnitude do objeto de pesquisa – a violência sexual contra crianças – optei pela realização de uma revisão de escopo, considerada adequada para abordar temas amplos e mapear conceitos-chave. Esse método permite reunir diferentes tipos de estudos com o objetivo de reconhecer as evidências existentes na literatura (Peters *et al.*, 2017).

Para sua execução, segui as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analyses-Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR®), e o protocolo foi devidamente registrado na plataforma *Open Science Framework*.

A revisão contemplou as seguintes fases: 1) Formulação da pergunta de revisão; 2) Identificação de estudos relevantes, a fim de verificar a existência de revisões sobre a temática; 3) Definição dos critérios de exclusão e inclusão; 4) Detalhamento da estratégia de busca para a seleção dos estudos nas bases de dados; 5) Seleção de estudos e aplicação do instrumento de seleção; 6) Mapeamento dos dados; 7) Confrontação, resumo e relato dos resultados; 8) Análise e síntese dos estudos selecionados; 9) Apresentação dos resultados; e 10) Interpretação dos resultados.

As buscas foram realizadas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os Descritores em Ciência da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH) combinados com a aplicação dos índices *booleanos*. O levantamento abrangeu produções do período de 2012 a 2022, em função da relevância histórica do fenômeno da violência sexual contra crianças. A busca ocorreu em novembro de 2022, unicamente pela pesquisadora, e contemplou obras de todos os idiomas, mediante os seguintes descritores:

- “abuso sexual na infância *and* violência de gênero” n=175 resultados;
- “abuso sexual na infância *and* violência de gênero *and* saúde pública” n= 16;
- “abuso sexual na infância *and* saúde pública” n=179; e
- “abuso sexual na infância *and* delitos sexuais *and* violência de gênero *and* saúde pública” n= 6.

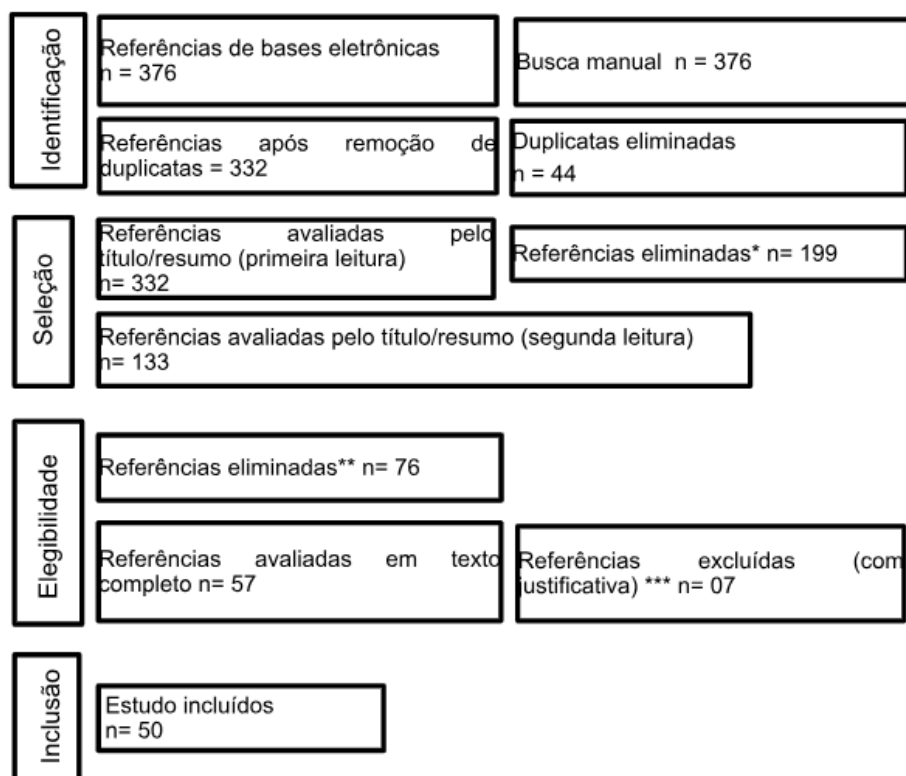
Em seguida, realizei a leitura dos títulos e resumos, com o objetivo de verificar os critérios PCC: População (P): crianças vítimas de violência sexual e de gênero; o Conceito (C): caracterização da violência sexual e gênero; e o Contexto (C): literatura mundial em saúde.

Os resumos foram analisados a partir dos critérios de inclusão: (1) Artigos baseados em registros de situações de violência sexual e/ou de gênero contra criança entre 2012 e 2022; (2) Artigos que atendem ao PCC; (3) Disponibilização da versão completa das publicações; e (4) Artigos que contemplem as questões norteadoras da revisão: “Quais os estudos encontrados que caracterizam o fenômeno das violências sexual e/ou de gênero contra crianças?”; “Quais são as bases conceituais que caracterizam a violência sexual e/ou de gênero contra crianças?”.

Tendo em vista que as buscas ocorreram em base de dados da área da saúde, junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), segui a definição de criança adotada pela OMS, isto é, indivíduos na faixa etária de zero a nove anos. As buscas na BVS, trouxeram artigos indexados também nas bases: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Web of Science* (WOS), Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Embase, e na literatura não indexada (cinzenta), como o catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Google Acadêmico. Adicionalmente, foram incluídos estudos que abordam os conceitos de Abuso sexual, Assédio sexual, Crime sexual, Estupro e Exploração sexual, pois esses temas estão contemplados no escopo da violência sexual.

Foram excluídos artigos que não tratavam da violência sexual contra crianças, resumos, anais de congresso, editais de seleção, livros, manuais de orientação, cartas ao editor e estudos incompletos e duplicados.

Após a aplicação dos critérios, foram inicialmente selecionados 57 artigos em versão completa. Após a leitura integral, 50 deles foram considerados elegíveis de acordo com os critérios estabelecidos para este estudo. A seleção e o processo metodológico estão apresentados no fluxograma ilustrado na Figura 4, a seguir.

Figura 4 - Fluxograma do processo de seleção de estudos da revisão de escopo, 2022

*Não atende ao PCC. Não tem resumo. Não está disponível.

** Artigo pago/não disponibilizado. Não atende à questão norteadora da revisão.

*** Não abordou o conceito de violência sexual e/ou gênero contra criança.

Fonte: Elaboração própria (2023).

Aceitei trabalhos de revisão sistemática e artigos publicados em português, inglês e espanhol. Após a fase de extração, os dados foram salvos no gerenciador de referências *Mendeley*, para a realização da primeira e segunda leitura. Em seguida, de organização e codificação no software de análise qualitativa Nvivo. Além disso, o controle dos dados foi complementado por meio de planilhas no Excel.

3.2.2 Manuais Orientativos

A partir do momento em que um fenômeno se torna público, surgem demandas por respostas proporcionais às suas incidências, o que requer regulamentações, normativas e deliberações específicas. Nesse contexto, torna-se essencial organizar e padronizar o atendimento às vítimas dessa violência, adaptando-o às necessidades identificadas ao longo do tempo.

Nesse sentido, realizei um levantamento sobre os manuais orientativos relacionados à violência sexual infantil no Brasil, no Paraná e nos municípios de pesquisa – Toledo, Palotina e Mercedes – por meio de uma pesquisa documental.

Etimologicamente, a palavra “manual” deriva do latim *manualis* e significa: “1. Livro pequeno. 2. Livro que sumariza as noções básicas de uma matéria ou assunto. = COMPÊNDIO 3. Guia prático que explica o funcionamento de algo (ex.: *manual da máquina de lavar roupa*)” (Manual, 2023).

Foram consultadas legislações, protocolos, fluxos de atendimento e de proteção às crianças vítimas de violência sexual, os quais constituem manuais que direcionam e norteiam a prática sobre essa demanda em busca de resolutividade. Esses documentos se configuram como manuais que orientam e norteiam a prática profissional, visando à resolutividade dessas demandas. Esses instrumentos resultam de tratados entre países, órgãos, setores e indivíduos, assim como de pactos que estabelecem compromissos com normativas e procedimentos específicos. Já os fluxos representam a dinâmica e a previsibilidade das entradas e saídas de usuários nos serviços, bem como a integração entre diferentes equipamentos e setores.

3.2.3 Clipagem de Notícias

A clipagem de jornal surgiu da necessidade de observar como a mídia aborda determinado assunto. No caso desta pesquisa, busquei verificar como a violência sexual contra criança é tratada pelos meios de comunicação, sobretudo na região da 20ª regional de saúde do estado do Paraná.

O termo “clipagem” tem origem na palavra inglesa *clipping* e refere-se ao

[...] 1. Serviço ou atividade que consiste em selecionar, arquivar e organizar material jornalístico publicado sobre determinado assunto, pessoa ou entidade. 2. Conjunto de material jornalístico recolhido sobre determinado assunto, pessoa ou entidade. 3. Resumo das principais notícias dos órgãos de comunicação social (Clipagem, 2023).

A clipagem é um método de monitoramento utilizado pela Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI), que realiza a separação, catalogação e arquivamento de dados provenientes de matérias selecionadas. Em 2003, a ANDI incorporou à sua metodologia de análise um item que quantifica as citações de Políticas Públicas

Governamentais nas matérias monitoradas, com intuito de observar a preocupação em abordar os assuntos sobre a infância e as ações sociais do Estado (ANDI, 2005).

Inicialmente, concentrei as buscas em notícias relacionadas às cidades-alvo da pesquisa de doutorado. Contudo, devido à baixa ocorrência de resultados, ampliei o foco para matérias de outros municípios do estado do Paraná e, eventualmente, de abrangência nacional.

O levantamento das reportagens foi realizado em setembro de 2023 e abrangeu publicações feitas entre 01/01/2023 e 31/08/2023. As buscas foram realizadas nos seguintes webjornais: Toledo News, Jornal do Oeste, Gazeta de Toledo, Folha de Palotina, Portal de notícias e G1. No total, foram obtidos 44 resultados de matérias relacionadas ao tema em discussão.

3.2.4 Pesquisa de Campo: Entrevistas

Dada a complexidade e subjetividade envolvidas na atribuição de significado ao cuidado em um tema tão sensível quanto a violência sexual infantil, optei nesta etapa pela pesquisa qualitativa. Essa abordagem, que emergiu nas décadas de 1960 e 1970, refere-se a um conjunto de práticas interpretativas e materiais da realidade. Trabalhar sob essa perspectiva exige que o/a pesquisador/a se aproxime, compreenda e interprete os fenômenos da realidade, conferindo-lhes os sentidos atribuídos pelas pessoas que os vivenciam (Denzin; Lincoln, 2005).

Por permitir trabalhar com as vivências, experiências do cotidiano e apreender as narrativas de profissionais que atuam em serviços da linha de cuidado às crianças vítimas de violência sexual, empreguei a técnica da entrevista semiestruturada. Essa técnica é eficaz para aproximar-se da realidade dos/as participantes, pois não se limita à descrição de fenômenos, mas abarca a compreensão e explicação desses, por meio de um processo interativo de conversação. As entrevistas, apoiadas em teorias e hipóteses, possibilitam a formulação de novas hipóteses a partir das respostas dos/as entrevistados/as (Triviños, 1987; Manzini, 2004).

Para nortear a condução da coleta das narrativas, segui um roteiro de entrevista pautado no instrumento de pesquisa qualitativa *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), que estabelece elementos essenciais para esse tipo de estudo (**Anexo A - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research**).

Para organização e leitura das narrativas, empreguei a análise categorial de conteúdo, considerado o discurso totalizante do grupo de participantes. Essa abordagem permitiu relacionar as falas, vivências e experiências individuais com o contexto coletivo, situando-as no tempo histórico em que estão implicadas. O processo envolveu a identificação de falas recorrentes (diretamente vinculadas ao objeto de estudo) e falas de digressão, organizando-as em diferentes unidades de sentido. Essas unidades serviram como categorias para agrupar conjuntos de informações compartilhadas entre os/as participantes. Para facilitar esse trabalho, empreguei o software *Nvivo*.

Quanto ao método de análise dos dados, optei pela análise categorial de conteúdo associada à hermenêutica dialética, subsidiada pelos referenciais teóricos delineados por Bourdieu, Minayo e Saffioti, bem como pelos resultados das fontes de dados quantitativa e qualitativa.

Destaco que os municípios selecionados autorizaram a realização da pesquisa com os/as profissionais. Ainda, apliquei o instrumento pré-teste de coleta de dados em pessoas de outras localidades que atenderam características semelhantes às dos/as selecionados/as (**Apêndice A** - Ofício circular e **Apêndice B** - Termos de anuência das instituições).

3.2.4.1 CONJUNTURA DO CENÁRIO DE PESQUISA

Resgato que os municípios selecionados para a etapa de entrevistas são Toledo, Palotina e Mercedes, os quais apresentam diferentes quantitativos populacionais e disponibilidade de serviços de saúde, mas compartilham características semelhantes quanto à colonização por descendentes de italianos e alemães, oriundos dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. As localidades situam-se na região oeste do Paraná e apresentam dados favoráveis em termos econômicos, educacionais e de autonomia administrativa.

A pesquisa ocorreu entre julho e dezembro de 2023, e, nesse período, destaco alguns eventos nacionais e estaduais que ajudam a compreender aspectos do contexto nos locais de pesquisa. No Brasil, os principais eventos foram:

- Posse presidencial de Luiz Inácio Lula da Silva e Geraldo Alckmin (Partido do Trabalhadores);

- Recordes climáticos de temperatura quente, com média de 24,92 graus Celsius; e

- Ataque a uma escola em São Paulo, em que um estudante atacou uma escola estadual na zona oeste de São Paulo, matando uma professora e ferindo cinco alunas.

No estado do Paraná, os eventos que marcaram esse contexto foram:

- Fenômenos climáticos, como fortes chuvas, enchentes, tornados e um meteoro na capital do estado, Curitiba, além de um recorde de temperatura;

- Redução do desmatamento no estado em 78% em 2023, em comparação com 2022;

- Crescimento econômico no agronegócio, no setor terciário, na indústria e no comércio varejista;

- Queda na safra de grãos de 2023/2024, com uma redução de 21,4 milhões de toneladas em relação ao ciclo anterior. Segundo a Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), as causas estão relacionadas à irregularidade das chuvas no início do plantio e à baixa precipitação; e

- Ataque em uma escola estadual, no qual o atirador matou uma aluna.

Esses acontecimentos repercutem na vivência cotidiana das localidades investigadas, sobretudo com destaque a nova presidência do país, uma vez que nos municípios de pesquisa e no próprio estado, o candidato apoiado não foi eleito³.

As administrações locais estão situadas em partidos com fundamentos liberais a democráticos, de nítida vertente direita ou ultradireita: em Toledo, com o Movimento Democrático Brasileiro (MDB); em Palotina, sob direção do Partido Liberal (PL); e em Mercedes, pelos Democratas (DEM). O cenário da pesquisa está permeado, neste primeiro semestre, pela retomada de um governo popular no Brasil, o que, de certa forma, se contrapõe na região investigada, que se caracteriza, até então, pela defesa de um governo conservador.

Na área da infância, no estado do Paraná, em 2020, registrou-se um menor número de violações referente à violência sexual, possível consequência da pandemia de COVID-19. Já no primeiro semestre de 2023, o número de violações foi superior

³ Resultado eleições 2022 (2º. Turno): Mercedes/PR: Jair Bolsonaro 82,38%, Lula 17,62% e Brancos, nulos e abstenções 15,27% (G1, 2022a). Palotina/PR: Jair Bolsonaro 74,27%, Lula 25,73% e Brancos, nulos e abstenções 19,91% (G1, 2022b). Toledo/PR: Jair Bolsonaro 68,76%, Lula 31,24% e Brancos, nulos e abstenções 18,78% (G1, 2022c).

ao dos anos anteriores, o que evidencia a extrema necessidade de se falar sobre a violência sexual contra crianças para identificar os casos e aumentar o número de denúncias (Silva, 2023).

3.2.4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Devido ao campo de estudo compreender os serviços de cuidado às crianças vítimas de violência sexual, a população de estudo centra-se em trabalhadores/as inseridos/as em diferentes pontos dessa rede de cuidado nos municípios selecionados.

Portanto, os critérios de seleção dos/das participantes foram: possuir mais de 18 anos completos na data de realização da entrevista e atuar nos serviços da linha de cuidado. Isso resultou em 38 profissionais entrevistados/as nos municípios de Toledo e Mercedes. No entanto, duas entrevistas foram excluídas durante o processo de coleta: uma devido a uma entrevistada que desistiu e não quis falar sobre o assunto, justificando que não tinha experiência na área pesquisada, e outra, pois a entrevistada pertencia a um município diferente dos selecionados. Dessa forma, o total de entrevistas válidas foi de 36.

Nosso diálogo com os/as agentes de proteção à infância ocorreu na Atenção Primária com profissionais que atuam em UBS, EsF e Postos de Saúde, o que contemplou a totalidade desse nível de atenção. Na Média e Alta Complexidade, atingi a Hospitais, Caps e Ambulatório de Saúde Mental; e, na Rede Intersetorial, conversei com trabalhadoras/es do Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, Serviços de ensino, Ministério Público, Unidade de Acolhimento e Organização Não-Governamental.

Vale mencionar que contatei todos os setores dos níveis de atenção contemplados pela linha de cuidado, e, em alguns casos, até mais de um profissional e local mencionado. No entanto, não houve adesão em todas as tentativas. Destaco que realizei até três tentativas de contato com o intuito de agendar a entrevista.

O perfil dos/as entrevistados/as pode ser visualizado no Quadro 5:

Quadro 5 - Perfil dos/as entrevistados/as da pesquisa I, 2023

| | | Quantidade de entrevistados/as |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Localidade | Toledo | 22 |
| | Palotina | 11 |
| | Mercedes | 03 |
| Sexo | Feminino | 28 |
| | Masculino | 08 |
| Idade | 26-30 anos | 06 |
| | 31-39 anos | 10 |
| | 40-49 anos | 13 |
| | 50-59 anos | 05 |
| | 60 anos ou mais | 02 |
| Nível de escolaridade | Técnico | 01 |
| | Médio | 08 |
| | Superior* | 07 |
| | Superior com pós <i>lato sensu</i> | 18 |
| | Superior pós <i>stricto sensu</i> (mestrado) | 02 |
| Ano de conclusão da formação | 2000-2009 | 11 |
| | 2010-2019 | 09 |
| | 2020 em diante | 03 |
| | Não lembra | 13 |

***Formação:** Enfermagem 4; História 1; Marketing 1; Pedagogia 1; Psicologia 07; e, Serviço Social 13
Fonte: Elaboração própria (2024).

As entrevistas foram realizadas com profissionais de diferentes setores, sendo a maioria composta por mulheres (28) e a minoria por homens (8), com idades variando entre 31 e 49 anos. A maioria dos entrevistados possui ensino superior (27), tendo concluído a formação entre os anos de 2000 e 2019. Em suma, o grupo é composto por adultos, com presunção de maturidade e experiência tanto profissional quanto pessoal.

No Quadro 6, é possível visualizar dados correlatos a formação e o vínculo de trabalho:

Quadro 6 - Perfil dos/as entrevistados/as da pesquisa II, 2023

| | | Quantidade de entrevistados/as |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Profissão que exerce | Agente Comunitário de Saúde | 09 |
| | Assistente Social | 12* |
| | Conselheiro Tutelar | 04 |
| | Enfermeiro/as | 04** |
| | Técnico em Enfermagem | 01 |
| | Psicologia | 07 |
| Tempo de profissão | 1 - 5 anos | 09 |
| | 6 - 10 anos | 06 |
| | 11 - 15 anos | 13 |
| | 16 - 23 anos | 07 |
| | Não informado | 01 |
| Tempo de atuação no setor | 1 - 5 anos | 18 |
| | 6 - 10 anos | 08 |
| | 11 ou mais | 09 |
| | Não informado | 01 |
| Vínculo profissional | Celetista | 04 |
| | PSS | 01 |
| | Ong | 1 |
| | Estatutário | 30 |

*02 coordenadores.

** 01 coordenador.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Destaco que as entrevistas ocorreram de forma presencial e virtual, abrangendo 12 assistentes sociais, 09 agentes comunitários de saúde, 07 psicólogos/as, 04 conselheiros/as tutelares, 04 enfermeiros/as e 01 técnica em enfermagem. Embora os/as profissionais tenham uma trajetória significativa, com variação de 1 a 15 anos de experiência na profissão, o tempo médio de atuação no setor foi de 1 a 5 anos, o que indica certa volatilidade nesse contexto. Ressalto que a maioria dos vínculos empregatícios é de natureza estatutária, conferindo uma maior segurança ao emprego.

Os/as trabalhadores/as foram ouvidos/as conforme o momento escolhido por eles/as, de acordo com sua conveniência e organização cotidiana. As entrevistas presenciais ocorreram nos respectivos locais de trabalho, sem qualquer interferência ou interposição administrativa, uma vez que as autorizações para a realização da pesquisa foram previamente aceitas pelas secretarias responsáveis. Os/as profissionais que aceitaram participar o fizeram de forma voluntária, sem qualquer tipo de obrigação ou coação.

É claro que esses/as trabalhadores/as do cuidado estão inseridos/as em

relações hierárquicas e políticas, sendo a grande maioria atuantes no serviço público. A maioria desses trabalhadores/as é composta por mulheres, que enfrentam múltiplas jornadas de trabalho e assumem papéis frequentemente subalternizados. Na relação de cuidado, representam uma figura de poder, uma vez que oferecem intervenções protetivas. No entanto, pela própria natureza de suas funções, são constantemente cobradas pela reprodução desse papel.

Destaco que são servidores/as e mulheres, que estão na luta por melhores condições de trabalho, em campo de disputa pela continuidade de serviços e ações, características de governos que atuam guiados projetos de curto prazo e com cortes de servidores/as.

Em suma, dialoguei com sujeitos inseridos em uma realidade contraditória e lidando com um tema extremamente complexo. Por isso, reconheço a coragem de se expressarem nas entrevistas, revelando suas indignações, seu compromisso com a infância e a esperança por dias melhores por meio de suas práxis.

3.2.4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa de doutorado, intitulada “O cuidado às crianças vítimas de violência sexual em municípios de região de saúde do estado do Paraná”, foi aprovada pelo número do Parecer nº 5.681.235, do Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. A pesquisa encontra-se em conformidade com todas as especificações exigidas para pesquisas com seres humanos, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (**Anexo B** - Parecer consubstanciado do CEP).

3.2.4.4 COLETA DE DADOS

Corroboro com o pensamento de Lakatos e Marconi (1997, p. 94) quando definem a entrevista como o “Encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional [...]”, isto é, trata-se de um encontro interpessoal que envolve a subjetividade das pessoas, focadas em um determinado assunto, sobre o qual se revivem, reiteram e até mesmo surgem informações. Por meio das

entrevistas, é possível questionar o não visto, como sentimentos, intenções e pensamentos, sendo possível compreender a perspectiva do outro.

Nesse processo de realização da coleta de dados, por meio da entrevista semiestruturada, busquei implementar o sugerido por Manzini (2004), Minayo (2007), Belei *et al.* (2008) e Moré (2015), com atenção aos seguintes pontos:

1) Planejamento das questões que atingem os objetivos fundamentados teoricamente pelo objetivo principal e específicos do objeto a ser investigado, com a adequação do roteiro à linguagem do entrevistado;

2) Roteiro (construção das perguntas principais e complementares; sequência de perguntas);

3) Treino prévio, projeto piloto ou estudo de sensibilização e condução da entrevista:

a) Apresentação da entrevistadora;

b) Apresentação dos objetivos da entrevista;

c) Interação interpessoal (perguntas simples para quebrar o gelo, deixando o/a entrevistado/a confortável e prevalecendo o seu tempo);

d) Instrumento de registro (gravador);

e) Coleta de dados (perguntas mais complexas e sensíveis e perguntas finais, como dados sobre o perfil e se deseja acrescentar algo);

4) Agradecimentos (colocar-se à disposição para possível retorno); e

5) Análise (reconhecer o silêncio, o não dito, as expressões além da fala, como o choro, o suspiro etc.).

Assim, o roteiro da entrevista semiestruturada foi pré-testado com duas pessoas, na condição de profissionais, que não são das mesmas localidades alvo da pesquisa. Mediante o pré-teste, estimou o tempo de aplicação, verificação e adequação das questões norteadoras (**Apêndice C** - Roteiro prévio de entrevista - Profissional)

Após a testagem do instrumento (roteiro) e feito alguns poucos ajustes necessários, partiu-se para o campo, que ocorreu entre os meses de julho a dezembro de 2023. Foram realizados contatos telefônicos com os/as profissionais dos serviços da linha de cuidado às crianças vítimas de violência, bem como divulgação em mídia social (Facebook). No contato telefônico, expliquei e solicitei adesão e participação, além de solicitar apoio aos/as profissionais para socializarem a arte de divulgação da pesquisa via WhatsApp aos grupos e contatos de profissionais locais. Também

realizei visitas às instituições e colagem de cartazes de divulgação, com a disponibilização do meu e-mail e WhatsApp/telefone (**Apêndice D** - Foto cartaz de divulgação da pesquisa).

Os/as participantes que se dispuseram a participar da pesquisa foram esclarecidos/as sobre os objetivos e os riscos desta investigação, inclusive com a ponderação acerca de possíveis desconfortos, dada a sensibilidade do assunto. Na sequência, foi explicado sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com ênfase na disponibilidade para qualquer eventualidade (**Apêndice E** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e **Apêndice F** - Termo de confiabilidade e sigilo).

À escolha do/a participante, as entrevistas ocorreram de modo virtual (síncrona e assíncrona), por meio da plataforma Google Meet, e também presencialmente, com gravação mediante autorização. Realizaram-se 25 entrevistas presenciais e 13 virtuais, com duração média de 30 a 60 minutos cada uma.

A entrevista foi composta por perguntas abertas e fechadas. No primeiro bloco, foram incluídas questões relacionadas ao perfil do/a entrevistado/a, com itens de identificação (idade, sexo, município de residência); dados de formação profissional (área de formação e ano de conclusão da graduação); e dados sobre a situação funcional (tempo de atuação e vínculo). Já o segundo bloco contemplou perguntas sobre a temática em análise, como: definição de violência, participação em capacitação, fluxo/protocolo e organização do atendimento às crianças vítimas de violência sexual e de gênero, além do significado do cuidado.

Esses questionamentos permitiram que o tema fosse abordado com flexibilidade, estabelecendo um diálogo enriquecedor. Ao longo da aplicação do instrumento, foram adicionadas perguntas com base nas ideias trazidas pelos entrevistados, o que conferiu fluidez à discussão e proporcionou uma abrangência maior nas experiências, significados e dados pertinentes à temática.

3.2.4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a análise dos dados coletados, optei pela modalidade de análise hermenêutica-dialética, por oferecer à temática e aos objetivos propostos um quadro referencial mais abrangente (Minayo, 2005a). Esse método proporciona uma compreensão da realidade complexa e dinâmica que é a violência sexual infantil, considerando as transformações sócio-históricas inseridas em um contexto e lugar,

identifica as relações e a comunicação entre diferentes sujeitos e locais, e permite perceber, apreender e compreender os conhecimentos sobre um mesmo objeto.

Teço brevemente alguns apontamentos históricos sobre a perspectiva de análise escolhida, pautada em Minayo (2006a). A autora vincula o método hermenêutico-dialético aos estudiosos da *hermenêutica*, como Gadamer (1999), Habermas (1987) e Stein (1987). Já para a *dialética*, apoia-se em Habermas (1987) e Stein (1987). Habermas critica Gadamer, pois, para ele, quem compreende é capaz de criticar, por isso, chama-se hermenêutica dialética. Afinal, “[...] quem pratica a dialética vê o mundo e o tempo em movimento” (Minayo, 2021).

Na verdade, a hermenêutica e a dialética auxiliam na compreensão e na crítica da realidade social, pois, de um lado a *Hermenêutica* fundamenta-se no consenso e na compreensão, na tradição e na linguagem, visualizando as mediações e os acordos estabelecidos. De outro lado, a *Dialética* busca a atitude crítica, a compreensão da realidade a partir dos princípios de conflitos, percebendo as contradições, as transformações e os movimentos da realidade, baseada na diferença, no contraste, nos dissensos e na crítica.

A partir desta condensação entre hermenêutica e dialética, compreende-se as convergências, as divergências, as complementaridades e as diferenças acerca de determinada realidade e/ou objeto. Elas se complementam, o que abre caminho para um melhor entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade em seu processo dinâmico de mudanças.

Para a análise desse conjunto de dados consubstanciados, amparei-me no método hermenêutico-dialético, que contemplou os seguintes momentos do processo interpretativo:

1º Momento - ordenamento de dados:

- Transcrição das entrevistas com utilização do *software Transkriptor*;
- Escuta, leitura e correção das transcrições das entrevistas; e
- Leitura preliminar das transcrições.

2º Momento - classificação dos dados:

- Leitura exaustiva e flutuante;
- Identificação das unidades categoriais de sentido (nós) e subcategorias (sub-nós);
- Sistematização dos dados empíricos a partir das unidades categoriais de sentido no software Nvivo; e

- Emissão de relatórios do Nvivo para realização de análise.
- 3º Momento - Análise interpretativa:
- Leitura transversal (apreensão de cada entrevista em particular e em uma totalidade);
 - Captura das unidades categoriais de sentido conforme agrupamento de falas, a partir do referencial teórico: violência sexual, gênero e cuidado; e
 - Análise consubstanciada das falas, documentos e autores/as, de modo a integrar as divergências, convergências, diferenças e complementaridades.

Destaco que a entrada no círculo hermenêutico, no movimento da compreensão para a explicação, ocorreu mediante os palpites/pressupostos do estudo, com o objetivo de validá-los ou refutá-los. A Figura 5, abaixo, exemplifica o as entradas no círculo hermenêutico.

Figura 5 - Entradas no círculo hermenêutico



Fonte: Guba e Lincoln (1989 *apud* Wetzel, 2005).

Durante todo o processo busquei estabelecer a conversação entre as narrativas e o referencial teórico, com o cotejamento dos resultados da pesquisa quantitativa e qualitativa. Procurei sentido nas análises documentais, com a compressão dos significados, crenças, valores e atitudes presentes no fenômeno violência sexual infantil, das intervenções, da organização do trabalho de atenção, prevenção e enfrentamento. Então, estabeleci unidades categoriais de sentido (nós) e subunidades/subcategorias (subnós), que serviram de classes para agrupar os conjuntos de informações comuns a cada uma.

Essas unidades categoriais de sentido são, na verdade, uma análise por categorias, fundamentada nos estudos de análise de conteúdo de Bardin (2009), em que o texto é desmembrado em unidades/categorias segundo reagrupamentos. A autora propõe algumas etapas que compreendem: a) pré-análise: momento de organização e sistematização das ideias iniciais; b) exploração do material, que envolve operações de codificação, decomposição e/ou numeração a partir de regras estabelecidas; e c) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, que expressam o significado e antecipam as interpretações conforme os objetivos previstos.

Assim, a partir da análise categorial de conteúdo associada à hermenêutica dialética, evidencie 13 unidades categoriais de sentidos (nós) a partir das narrativas coletadas, desdobradas em subunidades (sub-nós), esmiuçadas a partir dos palpites/pressupostos da pesquisa, conforme o Quadro 7:

Quadro 7 - Unidades categoriais e sub-unidades da pesquisa, 2023

| Pressupostos | Unidades de sentido | Sub-unidades |
|--|---|---|
| Os/as profissionais dos serviços da linha de cuidado integral às vítimas de violência sexual não possuem conhecimento suficiente sobre violência sexual contra crianças, falhando na identificação dos casos, bem como na implementação da linha de cuidado. | VIOLÊNCIA SEXUAL | VIOLÊNCIA SEXUAL: OMS, Ministério da Saúde; Transgressão da intimidade; Dúvida de o ato ser ou não consumado; Ordem multifatorial; Violação de direitos; Maus tratos e Erotização infantil. |
| | VIOLÊNCIA DE GÊNERO | VIOLÊNCIA DE GÊNERO: <i>Bullying</i> ; Preconceito e homossexualidade; Violência psicológica e atos discriminatórios; Machismo; Violência física; Simbólica; Psicológica; Contra a mulher e Violação de direitos humanos. |
| | VIOLÊNCIA INTERGERACIONAL | VIOLÊNCIA INTERGERACIONAL. |
| | CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL | CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL: Autoculpabilização; Depressão; Comportamentais e fisiológicos; Inibições e bloqueios; Gravidez; Sequelas de diversas ordens. |
| Os/as profissionais têm receio em notificar, atender e acompanhar os casos de violência sexual contra criança, devido na maioria das vezes, o/a agressor/a encontrar-se na | VIVÊNCIAS EMBLEMÁTICAS | VIVÊNCIAS EMBLEMÁTICAS: casos rememorados. |
| | LINHA DE CUIDADO e DIMENSÕES DO CUIDADO: ACOLHIMENTO | LINHA DE CUIDADO e DIMENSÕES DE CUIDADO: Desconhece; Conhece. ACOLHIMENTO: Cadastro; Escuta especializada; Outros achados sobre |

| | | |
|--|--|---|
| localidade e ser atendido/a pela mesma equipe, o que demarca fragilidade dos mecanismos de proteção ao profissional. | ATENDIMENTO | o acolhimento e Encaminhamento/referências. |
| Os/as cuidadores/as desconhecem os serviços e fluxos de atendimento da linha de cuidado integral às vítimas de violência, mesmo sabendo que a linha deva ser informada por profissionais sobre os procedimentos, encaminhamentos e referenciamento a outras instituições. | NOTIFICAÇÃO SEGUIMENTO | ATENDIMENTO: Atuações multi e/ou interprofissional. NOTIFICAÇÃO SEGUIMENTO: Acompanhamento do caso. |
| Os serviços que compõem a linha de cuidado integral às vítimas de violência, apresentam fragilidades nas intervenções direcionadas ao enfrentamento à violência sexual contra crianças, restringindo-se a ações pontuais, mesmo sob prerrogativas institucionais e políticas que preconizam a viabilidade de ações de prevenção no território. | PERCEPÇÕES DO CUIDADO MECANISMOS DE PREVENÇÃO MENSAGEM FINAL | PERCEPÇÕES DO CUIDADO: Não informaram; Acolher e Acompanhar; Acompanhamento; Afeto, Vínculo e Confiança; Responsabilidade e Preparo; Observar, estar atento e proteger; Prevenir, zelar, orientar e informar; e Emoções. MECANISMOS DE PREVENÇÃO: Não desenvolvem; Ações de prevenção; Campanhas alusivas ao 18 de maio; Atividades do PSE; Outras possibilidades; e Materiais informativos. MENSAGEM FINAL Fragilidades; Potencialidades; Saídas apontadas. |

Fonte: Elaboração própria (2024).

O encontro sobre as percepções do cuidado às crianças vítimas de violência sexual é composto por diversos entendimentos, provenientes das vivências e leituras dos/as entrevistados/as. Apresento, na próxima seção, os resultados sobre o objeto da pesquisa, destacando as compreensões sobre algumas categorias antecedentes que são fundamentais para a construção do cuidado.

Esclareço que os nomes atribuídos aos/as autores/as das narrativas são fictícios, sendo escolhidos nomes de plantas e flores resistentes a diferentes solos e condições climáticas. Além de admirar e gostar de flores e plantas, entendo que os/as profissionais que atuam com a realidade da violência sexual infantil possuem características semelhantes. Assim como as flores e plantas, que precisam ser fortes e resistentes, eles/as também possuem delicadezas e exercem sua beleza e destreza nos locais onde atuam, encantando e fazendo a diferença na vida das pessoas e nas comunidades onde estão inseridos/as.

CAPÍTULO 4 - TRIANGULAÇÃO DE RESULTADOS

A triangulação aqui empregada é uma estratégia de pesquisa que envolve a utilização de diferentes fontes de dados, com intuito de melhor apreender o objeto de investigação. O termo triangulação é oriundo das ciências exatas, mas passou a ser utilizado em estudos da área de saúde e em pesquisas sociais. Flick (2009) sinaliza que abordagem da triangulação permite considerar diferentes níveis de profundidade para desvelar fenômenos complexos. Nesse sentido, apresento os resultados da triangulação de dados produzidos em diferentes momentos, lugares e com diferentes pessoas.

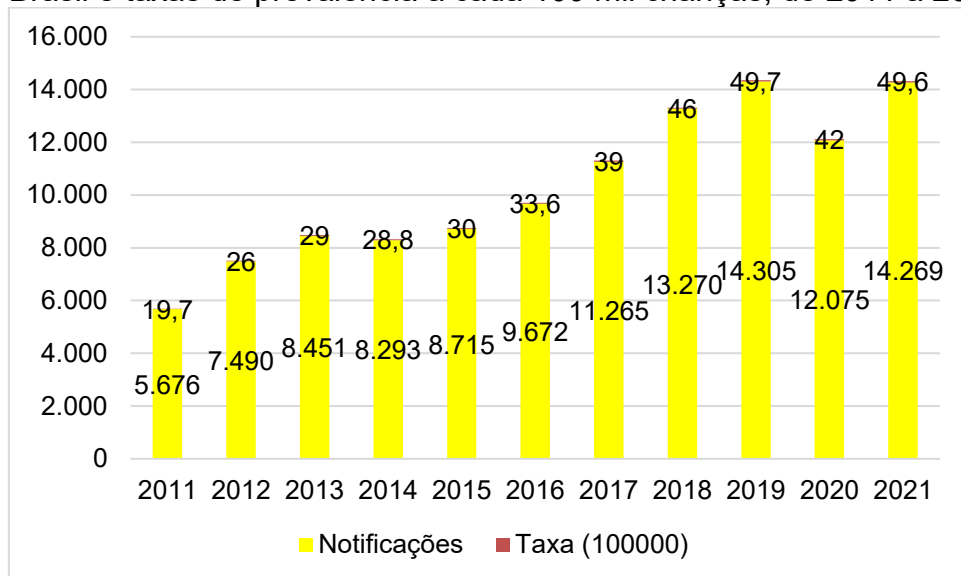
4.1 DADOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS NO BRASIL

Aproximadamente 1 bilhão de crianças no mundo são vítimas de violência anualmente (ONU News, 2020). Em 2011, até 50% das agressões sexuais foram cometidas contra meninas menores de 16 anos (Peteznieto *et al.*, 2014). Estima-se que 1,8 milhão de crianças estejam sujeitas ao comércio da exploração sexual e à produção de imagens de abuso infantil, com os custos globais da violência na infância representando entre 3% e 8% do PIB global (Peteznieto *et al.*, 2014).

No Brasil, a PNAD de 2018 estimou que a população de crianças (pessoas de até 12 anos de idade) era de 35,5 milhões, correspondendo a 17,1% da população geral (IBGE, 2018). Entre 2011 e 2017, foram registradas 203.275 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes. No período de 2017 a 2020, registraram-se mais 179.277 denúncias, totalizando 382.552 ocorrências dessa natureza (Brasil, 2015a e 2020).

Adicionalmente, o Sinan registrou, no período de 2011 a 2021, 107.467 denúncias de violência sexual contra crianças de zero a nove anos de idade (Brasil, 2024). No Gráfico 1, a seguir, é possível visualizar o aumento das notificações do Sinan e as respectivas taxas de prevalência a cada 100 mil crianças nessa faixa etária:

Gráfico 1 - Número de notificações no Sinan de violência sexual contra crianças no Brasil e taxas de prevalência a cada 100 mil crianças, de 2011 a 2021



Fonte: Brasil (2018a, 2024).

De maneira geral, as notificações cresceram consideravelmente a partir de 2016, o que expressa avanços na consolidação da obrigatoriedade de notificação pelos serviços de saúde.

Embora haja diferenças significativas entre os números de denúncias e as notificações sobre esta natureza de violência, os resultados são expressivos, apontando para uma realidade preocupante e urgente. Essas discrepâncias podem ser atribuídas à ausência de diálogo entre os órgãos que deveriam fornecer informações mais próximas da realidade, com o objetivo de impulsionar ações de enfrentamento. Destaca-se também a questão da subnotificação.

Sobre algumas especificidades dessas notificações, é possível visualizar na Tabela 1 detalhes da linha histórica:

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| Masculino | 47.324 | 81,6 | 34.778 | 80,8 | 12.546 | 83,7 | 67.794 | 81,1 | 51.938 | 80,9 | 15.856 | 82,0 |
| Feminino | 2.298 | 4,0 | 1.728 | 4,0 | 570 | 3,8 | 3.580 | 4,3 | 2.716 | 4,2 | 864 | 4,5 |
| Ambos os sexos | 1.795 | 3,1 | 1.327 | 3,1 | 468 | 3,1 | 2.554 | 3,1 | 1.864 | 2,9 | 690 | 3,6 |
| Ignorado | 6.613 | 11,4 | 5.201 | 12,1 | 1.412 | 9,4 | 9.633 | 11,5 | 7.712 | 12,0 | 1.921 | 9,9 |
| Número de envolvidos | | | | | | | | | | | | |
| Um | 43.359 | 74,7 | 32.534 | 75,6 | 10.825 | 72,2 | 62.047 | 74,2 | 48.404 | 75,4 | 13.643 | 70,5 |
| Dois ou mais | 7.180 | 12,4 | 4.654 | 10,8 | 2.526 | 16,8 | 11.286 | 13,5 | 7.684 | 12,0 | 3.602 | 18,6 |
| Ignorado | 7.491 | 12,9 | 5.846 | 13,6 | 1.645 | 11,0 | 10.238 | 12,3 | 8.142 | 12,7 | 2.096 | 10,8 |
| Vínculo com o agressor | | | | | | | | | | | | |
| Familiares | 20.545 | 37,0 | 16.301 | 39,8 | 4.244 | 29,0 | 31.333 | 41,1 | 25.054 | 40,4 | 6.279 | 44,3 |
| Amigos/conhecidos | 15.341 | 27,6 | 10.148 | 24,8 | 5.193 | 35,4 | 20.450 | 26,9 | 14.410 | 23,2 | 6.040 | 42,6 |
| Desconhecidos | 3.639 | 6,5 | 2.693 | 6,6 | 946 | 6,5 | 5.042 | 6,6 | 3.889 | 6,3 | 1.153 | 8,1 |
| Outros | 16.046 | 28,9 | 11.773 | 28,8 | 4.273 | 29,2 | 19.333 | 25,4 | 18.638 | 30,1 | 695 | 4,9 |
| Encaminhamentos | | | | | | | | | | | | |
| Conselho Tutelar | | | | | | | 56.090 | 34,7 | 42.722 | 34,5 | 13.368 | 35,4 |
| Rede de saúde | | | | | | | 47.556 | 29,4 | 36.235 | 29,3 | 11.261 | 29,8 |
| Rede de assistência social | | | | | | | 24.844 | 15,4 | 18.694 | 15,1 | 6.150 | 16,3 |
| Ministério público | | | | | | | 3.504 | 2,2 | 2.626 | 2,1 | 878 | 2,3 |
| Rede de educação | | | | | | | 3.168 | 2,0 | 2.261 | 1,8 | 947 | 2,5 |
| Delegacia da criança e do adolescente | | | | | | | 2.157 | 1,3 | 1.620 | 1,3 | 537 | 1,4 |
| Outros | | | | | | | 24.310 | 15,0 | 19.670 | 15,9 | 4.640 | 12,3 |

Fonte: Brasil (2018a, 2024).

Esclareço que os boletins epidemiológicos estabelecem os períodos históricos de 2011-2017 e 2015-2021. Com relação aos dados dos anos de 2015, 2016 e 2017, há repetição; por isso, realizo a leitura considerando esses dois lastros temporais.

Nesse primeiro conjunto de dados, as situações de violência sexual correspondem majoritariamente ao estupro, com 62% e 56,8% (crime que envolve prática de relações sexuais ou ato libidinoso sem consentimento), e ao assédio sexual, com 24,9% e 29,2% (ato de constranger alguém para obter “favorecimento sexual” em razão de superioridade hierárquica). Em ambos os casos, observa-se a presença de relações de poder e a ausência de consentimento mútuo; no caso das crianças, não há sequer possibilidade de consentimento.

Nos dois períodos analisados, as notificações indicam que as meninas são as principais vítimas dessa violência. No entanto, também há registros de estupros contra meninos, o que evidencia que a violência sexual também é uma violência de gênero. Essa diferença nos registros reflete, em parte, a não revelação dos casos, especialmente entre garotos, o que está relacionado a características da violência simbólica.

Outro fator observado é que a violência sexual se repete, evidenciando a fragilidade no sistema de enfrentamento e acompanhamento dos casos. Isso é confirmado pelos dados de reincidência contra meninas, com 14.562 e 22.480 registros (33,8% e 35,0%, respectivamente). Além disso, uma parcela significativa dessas informações é ignorada, correspondendo a 15.361 e 22.192 situações (35,7% e 34,6%). Embora a revelação de casos seja mais complicada para meninos, a reincidência de violência sexual traz à tona aspectos de fraqueza e subjugação. Para as meninas, esses episódios reforçam a ideia de “sexo frágil”, contribuindo para uma naturalização desse tipo de violência.

Os registros sobre o local da ocorrência confirmam esse cenário. A residência concentra 40.154 e 59.233 notificações (69,2% e 70,9%, respectivamente). Isso aponta que o “segredo de família” prevalece, tornando a revelação um processo que rompe com inúmeras barreiras. Além de envolver a instauração de processos judiciais, que frequentemente causam desgastes a longo prazo, as vítimas enfrentam prejuízos de diversas ordens. Ademais, quando se trata de relações intrafamiliares, muitas vezes faltam o apoio e o suporte necessários.

Para tanto, além de a violência sexual se caracterizar como violação intrafamiliar, também é uma violência de gênero. O conceito de gênero surgiu no final

da década de 1960 e é empregado para distinguir o sexo, rejeitando o determinismo biológico. Esse conceito constitui-se “como uma ferramenta analítica que é, ao mesmo tempo, política” (Louro, 1997, p. 21). Assim, fazer-se homem ou mulher é um processo e não algo dado pelo nascimento, sendo o masculino e o feminino construídos por meio de práticas sociais em consonância com as concepções de cada sociedade.

Outra questão observada é o fato de o agressor concentrar-se, na maioria das situações, em uma única pessoa (43.359 - 74,7% e 62.047 - 74,2% dos registros), sendo, predominantemente, do gênero masculino (47.324 - 81,6% e 67.794 - 81,1% das notificações). Isso confirma que a violência sexual ocorre, preponderantemente, contra meninas, cometida por homens dentro de suas próprias casas.

Tal fato expõe a insegurança gerada por quem deveria ser uma figura protetora. Além disso, evidencia-se o padrão androcêntrico no predomínio do exercício do poder masculino, fortemente arraigado na sociedade, o que demanda medidas urgentes e eficazes. Até mesmo porque, nas relações entre gerações, há uma interligação entre um adulto (indivíduo com seu desenvolvimento consumado, socialmente responsável por seus atos) e a criança (sujeito em desenvolvimento psíquico e físico), que se encontra em condição de dependência desse adulto, resultando em uma relação hierárquica de poder (Felizardo; Zürcher; Melo, 2006).

Por fim, o Conselho Tutelar realizou 56.090 (34,7%) notificações, enquanto os serviços de saúde registraram 47.556 (29,4%) casos. Esses dados apontam que tais instituições são equipamentos de suporte importantes na busca pela denúncia dessa violação, apresentando-se como espaços de sigilo e confiança.

Outros fatores observados sobre as particularidades da violência sexual na infância referem-se à raça, às vítimas acometidas por transtornos e às regiões do país que apresentam maior número de registros, conforme pode ser visualizado na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 - Linha histórica das características sociodemográficas de crianças vítimas de violência sexual notificadas no Sinan, Brasil, de 2011 a 2021

| Categorias | 2011-2017 58.037 | | | | | | 2015- 2021 83.517 | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|------|----------|------|-----------|------|----------------------|------|----------|------|-----------|------|
| | Total | | Feminino | | Masculino | | Total | | Feminino | % | Masculino | % |
| <i>Faixa etária</i> | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| > 1 ano | 2.653 | 4,6 | 2.238 | 5,2 | 415 | 2,8 | 3.386 | 4,0 | 2.853 | 4,4 | 533 | 2,8 |
| 1 a 5 | 29.686 | 51,2 | 22.354 | 51,9 | 7.332 | 48,9 | 34.174 | 40,9 | 26.981 | 42,0 | 7.193 | 37,2 |
| 6 a 9 | 25.691 | 44,3 | 18.442 | 42,9 | 7.249 | 48,3 | 46.011 | 55,1 | 34.396 | 53,6 | 11.615 | 60,1 |
| <i>Raça/cor da pele</i> | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 22.611 | 39,0 | 16.577 | 38,5 | 6.034 | 40,2 | 32.537 | 38,9 | 24.841 | 38,7 | 7.696 | 39,8 |
| Preta | 26.407 | 45,5 | 19.782 | 46,0 | 6.625 | 44,2 | 5.831 | 7,0 | 4.399 | 6,8 | 1.432 | 7,4 |
| Parda | | | | | | | 35.216 | 42,1 | 27.308 | 42,5 | 7.908 | 40,9 |
| Amarela | 280 | 0,5 | 209 | 0,5 | 71 | 0,5 | 516 | 0,6 | 405 | 0,6 | 111 | 0,6 |
| Indígena | 586 | 1,0 | 509 | 1,2 | 77 | 0,5 | 967 | 1,2 | 865 | 1,3 | 102 | 0,5 |
| Ignorada | 8.146 | 14,0 | 5.957 | 13,8 | 2.189 | 14,6 | 8.504 | 10,2 | 6.412 | 10,0 | 2.092 | 10,8 |
| <i>Deficiência/transtorno</i> | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 1.970 | 3,3 | 1.199 | 2,8 | 711 | 4,7 | 2.825 | 3,4 | 1.809 | 2,8 | 1.016 | 5,3 |
| Não | 47.828 | 82,4 | 35.818 | 83,2 | 12.010 | 80,1 | 68.686 | 82,2 | 53.297 | 83,0 | 15.389 | 79,6 |
| Não se aplica | 185 | 0,3 | 140 | 0,3 | 45 | 0,3 | | | | | | |
| Ignorado | 8.107 | 14,0 | 5.877 | 13,7 | 2.230 | 14,9 | 12.060 | 14,4 | 9.124 | 14,2 | 2.936 | 15,2 |
| <i>Região de residência</i> | | | | | | | | | | | | |
| Norte | 9.106 | 15,7 | 7.200 | 16,7 | 1.906 | 12,7 | 10.841 | 13,0 | 8.801 | 13,7 | 2.040 | 10,5 |
| Nordeste | 7.270 | 12,5 | 5.695 | 13,2 | 1.575 | 10,5 | 10.153 | 12,1 | 8.184 | 12,7 | 1.969 | 10,2 |
| Sudeste | 23.417 | 40,4 | 17.156 | 39,9 | 6.261 | 41,8 | 36.483 | 43,7 | 27.644 | 43,0 | 8.839 | 45,7 |
| Sul | 12.597 | 21,7 | 8.913 | 20,7 | 3.684 | 24,6 | 18.407 | 22,0 | 13.793 | 21,5 | 4.614 | 23,9 |
| Centro-Oeste | 5.635 | 9,7 | 4.067 | 9,5 | 1.568 | 10,5 | 7.683 | 9,2 | 5.805 | 9,0 | 1.878 | 9,7 |
| Ignorada | 5 | - | 3 | - | 2 | - | | | | | | |

Fonte: Brasil (2018a, 2024).

Mais uma vez, esclareço que as notificações de violência sexual abrangem a faixa etária entre zero e nove anos, correspondendo a 58.038 (34,96%) e 83.571 (41,17%) registros nos períodos históricos apresentados na Tabela 2. Essa faixa etária pressupõe o início da verbalização e uma frequência mais assídua a serviços de cuidado, como escolas e unidades de saúde. Novamente, o gênero feminino é significativamente mais vitimizado nessa fase do desenvolvimento, respondendo por 43.034 (74,14%) e 64.230 (76,85%) das notificações. Assim, destaca-se a necessidade de ações de enfrentamento e prevenção precoces e de caráter contínuo.

Chamo atenção para registros significativos sobre a raça/cor preta e branca no primeiro período de notificações (2011-2017), os quais corresponderam a 26.407 (45,5%) e 22.611 (39,0%), respectivamente. No segundo período (2015–2021), houve a inclusão da categoria raça/cor parda, que concentrou o maior número de notificações: 35.216 (42,1%) para crianças de raça/cor parda e 5.831 (7,0%) para crianças de raça/cor preta, totalizando 41.047 (49,1%). Já a raça/cor branca registrou 32.537 (38,9%) das ocorrências.

Friso os registros referentes ao item “ignorado,” que representam 8.146 (14,0%) e 8.504 (10,2%) das notificações. Como a raça é autodeclarada, frequentemente esse campo não é preenchido. Esses resultados evidenciam que a violência sexual na primeira infância negra e parda é atravessada por relações de poder e racismo, refletindo e corroborando dimensões históricas de submissão da mulher e da menina negras, frequentemente silenciadas para atender a desejos sexuais.

Santos e Izumino (2005) destacam três fatores explicativos para a violência contra a mulher, incluindo as meninas: o primeiro é a “dominação masculina,” o segundo, a “dominação patriarcal,” e o terceiro, a dimensão “relacional”, que envolve a interação e o jogo de poder entre homens e mulheres. Dessa forma, o debate sobre gênero, raça e classe torna-se essencial, pois revela o entrelaçamento de desigualdades sociais historicamente estabelecidas que continuam a se reproduzir socialmente (Saffioti, 1997a).

Quanto ao dado sobre a criança possuir ou não alguma deficiência ou transtorno, os registros indicam que a maioria não apresenta essa condição, com 47.828 (82,4%) e 68.686 (82,2%) notificações nos períodos analisados. No entanto, chama a atenção o número expressivo de registros como “ignorado” nesse campo de preenchimento, com 8.107 (14,0%) e 12.060 (14,4%) situações. Esses dados

inconclusos evidenciam fragilidades no preenchimento das fichas de notificação.

No que tange à região do país de onde provêm a maior quantidade de notificações, observam-se concentrações nas regiões Sudeste (23.417 – 40,4% e 36.483 – 43,7%) e Sul (12.597 – 21,7% e 18.407 – 22,0%). No entanto, isso não significa que as regiões Sudeste e Sul concentrem, majoritariamente, os focos de violência sexual. Fatores como a cultura da notificação e denúncia, que ainda precisa avançar, e a presença de serviços de cuidado, enfrentamento e prevenção à violência infantil, são determinantes para aumentar a visibilidade desses casos e possibilitar o acesso a tais serviços. Tais aspectos repercutem diretamente na forma como o cuidado é disponibilizado às crianças.

Nesse sentido, compreender as particularidades da violência sexual infantil envolve a consideração das categorias de racismo, geração, gênero e até mesmo da geografia de um país tão diverso. Discutir suas interseccionalidades é essencial para entender o que impacta e revela simultaneamente. Assim, o cuidado não pode ser padronizado; é fundamental pensar em formas de enfrentamento que sigam diretrizes e linhas de cuidado com cautela, respeitando essas nuances.

Após observar o comportamento da violência sexual contra criança em território nacional, apresentarei, na sequência, algumas particularidades do fenômeno nos municípios selecionados para a pesquisa na região de saúde do estado do Paraná.

4.2 RESULTADOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS EM REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

O processo de coleta de dados ocorreu na 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, região de atuação profissional da pesquisadora como assistente social desde 2007, contemplando os municípios de Toledo (porte III - 104 notificações), Palotina (porte II - 50 notificações) e Mercedes (porte I - 22 notificações).

A escolha dessas localidades justifica-se pelo fato de que, no período de 2010 a 2021, esses municípios registraram mais de 10 notificações de violência sexual contra crianças no Sinan. Além disso, cada município representa um tipo de porte, proporcionando diversidade à análise.

Esclareço que a região da 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, abrange 18 municípios, caracterizados em: Porte I - 11 municípios; Porte II - 04 municípios; e, Porte - III 03 municípios, conforme a Deliberação nº. 287/2013 da

Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Destaco as principais informações relativas aos municípios selecionados para esta etapa de coleta de dados.

4.2.1 Principais Informações de Toledo/PR

O município de Toledo tem sua base econômica pautada na agropecuária, destacando-se na produção de soja, milho, suínos, frango, gado leiteiro e de corte. Conta com uma população de 150.470 habitantes, é o 11º município mais populoso do Paraná e o 36º da Região Sul do Brasil. Sua composição étnica divide-se em Brancos (76%), Pardos (21%) e Negros (3%).

Toledo está organizado em 26 bairros e 10 distritos administrativos. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,768⁴ (2010), classificado como médio, e alcançou um índice de mortalidade infantil de 7,59 óbitos por mil nascidos vivos (2020), considerado baixo em comparação com os índices nacional e estadual⁵. Seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$ 51.745,73 (2021), destacando-se como positivo no estado⁶ (IBGE, 2024).

A estrutura de serviços na área de saúde é referência para a região, abrangendo: 02 entidades empresariais de natureza dupla⁷; 52 unidades da administração pública (2 estaduais e 50 municipais); 35 entidades empresariais (14 estaduais e 21 municipais); e 05 entidades sem fins lucrativos (02 estaduais e 03 municipais), totalizando 94 instituições, distribuídas em hospitais, clínicas, unidade de doação de sangue e UBS.

Toledo possui uma organização de serviços de: Rede de atenção à urgência e emergência (UPA e PAM); Rede de atenção primária, com 23 UBS; Ambulatório materno infantil (alto risco); Rede de atenção à saúde mental (CAPS I, CAPS II, CAPS AD e Ambulatório de saúde mental); e Rede de atenção especializada e outros serviços (CNES, 2024).

Percebe-se, pois, uma robustez de serviços, conforme o perfil do município, contemplando os 3 níveis de atenção na área da saúde, isto é, primária, secundária e

⁴ IDHM Brasil 0,766 (Atlas Brasil, 2021) e IDHM Paraná 0,769 (Atlas Brasil, 2021).

⁵ Índice de mortalidade infantil: Brasil 13,8, em 2021 (IBGE, 2023a). Paraná 9,3, em 2020 (IBGE, 2023b).

⁶ PIB Paraná R\$ 549.973 milhões em 2021 (IBGE, 2023b).

⁷ A gestão dupla se refere à gestão municipal e estadual.

terciária.

4.2.2 Principais Informações de Palotina/PR

O município de Palotina, de acordo com estimativa do IBGE (2022c), conta com 35.011 habitantes. Sua economia está fundamentada na agricultura, agroindústria e prestação de serviços. Desde a chegada dos primeiros migrantes em 1940, Palotina desenvolveu-se e alcançou emancipação político-administrativa em 1960. Seu IDHM é de 0,768 (2010), classificado como médio, mas superior ao índice nacional e estadual (IBGE, 2022c).

A mortalidade infantil corresponde a 9,45 óbitos por mil nascidos vivos (2020), menor que o índice nacional e pouco acima do índice do estado do Paraná. O PIB per capita representa R\$ 86.939,78, também satisfatório em relação ao estado (IBGE, 2022c).

Sua estrutura de serviços na área de saúde perfaz: 21 entidades da administração pública (4 duplas e 17 municipais); 04 entidades empresariais (01 estadual e 03 municipais); e 01 entidade sem fins lucrativos (dupla), totalizando 26 instituições. Essas instituições englobam hospitais, clínicas, UBS, Nasf, Samu e Academias de Saúde, abrangendo serviços de atenção primária e secundária (CNES, 2024).

4.2.3 Principais Informações de Mercedes/PR

Quanto à cidade de Mercedes, esta foi colonizada também na década de 1940, mas foi emancipada somente em 1990. Apresenta uma população residente de 5.931 pessoas (IBGE, 2022a), com um IDHM de 0,740 (IBGE, 2010) – elevado em comparação as referências nacional e estadual. Felizmente, o município não registra índices de mortalidade infantil, o que é extremamente positivo para a localidade (IBGE, 2022a). O PIB per capita atingiu R\$ 49.534,82, considerado positivo, sinalizando uma economia movimentada no período (IBGE, 2022a).

A cidade se enquadra no nível de atenção primária à saúde e conta com uma estrutura de serviços composta por: Academia da Saúde, Centro de Saúde, UBS, Secretaria de Saúde e Posto de campanha Covid, totalizando 06 entidades de

administração pública na localidade.

Com as particularidades dos municípios selecionados identificadas, apresento, a seguir, os resultados da coleta de dados sobre as características da violência sexual infantil nessas localidades, considerando também uma leitura e análise interseccional, dada a magnitude da temática.

4.2.4 Violência Sexual Infantil nos Municípios de Pesquisa e Interseccionalidades

O comportamento da violência sexual contra crianças na região pesquisada apresenta características similares às observadas em âmbito nacional. Com base no levantamento de dados do Sinan, realizado em uma linha histórica que abrange o período de 2012 a 2022, foram analisadas categorias clássicas da interseccionalidade⁹ – idade, gênero e raça – para observar os cruzamentos que compõem esse fenômeno.

O uso da interseccionalidade para discutir a violência compreende que ela ocorre:

[...] dentro de sistemas fechados de poder, mas também como constitui um fio comum que liga racismo, colonialismo, heteropatriarcado, nacionalismo e capacitismo. Ao questionar como as formas de violência dentro de sistemas separados podem de fato se interconectar e se apoiar mutuamente, a estrutura analítica da interseccionalidade abre novos caminhos de investigação. Como a violência tem sido uma preocupação para feministas, lideranças antirracistas, intelectuais, lideranças comunitárias e profissionais de diversos campos de estudo, a investigação e a práxis interseccionais oferecem uma compreensão mais sólida da violência (Collins; Bilge, 2020. p 77-78).

A interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que possibilita apreender e compreender a complexidade das identidades, das relações sociais e das desigualdades sociais, a partir de enfoque integrado, sob a utilização de elementos e categorias que podem dialogar.

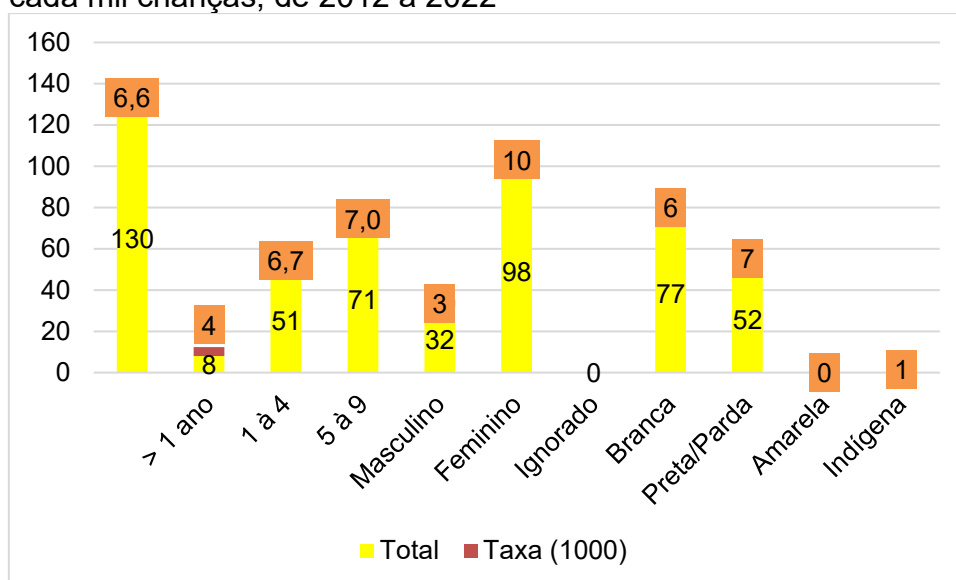
Pautada nessa perspectiva de análise, apresento os resultados do

⁹ A interseccionalidade é caracterizada como uma práxis, uma categoria e um instrumento de análise, com aplicabilidade desde a década de 1990. O termo foi adotado por acadêmicas e acadêmicos, militantes de políticas públicas, profissionais e ativistas em diversos contextos. Sua problematização foi desenvolvida nos países anglo-saxônicos, a partir do *Black Feminism*, e insere-se no campo interdisciplinar, com Kimberlé Crenshaw (1991) e outras pesquisadoras e pesquisadores de países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá e Alemanha.

levantamento dos dados do Sinan, de 2012 a 2022, sobre a violência sexual contra a criança nos municípios de Toledo, Palotina e Mercedes. Para a análise, foi estabelecida a taxa de prevalência para cada 1.000 crianças na faixa etária de zero a nove anos.

O município de Toledo registrou, no histórico decenal estabelecido, a menor taxa de prevalência a cada mil crianças entre zero e nove anos de idade sobre as notificações desse tipo de violência, conforme o Gráfico 2:

Gráfico 2 - Notificações de violência sexual contra crianças em Toledo/PR e taxa a cada mil crianças, de 2012 a 2022



Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

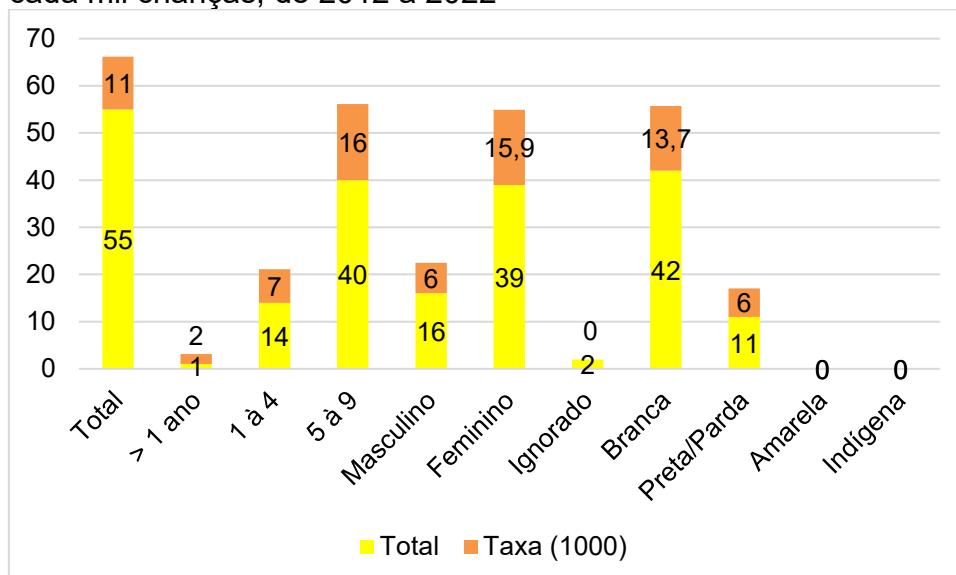
O total de casos notificados em Toledo corresponde a 6,63%, com maior índice de concentração de violência sexual entre crianças de cinco a nove anos, sendo os casos contra o sexo feminino predominantes.

Em relação à raça, embora a etnia branca tenha o maior número absoluto de notificações, as etnias preta/parda apresentam maiores índices de notificações, seguidas pela população indígena. Mesmo que não tenha uma colonização marcada pelas etnias parda/preta e indígena, Toledo é um município com indústrias, universidades e prestadores de serviços, o que abarca número significativo de pessoas de diferentes raças e etnias. Além disso, é uma cidade situada em uma rota que conecta com cidades fronteiriças como Foz do Iguaçu e Guaíra, que fazem divisa com o Paraguai, Argentina e Uruguai. A proximidade com reservas indígenas também é relevante, pois a cidade está na rota de comércio de artesanatos indígenas.

Entre os dados apresentados, a violência sexual infantil em Toledo assume o comportamento de violência de gênero desde a primeira infância, com uma diferença de 7,09% nos registros de ocorrências contra os sexos feminino e masculino, o que segue a tendência observada em nível nacional.

Em relação à cidade de Palotina, a taxa total de casos notificados no período analisado é maior do que em Toledo, apesar de seu porte populacional menor. O Gráfico 3, a seguir, apresenta mais informações sobre as particularidades da violência sexual contra crianças nesta localidade.

Gráfico 3 - Notificações de violência sexual contra crianças em Palotina/PR e taxa a cada mil crianças, de 2012 a 2022

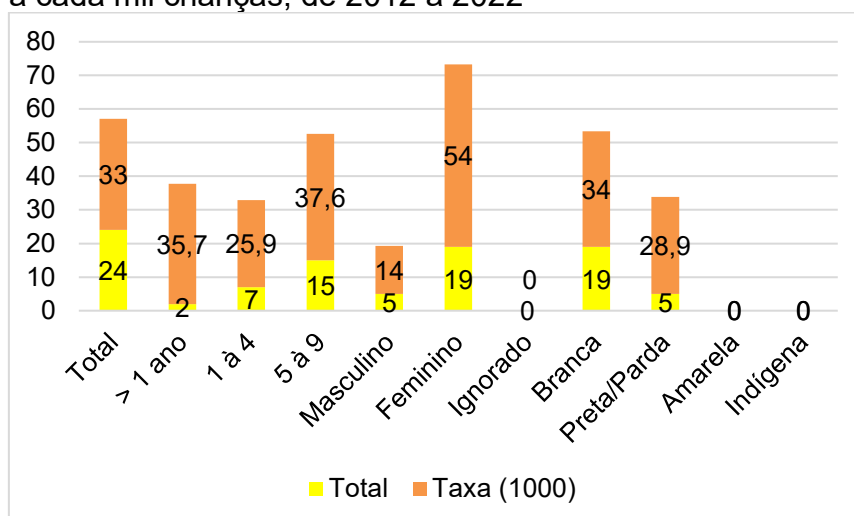


Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

Identifico que as situações de violência sexual infantil em Palotina representam mais de 11,19% da população na faixa etária de zero a nove anos, com predominância de casos entre cinco e nove anos. No entanto, é relevante observar os registros na faixa etária de um a quatro anos, o que indica que os casos estão sendo notificados de forma mais precoce. A violência sexual segue a tendência nacional de prevalecer contra o sexo feminino. Quanto à raça, os registros indicam maior prevalência contra crianças brancas.

Por fim, sobre as notificações de violência sexual registradas no Sinan na cidade de Mercedes, é possível identificar, no Gráfico 4, na sequência, as características desta violência específica.

Gráfico 4 - Notificações de violência sexual contra crianças em Mercedes/PR e taxa a cada mil crianças, de 2012 a 2022

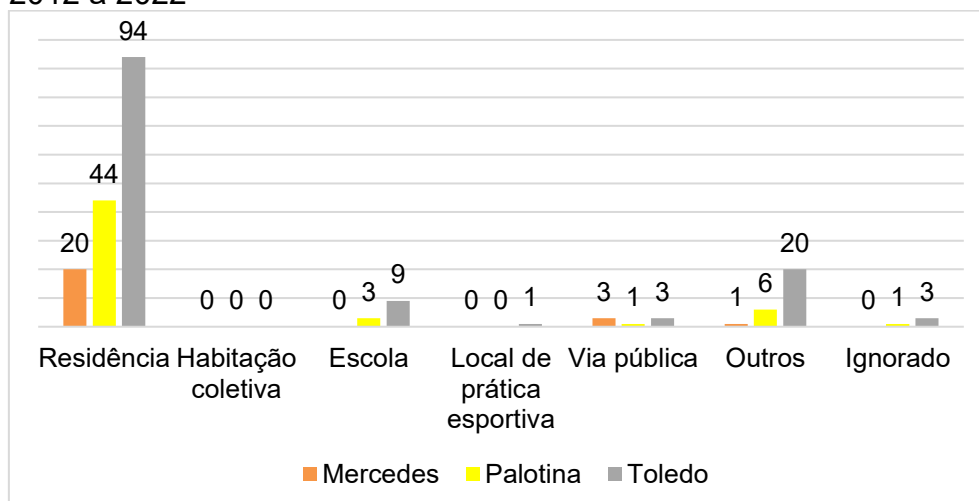


Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

O município de Mercedes registrou, na década pontuada, a maior taxa de casos de violência sexual contra crianças entre os municípios selecionados para pesquisa. Isso indica não apenas uma preocupação com o número de situações dessa violência, mas também que as notificações estão ocorrendo de forma recorrente. Diferentemente de Palotina e Toledo, as notificações abrangem os três cortes etários, o que demonstra a violação desde tenra idade.

O fenômeno se destaca também contra o sexo feminino, com 54,29%. Além disso, os maiores registros ocorrem contra crianças da raça branca, seguidas da raça parda/preta. Por fim, destaco o local de ocorrência da violência sexual infantil, que, conforme o Gráfico 5, ocorre predominantemente na residência:

Gráfico 5 - Local de ocorrência da violência sexual nos municípios pesquisados, de 2012 a 2022



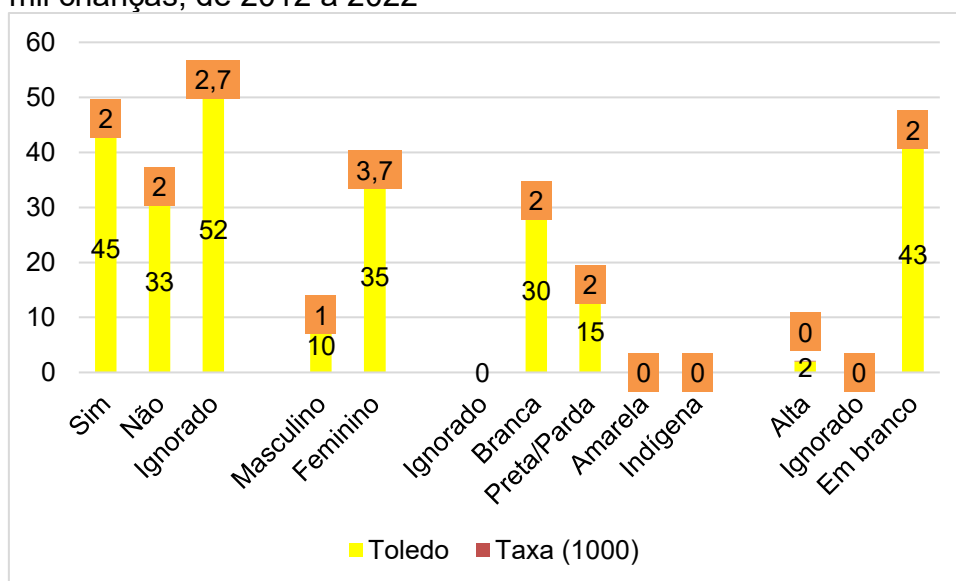
Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

Sobre esses dados, não foi possível estabelecer a taxa de prevalência devido à ausência de dados para o cômputo. No entanto, é possível observar que, em números absolutos, as notificações de ocorrência de violência sexual na residência da criança violada se sobressaem ligeiramente.

Romper com a naturalização da familiarização da posse do corpo da criança é um desafio tanto nacional quanto local. Incentivar e garantir o anonimato na denúncia deve ser melhor divulgado e implementado, pois, sob essas condições, os casos teriam maior chance de serem identificados por vizinhos e/ou órgãos de proteção no território.

Por fim, apresento os resultados dos casos de repetição da violência sexual nesses municípios. Toledo, possui a menor taxa de repetição entre os municípios pesquisados, como pode ser visualizado no Gráfico 6:

Gráfico 6 - Repetição da violência sexual em Toledo/PR e taxa de prevalência a cada mil crianças, de 2012 a 2022



Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

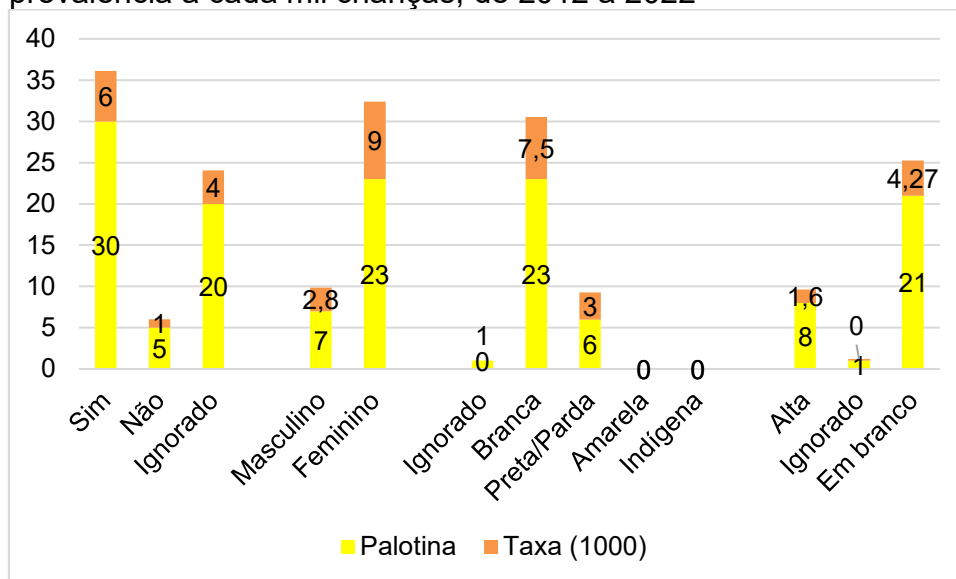
Embora a taxa de repetição registre 2,29%, o índice correspondente ao item “ignorado” em relação a essa informação é superior, alcançando 2,65%. Isso sugere a necessidade de aprimorar o preenchimento da ficha de notificação.

Outro fator identificado na repetição, assim como na ocorrência, é a predominância dos casos contra o sexo feminino, com destaque para as raças branca e preta/parda. Ainda, apenas 0,1% dos casos registram alta do serviço de saúde na ficha de notificação, enquanto, nas demais situações (2,19%), o campo permanece em branco. Isso denota fragilidade no adequado preenchimento do instrumento,

mesmo em um município com mais equipamentos assistenciais de cuidado.

No que se refere à Palotina, este município apresenta uma maior taxa de repetição de violência sexual contra crianças em comparação a Toledo, conforme pode ser observado no Gráfico 7:

Gráfico 7 - Repetição da violência sexual contra criança em Palotina/PR e taxa de prevalência a cada mil crianças, de 2012 a 2022



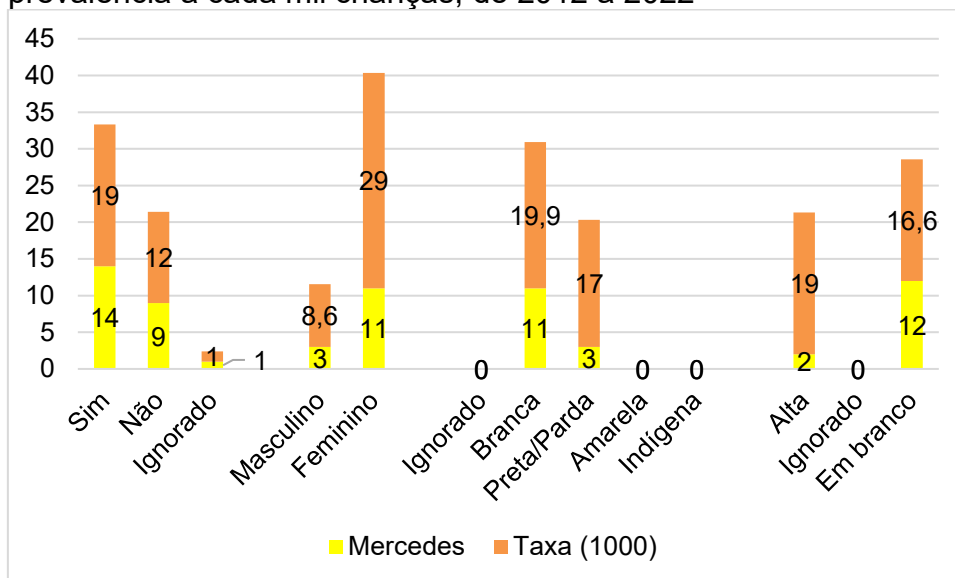
Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

Mesmo com uma taxa expressiva de 6,11% na repetição dos casos, o item “ignorado” também revela um valor significativo, com 4,07. Isso segue a tendência nacional de que a repetição da violência ocorre predominantemente contra o sexo feminino, com um destaque para crianças brancas, seguidas das crianças pretas/pardas.

Apenas 1,63% dos casos notificados teve alta de serviço de saúde, enquanto os demais casos correspondem aos itens “ignorado” ou “em branco”. Isso sugere que, no preenchimento da ficha de notificação, não há informações adequadas sobre se houve atendimento ou encaminhamento pertinente à situação, pelo menos sob uma perspectiva protocolar.

este apresenta o maior índice de registro de repetição da violência sexual contra crianças, conforme pode ser visualizado no Gráfico 8, a seguir.

Gráfico 8 - Repetição da violência sexual contra criança em Mercedes/PR e taxa de prevalência a cada mil crianças, de 2012 a 2022



Fonte: Adaptado de Brasil (2024).

Nessa localidade, a taxa de prevalência de repetição de casos de violência sexual é de 19,31%, um número expressivo considerando seu porte populacional infantil. Diferente dos municípios de Toledo e Palotina, o item “ignorado” apresenta baixo índice, o que indica que a ficha de notificação é preenchida de forma mais completa. Ademais, conforme a configuração dos índices nacionais e das outras localidades pesquisadas, observa-se a predominância da violência sexual contra crianças do sexo feminino (29,33%), das raças branca (19,93%) e preta/parda (17,34%).

Quanto ao encaminhamento dado às situações, embora Mercedes apresente índices de alta de serviço de saúde com 19,31%, há também um índice de 16,55% de situações com o item “em branco”. Este dado exige atenção no preenchimento, principalmente para verificar se houve atendimento e encaminhamentos adequados, sobretudo por se tratar de reincidência.

Diante dos resultados apontados, os municípios de Toledo e Palotina, apresentam maiores necessidades em qualificar o preenchimento da ficha de notificação, a qual é obrigatória aos órgãos que compõem a rede de atenção e proteção à infância. A cidade de Mercedes, por sua vez, mostra melhor desempenho nesse quesito, com maior qualidade nas informações notificadas, mesmo dispondo de uma rede menor de serviços correlatos ao cuidado das crianças vítimas de violência sexual.

4.3 RESULTADOS DA REVISÃO DE ESCOPO ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Os artigos selecionados perfazem as características explícitas no Quadro 8: seguir.

Quadro 8 - Características dos artigos selecionados na revisão de escopo, 2022

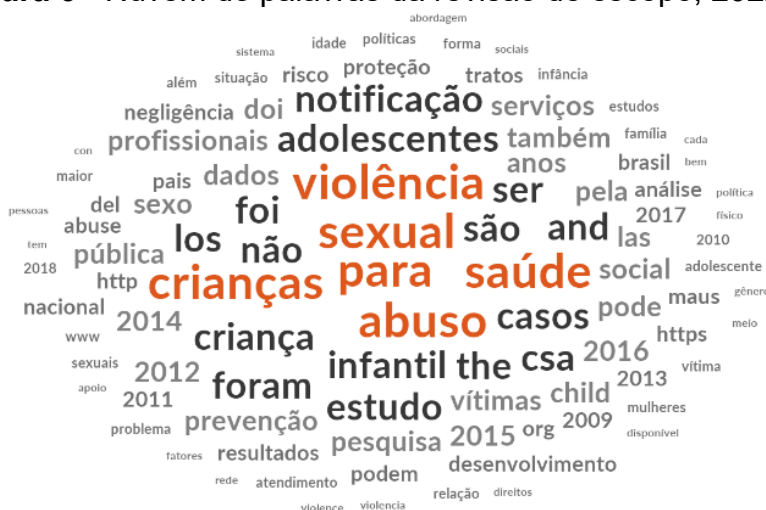
| Tipo de trabalho | N (50) |
|--|---------------|
| Artigos de revista | 46 |
| Teses | 2 |
| Dissertação | 1 |
| Trabalho de Conclusão de Curso | 1 |
| Ano de publicação | |
| 2012 – 2017 | 27 |
| 2018 – 2022 | 23 |
| Tipo de Pesquisa | |
| Qualitativa | 39 |
| Qualitativa/Quantitativa | 08 |
| Quantitativa | 3 |
| Idioma | |
| Português | 27 |
| Inglês | 18 |
| Espanhol | 5 |
| Localidade do estudo | |
| Brasil (3 Minas Gerais, 1 Rio de Janeiro, 3 São Paulo, 2 Rio Grande do Sul, 1 Santa Catarina, 1 Amazonas, 1 Pernambuco, 16 abrangência nacional) | 28 |
| Caribe (2 Trindad Tobago) | 2 |
| Argentina (Buenos Aires) | 1 |
| Chile | 1 |
| Costa Rica | 1 |
| Colômbia (2 Bogotá, 1 Envigado Antioquia) | 3 |
| Estados Unidos da América | 4 |
| África (2 Quênia e 1 Etiópia) | 3 |
| Mundial | 3 |
| Austrália | 1 |
| Canadá | 1 |
| Itália | 1 |
| Reino Unido | 1 |

Fonte: Elaboração própria (2023).

A maioria dos artigos são de revistas e se referem a estudos qualitativos e realizados no Brasil, com constância no período histórico das publicações, até porque a base de dados consultada, a BVS, é predominantemente composta por resultados de origem brasileira devido à sua indexação.

Abaixo, na Figura 6, destaco, por meio de nuvem de palavras, os itens que sobressaem nos textos selecionados.

Figura 6 - Nuvem de palavras da revisão de escopo, 2022



Fonte: Elaboração própria (2023).

A frequência dos termos mais recorrentes nos artigos analisados foi a seguinte:

Criança/Crianças/Child/Children: 4.513, Sexual: 4.423, Abuso: 3.134
Violência/Violence/Violências: 3.190, e Saúde: 2.447.

Egry (1996) destaca que a categoria conceitual se refere a um conjunto totalizante de ações e ideias construídas historicamente, refletindo um movimento de (re)significação permanente. O Quadro 9, a seguir, descreve detalhadamente os estudos incluídos na revisão, abordando o objetivo, os autores/as e os conceitos tratados em cada estudo.

Quadro 9 - Informações sobre os textos selecionados na revisão de escopo, 2022

| Item | Autor | Título | Periódico BVS/Ano | Objetivo | Conceito |
|------|--|---|---|---|---|
| 1 | Klisia Verona MSF Lugão. Gabriela E Gonçalves. Ivete M Gomes. Viviane P Silva. Claudete Aparecida A Cardoso. | Abuso sexual crônico: estudo de uma série de casos ocorridos na Infância e na adolescência | Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases 2012 | Descrever as características do abuso crônico em crianças e adolescentes, identificar os fatores de vulnerabilidade associados e avaliar o desfecho dos casos. | Abuso sexual |
| 2 | Jeanne de Souza Lima | Análise da implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual | Journal of Interpersonal Violence 2012 | Estudar as ações de vigilância implantadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de | Violência de sexual Abuso sexual |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| | | e/ou outras violências contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro | | Janeiro para a ficha de notificação/ investigação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências, com foco no abuso sexual de crianças e adolescentes | Tráfico sexual |
| 3 | Eliana Maria Restum Antonio. Teresa Maria Pereira Fontes. | Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade | Revista Bioética (Impr.) 2012 | Avaliar os principais aspectos das ocorrências de abuso sexual, tomada no plano epidemiológico por indicadores amplos, com informações obtidas por meio de análise de prontuários de uma unidade de saúde (materno-hospitalar) | Violência de gênero Violência Sexual Estupro |
| 4 | Daniela Trevisan Monteiro. Fernanda Pires Jaeger. Alberto Manuel Quintana. Dorian Mônica Arpini. | Crimes sexuais: a outra face da infância e da adolescência | Psicologia Argumento 2012 | Caracterizar os crimes sexuais sofridos na infância e adolescência a partir de processos registrados na Delegacia de proteção a crianças e a adolescente de Santa Maria. | Violência de gênero Crime sexual |
| 5 | Verônica Borges Kappel. Daniela Tavares Gontijo. Helena Hemiko Iwamoto. Rogéria Moreira Rezende Isobe. | Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil na perspectiva dos participantes de um curso de formação | Cogitare Enfermagem 2012 | Identificar as dificuldades, pessoas e/ou instituições envolvidas e estratégias de enfrentamento da violência na perspectiva de 57 participantes do Curso de Formação do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil. | Violência sexual |
| 6 | Rosa Irene Mazzardo | Prevenção do abuso sexual infanto-juvenil: produção de material educativo para mães | Child Abuse & Neglect 2012 | Analisar e sistematizar informações para a produção de material educativo sobre prevenção à violência sexual, voltado para mães de crianças e adolescentes. | Abuso sexual |
| 7 | Laurení Conceição Tavares. Helena Hemiko Iwamoto. Daniela Tavares Gontijo. Marcelo Medeiros. | Situações de violência sexual infantojuvenil registradas no Conselho Tutelar de Uberaba/MG | Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde 2012 | Identificar as situações de violência sexual infantojuvenil registradas no Conselho Tutelar de Uberaba/MG. | Abuso sexual |

| | | | | | |
|----|--|---|---------------------------------------|---|---|
| 8 | Wendy Macias Konstantopoulo. Roy Ahn. Elaine J. Alpert. Elizabeth Cafferty. Anita McGahan. Timothy P. Williams. Judith Palmer Castor. Nadya Wolferstan. Genevieve Purcell. Thomas F. Burke. | <i>An international comparative public health analysis of sex trafficking of women and girls in eight cities: achieving a more effective health sector response</i> | Journal of Urban Health 2013 | Entender a interseção entre tráfico sexual e saúde pública. | Violência de gênero Tráfico sexual |
| 9 | Patrícia Krieger Grossi. Monique Soares Vieira. Geovana Prante Gasparotto. Ana Rita Costa Coutinho. Maria Inês Nunes Barcelos. Madalena Leite. | <i>O enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes: Desafios à Intersetorialidade</i> | Repositório PUCRS 2013 | Versar sobre o enfrentamento da violência sexual infantojuvenil no município de Porto Alegre/RS e os desafios presentes para a construção de uma perspectiva intersetorial para as ações de proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes sexualmente vitimizados. | Violência sexual |
| 10 | Rodrigo Gabbi Polli. Sabrina Dal Ongaro Savegnago. Dorian Mônica Arpini. | Psicoterapia e psicoterapeuta: representações de uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual | Mudanças 2013 | Compreender a forma como uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual percebe seu terapeuta e sua terapia. | Abuso sexual |
| 11 | Irene Magaña. Carlos Ramírez. Luciano Menéndez. | <i>Abuso sexual infantil (ASI): comprensiones y representaciones clínicas desde las prácticas de salud mental</i> | Terapia Psicológica 2014 | Apresentar uma investigação, realizada em duas etapas, que estuda o Abuso Sexual Infantil (ASI) como fenômeno clínico, demarcada em suas expressões representacionais, conceituais e culturais. | Violência de gênero Abuso sexual |
| 12 | Sandra D. Reida. Rhoda Reddocka. Tisha Nickeniga. | <i>Breaking the silence of child sexual abuse in the Caribbean: a community-based action research intervention model</i> | Journal of Child Sexual Abuse 2014 | Descrever uma intervenção multidisciplinar para prevenir e responder ao abuso sexual infantil em Trinidad e Tobago. É uma intervenção inovadora e sensível ao gênero que usa uma metodologia de pesquisa-ação baseada na comunidade ancorada em uma estrutura nacional. | Abuso sexual Incesto |
| 13 | Timketa Girgira. Birkneh Tilahun. | <i>Time to presentation,</i> | BMC Public Health | Determinar o atraso na apresentação | Abuso sexual |

| | | | | | |
|----|--|--|---|--|--------------------------------------|
| | Tigist Bacha | <i>pattern and immediate health effects of alleged child sexual abuse at two tertiary hospitals in Addis Ababa, Ethiopia</i> | 2014 | hospitalar, as manifestações clínicas e os efeitos imediatos na saúde do abuso sexual infantil em dois hospitais terciários na Etiópia. | |
| 14 | Clarissa Albuquerque. Patricia Dineck da Silva. Marina Bianchi Lemieszek. Gibsi Maria Possapp Rocha. | Abuso sexual na infância | Acta Médica (Porto Alegre) 2015 | Revisar esse que é um dos maiores problemas de saúde pública, já que é fundamental que todo médico esteja preparado para saber identificar e manejar esse tipo de situação. | Abuso sexual |
| 15 | Nicholas A Kerna. Hilary M Holets. Abdullah Hafid. Kevin D Pruitt. ND Victor Carsrud. Uzoamaka Nwokorie. John V Flores. Raymond Nomel. Shain Waugh. | <i>How to detect and what to do with child abuse?</i> | Rev Prat - La Revue du praticien 2015 | Discutir sobre as configurações para orientar a resposta às revelações de abuso sexual dos pacientes. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças forneceram orientação sobre a prevenção do abuso sexual infantil em outras organizações de atendimento a jovens. | Abuso sexual |
| 16 | Alexandre Ferreira do Nascimento. Suely Ferreira Deslandes. | A construção da agenda pública brasileira de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil | Physis: Revista de Saúde Coletiva 2016 | Analisar a emergência da questão social da violência sexual infanto-juvenil como problema público, sua inclusão e permanência na agenda formal das políticas nacionais nas décadas de 1990 e 2000. | Violência sexual |
| 17 | Vanderléia Batista Carmen Leontina Ojeda Ocampo More. Scheila Krenkel. | A tomada de decisão de profissionais frente a situações de abuso sexual infanto-juvenil: uma revisão integrativa | Mudanças – Psicologia da Saúde 2016 | Compreender os fatores que influenciam a tomada de decisão profissional e suas implicações para a prática. | Abuso sexual |
| 18 | Carolina Gutiérrez López | Processos e significados da experiência de pais, mães ou cuidador primário de crianças abusadas sexualmente | Ciência & Saúde Coletiva (Impr.) 2016 | Descrever os processos e significados da experiência vivida pelos pais ou cuidadores primários de crianças abusadas sexualmente. | Violência sexual Abuso sexual |
| 19 | Betânia Machado Faraco Oliveira. Donizete Vago Daher. | Implantação do serviço de referência contra violência infantojuvenil: um | Revista de Enfermagem UFPE on line 2016 | Relatar a experiência da implantação do serviço especializado sobre a violência/ molestação sexual | Violência sexual |

| | | | | | |
|----|---|---|---|--|---------------------|
| | | relato de experiência | | contra crianças e adolescentes, sendo este o Bem Me Quer Terê. | |
| 20 | Grace Bridgewater | <i>Physical and sexual violence against children in Kenya within a cultural context</i> | Community Practice 2016 | Discutir sobre o patriarcado e valores tradicionais subjacente as normas e comportamentos de pais e comunidades interagindo com crianças | Violência de gênero |
| 21 | Cléa Adas Saliba Garbin. Paula Caetano Araújo. Tânia Adas Saliba Rovida. Ana Carolina Rocha. Renato Moreira Arcieri. Artênio José Ísper Garbin. | Violência na população infantil: perfil epidemiológico dos abusos verificados no ambiente escolar | Revista Ciência Plural 2016 | Verificar o perfil dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra a criança em Escolas Municipais de Ensino Básico (EMEBS) do município de Araçatuba/SP, com o auxílio da equipe pedagógica | Violência sexual |
| 22 | Maria Aparecida Dix Chehab. Láercio da Silva Paiva. Francisco Winter dos Santos Figueiredo. Blanca Elena Guerrero Daboin. Lígia de Fátima Nóbrega Reato. Fernando Adami. | Características do abuso sexual em Santo André, São Paulo, Brasil: das vítimas ao agressor, do diagnóstico ao tratamento | Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano 2017 | Descrever o perfil de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, as características das agressões e dos agressores, as consequências para as vítimas e ações jurídicas relacionadas ao abuso sexual. | Abuso sexual |
| 23 | Ben Mathews | <i>Optimising implementation of reforms to better prevent and respond to child sexual abuse in institutions: Insights from public health, regulatory theory, and Australia's Royal Commission</i> | Child Abuse & Neglect 2017 | Revisar a literatura sobre os desafios para a reforma e conformidade, e sobre prevenção de CSA institucional e prevenção situacional do crime, para identificar medidas que atraiam consenso emergente como prática recomendada. | Abuso sexual |
| 24 | Kátia Fernanda Alves Moreira. Davisson Michetti de Oliveira. Caio Alves Barbosa de Oliveira. Lucas Noronha de Alencar. Nathalia Halax Orfão. Edson dos Santos Farias. | Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência | Revista de Enfermagem UFPE on line 2017 | Analisar o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violências, bem como identificar os agressores e os principais tipos de violência. | Violência sexual |
| 25 | Amber Peterman. Anastasia Neijhoft. | <i>Understanding the linkages between social safety nets</i> | Health Policy and Planning 2017 | Analisar as evidências e desenvolver uma | Violência sexual |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|---|
| | Sarah Cook. Tia M Palermo. | <i>and childhood violence: a review of the evidence from low- and middle-income countries</i> | | estrutura para entender as ligações entre SSNs não contributivos e experiências de violência emocional, física e sexual na infância em países de baixa renda. | |
| 26 | Jean Von Hohendorff. Naiana Dapieve Patias. | Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo | Barbarói 2017 | Descrever o(s) conceito(s) de VS, suas consequências e indicações de manejo. | Violência sexual |
| 27 | Christine Wekerle. Tara L Preto | <i>Gendered violence: Advancing evidence-informed research, practice and policy in addressing sex, gender, and child sexual abuse</i> | Child Abuse & Neglect 2017 | Expandir as investigações para melhor capturar os aspectos de desenvolvimento de gênero e a interação de sexo e gênero entre sobreviventes de CSA. | Violência de gênero Abuso sexual |
| 28 | Marconi de Jesus Santos. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues. Rosane Aparecida Monteiro. | <i>Characterization of sexual violence against children and adolescents in school - Brazil, 2010-2014</i> | Epidemiologia e Serviços de Saúde 2018 | Descrever as notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes ocorrida na escola, no Brasil, no período de 2010 a 2014. | Violência sexual |
| 29 | Cynthia Khamala Wangamati. Johanne Sundby. Ruth Jane Prince. | <i>Communities perceptions of factors contributing to child sexual abuse vulnerability in Kenya: a qualitative study.</i> | Jornal Cultura, Saúde e Sexualidade 2018 | Explorar e avaliar as percepções da comunidade sobre os fatores que contribuem para a vulnerabilidade da CSA no Condado de Homa Bay, oeste do Quênia. | Abuso sexual |
| 30 | Gledson Wilber de Souza. Shirley Macêdo. | Grupo interventivo com genitores (as) de crianças vítimas de violência sexual | Revista da Abordagem Gestáltica (Impr.) 2018 | Compreender o sentido da experiência de ser genitor(a) de criança vítima de violência sexual, buscando possibilitar a ressignificação da realidade e a elaboração de estratégias de enfrentamento. | Violência Sexual Abuso sexual Exploração sexual |
| 31 | Cláudia Alves de Sena. Maria Arleide da Silva. Gilliatt Hanois Falbo Neto. | Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013 | Ciência & Saúde Coletiva (Impr.) 2018 | Identificar a incidência da violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/ Pernambuco, no período 2012/2013. | Crime sexual |
| 32 | Stephanie Cohen Rosenstock. | <i>Abuso sexual en el paciente</i> | Medicina Legal de Costa Rica | Realizar uma detalhada história | Abuso sexual |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|------------------|
| | Esteban Cob Guillén. | <i>pediátrico</i> | 2019 | clínica e exame físico, assim como uma valoração legal e coleta de evidência. | |
| 33 | Sandra D. Reida. Rhoda Reddock. Tisha Nickenig | <i>Action research improves services for child sexual abuse in one Caribbean nation: An example of good practice</i> | Child Abuse & Neglect 2019 | Preencher as lacunas identificadas e efetuar mudanças para melhorar os serviços para CSA usando uma metodologia de pesquisa-ação. | Abuso sexual |
| 34 | Lidieine Gonçalves Kataguirí. Lúcia Marina Scatena. Leiner Resende Rodrigues. Sybelle de Souza Castro | <i>Characterization of sexual violence in a state from the Southeast Region of Brazil</i> | Texto & Contexto - Enfermagem 2019 | Verificar a associação entre vítimas de violência sexual e aspectos sociodemográficos relacionados à exposição no estado de Minas Gerais, Brasil. | Violência sexual |
| 35 | Ainslie Heasman. Thomas Foreman | <i>Bioethical Issues and Secondary Prevention for Nonoffending Individuals with Pedophilia</i> | Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2019 | Revisar os programas de prevenção secundária com esse foco, juntamente com as implicações da notificação obrigatória na realização desse trabalho. | Abuso sexual |
| 36 | Guadalupe Massera. Milagros Saldías. Nora Fridman. Virginia Delfin. Patricia Zagalsky. | <i>Interconsulta en maltrato infantojuvenil: Característica de la población con sospecha de maltrato infantojuvenil del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan</i> | Medicina infantil 2019 | Realizar uma descrição sociodemográfica e identificar possíveis variáveis específicas de maltrato na população que realizou consulta em hospital e derivada por tratamento médico em Consultório Multidisciplinar ou de Proteção Infantojuvenil (CMPIJ). | Abuso sexual |
| 37 | Luis-Albeiro Perdomo-Sandoval. Gloria-del-Pilar Cardona-Gómez Lenis-Enrique Urquijo-Velásquez. | <i>Situación de la violencia sexual en Colombia, 2012-2016</i> | Revista Colombiana de Enfermería 2019 | Determinar a prevalência e as características da violência sexual na Colômbia durante o período 2012-2016. | Violência sexual |
| 38 | Davi Manzini Macedo. Jean Von Hohendorff. Priscila Lawrenz. Clarissa Pinto Pizarro Freitas. Luísa Fernanda Habigzang. Sílvia Helena Koller. | <i>Characterization of Child Maltreatment Cases Identified in Health Services</i> | Paidéia (Ribeirão Preto, Online) 2020 | Analisar aspectos contextuais imediatos (sexo e estágio de desenvolvimento da criança, gênero do agressor, relação familiar entre a vítima e o agressor) e intermediários (resposta dos | Abuso sexual |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|------------------|
| | | | | profissionais de saúde) | |
| 39 | Luciana C. Assini-Meytin. Rebecca L. Fix. Elizabeth J. Letourneau | <i>Child Sexual Abuse: The Need for a Perpetration Prevention Focus</i> | Jornal de Abuso Sexual Infantil 2020 | Descrever o escopo do problema de CSA, destacando problemas com uma dependência excessiva de intervenções após o fato e descrevendo intervenções promissoras de prevenção de CSA com foco na perpetração. | Abuso sexual |
| 40 | Yasmin da Silva Oliveira. Denise Rodrigues da Silva. Ana Paula Mundim Pombo. Roudom Ferreira Moura. | Epidemiologia da violência sexual infanto-juvenil no município de São Paulo | Nursing (São Paulo) 2020 | Descrever o perfil epidemiológico da violência sexual em crianças e adolescentes residentes do município de São Paulo. | Violência sexual |
| 41 | Larissa Nogueira Chaves. Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves. Tatiana do Socorro dos Santos. Rosilene Ferreira Cardoso. Maria Helena Mendonça de Araújo. Rubens Alex de Oliveira Menezes. | Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas em um hospital de referência da amazônia brasileira: um estudo exploratório-descriptivo | Diagnóstico & Tratamento 2020 | Descrever a epidemiologia da violência sexual infantojuvenil admitidas em um hospital de referência de Macapá (AP), Amazônia Brasileira. | Abuso sexual |
| 42 | Laís Soares Nunes | Abuso infantil: significados e condutas de dentistas da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte: um estudo qualitativo | Journal of Interpersonal Violence 2020 | Desenvolver um modelo teórico substantivo que permitisse compreender como esses fatores se relacionam com a identificação e notificação de abuso infantil pelos dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte em seu cotidiano de trabalho. | Abuso sexual |
| 43 | G. Forni. M. Mosillo. A. Pietronigro. N. Tiwana. A. Pellai. | <i>Little red riding hood in the social forest. Online grooming as a public health issue: a narrative review</i> | Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità 2020 | Descrever o estado das estratégias preventivas de aliciamento online na literatura recente por meio de uma visão geral do fenômeno de aliciamento online. | Abuso sexual |
| 44 | Rebecca L. Fix. Daniel S. Busso. Tamar Mendelson. | <i>Changing the paradigm: Using strategic communications</i> | Child Abuse & Neglect 2021 | Descrever um programa de pesquisa a ser conduzido para | Abuso sexual |

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|--|
| | Elizabeth J. Letourneau. | <i>to promote recognition of child sexual abuse as a preventable public health problem</i> | | preencher as lacunas entre a opinião pública e especializada sobre a CSA como um problema de saúde pública evitável. | |
| 45 | Stephanie de Carvalho Costa. Nicolle Gomes Nascimento. Glauber Silva Cristo. Francinni Correia Constante. Jamile Damous Costa de Sousa. João Guilherme Espírito Santo Silva. Amanda Queiroz Lemos. | <i>Prevalence of Child Sexual Violence in Brazil in the Period 2010-2018: an Ecological Study</i> | Journal of Health Sciences (Londrina) 2021 | Descrever a prevalência de abuso sexual infantil no Brasil no período de 2010 a 2018. Estudo ecológico descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados do SINAN, disponibilizada pelo DATASUS. | Violência sexual |
| 46 | Isabela Resende Silva Scherrer. Débora Mattoso Lemos Lopes. Marcela Campos dos Reis. | Análise do perfil e fluxo de atendimento de crianças vítimas de violência sexual em um serviço de referência | Revista Médica de Minas Gerais 2022 | Levantar dados sobre o perfil do agressor e da vítima de abuso sexual na infância atendida no pronto-socorro e ambulatório de violência sexual. O estudo visa também avaliar a efetividade do fluxo de encaminhamentos que possibilitam a longitudinalidade do cuidado. | Abuso sexual |
| 47 | Vanessa Borges Platt. Elza Berger Salema Coelho. Doroteia Aparecida Höfelmann. | Completitude, consistência e não duplicidade dos registros de violência sexual infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Santa Catarina, 2009-2019 | Epidemiologia e Serviços de Saúde 2022 | Avaliar a completitude, consistência e duplicidade de registros de violência sexual infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, Brasil, no período de 2009 a 2019. | Violência sexual |
| 48 | Camilo Noreña-Herrera. Sergio Andrés Rodrigue | <i>Sexual violence in a Colombian municipality: Victims' and offenders' characteristics, 2011-2020</i> | Biomedica 2022 | Analisar as características sociodemográficas das vítimas de violência sexual e de seus agressores no município de Envigado, Antioquia, entre 2011 e 2020. | Violência de gênero Violência sexual Abuso sexual Assédio sexual Estupro |
| 49 | Yusra Ribhi Shawar. Phong Phu Truong. | <i>The emergence of political priority for addressing child sexual abuse in</i> | Child Abuse & Neglect 2022 | Investigar como a CSA emergiu como uma prioridade política nacional no | Violência sexual |

| | | | | | |
|----|---|--|---|---|------------------|
| | Jeremy Shiffman. | <i>the United Kingdom</i> | | Reino Unido e identificar ideias para proponentes que buscam priorizar a abordagem do problema. | |
| 50 | Rosemary L. Cant. Maria Harries. Christabel Chamarette. | <i>Using a Public Health Approach to Prevent Child Sexual Abuse by Targeting Those at Risk of Harming Children</i> | Int. Jornal sobre malte infantil. 2022 | Sintetizar e integrar a díspar literatura acadêmica sobre os perpetradores potenciais e reais de abuso sexual infantil e as respostas e prevenção de tal abuso. | Violência sexual |

Fonte: Elaboração própria (2023).

Os conceitos elucidados nos achados e que apresento na sequência foram: Violência de Gênero e Violência Sexual (maus-tratos, abuso sexual, incesto, crime sexual, estupro, tráfico, exploração sexual).

4.3.1 Violência de Gênero

Apenas sete artigos conceituaram violência de gênero ^{Itens quadro 9: 3,4,8,11,20,27,48}. Cinco desses trabalhos ^{Itens quadro 9: 4,11,20,27,48} demarcaram a dimensão do exercício de poder e da dominação dos homens sobre as mulheres, reforçada na divisão dos papéis sociais pautadas em uma sociedade patriarcal, pois

Engloba tanto a violência de homens contra mulheres quanto a violência de mulheres contra homens, sendo assim, o conceito de violência de gênero é um conceito aberto. O que leva, portanto, ao conceito de patriarcado que indica o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens. Dessa forma, a violência de gênero não ocorre aleatoriamente, mas faz parte da construção social de gênero que privilegia o masculino ^{Item quadro 9: 4, p. 472}.

Quanto à violência de gênero na infância ^{Item quadro 9: 48}, ela está permeada por relações sociais baseadas na desigualdade entre os sexos, sustentando o poder de um gênero sobre o outro. Essa dinâmica está presente desde a mais tenra idade, uma vez que nossa sociedade é estruturada em hierarquias normatizadas entre homens e mulheres, bem como entre adultos e crianças.

La prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas en la infancia y en la primera infancia, da cuenta de la existencia de patrones culturales que conciben sus cuerpos como objetos sexuales, lo que es propio de culturas machistas, patriarcales y patrilineales ^{Item quadro 9: 48, p. 502}.

Essa dimensão patriarcal está arraigada e sustentada por normas socialmente criadas e pactuadas, atendendo a um projeto de ordem societária alicerçado em premissas de desigualdades, que se utiliza de mecanismos de violência para se sustentar.

Em outros dois trabalhos ^{Itens quadro 9: 3,8}, foram abordadas as diversas formas de expressão da violência de gênero, incluindo tráfico sexual, violência física, psicológica, sexual e institucional, como manifestações desse tipo de violência.

4.3.2 Maus Tratos

Observou-se que a violência contra crianças possui suas particularidades, sendo que muitos estudos utilizam o termo “maus-tratos” ao se referirem a esse público. Entre os textos selecionados, apenas um artigo ^{Item quadro 9: 2} traz este conceito, com uma categoria ampliada, a qual abrange um conjunto de abusos contra crianças (sexuais, físicos, psicológicos e negligências), os quais infringem a perspectiva de proteção esperada. Portanto, refere-se a todos os tipos de violência e/ou violação de direitos contra a criança.

4.3.3 Violência Sexual

As crianças também são seres sexualizados, logo, os adultos têm o dever de não se aproveitar dos desejos sexuais da criança e estabelecer as diferenças entre afetividade e sexo (Hisgail, 2007). Visto que esse tipo de violência ocorre majoritariamente no âmbito familiar, ela é preservada como “segredo familiar”.

Nos artigos selecionados, a definição concernente à violência sexual contra a criança traz elementos que apontam ser situações permeadas por relações de poder e de submissão para satisfação sexual ^{Itens quadro 9: 2,3,5,21,28,34,40,48}.

De uma forma geral, a VSIJ (violência sexual infanto-juvenil) constitui toda e qualquer situação em que a criança ou o adolescente é usado para a satisfação sexual de pessoas mais velhas, sendo que as relações assimétricas de poder entre a vítima e o abusador são as que mais identificam esta situação ^{Item quadro 9: 5, p. 2018}.

Esse poder, na maioria das vezes, relaciona-se à força e à centralidade,

expressa a nível individual, de uma pessoa sobre a outra; bem como pode advir do Estado, das classes dominantes e dos homens. Traduz-se, de um lado, pela dominação (mais forte) e, de outro, pela coisificação (mais fraco) (Chauí, 1985).

Além da dimensão da força e da coisificação, os artigos que abordam sobre as relações de poder ^{Itens quadro 9: 2,4,6,7,8,10,14,29,31,33,38,40,45,46,48} mencionam a dependência socioeconômica e a desigualdade de conhecimento, de experiência, de maturidade, de recursos e de estratégias, sustentadas nas características de uma sociedade patriarcal, sob o predomínio da imposição do silêncio em toda essa relação.

Portanto, a violência sexual contra a criança ameaça a vida, a saúde e provoca doenças e, até mesmo, a morte. Ela subestima e força o/a outro/a, a fim de sustentar seu poder e direção. Destaco, aqui, o poder do homem, do pai/padrasto, da força física, da idade superior e do conhecimento. Ainda, os achados revelaram a predominância da incidência da violência sexual contra crianças do gênero feminino ^{Itens quadro 9: 2,3,4,6,7,11,13,18,20,22,24,25,26,27,28,31,34,33,36,38,39,41,45,46,48}.

É possível notar a reprodução do patriarcado, que trata da dominação dos homens sobre as mulheres e do direito masculino de acesso sexual regular a elas. A ideologia patriarcal restringe-se à esfera privada, no que se refere a sua regulamentação, porém suas relações, suas hierarquias e sua estrutura de poder contaminam toda a sociedade, civil e estatal, bem como as relações com as crianças. Portanto, para compreender a violência sexual é necessário considerar que a criança possui sexualidade e a vivencia conforme seu desenvolvimento (Saffioti, 2004).

Outra definição localizada nos achados da literatura investigada é o conceito da OMS, aludidos nos artigos ^{Itens quadro 9: 5,19,28,34,40,48}, no qual violência sexual consiste em:

[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (Krug *et al.*, 2002, p. 147).

Apesar de ser uma definição recente, por se tratar de um conceito oriundo de um órgão internacional, constitui uma referência amplamente utilizada por diversos serviços e estudos na área da violência infantil. Essa definição abrange tanto o ato sexual consumado quanto o não consumado, independentemente da presença de

violência física. Além disso, delimita a relação entre o agressor e a vítima, que pode ou não envolver proximidade e/ou vínculo afetivo. Contudo, a definição não faz uma discussão filosófica, sociológica e/ou biológica do fenômeno.

Além do conceito da OMS, alguns textos trouxeram a definição utilizada pelo Ministério da Saúde ^{Itens quadro 9: 2,5,26,28,45}, a saber: “[...] ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utiliza-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças” (Brasil, 2002, p. 51).

A finalidade dessa natureza de violência é de cunho sexual, que pode utilizar de subterfúgios e mecanismos que ameacem e violentem para atingir tal objetivo. Essa conceituação condiz com a definição da OMS (Krug *et. al*, 2002).

Outra definição apontada foi a do Estatuto da Criança e do Adolescente brasileiro ^{Itens quadro 9: 4,26,30,31}: “[...] entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não [...]” (Brasil, 2017).

Observa-se que, mesmo com a inserção dos crimes sexuais mediante a utilização das tecnologias, a definição está alinhada aos quesitos da conduta de constrangimento da violência, direcionada, inclusive, pelas diretrizes mundiais (OMS - Krug *et. al*, 2002) e nacional (Brasil, 2016).

Outros quatro artigos ^{Itens quadro 9: 28,25,30,50} definem os tipos de violência sexual como: estupro, assédio sexual, atentado ao pudor, exploração sexual, pornografia infantil, abuso sexual intrafamiliar, abuso sexual extrafamiliar, carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, voyeurismo, exibicionismo e ato sexual com ou sem penetração.

Portanto, a violência sexual assume diversas características e se transforma ao longo dos períodos históricos, com “requintes” diferenciados, embora sua fundamental como violação permaneça inalterada. Em relação à proporção de ocorrência, esta varia significativamente dependendo da forma como os dados são informados e como a coleta dos relatos é conduzida.

Os estudos sinalizam a complexidade do fenômeno da violência sexual ^{Itens quadro 9: 9,18}, o qual

[...] deve ser apreendido sob o prisma da multidimensionalidade e como uma

grave violação aos direitos humanos universais. A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno transversal, não acomete somente às populações mais vulneráveis, estando presente, em todas as classes sociais Item quadro 9: 9, p. 218.

Logo, a discussão da violência sexual infantil para o campo da saúde, enquanto matéria de intervenção e problema responsável por inúmeros agravos à saúde individual, exige ações de enfrentamento intersetoriais, envolvendo diversas políticas e múltiplos atores. Além disso, é fundamental reconhecer que tal violência pode manifestar-se de formas sutis e frequentemente imperceptíveis, especialmente no contexto de um sistema de saúde sobrecarregado, com atendimentos abarrotados e filas intermináveis daqueles/as que recorrem à política de saúde (Nascimento; Deslandes, 2016).

Além das definições diretrizes da OMS e MS, alguns autores destacados nos artigos selecionados Itens quadro 9: 2,16,30 oferecem fundamentos conceituais. Eles elucidam, por exemplo, a definição ofertada por Azevedo e Guerra (1989), que caracterizam o abuso sexual infanto-juvenil como:

[...] todo ato ou jogo sexual com o propósito de gratificação sexual, impostos à criança ou ao adolescente através da violência física, ameaça ou indução de sua vontade, por alguém com uma diferença significativa de idade, de desenvolvimento ou de tamanho, a qual não permita a criança ou ao adolescente ter condições de dar consentimento consciente para o ato (Azevedo; Guerra, 1989, p. 42).

Ainda, nos achados aparecem, pontualmente, atribuições à Minayo (2005b), Abrapia (2002), Araujo (2002), Kleigman *et al.* (2018), Kellogg (2005), Pfeiffer e Salvagni (2005), e Seabra e Nascimento (1998) – estudiosos/as que também seguem as referências internacionais e nacionais.

Nos resultados dessa revisão de escopo, aparece até mesmo um estudo realizado no Reino Unido Item quadro 9: 49, o qual demonstra estar alinhado com as referências das diretrizes da OMS (2006) no que tange às políticas de identificação e enfrentamento à violência sexual contra crianças.

Baseamo-nos em uma definição ampla do CSA avançada pelo governo do Reino Unido [...] múltiplas formas de abuso sexual envolvendo contato física (ou seja, agressão por penetrantes) e atividades sem contato (ou seja, envolvendo crianças na produção de sexuais) Itens quadro 9: 49, p. 4, tradução nossa.

Essa definição corrobora a dimensão complexa do fenômeno, amplamente reconhecida em nível global, e remete à construção de processos sociais desiguais que se consolidam e se intensificam ao longo da história e em determinadas culturas. A compreensão desse fenômeno demanda a mobilização de diversas áreas do conhecimento, como direito, saúde, psicologia, assistência social e habitação, entre outras.

Embora a violência sexual seja desdobrada em abuso sexual e exploração sexual, sua natureza está intrinsecamente permeada por relações de poder e constrangimento. Essas relações manifestam-se em dimensões particulares, como o incesto, o estupro e a violência sexual online, que utilizam diferentes mecanismos de aproximação, com o objetivo único de satisfazer o desejo sexual de uma pessoa mais velha, sem o consentimento ou o entendimento da criança.

4.3.4 Abuso Sexual

A violência sexual inclui duas modalidades, o abuso sexual (estupro, assédio sexual, atentado ao pudor) e a exploração sexual (pornografia infantil, exploração *online* e outros), sendo categorizada como violência interpessoal. Fica demarcada na definição da OMS (WHO, 1999) a categoria "poder", que não se limita a lesões e ferimentos físicos, mas envolve também o constrangimento e a submissão.

A categoria abuso sexual ficou evidente em 16 artigos ^{Itens quadro 9:} 2,6,7,12,13,14,15,17,18,30,33,36,38,42,46,49, todos os quais adotaram a definição da OMS. Já em outros 7 artigos ^{Itens quadro 9: 1,27,29,32,35,48}, definem o abuso sexual como uma atividade sexual na qual a criança não tem capacidade de consentir. Inclusive, a Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência Infantil entende que ela corresponde ao:

[...] envolvimento de uma criança em atividade sexual que ela não compreende totalmente, é incapaz de dar consentimento informado ou para a qual a criança não está preparada em termos de desenvolvimento, ou ainda que viole as leis ou tabus sociais da sociedade. As crianças podem ser abusadas sexualmente por adultos e outras crianças que estão – em virtude de sua idade ou estágio de desenvolvimento – em uma posição de responsabilidade, confiança ou poder sobre a vítima ^{Item quadro 9: 27, p. 166}.

Observo que na maioria dos trabalhos há um alinhamento na base conceitual

institucional mundial sobre a compreensão desse fenômeno no campo da saúde, considerando a a criança como ser em desenvolvimento, incapaz de decidir e/ou escolher permitir essa violação.

Nos demais trabalhos selecionados, identifiquei um artigo (Chehab, 2017) que considera abuso sexual enquanto violência doméstica; três, que ilustram como um problema importante, generalizado, de saúde e evitável ^{Itens quadro 9: 23,39,44.}, e um, ^{Item quadro 9: 43}, que considera o aliciamento *on-line* como abuso sexual. Em suma, não destoam da discussão da violação de direitos e relação desigual de poder, apesar de trazerem nuances particularizadas, sobretudo quando mencionam o uso das tecnologias.

4.3.5 Incesto

Um único artigo ^{Item quadro 9: 12} aborda sobre essa particularidade de violação, definindo-o como qualquer interação da criança com um parente próximo ou alguém do círculo familiar, caracterizada por uma relação intrafamiliar que perpetua o sigilo.

4.3.6 Crime Sexual

Esclareço que a compreensão legal do abuso sexual, localizada nos estudos selecionados, abrange somente ao Código Penal brasileiro, embora tenham estudos internacionais. A Lei n° 12.015/2009 (alteração do Código Penal) dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual e contra a liberdade sexual, conceituando os crimes de estupro, violação sexual mediante fraude, assédio sexual, exploração sexual e tráfico de pessoas para fins de exploração sexual.

Esse tema é abordado em dois artigos ^{Itens quadro 9: 26,31}, os quais esclarecem:

A caracterização dos crimes sexuais adotada no Código Penal Brasileiro, que trata os crimes ligados ao sexo, designa o ato libidinoso em dois grupos: a conjunção carnal (sedução, estupro) e atos libidinosos diverso da conjunção carnal (atentado violento ao pudor) ^{Item quadro 9: 31, p. 1592}.

Em outros dois textos ^{Itens quadro 9: 4,30} aparecem os artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente que classificam os crimes sexuais:

Art. 241 do ECA: Fotografar ou publicar cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente. Art. 244A do ECA: Submeter criança ou adolescente à prostituição ou à exploração sexual. Art. 243 do ECA: Vender, fornecer ainda que gratuitamente ou entregar, de qualquer forma, a criança ou adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida (Brasil, 2017).

Destaco que a legislação pontua características das ações que configuram o crime, sendo que cada país interpreta esses atos conforme sua cultura e legislação. Em relação a esses crimes, os conceitos encontrados foram: estupro, exploração sexual e tráfico, os quais abordo adiante.

4.3.7 Estupro

Um artigo brasileiro ^{Item quadro 9: 3} trouxe a definição de estupro em conformidade com a legislação, dimensionando o caráter legal acerca do fenômeno multicausal:

O estupro passou a ser definido no art. 213 como constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso – e seus parágrafos 1º e 2º trazem as penas pertinentes a se da conduta resulta morte. Essa alteração no texto legal considera a circunstância na qual ocorreu o ato sexual, definindo o estupro (contra homem ou mulher) pela ausência de consentimento entre os envolvidos quanto à prática sexual, bem como por suas consequências físicas ^{Item quadro 9: 3, p.281}.

Já o outro trabalho, colombiano, explicita enquanto crime sexual o “*acceso carnal violento, circunscrito a los actos sexuales violentos contra personas de 18 años o mayores, entre ellos, las violaciones, los asaltos sexuales y la explotación sexual comercial*” ^{Item quadro 9: 48, p. 495}.

Este último delimita o crime contra maiores de 18 anos, enquanto, no caso da realidade brasileira, não se estabelece uma idade fixa. Contudo, é evidente que o emprego da violência e a prática de conjunção carnal são elementos destacados nos conceitos apresentados nos trabalhos analisados.

4.3.8 Exploração Sexual

A abordagem da exploração sexual é mencionada em um único artigo ^{Item quadro 9: 30} e definida como:

[...] uma forma de violência sexual baseada numa lógica de mercantilização e uso de poder, buscando obter vantagem ou proveito lucrativo a partir do uso do corpo da criança ou do adolescente, seja pela ação criminosa individual ou a partir de uma rede de abuso ^{Item quadro 9: 30} (Souza; Macêdo, 2018, p. 266).

A conotação utilizada também alude à questão legal, mas segue a premissa da OMS (2002) do caráter lucrativo e comercial desse tipo de violência. A exploração sexual se expressa pela pornografia e o tráfico para fins sexuais, abordados a seguir.

4.3.9 Tráfico

A conceituação utilizada por um único artigo ^{Item quadro 9: 8} aponta que:

O tráfico sexual é definido no direito internacional pelo Protocolo das Nações Unidas (ONU) para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças, como o recrutamento, transporte, transferência, abrigo ou recebimento de pessoas por meio da ameaça ou uso da força ou outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou à situação de vulnerabilidade” para fins de sexo comercial ou outras formas de exploração sexual ^{Item quadro 9: 8, p. 1195}.

O termo, portanto, está atrelado à dimensão da exploração comercial e evidencia nuances de como pode ocorrer. Ele faz referência a um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) e está fundamentado no Protocolo da Organização das Nações Unidas (ONU, 2020), que visa prevenir, reprimir e punir o tráfico de pessoas, especialmente mulheres e crianças. Nesse contexto, a dimensão das relações de poder e coação se apresenta de forma evidente.

4.3.10 Reflexões sobre a Revisão de Escopo

O objetivo desta revisão de escopo foi identificar o conceito da violência sexual contra crianças no campo da saúde coletiva. Observou-se a ausência de problematizações teóricas acerca das definições apresentadas, que se limitaram à elucidação de termos conforme diretrizes orientadoras, como as da OMS (2002) e do Ministério da Saúde (2016).

A definição ofertada pela OMS (2002) sobre violência sexual mostrou-se preponderante nos achados. Trata-se de uma diretriz relativamente recente que busca

compreender um fenômeno com longa trajetória de incidências políticas, marcando um movimento amplo e um processo construtivo para o reconhecimento e a incorporação da violência sexual nas políticas de saúde.

Outro ponto observado refere-se às diferentes nuances que a violência sexual assume – como maus-tratos, incesto, abuso sexual, crime sexual, estupro, exploração sexual e tráfico –, bem como a dimensão da violência de gênero na ocorrência da violência sexual, isto é, evidenciando que esta última é majoritariamente perpetrada contra meninas. Torna-se, assim, indispensável compreender que a violência sexual reflete lógicas de submissão e relações desiguais de poder, particularmente direcionadas a crianças do gênero feminino.

Portanto, para além dos achados apresentados nesta revisão sobre os conceitos de violência sexual, considero e acato a definição proposta pelo Ministério da Saúde (2016), por se mostrar abrangente e ao mesmo tempo detalhada para a identificação do fenômeno, ainda que não tenha sido descrita nos textos revisados.

Compreendo que o delineamento do fenômeno, suas expressões nas relações sociais e a maneira como é experienciado são pontos de partida essenciais para a produção de cuidados e o desenvolvimento de mecanismos de proteção e enfrentamento. Nesse sentido, torna-se necessário aprofundar as bases conceituais e filosóficas da violência sexual, que, embora se transformem ao longo do tempo e assumam características diferentes, continuam a se reproduzir em uma sociedade marcada por desigualdades.

4.4 MANUAIS ORIENTATIVOS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS

Desde o processo de reconhecimento da criança enquanto sujeito de direitos que necessita de proteção, alguns instrumentos normativos passaram a balizar a atuação política e profissional, com previsões tanto no contexto nacional quanto no local. A seguir, destaco alguns desses instrumentos.

4.4.1 Manuais e Normativas no Brasil

Acerca dos planos e protocolos a nível nacional que orientam o atendimento e enfrentamento da violência sexual, destaco, primeiramente, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, lançado em 2002

e revisado em 2022. Esse plano prevê:

A qualificação da intervenção da rede em casos de violência sexual é o que possibilita avaliar a evolução da compreensão e a forma de intervenção da rede, a partir das fragilidades verificadas, dados de casos concretos atendidos e de matrizes de capacitação da rede de atendimento, bem como, o processo de assessoria técnica a serem desenvolvidos. Também é **importante mensurar a padronização e formalização de procedimentos, a eficiência, a efetividade e da eficácia dos fluxos de procedimentos construídos e pactuados** (Brasil, 2013, p. 24, grifo nosso).

Embora, o território brasileiro busque a padronização de procedimentos, há limitações decorrentes das distintas condições estruturais, físicas, humanas e das demandas específicas em um vasto território geográfico. Ainda assim, é salutar a importância de um direcionamento unificado para o enfrentamento do fenômeno, considerando que a previsibilidade de fluxos e protocolos, reiterada pela Linha de cuidado, é acrescida da dimensão de que os recursos devem estar integrados, pois:

O sucesso da estratégia depende da integração de todos os recursos disponíveis por meio de fluxos e protocolos, capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à atenção, a partir de uma linha de produção de cuidado orientada pela atenção primária à saúde e gestão do serviço que possibilite a continuidade do cuidado e que considere: os componentes educacionais e de comunicação, a elaboração da programação da atenção, o desenho dos pontos/estações de atendimento, o contrato de gestão e a regulação, monitorados e acompanhados pelo sistema de governança; e o uso de instrumentos tecnológicos de gestão da clínica, validados por experiências e pesquisas, como meios potentes para reduzir a fragmentação dos serviços e superar a lógica de organização da assistência centrada no saber médico (Brasil, 2010b, p. 50).

Define, inclusive, frentes de intervenção que visam direcionar uma melhor organização dos serviços destinados ao cuidado em casos de violência. Sinaliza o percurso a ser seguido e estabelece normas, protocolos e fluxos em todos os níveis de atenção. Esses parâmetros podem, ainda, ser desdobrados em diretrizes internas para atendimento, encaminhamentos, agendamentos e reuniões, com o objetivo de aprimorar a organização e garantir maior eficácia nas ações de proteção, cuidado e prevenção.

Para estruturar e padronizar essas intervenções, faz-se necessário, primeiramente, organizar a Rede Intrasetorial e Intersetorial, mediante os seguintes passos:

A) Realizar diagnóstico da situação, com a identificação e caracterização dos

serviços/instituições de atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (composição da equipe multiprofissional; existência de protocolos e fluxos de atendimento, articulação em rede – intra e intersetorial –, tipo de atendimento prestado; endereço, telefones, e-mail, horário de atendimento entre outros). B) Elaborar protocolos de acolhimento e atendimento humanizados, com a delimitação das corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos do atendimento e seguimento para a rede, normativas específicas. C) Formalizar atos normativos (leis, decretos, portarias, planos de ação, protocolo de intenção, carta compromisso e outros) (Brasil, 2010b).

Percebe-se que a saúde favorece o primeiro contato com as pessoas que sofrem violência, seja por meio da presença de Agentes Comunitários de Saúde no território ou pela procura espontânea de atendimento nos serviços. Contudo, a complexidade da situação requer a atuação articulada de diversas políticas em uma abordagem intersetorial, contemplando fluxos em todas as dimensões do cuidado: acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e acompanhamento), notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social. Há a necessidade de:

[...] estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município e, na ausência desses, recomenda-se buscar interlocução com serviços de municípios vizinhos para fazer parte da rede de cuidados e de proteção social (Brasil, 2010b, p. 84).

Logo, cada ponto da rede, articuladamente, deve assegurar o acolhimento, a responsabilização, a resolutividade de problemas e a continuidade da atenção às vítimas de violência e suas famílias. No âmbito da saúde, está garantido o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, pois os hospitais são obrigados a prestarem tal serviço. A Lei nº 12.845/2013 prevê:

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços: I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; II - amparo médico, psicológico e social imediatos; III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; IV - profilaxia da gravidez; V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST; VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis (Brasil, 2013).

A maioria das situações de violências, especialmente as de natureza sexual, chega ao conhecimento das instituições por meio do sistema de saúde e requer

cuidados clínicos imediatos. Contudo, é essencial que protocolos e fluxos bem definidos sejam implementados para assegurar a organização da rede de atendimento. Nesse contexto, a Portaria nº 485/2014 redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, estabelecendo duas frentes principais de atuação:

- **Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual**, organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, UPA e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares; e

- **Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual**, prestados nas UBS, CAPS, ambulatórios de especialidades e outros.

Na verdade, a entrada para obter cuidados pode ocorrer pelos serviços da Atenção Primária, da Média e Alta Complexidade, onde o acolhimento deve ocorrer em todas as dimensões, com a execução dos procedimentos de: acolhimento; atendimento humanizado; escuta qualificada; informação prévia ao paciente sobre cada etapa do atendimento e condutas médicas, multiprofissionais e policiais; atendimento clínico; atendimento psicológico; anamnese e preenchimento de prontuário (data e hora do atendimento, história clínica a violência sofrida, exame físico e ginecológico, descrição das lesões e identificação dos profissionais que prestaram atendimento); dispensação e administração de medicamentos para profilaxias; exames laboratoriais; preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências; orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis sobre direitos e outros serviços para atendimento (Brasil, 2010b).

Após realizados os primeiros atendimentos de cuidado, a demanda é encaminhada para a rede intersetorial. Nesse âmbito, inclui-se o papel do Instituto Médico Legal (IML), responsável pela coleta, guarda provisória, preservação e entrega de materiais com vestígios de violência sexual. O serviço opera em regime integral, 24 horas por dia, nos sete dias da semana, sem interrupções.

Além disso, destaca-se o Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei, que executa: I - atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial; II - apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e III - coleta e guarda de material genético

(Brasil, 2014).

Outro instrumento relacionado ao cuidado está previsto na Lei nº 13.431/2017, que dispõe sobre a escuta qualificada e o depoimento especial de crianças e adolescentes vítimas de violência:

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. Art. 10. A escuta especializada e o depoimento especial serão realizados em local apropriado e acolhedor, com infraestrutura e espaço físico que garantam a privacidade da criança ou do adolescente vítima ou testemunha de violência (Brasil, 2017).

Destaco que cabe aos estados e municípios organizar o formato de atendimento e viabilizar os procedimentos necessários, os quais podem ser realizados nos serviços de referência e/ou ambulatoriais. Isso exige, mais uma vez, a articulação entre as políticas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e saúde.

É evidente a preocupação com o estabelecimento de protocolos, fluxos, referências e contrarreferências no atendimento a crianças em situação de violência sexual no Brasil. Tais diretrizes, respaldadas por prerrogativas legais, servem como referência para que estados e municípios adequem suas práticas às realidades e particularidades locais.

4.4.2 Manuais e Normativas no Estado do Paraná

No caso do estado do Paraná, a Resolução Conjunta nº 03/2014 SESA/SESP prevê a organização do atendimento as crianças vítimas de violência sexual:

Artigo 3º - São atribuições da Secretaria de Estado da Saúde - SESA:III. Definir, os Hospitais de Referência nas demais regiões de saúde do Paraná que farão atendimento às pessoas em situação de violência sexual. V. Coordenar as ações de saúde relativas ao atendimento às pessoas em situação de violência. VI. Organizar os fluxos e o atendimento às pessoas em situação de violência nas regiões de saúde do Estado, nos serviços de referência de atendimento à Urgência e Emergência. VII. Fornecer os insumos necessários à coleta de material para exames laboratoriais a serem utilizados pela equipe médica dos Hospitais de Referência para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual (Paraná, 2014).

Percebe-se um seguimento na cronologia da referência do manual nacional, pois, em 2018, foi criado o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, revisado na Deliberação SESA/PR 053/2021, que enfatiza a abordagem multidisciplinar na atuação sobre essas demandas. O Estado ainda prevê, na Resolução 3/2020 SESA/PR, a atuação da Secretaria de Estado da Saúde e da Segurança Pública do Paraná para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual no Estado do Paraná, destacando a necessidade de organizar os fluxos e o atendimento às pessoas em situação de violência sexual nos serviços de saúde nas regiões de saúde do estado. Esse protocolo tem por objetivo:

Propor diretrizes e fluxos organizados, direcionados aos profissionais e estabelecimentos de saúde de atenção à pessoa em situação de violência sexual, com a finalidade de implementar e aperfeiçoar as ações de prevenção, assistência e vigilância, considerando as características epidemiológicas, diversidades e singularidades do Paraná (Paraná, 2021a).

Pressupõe, portanto, um compromisso em direcionar ações pautadas na realidade do estado e, conseqüentemente, abranger a dinâmica de uma região composta significativamente de municípios de pequeno porte. Para a construção de tais apontamentos, a concepção de violência sexual empregada é de “[...] assédio sexual, pornografia infantil, exploração sexual, estupro, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, exposição coercitiva a atos libidinosos, ao exibicionismo, à masturbação, dentre outras.” (Brasil, 2016a).

O protocolo do estado do Paraná enfatiza que a demanda deve ser atendida por equipe de trabalho multi, inter, trans e intersetorial, seguindo o rito previsto na esfera nacional, incluindo as dimensões do cuidado: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede, asseguradas pela Linha de Cuidado, visíveis na Figura 7, a seguir.

Figura 7 - Etapas da atenção à pessoa em situação de violência sexual no Paraná, 2021



Fonte: Paraná (2021a, p. 37).

Observa-se que as *Dimensões do Acolhimento e do Atendimento* estão contempladas nas etapas de anamnese e exame físico, exames clínicos e ginecológicos, registro e coleta de vestígios de violência sexual, exames complementares, contracepção de emergência e profilaxia para HIV, ISTs e Hepatite B. Já a *Dimensão Notificação* está prevista na etapa de Notificação no Sinan; enquanto a *Dimensão Seguimento na Rede* é abordada nas etapas de acompanhamento social e psicológico, situação de gestação decorrente da violência sexual e investigação de hepatite C.

O protocolo prevê a atuação de enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, farmacêutico e cirurgião-dentista, compondo uma equipe multidisciplinar, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Inserida na rede de proteção social local, a APS pode realizar assistência compartilhada, traçar e desempenhar estratégias voltadas a um plano de cuidado. Fica evidente que a APS, sendo a porta de entrada preferencial, cumpre papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para efetivação da integralidade e de estratégias de atendimento regionalizadas, contínuas e sistematizadas; e para viabilização de ações preventivas e curativas para indivíduos e comunidades (Paraná, 2021a).

Diferentemente do manual brasileiro, em que tanto a APS como a Média e Alta Complexidade são fontes de acesso, o fluxo estabelecido no estado do Paraná organiza-se da seguinte maneira:

Figura 8 - Ações de Enfrentamento à Situação de Violência Sexual na Atenção Primária à Saúde no Paraná, 2021



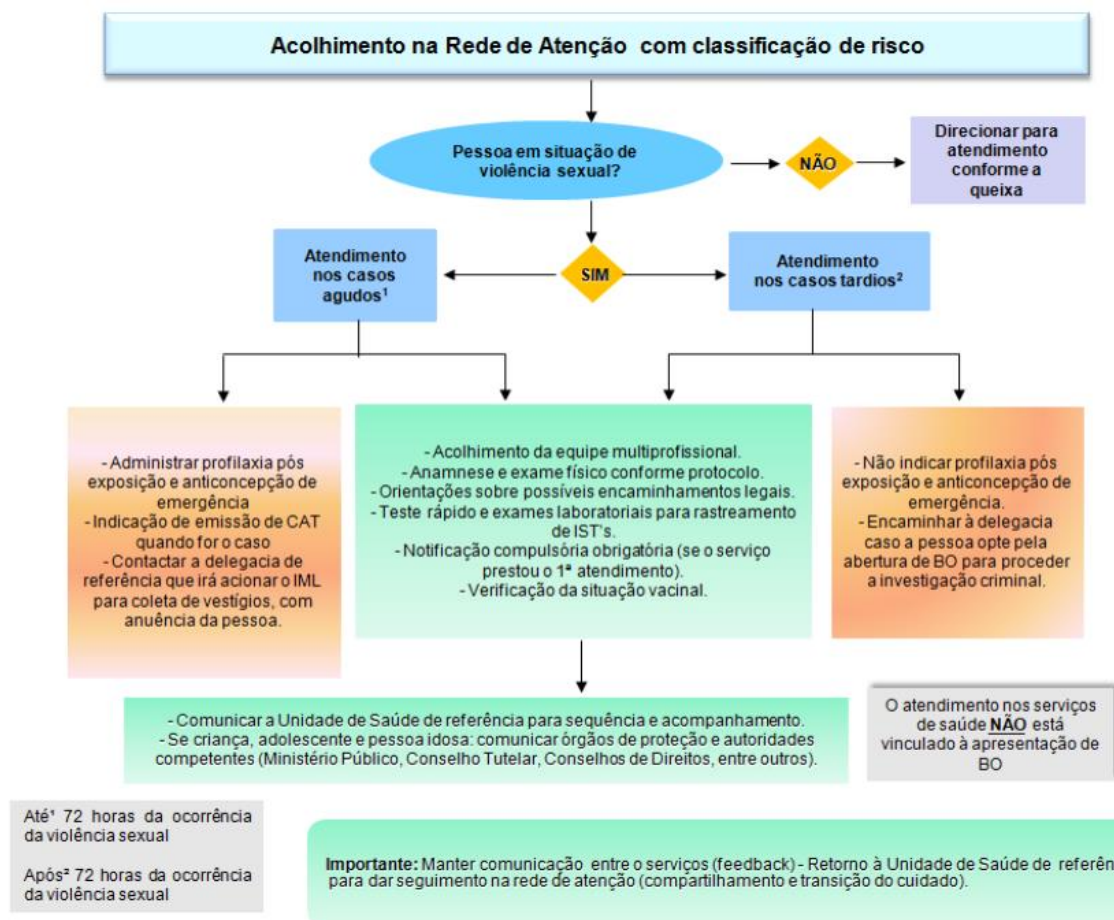
Fonte: Paraná (2021a, p. 42).

Por meio do fluxograma da Figura 8, percebe-se que a APS é uma grande articuladora do atendimento às crianças vítimas de violência e conforme o protocolo considera todas as nuances das informações apresentadas, como: elementos do ato de violência; tipo de agressão; meio empregado; uso de substâncias químicas; descrição do agressor, seja conhecido, seja desconhecido; existência de vínculo e/ou relacionamento; local e hora do ocorrido; existência de relação sexual prévia; e se foi utilizado algum método contraceptivo.

Destaco que tais procedimentos não estão condicionados ao registro de Boletim de Ocorrência (B.O.), pois essa decisão deve ser respeitada e incumbida aos responsáveis pela vítima. Quanto à coleta de vestígios, a vítima e o responsável legal são informados sobre a possibilidade de realização do procedimento no próprio serviço de saúde. Nas regiões de saúde onde não há sede do IML ou serviço de referência, o estabelecimento de saúde que realizar o atendimento deve acionar a delegacia para encaminhamento pericial à sede do **IML** da região, conforme pactuações locais (Paraná, 2021a).

Nos casos, em que a situação de violência sexual chega por demanda espontânea e/ou por encaminhamento de outro serviço da rede intersetorial, o fluxo será determinado conforme a classificação de risco, demonstrado pela Figura 9, a seguir.

Figura 9 - Fluxograma de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços de Referência no Paraná, 2021



Fonte: Paraná (2021a, p. 44).

No caso da violência sexual, o fator determinante para o tipo de atendimento imediato será o intervalo de 72 horas ou mais desde a ocorrência, para realizar o acolhimento e atendimentos adequados. Após esse período, é retomado o fluxo previsto no protocolo originário. Para tanto, torna-se essencial a elaboração de um plano de cuidado individualizado, que contemple uma comunicação eficaz entre os pontos de atenção da rede.

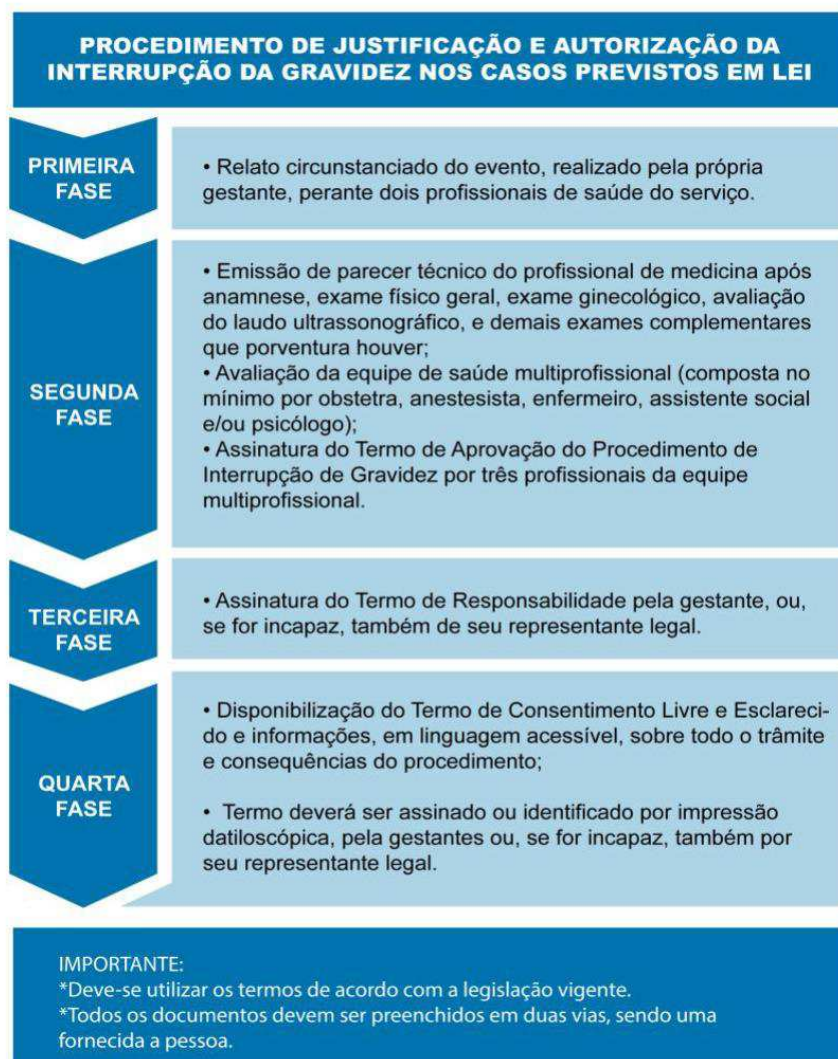
Na Dimensão da Notificação, a ficha NÃO é uma ferramenta de denúncia. Contudo, uma vez que a pessoa acessa o serviço de saúde, o preenchimento da ficha é obrigatório, devendo ser encaminhada à vigilância epidemiológica para inclusão na base de dados do SINAN.

Em relação à Dimensão do seguimento na rede, o Paraná conta com serviços de referência distribuídos nas macrorregiões norte, noroeste, oeste e leste. Nas localidades onde o serviço de referência pactuado não está disponível, os hospitais da rede de urgência e emergência devem acolher a vítima e realizar o atendimento

conforme o protocolo.

Nos casos em que for necessário o procedimento de **interrupção de gravidez**, a decisão deve ser **livre, consciente, esclarecida e informada** pela pessoa atendida, e o serviço de saúde tem o dever de respeitá-la. No caso de menores de **18 anos** ou pessoas em situação de vulnerabilidade, a capacidade de decidir da pessoa será avaliada. Havendo divergências, prevalece a vontade da mulher, criança ou adolescente sobre a de seus pais ou representantes legais, e o Juiz da Vara da Infância e Juventude ou o representante do Ministério Público deve ser ouvido (Paraná, 2021a). Nessas situações, segue-se o fluxo apresentado na Figura 10:

Figura 10 - Esquema de conduta profissional diante de gravidez decorrente de violência sexual no Paraná, 2021



Fonte: Paraná (2021a, p. 60).

Os serviços de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em

lei, atualmente, no Paraná, estão assim distribuídos: Macrorregião Norte: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, no município de Londrina; Macrorregião Leste: Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no município de Curitiba; Macrorregião Oeste: Hospital Universitário do Oeste do Paraná, no município de Cascavel; Macrorregião Noroeste: Hospital Universitário Regional de Maringá, no município de Maringá, conforme a Deliberação nº 27/2015 da Comissão Intergestores Bipartite.

Além da dimensão do cuidado direto às vítimas e suas famílias, o estado do Paraná estabeleceu, por meio do Decreto nº 11042/2014, o Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz (Núcleo de Paz). Esse decreto atende à Portaria do Ministério da Saúde nº 936/2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, bem como sobre a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios.

Mediante a Resolução SESA nº 1026/2021, foi previsto o incentivo financeiro estadual de apoio para implantação e implementação do Núcleo de Paz nos municípios, com o objetivo de elaborar e desenvolver estratégias de vigilância e prevenção das violências, promoção da saúde e da cultura de paz, além da redução da morbimortalidade por violências. Embora a resolução tenha previsto recursos para 29 municípios, nenhum deles pertence à 20ª Regional de Saúde – localidade onde se concentra esta pesquisa.

De acordo com o Relatório de Monitoramento dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde no Paraná (2021), do total de 399 municípios, somente 48 registraram possuir Núcleo da Paz. A maioria se concentra na região oeste do estado, local da 20ª Regional de Saúde (RS), mas, infelizmente, o relatório não menciona os municípios que possuem Núcleo da Paz ativos e formalizados (Paraná, 2021d).

Quanto ao processo de escuta especializada e depoimento especial das crianças vítimas de violência, assegurado na Lei Federal nº 13.431/2017, este foi regulamentado no estado do Paraná por meio do Decreto nº 8116/2021. O decreto determina as intervenções do Sistema de Garantia de Direitos nas situações de violência contra crianças, destacando que esses procedimentos devem ser definidos por meio protocolos, fluxos internos entre órgãos, serviços, programas e equipamentos públicos, os quais devem atuar integrada e coordenadamente.

Para tanto, as políticas de saúde, assistência social e educação podem realizar o registro da revelação espontânea e a escuta especializada, sem revitimizar a criança, mediante uma abordagem com questionamentos mínimos e estritamente necessários ao atendimento.

Define-se a escuta especializada e depoimento especial, respectivamente, como:

Art. 18. A **escuta especializada** é o procedimento realizado, em abordagem única, por profissional devidamente capacitado, dentro dos órgãos da rede de proteção nos campos da educação, da saúde, da assistência social, da segurança pública e dos direitos humanos, com o objetivo de assegurar o atendimento e o acompanhamento da vítima ou da testemunha de violência, para a superação das consequências da violação sofrida, limitado ao estritamente necessário para o cumprimento da finalidade de proteção social e de provimento de cuidados. § 4º A escuta especializada não deve ter o escopo de produzir prova para o processo de investigação e de responsabilização, não substitui nem se confunde com a perícia psicológica quando esta for demandada, e deve ter a abrangência suficiente para a compreensão do fato. Art. 20. O **depoimento especial** é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante a autoridade policial ou judiciária, com a finalidade de produção de provas, devendo ser conduzido nos termos do Ato Conjunto Interinstitucional nº 19/2019 e alterações posteriores. Parágrafo Único A criança ou o adolescente devem ser respeitados em sua iniciativa de não falar sobre a violência sofrida (Paraná, 2021c, grifos nossos).

Grosso modo, a escuta especializada pode ser realizada no primeiro ponto da rede acionada, com intuito de não fazer a criança repetir incessantemente os fatos de violações de direitos. Em contrapartida, o depoimento especial constitui prerrogativa do sistema de justiça e constitui uma prova jurídica.

Para implementação de ações de enfrentamento à violência infantojuvenil, bem como desses procedimentos no estado, o referido decreto institui a Comissão Estadual Interinstitucional para Enfrentamento das Violências contra Crianças e Adolescentes e as Comissões Regionais Interinstitucionais para Enfrentamento das Violências contra Crianças e Adolescentes, compostas por:

Art. 23. A Comissão Estadual será composta por representantes estatais e da sociedade civil, a saber: **I** - Secretaria de Estado responsável pela política da Criança e do Adolescente, o qual a coordenará; **II** - Secretaria de Estado responsável pela política de Justiça e Direitos Humanos, que substituirá o coordenador em suas ausências e impedimentos; **III** - Secretaria de Estado responsável pela política de Assistência Social; **IV** - Secretaria de Estado responsável pela política de Saúde; **V** - Secretaria de Estado responsável pela política de Educação; **VI** - Secretaria de Estado responsável pela política de Segurança Pública; **VII** - Secretaria de Estado responsável pela política de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior; **VIII** - Secretaria de Estado

responsável pela política de Cultura, Esporte e Lazer; **IX** - Secretaria de Estado responsável pelo Atendimento Socioeducativo; **X** - Um representante indicado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná; **XI** - Um representante indicado pelo Ministério Público do Estado do Paraná; **XII** - Um representante indicado pela Defensoria Pública do Estado do Paraná; **XIII** - Um representante indicado pela Ordem dos Advogados do Brasil Seção do Paraná; **XIV** - Um representante indicado por entidade de representação de conselheiros tutelares do Paraná; **XV** - Um representante do Fórum DCA – Paraná; **XVI** - Até outros nove representantes da sociedade civil indicados pelo Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescentes. **Art. 26.** As Comissões Regionais serão compostas por representantes do Governo do Estado, a saber: **I** - Secretaria de Estado responsável pela política da Criança e do Adolescente, o qual a coordenará; **II** - Secretaria de Estado responsável pela política de Justiça e Direitos Humanos, que substituirá o coordenador em suas ausências e impedimentos; **III** - Secretaria de Estado responsável pela política de Assistência Social; **IV** - Secretaria de Estado responsável pela política de Saúde; **V** - Secretaria de Estado responsável pela política de Educação; **VI** - Secretaria de Estado responsável pela política de Segurança Pública; **VII** - Secretaria de Estado responsável pela política de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior; **VIII** - Secretaria de Estado responsável pela política de Atendimento Socioeducativo (Paraná, 2021c).

Essa recomendação serve para que os municípios estabeleçam sua própria organização, por meio de protocolos e fluxos locais, para realizar a escuta especializada e o depoimento especial. Friso que a Linha de cuidado nacional e a lei dos procedimentos para minimização da revitimização, de 2010 e 2017, respectivamente, já previam esses procedimentos, porém somente em 2021 o estado do Paraná desencadeou uma referência normativa que organiza essa etapa do cuidado.

Noto que os mecanismos legais e as diretrizes de atendimento não acompanham a constância das ocorrências dos fenômenos, mas isso não significa que, com a sua publicação, elas ocorram em conformidade com as recomendações. Assim, passo, a seguir, a apresentar os resultados sobre os manuais dos municípios pesquisados.

4.4.3 Manuais e Normativas em Mercedes

O município de Mercedes tem característica de pequeno porte, com 5.931 habitantes. Destes 725 são crianças na faixa etária de zero a nove anos de idade (IBGE, 2022a).

Como marcadores legais de proteção à infância, o Decreto n. 048/2016 criou o Comitê interinstitucional de elaboração e implementação e acompanhamento do Plano Decenal dos Direitos da Criança e dos Adolescentes no município. Sua

aprovação esteve como ponto de pauta da convocação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) para reunião ordinária de 1/12/2016 para “Apresentação, apreciação e aprovação do Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente”. Contudo, não localizei o referido plano.

Sequencialmente, foi instituído o Comitê Municipal de Saúde Mental e Enfrentamento à Violência, mediante o Decreto nº 115/2016, vinculado às secretarias de saúde, educação e cultura, assistência social, com intuito de ser espaço de discussão, deliberação, articulação da rede de cuidados e encaminhamentos de ações de prevenção em saúde mental e enfrentamento à violência.

Sua composição está prevista da seguinte forma:

Art. 2º. I - seis representantes da Secretaria de Saúde, com no mínimo um representante da área de psicologia, um da epidemiologia, um da enfermagem, um de serviço social e um de cada equipe estratégia saúde da família; II dois representantes da secretaria de assistência social, escolhidos preferencialmente dentre os integrantes da equipe técnica do CRAS e CREAS; III- um representante da secretaria de educação e cultura; IV- um representante da secretaria estadual de educação; V - um representante do Conselho Tutelar; VI - um representante da secretaria de saúde pública; VII- um representante do poder judiciário; VIII - um representante de cada entidade, conselho, grupo de apoio, clínicas terapêuticas, associação, instituto ou pastoral e demais representantes da sociedade civil organizada que manifeste interesse em participar do comitê (Mercedes, 2016).

Mesmo com a previsão do comitê, é pertinente pensar e articular intersetorialmente sobre as demandas de violência e saúde mental, pois o debate e enfrentamento dessas questões está atrelado no mesmo comitê – até mesmo por ser um município pequeno, o que facilita na própria composição e participação.

Com intuito de avançar na política de assistência social, foi estabelecido, pelo Decreto nº 084/2021, o Serviço de Vigilância Socioassistencial, o qual, acerca do fenômeno da violência:

[...] ocupa-se de: XII - organizar, normatizar e gerir, no âmbito da Política de Assistência Social, o sistema de notificações para eventos de violação de direitos, estabelecendo instrumentos e fluxos necessários à sua implementação e funcionamento. Tal sistema deve contemplar, no mínimo, o registro e notificação de violações de direitos que envolvam eventos de violência intrafamiliar, de abuso ou exploração sexual de crianças e adolescentes e de trabalho infantil; (Mercedes, 2021).

Esse serviço fica incumbido de produzir, sistematizar e analisar informações territorializadas, direcionar os protocolos para notificação e qualificar os serviços

ofertados pela rede socioassistencial.

Para acrescentar o processo de proteção à infância, sobretudo as situações de violência, o Decreto nº 142/2022 regulamenta, no âmbito municipal, o serviço público de escuta especializada, organizado, gerido e fiscalizado pelo Comitê Gestor da Rede de Proteção de Mercedes, sob a coordenação Secretaria de Assistência Social. Segundo esse decreto, o procedimento será contemplado em Protocolo Municipal do Fluxo de Atendimento, disponível no Setor de Vigilância Socioassistencial, na Secretaria de Assistência Social:

Art. 7º. O procedimento de escuta especializada será realizado por profissionais do quadro efetivo da Administração Pública Municipal, indicados pelo Comitê Gestor da Rede de Proteção de Mercedes, mediante autorização do Chefe do Poder Executivo. § 1º. O profissional que fará a escuta especializada será intitulado “Mediador da Escuta Especializada”. § 2º. O profissional que fará a escuta especializada não poderá ser o mesmo que atende a criança ou adolescente no CREAS, tampouco aquele que possui parentesco familiar de 1º. grau com agente atuante em qualquer serviço de atendimento e acompanhamento de rede de proteção. § 3º. O profissional que fará a escuta especializada deverá participar de curso de capacitação para o desempenho adequado da função, prevista neste decreto e no Protocolo Municipal do Fluxo de atendimento à violência contra criança e adolescente, sendo que somente após a capacitação, poderá o profissional realizar a escuta especializada. § 4º. Caberá a Secretaria Municipal de Saúde a oferta de atendimento terapêutico ao profissional mediador da escuta especializada com vistas a preservação de sua saúde mental, ficando a periodicidade e a forma como ocorrerá (individual ou em grupo) a ser definido com base na necessidade dos profissionais da equipe mediadora (Mercedes, 2022).

Percebo que, nessa localidade, as atribuições foram divididas. À secretaria de assistência social cabe a execução da escuta especializada, enquanto à secretaria de saúde compete o acompanhamento terapêutico. Quanto ao fluxo mencionado no decreto, este não foi localizado.

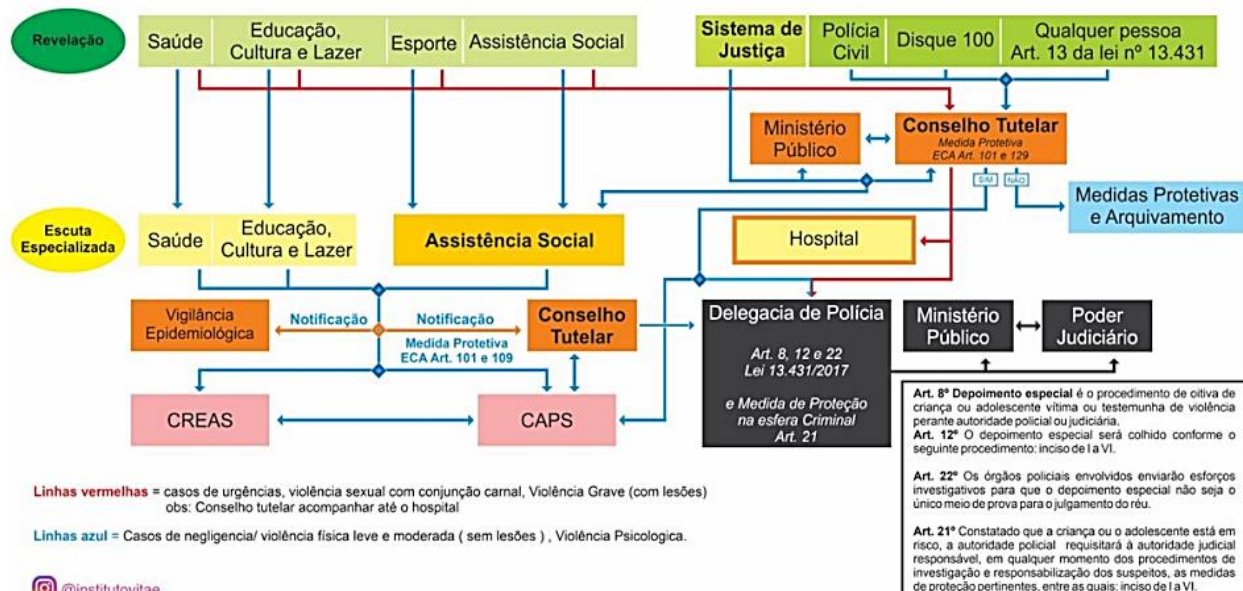
4.4.4 Manuais e Normativas em Palotina

A cidade de Palotina, também de pequeno porte, conta com uma população de 35.011 pessoas, das quais 4.889 são crianças entre zero e nove anos de idade (IBGE, 2022c). Os membros da Comissão de Monitoramento e Acompanhamento do Plano Decenal Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (2017/2026), estão nomeados por meio do Decreto nº 9.070/2018.

No que se refere à violência sexual infantil, em 2021, foi elaborado o Protocolo

e o Fluxo de Atendimento, conforme apresentado na Figura 11:

Figura 11 - Fluxograma criança e adolescente vítima/testemunha de violência de Palotina/PR, 2022



Fonte: Instituto Vitae (2022).

É possível perceber que a revelação espontânea e a escuta especializada também têm suas responsabilidades divididas entre os serviços. A primeira pode ser realizada por qualquer ponto da rede de atendimento, enquanto a segunda é restrita às políticas de saúde, educação e assistência social, evidenciando uma organicidade entre os serviços existentes.

A localidade também aprimora seus instrumentos organizativos com a criação e regulamentação da Vigilância Socioassistencial, por meio do Decreto nº 10.950/2023, que normatiza e gerencia o sistema de notificações para eventos de violação de direitos, por meio de instrumentos e fluxos. Considerando as datas dos manuais e normativas instituídos, infere-se que a questão do enfrentamento à violência sexual tem se configurado como uma prioridade política recente na localidade, mas com previsões e organizações planejadas.

4.4.5 Manuais e Normativas em Toledo

O município de Toledo, porte III, tem uma população total de 150.470 pessoas, com 19.922 crianças entre zero e nove anos (IBGE, 2022b). Pelo quantitativo populacional, conta com um número maior e diverso de serviços e equipamentos

públicos.

Em 2018, foi estabelecido o Fluxo da Ficha de Notificação de violências, nas políticas de saúde, assistência social, educação, da mulher, da juventude, de segurança e trânsito, Conselho Tutelar e em serviço relacionado à Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, por meio da Instrução normativa SMS nº 5/2019. O município também possui o Núcleo da Paz, atrelado à secretaria municipal de saúde.

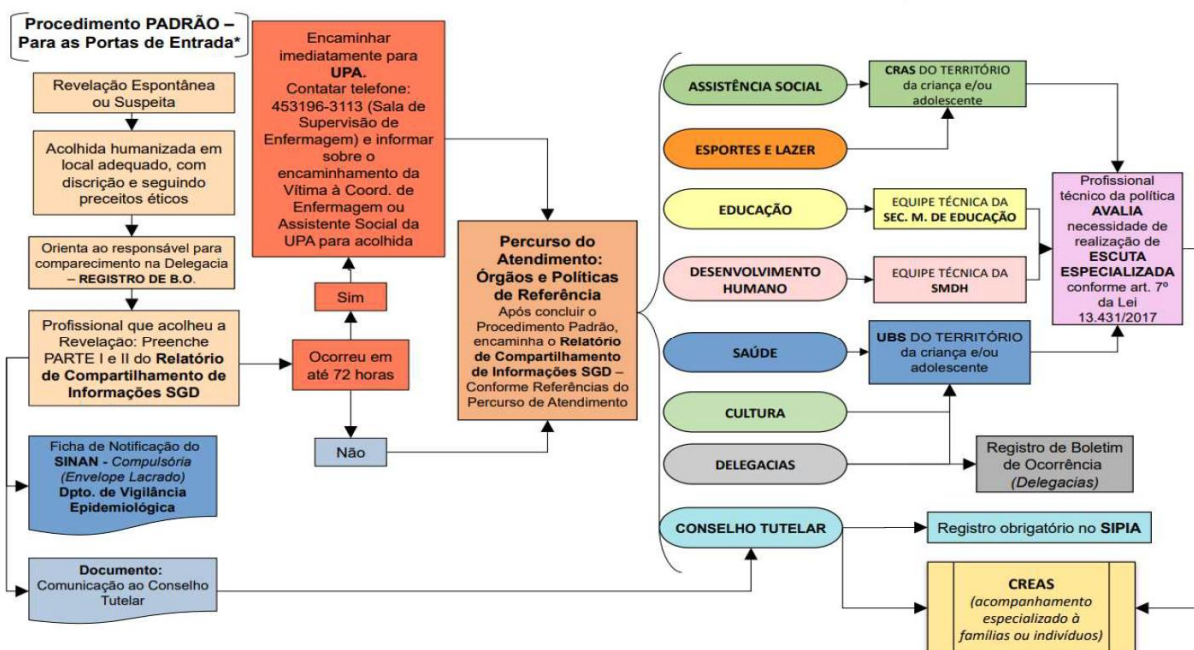
Em 2022, foi incorporado o Protocolo nº 05/2020, que determina a Proteção e Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual (vítima) Criança e Adolescente. Sua primeira versão, de 2020, foi elaborada pela Rede Intersetorial de Proteção Social de Toledo (RIPs), em um processo de construção coletiva iniciado em 2016, revisado e atualizado em 2021. Esse protocolo trata do planejamento e da organização do atendimento da rede de políticas públicas no município.

A organização do protocolo em Toledo se diferencia dos demais, visto que a elaboração do instrumento ocorre por meio da mobilização de vários serviços governamentais e não-governamentais – denominados de Equipe de Mobilização (EM) da RIPS – com profissionais representantes das políticas de Assistência Social, de Educação, de Saúde, Conselheiros Tutelares da Unidade II e docente do Curso de Serviço Social.

O protocolo refletiu a necessidade de regulamentação da Lei Federal nº 13.431/2017 e do Decreto Estadual nº 8.116/2021, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência em níveis federal e estadual, respectivamente; e da Lei nº 4.321/2022, que altera a Lei nº 13.869/2019 e tipifica o crime de violência institucional.

O rito de acolhimento, atendimento, notificação e seguimento em Toledo está organizado conforme o fluxograma da Figura 12:

Figura 12 - Protocolo 05/2020 – Proteção e atendimento à pessoa em situação de violência sexual (vítima) criança e adolescente, de Toledo/PR, 2022



*Portas de Entrada: Unidades das Políticas de Saúde, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, Educação, Infância, Juventude, Mulher, Família, Desenvolvimento Humano, Conselhos Tutelares e Delegacias.

Fonte: Toledo (2022, p. 42).

De modo geral, o local que recebe a revelação deve se atentar em realizar: Preenchimento da Ficha de Notificação, Relatório de Compartilhamento de Informação no Sistema de Garantia de Direitos (SGD); e Comunicação ao Conselho Tutelar. Caso a situação de violência tenha ocorrido em até 72 horas, é necessário encaminhar diretamente para a UPA. Após esse período, o atendimento segue o percurso definido pelos órgãos e políticas de referência, assim como ocorre para os casos que ultrapassaram as 72 horas.

O instrumento municipal delimita as intervenções profissionais em cada serviço e expõe em cada secretaria e/ou serviço um fluxo interno que explica o procedimento padrão. Ainda, disponibiliza a padronização de modelo do Relatório de compartilhamento de informações do SGD e da Ficha de comunicação ao Conselho Tutelar.

Destaca-se que o município de Toledo, assim como demais localidades da pesquisa, o estado do Paraná e a referência nacional, não aludem a particularidade da violência de gênero na infância. Contudo, cada ente federado e localidade criam mecanismos balizadores para melhor organização dos serviços de atendimento às crianças vítimas de violência sexual, o que constitui estratégias e cumpre com os

preceitos legais da lógica de planejamento das políticas públicas¹⁰.

Observo uma mobilização recente, visualizada enfaticamente a partir de 2017, com a promulgação da Lei da Escuta Especializada, e não desde 2010, quando foi instituída a Linha de Cuidado, embora esta última estabeleça os procedimentos que devem ser seguidos em tais situações.

Portanto, com o intuito de ir além das diretrizes para o cuidado às situações de violência sexual infantil, apresento os resultados de uma breve clipagem de notícias que abordam a violência sexual contra crianças. A finalidade é compreender como o tema é dimensionado, tratado e a noção conceitual atribuída pelos meios de comunicação.

4.5 CLIPAGEM DE NOTÍCIAS ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS

Acerca da clipagem de notícias realizadas, no Quadro 10, abaixo, é possível visualizar informações sobre o quantitativo das matérias levantadas e período de publicização:

Quadro 10 - Identificação do jornal, quantitativo de notícias e mês de publicação, 2023

| | Jornal | Quantidade | Mês de publicação/ quantidade |
|--------------------------|-------------------|------------|---|
| Webjornais locais | Toledo News | 03 | Maio 03 |
| | Jornal do Oeste | 09 | Fevereiro 02 Maio 04 Junho 02 Julho 01 |
| | Gazeta de Toledo | 08 | Maio 07 Julho 01 |
| | Folha de Palotina | 04 | Janeiro 01 Maio 03 |

¹⁰ Inclusive, os municípios da 20ª RS, que apresentaram menor número de notificações no período de 2010 a 2020 (data de corte para seleção dos municípios de pesquisa), também possuem legislações pertinentes a protocolos e fluxos de atendimento e prevenção às violências contra criança: **Ouro Verde do Oeste**: Decreto nº. 59/2023 - Regulamenta a Rede de Atenção e Proteção Social Integrada no Município de Ouro Verde do Oeste, Paraná, e dá outras providências. **Maripá**: Decreto nº 155/2017 - Dispõe sobre a instituição da Rede de Proteção Intersetorial do Município de Maripá e dá outras providências. **Tupãssi**: Lei nº. 1.699/2015 - Institui a campanha "TUPÃSSI DE MÃOS DADAS CONTRA A VIOLÊNCIA" e dá outras providências. Lei nº. 2.448/2023 - Reformula a Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Criação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e dá outras providências; e Decreto nº 70/2023 - Regulamenta a Rede de Atenção e Proteção Social do Município de Tupãssi/PR.

| | | | |
|---------------------------|--------------------|----|--|
| | Portal de notícias | 02 | Maio 01 Agosto 01 |
| Webjornal nacional | G1 | 18 | Maio 07 Junho 01 Julho 01 Agosto 09 |
| Total | | 44 | |

Fonte: Elaboração própria (2023).

Os webjornais locais totalizaram 26 resultados e o nacional computou 18 achados. Destaco que todas as fontes problematizaram matérias da natureza foco da clipagem, principalmente com publicação no mês de maio, seguido do mês de agosto, no caso do webjornal G1. Isso se justifica, pois, dia 18 de maio é Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Não obstante, situações de violência ocorrem, infelizmente, a todo instante.

A mídia exerce um papel fundamental na formação de opinião e na mobilização social, mas enfrenta o desafio de abordar a questão apenas durante o mês alusivo ao fenômeno. Acredito que ampliar o enfoque sobre a temática de forma contínua permitirá aumentar o número de denúncias e dar maior visibilidade a essas situações.

No que diz respeito às informações sobre a localidade, objeto, enfoque das matérias e menção à relação de parentesco do agressor na violência sexual veiculada nas reportagens, apresento esses dados na Tabela 3:

Tabela 3 - Informações das matérias, 2023

| Características das matérias | Quantidade |
|---|-------------------|
| Localidade de enfoque da matéria | |
| Brasil | 06 |
| Estado do Paraná | 38 |
| Desdobramentos: Municípios da pesquisa | 12 |
| Toledo | 09 |
| Palotina | 02 |
| Mercedes | 01 |
| Objeto da matéria | |
| Incentivo à denúncia | 32 |
| Estudos estatísticos | 23 |
| Campanha ou projeto | 20 |
| Narram casos de abuso/apreensão | 15 |
| Sinais de violência sexual | 07 |
| Abuso sexual on-line | 01 |
| Enfoque da matéria | |
| Menção do ECA | 08 |
| Menção de leis gerais | 05 |
| Não faz menção a lei | 05 |
| Busca por solução | 03 |
| Relação de parentesco do agressor | |
| Pai | 03 |
| Padrasto | 03 |
| Professor | 03 |
| Desconhecido | 05 |

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Friso que nem todos os casos de violência sexual contra a criança são publicados, até mesmo porque a grande maioria não registra ocorrência nos meios oficiais. Todavia, as notícias também podem se referir à problematização da questão em uma perspectiva geral e informativa. Os achados destacam um número significativo de matérias veiculadas no âmbito do Paraná – incluindo municípios fora do rol dos pesquisados –, seguido da região foco de pesquisa. Esse padrão é

justificado pela fonte de busca, que inicia em nível municipal e se expande para as esferas estadual e nacional.

Dentre as localidades alvo de investigação, saliento que, em Toledo, em 2021, foram atendidos pelo CREAS 58 casos de violência sexual infantil; em 2022, 95; e no primeiro quadrimestre de 2023, 11 (Gazeta de Toledo, 2023). Em Palotina, em 2018 foram 9 casos, e, em 2019, 33 (Folha da Terra, 2020). Já em Mercedes, no período de 2012 a 2020, o CREAS atendeu 39 casos (Effting, 2020).

Contudo, quando verificado os dados do Sinan de 2022, não foram registrados casos de violência sexual contra crianças nestes municípios no período. Em 2021, foram registrados no Sinan 03 casos em Palotina; 07, em Mercedes; e 04, em Toledo. Percebe-se, novamente, uma distância entre os dados das seguintes naturezas: a) ocorrências e casos notificados; b) situações publicizadas; e c) situações que registram atendimento e acompanhamento em órgãos oficiais como o CREAS.

Visualizo que a mídia pode desempenhar um papel crucial no aumento do número de notificações, além de divulgar os locais de atendimento, facilitando o acesso à assistência. Essa atuação contribui para romper a barreira histórica do tabu em torno da sexualidade e, conseqüentemente, da violência sexual.

No que se refere ao objeto das matérias, observa-se uma predominância do incentivo à denúncia. Embora algumas abordem mais de um objeto, poucas tratam dos sinais de violência sexual e de sua modalidade virtual, apesar do uso crescente das tecnologias facilitar essa violação de direitos. A maioria das abordagens concentra-se no incentivo às denúncias, em estudos estatísticos e na veiculação de campanhas ou projetos de prevenção. Noto que o assunto é fomentado nos meios de comunicação e favorece a denúncia, mas, na prática, muitas pessoas hesitam em realizá-las por não compreenderem claramente o que caracteriza violência sexual.

Quanto aos elementos legais abordados, foram identificados em apenas 21 publicações, sendo que a maioria faz referência ao ECA e a leis gerais sobre violência sexual contra crianças. Apenas três reportagens mencionam explicitamente o desejo por uma solução para a questão da violência sexual infantil, o que considero um número baixo. Essa baixa representatividade aponta para a responsabilidade da imprensa/mídia em reforçar a legislação vigente no Brasil, que trata a violência sexual infantil como crime e exige o enfrentamento e combate cotidiano de todos.

Entendo que, nas reportagens em que a busca por soluções não foi mencionada, isso também reflete um posicionamento, já que a neutralidade indica

uma postura, como a de não engajamento com a causa. Nesse contexto, a mídia não assume seu papel de enfrentamento e mobilização sobre a questão.

Além disso, a violência sexual ocorre predominantemente no ambiente familiar, e os agressores são, na maioria dos casos, conhecidos das vítimas. Esse fator desperta receios em relação à intromissão em questões familiares. Essa dinâmica é corroborada pelos achados: das 44 matérias publicadas nos webjornais, apenas 14 mencionaram o vínculo do agressor.

As demais matérias omitiram informações sobre o vínculo. Nas poucas que abordaram o tema, destacaram-se agressores do convívio próximo das vítimas, o que frequentemente dificulta romper o silêncio sobre a violência. Em razão desses vínculos, muitas vezes há chantagens e ameaças que prolongam as situações de abuso.

Por outro lado, a clipagem revela que a violência sexual infantil é pouco abordada na mídia, e, quando o é, ocorre principalmente durante o mês alusivo ao combate ao fenômeno. Essa abordagem não dimensiona a violação como uma violência de gênero. Apesar do incentivo à denúncia presente nos conteúdos, isso não se reflete no aumento das notificações. Tal cenário pressupõe que denunciar não equivale a notificar e que as notificações raramente são publicadas, embora a mídia possa fortalecer e motivar tal comportamento.

Diante desses cruzamentos que perpassam o fenômeno da violência sexual infantil nos municípios pesquisados, volto-me agora para os resultados qualitativos sobre as narrativas em torno dos significados do cuidado. Essas narrativas oferecem maior robustez e entendimento para elucidar algumas lacunas que aparecem como interrogativas de exercício reflexivo até aqui sinalizadas.

4.6 PERCEPÇÕES DOS/AS PROFISSIONAIS ACERCA DO CUIDADO ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

4.6.1 Pressuposto 1

Os/as profissionais dos serviços da linha de cuidado integral às vítimas de violência sexual não possuem conhecimento suficiente sobre violência sexual contra crianças, falhando na identificação dos casos, bem como na implementação da linha de cuidado.

4.6.1.1 VIOLÊNCIA SEXUAL

Sobre as unidades de sentido violência sexual e violência de gênero infantil, a maioria dos/as profissionais, 28 (Onze Horas, Gerânio, Cróton, Murta, Papoulas Perenes, Azaléia, Peônia, Rabo de Gato, Cravina, Babosa, Gailárdia, Capim dos Pampas, Bela da Manhã, Begônia, Yucca, Petúnia, Rosa do Deserto, Alpinia, Hibisco, Palmeira do Mediterrâneo, Malva, Cactos, Mandacará, Clúcia, Lantana, Tampala, Verbena e Agave) sinalizaram conotações que se aproximam a definição dada pela OMS (2002) e pelo Ministério da Saúde (2016), definida por Gerânio, Cróton, Murta, Papoulas Perenes, Azaléia, Peônia, Rabo de Gato, Cravina, Babosa, Gailárdia, Capim dos Pampas e Bela da Manhã e da seguinte maneira:

[...] qualquer prática sexual contra crianças e adolescentes, cometidas por um adulto, que pode ou não ter vínculo com essa vítima. A violência sexual se divide em abuso sexual e exploração sexual. Em ambos casos violam o corpo e a intimidade sexual da criança e do adolescente, sendo que a segunda visa a comercialização e lucratividade. No caso da violência sexual, é imensamente maior a incidência sobre as crianças e adolescentes do gênero feminino, principalmente quando se trata da violência sexual, o que demonstra uma violência estrutural de gênero (Onze Horas - Assistente Social/CREAS).

Eu acho que é todo ato, não só físico, como tudo. Tudo aquilo que fere a integridade física, psicológica da criança, do adolescente, tudo aquilo que não é consentido (Begônia – Psicóloga/Acolhimento).

O conceito abrange qualquer ato sexual ou tentativa de obtê-lo, mediante investida contra a sexualidade de uma pessoa, utilizando qualquer tipo de coação ou vínculo. Essa definição é também visível em outras narrativas, que exploram com maior profundidade e amplitude suas características. Associa-se ao preconizado no ECA e nas normativas do Ministério da Saúde (2016), ao considerá-la:

[...] ampla e complexa. [...] Ela pode partir desde uma fala, a forma que você fala a linguagem que você usa com a criança, ela já pode ser caracterizada uma violência sexual, a linguagem, a fala, o toque, a forma do toque. Então assim, é muito mais amplo. Então não só o ato em si (Yucca - Assistente Social/CRAS).

[...] a violência sexual sempre foi um tabu. A sexualidade, por mais que a gente avance, ainda é um tabu. Falar sobre isso, identificar que somos seres sexuais é difícil (Rosa do Deserto - Assistente Social/CREAS).

Ainda foi agregado o elemento da transgressão da intimidade, ou seja, o uso e abuso da relação de poder sobre a criança, o que se reforça em um contexto em que

sua sexualidade, ainda um tabu, permanece obscurecida. Essa questão é compreendida pelos/as profissionais em suas vertentes mais comuns de ocorrência: o abuso e a exploração sexual, definidos como:

Do abuso sexual e da exploração sexual, o abuso sexual, sendo qualquer tipo de contato com a sexualidade do sexo. Ato em uma idade inapropriada para a compreensão dela. Da criança. Ou uma idade muito diferenciada, ainda mais quando é na infância, na primeira infância. Na infância, enquanto é criança e até aos 14 anos (Hibisco – Psicólogo/CREAS).

Abuso é considerado violência. [...] Ela pode ser a violência sexual, pode ser um estupro (Alpinia – Técnica Em Enfermagem/Hospital).

Vale registrar que Palmeira do Mediterrâneo recorre até mesmo à literatura para embasar seu entendimento sobre o fenômeno, utilizando a definição de Habigzang e Koller (2012), que explicam que a violência sexual se traduz por meio do abuso sexual, definido como qualquer interação, contato ou envolvimento em atividades sexuais entre uma criança ou adolescente e alguém em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado, nas quais a criança ou o adolescente é usado para a estimulação sexual do perpetrador. Percebo que a maioria dos/as entrevistados/as identifica, no cotidiano profissional e institucional, um saber científico acerca dessa violação de direitos.

Fica evidente que esses/as profissionais consideram a violência sexual infantil como todo ato de violação, com ou sem penetração, ou ato de constrangimento, apresentando conotações de toque, olhares e manipulação do corpo, com diferenciados requintes. Apontam, inclusive, para as manifestações de abuso e exploração sexual, praticadas por uma pessoa mais velha contra outra de menor idade, conferindo uma relação de submissão e diferença, seja pela idade, seja pela força física.

Por mais que não tenha localizado nas narrativas considerações explícitas acerca das relações de poder, é possível identificar que elas ocorrem. Nas definições encontradas, essas violências decorrem de uma relação desigual de poder, na qual não há resistência, muitas vezes porque acontecem no ambiente familiar, o que fomenta o silenciamento.

Apenas uma fala sinaliza sobre a dúvida de o ato ser ou não consumado: “[...] Então, mas se não consumou o ato, não entende como violência? [...] (Malva – Agente Comunitária De Saúde/UBS).”.

Além disso, houve narrativas indicando que a violência sexual contra crianças é de ordem multifatorial (Cactos, Mandacarú, Clúisia, Lantana, Tampala, Verbena e Agave) e que se configura como uma violação de direitos, conforme ilustrado nas seguintes falas:

[...] A primeira violação de direito é ali, na concepção, já começa na concepção, no respeito, na fala e você sabe os outros que a gente que hoje em dia muita gente não considera, eles acham que isso, para ter ali tem que ser um ato, não é. Tem que haver uma penetração, não o passar, a má intenção (Verbena - Assistente Social /UBS).

Qualquer tipo de violação de direitos das crianças, seja no aspecto sexual, emocional ou qualquer outro direito que esteja sendo violado (Agave – Enfermeira/UBS).

As narrativas conferem amplitude às violações, abrangendo a infração física, psicológica, sexual e qualquer outra que atente contra os direitos básicos da criança, isto é, tudo o que viola um ser em desenvolvimento, que necessita de apoio. Além disso, as narrativas incorporam a questão da violência estrutural, corroborada por relatos sobre maus-tratos.

[...] Então é uma das piores para mim, a pior violência que pode acontecer com um adolescente, com qualquer pessoa. Não é claro com essa pauta de respeito do meu corpo. Essa falta de respeito com o corpo, com pessoas. Está em desenvolvimento ainda, às vezes, muitas vezes, e é perverso, usa de métodos para que essa criança não conte. É, e para que essa violência psicológica junto. E causa um sofrimento muito grande nessa criança. Então, para mim é uma das piores violência que pode acontecer (Jade – Assistente Social/Educação).

Essa violação e desrespeito continuam sendo naturalizados em muitas culturas, evidenciados na perpetuação da cultura do estupro, que frequentemente culpabiliza as vítimas, especialmente meninas e mulheres. Tal cenário é sustentado por uma indústria cultural do sexo, na qual a pedofilia cresce significativamente, sobretudo com o uso da Inteligência Artificial (IA). Em 2023, foram registradas 71.867 denúncias de exploração sexual online, representando um aumento de 77,13% em relação a 2022 (Safernet, 2024).

A chamada IA generativa, capaz de criar imagens e falas a partir de dados reais, emerge como mais uma vertente de violência sexual. Apesar disso, a legislação brasileira ainda carece de punição específica para o crime de pedofilia, seja no âmbito

físico ou virtual, sendo o tema tratado apenas em projetos de lei que buscam incluir essa violação no código penal.

Até o momento, o Brasil é signatário da Convenção de Budapeste, que aborda crimes cibernéticos e impõe obrigações relacionadas à pornografia infantil (Nazar, 2023).

Esses elementos, pedofilia e sexualização da criança, também aparecem nas narrativas que abordam a erotização infantil:

[...] Que nós estamos querendo ou não, não estamos respeitando, aceitar que criança é criança. A adolescente é a adolescente. Adulta é adulto. Hoje a gente só quer colocar e a pessoa, que muitas vezes, tem um distúrbio, alguma coisa desse tipo. Ela vê aquilo, chama atenção, chama muita atenção dessas pessoas adultas. Então, não se eu como mãe e pai, estou colocando a minha, o meu filho como um produto, nem todos. Então assim, a gente vê essa parte assim que aflora. Igual a colega falou, hoje em música, hoje as crianças, elas vão até, desculpa a expressão, até no chão, senta até no chão, passa batom. Então assim, não que não se pode ter vaidade, e, até um menino. Colocando, ele já é criado, não em todos os lugares, mas para ser o homem, ele tem que ser homem, ele tem que colocar isso, o sexo. Tem que provar que ele realmente é um macho. E então, assim, isso está muito aflorado. De desde muito cedo, já a roupa, um costume (Alamanda – Conselheira Tutelar).

Antecipado para a idade. É a maldade das pessoas. Porque o tipo geralmente do pai mãe, da família, porque sempre a maioria das vezes acontece ali na família. Então, já tem uma criança brincando na areia sentada, todo mundo juntinho. O homem já está olhando com um olhar diferente (Ave do Paraíso – Conselheira Tutelar).

Esses elementos da erotização infantil e hipersexualização têm origem na organização social capitalista, na qual a vivência e reprodução da sexualidade estão profundamente enraizadas em uma sociedade patriarcal. Nesse contexto, observa-se a submissão da criança aos interesses de mercado, o que se torna evidente nos variados subterfúgios, formas de comunicação direta e na violência simbólica perpetuada (Boff, 1997; Santos; Izumino, 2005; Noreña-Herrera, Rodriguez, 2022). Até porque,

Um corpo não é apenas um corpo. É também seu entorno. Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também a roupa e os acessórios que o adornam, as intervenções que nele se operam, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele se incorporam, os silêncios que por ele falam, os vestígios que nele se exibem, a educação de seus gestos... Não são, portanto, as semelhanças biológicas que o definem, mas, fundamentalmente, os significados culturais e sociais que a ele se atribuem (Goellner, 2007, p. 29).

Ou seja, as formas de vestimentas e comportamentos são introduzidas e reproduzidas nas crianças naturalmente, mas baseadas em uma estrutura socioeconômica que aceita tais manifestações. Jane Felipe (2008) destaca níveis de pedofilização da infância, sendo eles:

- **Pedofilização como prática social contemporânea I:** diz respeito à contradição da legislação, que simultaneamente protege e autoriza a visibilidade da criança em corpos desejáveis eroticamente, mediante a normatização da exposição nos mais variados meios de comunicação, que atendem a padrões de consumos legais. Mostra como objetos de desejo e consumo, que interferem nas formas de se vestir, maquiar, andar e se comportar.

- **Pedofilização como prática social contemporânea II:** se reporta ao mundo do fetiche, exemplificando o universo erótico adulto com a utilização de brinquedos e objetos usados pelo público infantil. Ou seja, cenários erotizados com o suporte de bichinhos de pelúcia, uniformes colegiais, brinquedos, presentes em propagandas de moda, sites de jogos para crianças, os quais resultam na sexualização das meninas e infantilização das mulheres.

- **Pedofilização como violência:** consiste na preparação para o assédio, abuso/violência e exploração sexual (cultura do estupro), preparando os corpos infantis para serem violados. Aqui estão os crimes de pedofilia, as negociações de conteúdo (fotos, vídeos), comuns em leilões on-line. São banalizados o assédio e a pedofilia como práticas criminosas, pois os violadores as veem como uma boa ação para a criança e a família.

Essa última menção fica explícita em alguns relatos de profissionais que aludiram a tais situações quando mencionaram as vivências e atendimentos de casos.

4.6.1.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Quanto à violência baseada no gênero, esta se define por ações que provocam prejuízos de diversas ordens, como física, psicológica ou sexual, sendo reflexo de desigualdades de poder em relação ao gênero. Está associada, na sociedade capitalista e patriarcal, à intolerância a comportamentos que não atendem às normas convencionadas pelo padrão heterossexista, o qual impõe comportamentos específicos ao feminino e ao masculino, refletindo-se desde as relações familiares até as escolares (Tavares; Nery, 2016; Martins, 2019).

Na infância, a violência de gênero é balizada por essas relações de desigualdades, caracterizadas por restrições à liberdade de escolha, criatividade e imaginação em brincadeiras e brinquedos, padronizados conforme o sexo; e pela demarcação de gênero e discriminação, caso transgridam a heteronormatividade em uma sociedade machista.

Assim, o menino que deseja passar batom, usar saia, brincar com bonecas e as meninas que queiram jogar futebol, vestir bermudas largas e camisetas de times são exemplos das primeiras manifestações de violência de gênero na infância. Além disso, as crianças frequentemente recebem outros atributos, como ser “a garotinha do papai” e somente ele poder colocá-la no colo, bem como o incentivo ao silêncio sobre segredos em casos de carícias e poses para vídeos e fotografias (Macedo, 2017; Rossi, 2019; Sampaio, 2019).

Nos achados de pesquisa, 19 pessoas (Cactos, Cica, Begônia, Lavanda, Petúnia, Rosa do Deserto, Verbena, Azaléia, Peônia, Malva, Cravina, Gailárdia, Capim dos Pampas, Onze Horas, Clússia, Agerato, Tampala, Jade, Agastache) não informaram definição alguma e/ou se arriscaram em responder sobre o entendimento acerca de violência de gênero infantil. Entre os respondentes que sinalizaram concepções, destacam-se associações ao *bullying*, homossexualidade, machismo, violação de direitos, violência física, simbólica, psicológica e contra a mulher. Dentre as definições apontadas destaca-se *violência de gênero* como:

De gênero também é relacionada à questão. Ela vai ter um preconceito com a criança. Se a criança desde pequeno ela é diferente da outra, ela já tem o preconceito. Abre o bullying, muito bullying, às vezes até dentro da própria família. Você tem isso porque ele é diferente. Ah, porque ela é mulherzinha ou porque ela gosta mais de coisas de menino. Então pra mim, isso já é também uma violência de gênero (Papoulas Perenes – Assistente Social/Ambulatório de Saúde Mental).

O *bullying*, neste contexto, está atrelado à homossexualidade, ou, mais especificamente, ao preconceito relacionado à orientação sexual. No caso das crianças, manifesta-se na forma como elas expressam sua sexualidade desde a tenra idade, refletindo a maneira como os papéis socialmente construídos são (re)produzidos por elas.

Observo que o preconceito é destacado como preocupação (Cróton, Palmeira do Mediterrâneo, Cica e Hibisco), surgindo como pré-concepções quando as crianças vivenciam a violência de gênero:

Violência de gênero. (Suspiro profundo). Eu penso que a violência de gênero em criança se dá mais. Porque assim a criança, qualquer criança, ela não tem entendimento ainda sobre algumas questões sexuais e de autoafirmação de gênero. Elas não entendem, porque não é discutido. Se a gente discutir, as crianças entenderiam melhor. [...] As violações de direito, humilhações, coisas nesse sentido. Consigo enxergar mais por esse viés. E também tem uma questão de gênero, não é porque as normas sociais de gênero, que são características do sexo masculino, o gênero masculino, que a gente precisa se encaixar dentro delas. Então é o que não demonstrar sentimento, é não falar sobre coisas consideradas femininas e guardar emoções, assuntos sensíveis. Alguém não pode chorar, segurar o choro, sabe, coisas nesse sentido. Há um enrijecimento na educação masculina. Exatamente o tabu. Parece que o homem é o gênero masculino mais afetado nesse sentido. Parece que ele é mais comprimido assim (Cica – Psicólogo/Acolhimento).

[...] O Brasil, a lei em si muito conservadora, então não tem esse olhar para essa criança, esse adolescente. Já peguei caso, já se identifica o homossexual e não tem esse apoio da família. Infelizmente, ser vítima de violência desde muito pequeno, nunca ter esse olhar da família, nunca viram ele como vítima (Mandacarú – Conselheiro Tutelar).

As falas identificam que as crianças estão em desenvolvimento, mas nem todos/as os/as profissionais têm essa percepção ao abordar a dimensão da orientação sexual. Muitas vezes, atribuem a conotação de que a criança é “diferente” quando não apresenta comportamentos de sexualidade compatíveis com o padrão heteronormativo.

Vale salientar que, embora as crianças nem sempre compreendam que alguns aspectos do corpo e das relações constituem sua sexualidade, elas são seres sexuados em constante processo de construção, assim como os/as adultos/as (Saffioti, 2004). Ainda, existe dificuldade em abordar essa temática de forma saudável, sem alarmismo ou justificativas de incentivo à sexualidade precoce, de modo a dialogar sobre a formação e a transformação do corpo.

Para reduzir as situações de violência sexual e de gênero, torna-se necessário trabalhar a educação para sexualidade, pois isso também constitui um mecanismo de autoproteção. Outro aspecto relevante é a condição rara da puberdade precoce, que ocorre de 10 a 23 vezes mais frequentemente em meninas do que em meninos (Conitec, 2022). Sobre esse tema, houve um aumento de 15 vezes no número de diagnósticos em comparação com duas décadas atrás. Durante a pandemia de COVID-19, os casos de puberdade precoce em meninas aumentaram em média de 2,5 a 5 vezes em relação aos dados pré-pandemia (Alejandro, 2023; Sindusfarma, 2023).

As falas relacionadas ao preconceito destacam a conceituação utilizada pela iniciativa da Força-Tarefa Infância Segura (FORTIS) – Prevenção e Combate a Crimes Contra a Criança, do programa do estado do Paraná, sobre violência psicológica e ato discriminatórios, que compreende:

Atos de discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou ao adolescente mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (Palmeira Do Mediterrâneo – Psicólogo/Ministério Público).

Sobre a violência de gênero contra meninos, percebo, conforme a narrativa exposta, que há uma cobrança por posturas de homem adulto a uma criança, inclusive pela própria família, na figura de uma outra mulher (mães, avós, irmãs), o que reforça padrões machistas. Essa característica machista se evidencia na fala abaixo:

[...] até um menino se colocando, até um menino. Ele já é criado, não em todos os lugares, mas para ser o, o homem, ele tem que ser homem, ele tem que colocar isso, o sexo. Tem que provar que ele realmente é, ele é, ele é um, é um macho, ele é [...] (Alamanda – Conselheira Tutelar).

Classificar a questão da violência pode ser perigoso, pois é fundamental compreender que ela está enraizada em bases estruturais patriarcais. Essas bases sustentam as violações que, embora possam assumir diversas formas, têm origens em estruturas desiguais. Uma das formas mais visíveis de desigualdade de poder é exemplificada no emprego e na compreensão da violência de gênero como violência física:

Foi agredida. Ela recebeu um chute. Se a gente escrever um chute lá em tal parte do corpo para o promotor vai pesar mais. Então é um relato que está em prontuário. A gente escreveu, então exame físico, a entrevista, informações que a gente coleta desde o domicílio até as unidades têm sido bastante importantes para nós [...] (Rabo de Gato – Agente Comunitário De Saúde/UBS).

Você viu que do lado da doméstica está a sexual junto. Então, se eu pegar a pessoa e for investigar a situação dela ou ela falou que ela já sofria desde criança espancamento. [...] Ela já sofreu desde que a primeira infância, a violência ali e acostumou, achou que apanhar era normal, porque até agora a mãe apanhou. [...] E daí se puxa mais a fundo, aí daí vai puxar da mãe para conseguir resolver a situação dela (da criança) (Babosa – Agente Comunitária De Saúde/UBS).

As marcas da violência física são facilmente reconhecíveis e geram impacto, porém esse novelo está emaranhado pela reprodução histórica da violência de gênero, que se evidencia também na violência simbólica:

[...] isso, assim está muito a florado. De desde muito cedo. Já a roupa, um costume. Não é a roupa que define uma pessoa. Lógico que não. [...] Mas assim é a forma que as pessoas veem isso. Às vezes a maldade não tá comigo, mas a maldade está em quem olha, né. Então, é isso mesmo. É bem preocupante nessa questão (Alamanda – Conselheira Tutelar).

Claro que os/as responsáveis têm autoridade sobre a forma como vestem as crianças. Contudo, a vestimenta não deveria ser “motivo” para que mulheres e meninas sejam atacadas ou violadas. Infelizmente, a roupa muitas vezes é vista como um chamariz, sendo usada como justificativa para que corpos sejam tocados ou olhados sem permissão e respeito, desconsiderando a condição da criança como pessoa em desenvolvimento, que deve ser protegida.

Há uma naturalização e culpabilização da criança, como se, diante de situações de violação, ela adquirisse maturidade. Na verdade, esses padrões são fundamentados em uma lógica adultocêntrica e patriarcal, perpetuando-se por meio de artefatos simbólicos como roupas, comportamentos e práticas de cuidados culturalmente perpetuadas (Bourdieu, 2012, 2016).

Por mais que a violência de gênero ocorra para ambos os sexos, ela prevalece enquanto uma violação de direitos humanos “[...] ambas (violência sexual e de gênero) constituem violação de direitos humanos” (Lantana - Assistente Social/CRAS).

É pertinente aprofundar o entendimento sobre esse tipo de violência para reconhecê-la e compreendê-la adequadamente. Essa fragilidade de entendimento pode comprometer os atendimentos e a formulação de políticas de combate à questão, especialmente no que diz respeito às particularidades locais. Por isso, é essencial fortalecer frentes de enfrentamento, considerando que os mecanismos simbólicos que expressam a violência de gênero são diversos e difusos. Essa difusão impede que muitas meninas e mulheres tomem consciência de sua situação ou construam novas percepções sobre seus papéis, distantes do padrão heteronormativo.

A violência de gênero ganha similaridade de ser somente contra a mulher, devido às características solidificadas pela perspectiva patriarcal, como evidenciam as falas dos/as entrevistados/as Murta, Hibisco e Gerânio:

Já a violência de gênero está relacionada ao sexo (feminino ou masculino) (Murta – Assistente Social/CAPS).

[...] Então eu sei que é direcionado às mulheres. Essa violência direcionada às mulheres e que usualmente elas acarretam em alguns tipos de violência doméstica ou a violência no feminicídio (Hibisco – Psicólogo/CREAS).

As meninas são as principais vítimas de abusadores. Observa-se que em grande parte dos casos, os abusadores são pessoas próximas, como companheiros da mãe (padrastos), avôs, tios e vizinhos (Gerânio - Assistente Social/CRAS).

Embora haja predominância da violência contra a mulher – com o Brasil ocupando o 5º lugar no ranking mundial de feminicídios (FBSP, 2020/2021) –, a violência de gênero não se restringe exclusivamente a elas. Essa violência está relacionada a padrões estereotipados dos papéis sociais atribuídos a um dos gêneros e pode ser perpetrada entre gêneros iguais (Martins, 2019; Tavares; Nery, 2016).

Constitui qualquer tipo de agressão física, psicológica, sexual ou simbólica contra alguém devido à sua identificação de gênero ou orientação. Na infância, é mais preponderante contra meninas, mas também ocorre contra meninos. Essa violência está fundamentada em uma educação machista, em uma cultura de silenciamento que se mostra ainda mais severa com os garotos. A eles, é ensinado o papel de “ser macho”, de “possuir o mais fraco”. Isso reflete, novamente, o exercício e o aprendizado do poder. Essa dinâmica é reproduzida em brincadeiras e dizeres, perpetuados por pais e mães. Assim, o grande desafio é construir uma cultura de respeito ao outro e ao posicionamento do “NÃO” que esse outro expressa.

Embora elementos do conceito de gênero tenham sido identificados nas narrativas, eles aparecem de forma particularizada pelas vivências e experiências profissionais, com maior ênfase no gênero feminino. No entanto, é importante considerar que cerca de 30% das notificações de violência sexual no Brasil ocorrem contra pessoas do sexo masculino, o que ressalta a importância do tema e evidencia o peso ainda maior do silenciamento para meninos. Adicionalmente, quanto à categoria de raça, infelizmente não foram identificadas menções relevantes nas narrativas dos/as investigados/as.

Não se descarta a prevalência desse tipo de violação contra mulheres e, conseqüentemente, contra meninas. Contudo, sinalizo as implicações simbólicas dessa violência, que estão presentes desde letras musicais até crimes requintados. Pondero sobre a interface tecnológica que intensifica situações de violência de

gênero, como a exposição de corpos femininos nas mídias sociais. Muitas vezes, meninas e mulheres são ridicularizadas, filmadas e têm imagens divulgadas em cenas de estupro coletivo, sob a justificativa de que são “merecedoras” de tal conduta. Essa perspectiva remonta a períodos escravocratas e de submissão.

4.6.1.3 VIOLÊNCIA INTERGERACIONAL¹¹

Nesta unidade categorial de sentido, muitas situações foram relatadas e lembradas nas narrativas, permitindo evidenciar a intergeracionalidade da violência sexual na região pesquisada. Trata-se da reprodução e transmissão da violência através de gerações familiares, configurando mais um desafio cultural a ser enfrentado pelos profissionais de diferentes setores e políticas.

O fenômeno, infelizmente, não se restringe a casos pontuais; pelo contrário, assume proporções geracionais. Esse aspecto foi identificado em 22 falas (Alamanda, Cactos, Cica, Bela da Manhã, Lavanda, Murta, Petúnia, Rosa do Deserto, Verbena, Malva, Babosa, Capim dos Pampas, Mandacarú, Yucca, Clússia, Alpinia, Tampala, Ave do Paraíso, Azaléia, Peônia, Agastache, Cravina), visíveis a partir das narrativas:

Às vezes, ser mães, familiares, existe sim. É daí é naturalismo, naturalizam a prática. Eles naturalizam a prática e tudo tá tudo certo, tudo natural. A criança vai lá, sofre abuso. Abusa tia. Não sei o quê, e aquele bolo vai virando isso, vai naturalizando. [...] Pessoas da família terem algum tipo de relacionamento sexual. Algum tipo de relacionamento amoroso, enfim, sabe. Por conta dessa naturalização das práticas. Em vez da prevenção, é exatamente a transgeracional, enraizado. Fixo na nossa cultura (Cica – Psicólogo/Acolhimento).

Sim. Muito naturalizado. Que às vezes a mãe não denuncia o padrasto porque ela sofreu uma violência. Ela não entende como que, se ela sobreviver quando passou por essa situação da violência, por que que a filha não sobrevive também (Lavanda - Assistente Social/Acolhimento).

Tem uma violência que segue de geração. Então assim, uma avó que foi abusada. A princípio, a criança chegou com suspeita. E aí, em entrevista com a mãe, abordando a mãe, orientando, acolhendo e olha que isso pode ter acontecido, quem que você acha que pode ser. Ela (a mãe) relata o abuso que ela sofreu pelo padrasto. Então isso é uma reprodução. Não por ela (a mãe), mas assim não cuidaram dela. Ela também descuidou (da filha) (Verbena - Assistente Social /UBS).

¹¹ A concepção de violência intergeracional aqui utilizada está fundamentada nos estudos de Osório (2002) e no documento Linha de Cuidado (Brasil, 2010b). Ela caracteriza-se pela reprodução e transmissão da violência ao longo das gerações familiares, não se limitando a uma explicação causal.

[...] Temos casos de quando chega a criança. O filho da mãe dizia que foi (violentada), da avó, é uma coisa geracional. A avó dizia, olha, no meu tempo, aconteceu isso comigo, começou a chorar no entendimento e você tem que tá ali preparado para acolher as pessoas, para dizer para ela que ainda existe um serviço que pode atender ela. [...] É uma coisa geracional (Mandacarú – Conselheiro Tutelar).

[...] Então, geralmente a gente nota também que são casos que vêm perpetuando. Geralmente os pais já sofreram algum tipo de violência, e não necessariamente, que tenha que ser os pais, mas geralmente acontece em famílias (Clússia – Enfermeira/UBS).

Muitas vezes é a família, a família acaba amortando (escondendo) a situação, porque a mulher finge que não vê o irmão que estupra a irmã, o outro irmão vê, vê o avô, o padrasto. Então a família aborta a situação. Os casos isolados, quando é uma violência aí, foi estuprada por uma pessoa estranha, foi pego em via pública e sofreu um estupro. Daí tem mais denúncia. Mas a maioria foi familiar (Alpinia – Técnica Em Enfermagem/Hospital).

Registro que o histórico de reprodução desse tipo de violência no grupo familiar não possui um campo específico para coleta de dados na Ficha de Notificação do Sinan, sendo registrado apenas o dado referente à repetição da violação. Assim, compreende-se a necessidade de cruzamento de bases de dados e da revisão contínua de fontes secundárias para identificar e compreender melhor o fenômeno.

É possível observar a reprodução da violência sexual ao longo da história de vida de uma mesma família, atravessando diferentes ciclos etários da mesma vítima. Essa realidade dificulta a ruptura do ciclo de violência e perpetua o reviver contínuo das situações. Zanin (2017) destaca que o histórico de abuso sexual em mães de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual tem sido objeto de estudos de Alexander *et al.* (2000), Hiebert-Murphy (1998), Oates *et al.* (1998).

Dados apontam que mais de um terço das mulheres em todo o mundo sofreram violência sexual ou doméstica. Além disso, crianças vítimas de violência ou negligência apresentam maior risco de se tornarem perpetradores ou vítimas de violência na vida adulta. A violência contra crianças e mulheres apresenta semelhanças ao ser vivida e reproduzida em uma sociedade capitalista pautada no patriarcado, cuja dominação masculina constitui um fundamento para a perpetuação desses ciclos de violência. Essas condições contribuem para relacionamentos abusivos, casamentos infantis e a naturalização do fenômeno (Apolitical, 2018).

Observa-se que a violência muitas vezes começa na infância, se intensifica na adolescência, persiste na vida adulta e, em alguns casos, até mesmo na velhice. Isso gera sofrimento não apenas às vítimas, mas também aos cuidadores e àqueles que

convivem com essas situações. Sem dúvida, a carga recai de forma desproporcional sobre o gênero feminino, pois

[...] as mães são decisivas para o futuro da filha que sofreu esse tipo de violência. São basicamente elas que podem denunciar, que levam as filhas para o acompanhamento psicológico, que têm o poder de fazer com que elas se sintam acolhidas, porém, muitas vezes ocorre que elas próprias não foram acolhidas na sua dor e nos seus medos (Araújo, 2020, p133).

Além de não serem acolhidas, há situações em que mães, avós e cuidadoras também carregam o histórico de violência sexual, muitas vezes afirmando que não se lembram de suas vitimizações como uma forma de defesa contra o sofrimento (Lima, 2012).

Essa realidade se manifesta na co-ocorrência de violências, em que estupro e feminicídio têm crescido assustadoramente. Em 2023, foram notificados 88,7% de estupros contra o sexo feminino e 11,3% contra o sexo masculino. Os casos de feminicídios apresentaram um aumento de 6,1% (Anuário de Segurança Pública, 2023). Essas mães e mulheres cuidadoras encontram-se inseridas nesse emaranhado de violência, o que evidencia a naturalização do fenômeno, especialmente na esfera familiar.

Esse cenário está fundamentado em diversas construções já discutidas, como o patriarcado, o sexismo, o machismo, a misoginia e a cultura do estupro, que legitimam a violência. O termo cultura do estupro, cunhado na década de 1970, descreve comportamentos, ideias e relações que desvalorizam a mulher e normalizam a violência sexual, sustentados por ideologias dos papéis de gênero.

4.6.1.4 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Fatores saudáveis, como ambiente e estímulos, refletem positivamente na jornada de acúmulos e vivências das fases humanas. Contudo, o contato com ambientes inseguros e marcados por fragilidades interfere negativamente no processo de desempenho e assimilação de conhecimentos e comportamentos. Discutir as consequências da violência sexual aparenta certa obviedade acerca de seus prejuízos ao desenvolvimento infantil. No entanto, é essencial perceber que esses impactos podem assumir diferentes conotações, variando em intensidade e refletindo diretamente no cuidado dispensado às vítimas.

Nos achados da pesquisa, foram identificados fatores como autculpabilização, depressão, alterações comportamentais e fisiológicas, inibições e bloqueios, reclusão, gravidez e sequelas diversas. Esses elementos foram contemplados tanto em referências apontadas na literatura da área quanto nas narrativas coletadas.

Enquanto sentido categorial, a Autoculpabilização é aludida:

Quando acontece esse tipo de coisa, muitas vezes a criança, ela também se sente culpada. Então, assim, às vezes acontece alguma coisa, uma pessoa, ela vai assediá-la. Daí entra essa questão assim: não, mas você estava com um shortinho, você estava me provocando, você veio para o meu tipo. Esse tipo de coisa existe, essas pessoas rotulam as outras pessoas pelos que elas vestem, pelo que elas são e uma criança, ela nunca escolhe. Agora, quem escolhe a roupa são os pais, então a gente tem que ter muito cuidado com isso (Alamanda – Conselheira Tutelar).

Muitos fatores são associados e agravados, dependendo de variáveis como a idade da criança, o tempo de duração e a repetição da violência. Quanto maiores esses fatores, mais duradouros e/ou permanentes são os danos, podendo desencadear um processo de depressão:

[...] por mais que você conversaria com a pessoa. Ia dar um conselho, cara, mas lá dentro, não tem como você tirar aquilo de dentro da cabeça da criança, ou que seja já uma adolescente. Um ali de 10 - 12 anos, não tem como. Fica lá de informação que com o tempo, com o passar dos anos, aquilo adormece, mas futuramente aquilo vai começar a vir à tona, vai te dar problema, vai se manifestar no corpo. Não adianta de um jeito e outro vai manifestar. Uma doença, uma alergia, alguma coisa que começa ali de te incomodar. Você não sabe quem vai tratando, mas lá no fundo é aquilo lá que está te incomodando. É uma coisa de criança, é uma coisa que você leva para a vida (Agastache – Agente Comunitária De Saúde/UBS).

A violência sexual reverbera em complicações que se estendem até outras fases do desenvolvimento, como transtornos psíquicos, pesadelos, quadros fóbico-ansiosos, isolamento social, sentimento de estar sujo, problemas de aprendizagem, depressão, medo, abuso de álcool e outras drogas. Comportamentos autodestrutivos, ansiedade, estigmatização, baixa autoestima, queixas somáticas, agressividade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), comportamentos regressivos (enurese, encoprese, birras, choros) e fuga de casa são sintomas e sequelas da violência que podem surgir na infância e se prolongar pela vida adulta (Silva; Resende, 2011).

Uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e em São Paulo, observou que 11,1% das pessoas que sofreram abuso sexual desenvolveram TEPT. Entre as crianças abusadas sexualmente, o índice aumentou para 49%, enquanto, entre os adultos, foi de 44% (Araújo, 2020).

Esses pontos de alterações comportamentais e fisiológicas (Bela da Manhã, Cica, Cróton, Lavanda, Onze Horas, Agerato, Jade, Agastache) nas crianças foram evidenciados nas seguintes narrativas:

[...] mas são essas coisas de rendimento escolar, são movimentos inapropriados, que as outras crianças não entendem. As outras pessoas não entendem. Então você consegue observar como isso é inapropriado para a idade, como ela não tem compreensão de que ela aprendeu ou teve acesso. Então, esses movimentos de hipersexualizados. Algumas questões muito grandes, de enurese. [...] questões de mudanças, de comportamento. É momento de uma tristeza profunda [...]. Questões de como existe o contato físico ou a manipulação, às vezes você consegue identificar também mudanças na rotina de uso de banheiro (Gerânio - Assistente Social/CRAS).

Uma coisa está ligada à outra. Comprometida com a sua autoconfiança. Que vai ser aprendizagem, ela não vai ter o mesmo rendimento. Ansiedade, também é bem comum. [...] dificuldade de confiar nas pessoas. [...] a gente consegue perceber os desdobramentos que isso foi tendo ao longo da vida, inclusive nos relacionamentos afetivos (Bela Da Manhã – Psicóloga/Educação).

[...] Às vezes aparece comportamentos muito sexualizados, muito exibicionistas. Sabe o comportamento difíceis de lidar, habilidade emocional, reatividade. Essa aparece de diversas formas, de diversas formas (Cica – Psicólogo/Acolhimento).

Essas violências trazem diversas consequências para nossas crianças, e são várias elas, quais sejam: saúde física, saúde emocional e psicológica, mudança no comportamento da vítima, desinteresse pela escola, ela fica mais agressiva com pessoas ao seu redor, ela se afasta de pessoas que gosta, ela se magoa facilmente, raiva da pessoa que praticou a violência, medo, ansiedade, culpa (Cróton – Conselheiro Tutelar).

Não, não se socializa. Fica mais quietinho, às vezes sem medo do toque sim. É chegar atrasado. Tem receio da pessoa que vem busca. Não quer ir para casa. Tudo isso a gente percebe.

[...] Mas, sim, a alteração de humor é pauta. Atraso. Medo, não dorme, tipo dorme na sala de aula porque à noite não dorme. Enurese. Come muito. Come pouco [...] (Jade – Assistente Social/Educação).

São evidentes pontos mais chamativos e notáveis como a mudança brusca de comportamento e humor, alimentação, enurese e isolamento. Além disso, foram destacados aspectos da reclusão (Alamanda, Ave do Paraíso, Yucca, Clúsia), que podem advir de outras motivações, mas que são pertinentes dentre as consequências da violência sexual, evidentes nas seguintes falas:

Ela tem é medo. Às vezes você conversa, a gente está mais escondidinha, mais retraída, na escola, ela não tem aquele convívio com os amigos, é mais isolada. No entanto, que quando uma menina, ela está na fase da adolescência, na fase adulta tem muitas dificuldades no relacionamento. Porque fica aquele trauma. Acha que todo homem vai fazer o que ela já passou (Ave do Paraíso – Conselheira Tutelar).

O que a gente percebe é que nos atendimentos, geralmente são crianças que têm uma evasão escolar grande. São crianças que não conseguem estabelecer vínculo afetivo com as famílias. São crianças muito quietas, retraídas, pouca fala, pouco aprendizado, pouco desenvolvimento. Geralmente elas se fecham no mundo delas mesmas. E geralmente elas encontram o suporte, o apoio mais em família extensa, no amigo, na escola (Yucca - Assistente Social/CRAS).

Há muitos bloqueios que não são percebidos imediatamente, o que exige maior atenção cotidiana de quem está próximo às crianças. Por isso, destaca-se o papel fundamental e treinado do/a Agente Comunitário de Saúde (ACS), do pessoal da educação infantil e dos membros da família, que estão diretamente próximos da vítima. Assim, inibições e alguns bloqueios (Bela da Manhã, Begônia, Murta, Verbena, Gailárdia, Alpinia, Mandacarú) muitas vezes não são identificados e/ou demoram a ser notados, mas estão entre as sequelas que indicam que alguma situação de violação de direitos esteja ocorrendo ou tenha ocorrido, pois

Sofrer algum tipo de abuso sexual anteriormente, quando eram crianças e depois expressaram um tipo de situação lá na frente, então são coisas que vai trazendo. São situações que marcam para sempre, que são traumas, que que vai carregando. Que vai trazendo para sempre. E fica, com marcas, fica infelizmente (Begônia – Psicóloga/Acolhimento).

[...] Cada pessoa reage de uma forma a uma violência ou trauma, sendo que as consequências podem ser: medo, aversão ao sexo que causou a violência e estudos mostram que porcentagem maior da violência é praticada por homens, agressividade, dificuldade na vida sexual e várias outras consequências (Murta – Assistente Social/CAPS).

[...] muitas vítimas têm vergonha de falar do acontecido, entendeu. Você vê que a pessoa, ela desvia da situação. Ela não olha para você. Já está com coragem de fazer a denúncia e procurar ajuda, senão ela fica ali no cantinho ainda. Sofrendo sozinha. [...] (Gailárdia – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

Traz. Trauma e futuramente também é atinge a parte sexual (Alpinia – Técnica em Enfermagem/Hospital).

Para essas alterações comportamentais, há diferentes formas de lidar e reagir a violência sexual, uma vez que:

Algumas crianças ficam paralisadas, perplexas diante da violência sofrida. Outras reagem, emitindo sinais de sintomas: tristeza profunda, enurese noturna, roubo, pânico, conduta oposta à sua habitual (apatia ou agitação, medo ou agressividade), irritabilidade, instabilidade emocional, isolamento dos colegas e amigos, indisposição excessiva diante de atividades de sua preferência e regressão na escola (Amaro, 1997, p. 20-22).

Já outras crianças podem apresentar maneiras de expressão explosiva, fortes ou não, revelando comportamentos diretos ou indiretos decorrentes dessa vivência negativa e dolorosa. Identifico ainda outro fator que se materializa pela gravidade e gera maior indignação e atordoamento, que é a gravidez:

[...] temos muita incidência de gravidez na adolescência e fazemos essa abordagem. Ah, foi uma gravidez consentida. Na maioria das vezes, elas falam que sim, mas a gente sabe que tem aquela questão da pressão masculina. Se o companheiro não for da ambiguidade, geralmente sabe que teve aí uma certa dominação. A própria mãe, naquele momento, não entende como sendo uma violação, mas nós entendemos que foi uma violação, não foi algo que ela queria naquele momento. Adolescente com 13, 14 anos, não quer engravidar, muitas vezes nem sabe o que é (Cactos – Assistente Social/Hospital).

Embora o objeto da tese seja o cuidado à primeira infância, atento-me ao processo de puberdade, que tem se iniciado a partir dos 8 (oito) ou 9 (nove) anos de idade, tornando ainda mais vulneráveis as consequências dessa vivência. Sobre isso, a lei do aborto prevê sua possibilidade em condições de violência. Contudo, aspectos burocráticos e morais ainda rígidos dificultam a adoção de providências céleres. Hospitais, delegacias e tribunais deveriam ser pontos de interrupção da violência e garantia de que ela não se repetiria. Entretanto, as vítimas e suas famílias ainda enfrentam profissionais que carregam e reproduzem padrões machistas, contrários à realização de abortos legais¹².

Por fim, 16 entrevistados/as (Alamanda, Ave do Paraíso, Azaléia, Peônia, Malva, Rabo de Gato, Cravina, Babosa, Gailárdia, Capim dos Pampas, Agave, Lantana, Petúnia, Rosa do Deserto, Tampala, Palmeira do Mediterrâneo) sinalizaram que há sequelas de diversas ordens à criança vítima de violência sexual, como evidenciam os seguintes excertos:

¹² Um exemplo prático disso pode ser observado na Resolução CFM nº 2.378/2024, que regulamenta o ato médico de assistolia fetal para interrupção da gravidez nos casos de aborto previsto em lei, a partir das 22 semanas de gestação. A resolução proíbe que o profissional da área execute o procedimento, mesmo quando este esteja de acordo com a premissa legal.

Com certeza, claro, dependendo a frequência, a intensidade, um tipo de violência sexual. Claro que isso vai fazer com que é traga determinadas consequências. Não vou dizer em pior ou não. Mas assim, há consequência, que tipo de consequência vai trazer. Também depende do tipo de violência que a criança sofre (Petúnia – Psicóloga/CREAS).

Estes tipos de violência, em especial a violência sexual, conforme observo na prática de oitiva e avaliação de crianças e adolescentes vítimas e/ou testemunhas de violência, trazem uma série de consequências, especialmente de ordem emocional, nocivas ao desenvolvimento de forma global (Palmeira do Mediterrâneo – Psicólogo/Ministério Público).

Resgato o proposto pela linha de cuidado sobre as alterações comportamentais da criança em situações de violência, ilustrado no Quadro 11, a seguir, destacando em amarelo os sinais apontados nas narrativas.

Quadro 11 - Sinais da violência sexual conforme linha de cuidados no Brasil, 2010

| Sinais da violência | Criança | | |
|---|--------------|------------|------------|
| | Até 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 | | | |
| Demonstrações 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; vômitos persistentes | | | |
| Distúrbios de alimentação | | | |
| Enurese e encoprese | | | |
| Atraso e dificuldades no Desenvolvimento da fala | | | |
| Distúrbios do sono | | | |
| Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento | | | |
| Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico | | | |
| Afecções de pele frequentes, sem causa aparente | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola | | | |
| Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade | | | |
| Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, 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 ou déficit de atenção | | | |
| Sintomas de hiperatividade | | | |
| Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes | | | |
| Uso abusivo de drogas | | | |

Fonte: Brasil (2010b, p. 37).

Mesmo com um documento balizador sobre os sinais e possíveis alterações comportamentais das crianças vítimas de violência, nem todas as consequências previstas na diretriz foram expressas nas narrativas. Contudo, foram destacados novos aspectos que não estão no rol do quadro acima, o que revela a necessidade de problematizar, na região, os sinais da violência sexual infantil, com o intuito de melhorar sua identificação e, conseqüentemente, a notificação.

Uma fala que me chamou atenção refere-se a processo de ressignificação dessas sequelas, em que a entrevistada menciona:

Eu tinha um posicionamento [...] eu acreditava até então que toda a questão de violência sexual é ou a violência de gênero ela já trazia um trauma. Eu não vou, não vou te falar agora de literatura, porque eu não sei. [...] E as meninas (psicólogas) me disseram através de literaturas que não, que todos, toda criança, ela tem dentro dela, um grau de ressignificar algumas questões. [...] Então assim é, algumas crianças passam por uma questão de abuso e lidam e na fase adulta e não são tratadas ali, não são encaminhados e lida na fase adulta tranquilamente, outras já vão manifestar na fase adulta. [...] Então tudo precisa ser tratado? Não. Hoje eu entendo que nem tudo precisa ser tratado. Ela pode ressignificar de muitas outras maneiras essas questões aí não precisa ir direta pra um médico, médico assim, tem medicamento. É com, com psicoterapia. É lógico, se for uma violência assim, muito abusiva, digamos assim, crônica. Que é violada ali, dia após dia, dentro de um cotidiano ali que há um sofrimento. De recorrência. Além de como que, de como que é, porque assim, se a gente for pensar, nós, enquanto nós com problema, tem pessoas

com o mesmo problema, consegue ou não resolver. Então essa é a própria resiliência da pessoa e a criança segundo o que a gente tem discutido hoje enquanto equipe, que a criança também, ela própria tem essa resiliência [...] (Papoulas Perenes – Assistente Social/Ambulatório de Saúde Mental).

A respeito desta narrativa, retomo que variáveis como a idade, o nível de desenvolvimento psicológico, o tipo, a frequência, a duração, a natureza e a gravidade da agressão, bem como as relações afetivas com o agressor, determinam substancialmente os impactos da violência (Brasil, 2010b).

Nesse sentido, o processo de ressignificação também implica uma série de atuações profissionais e familiares, que visam proteger a criança após a violência sofrida. O impacto pode ser minimizado se houver uma rede protetiva atuante e articulada, que promova a ruptura com o agressor. O acesso a atendimentos e acompanhamentos profissionais adequados, bem como relações familiares e comunitárias saudáveis, são atributos essenciais que contribuem integralmente para o fortalecimento e superação emocional e física da situação vivida.

No entanto, sabe-se que o cenário brasileiro de acesso às políticas públicas básicas é burocrático e fragmentado; além disso, os aspectos legais que asseguram o afastamento do agressor muitas vezes não são viabilizados conforme a letra da lei, o que contribui para a perpetuação da cultura do silêncio. Por isso, a importância da Lei nº 12.650/2012, conhecida como Lei Joanna Maranhão, que alterou o Código Penal em relação à prescrição do crime, estabelecendo que o prazo para a prescrição só começa a contar a partir da data em que a vítima completar 18 anos, no caso de crimes contra a dignidade sexual praticados contra crianças e adolescentes. A vítima, até os 20 anos, pode realizar a denúncia de violação sexual sofrida até os 18 anos de idade.

A medida imediata de afastamento do agressor é a melhor solução e a de menor impacto para a vítima, exigindo simplesmente a implementação da prerrogativa da lei. No entanto, o seu não cumprimento reflete em uma nova violação e punição para a criança, com sequelas para toda a vida.

Outras duas sequelas que não foram identificadas nas falas, mas que têm grande impacto no contexto contemporâneo, se referem à natureza online da violência aqui estudada. Este fenômeno gera o “cancelamento”¹³, sobre o qual muitas vítimas

¹³ A cultura do cancelamento é uma prática massiva de apontar os erros cometidos por uma pessoa. Ela acontece nas redes sociais e costuma gerar muitos comentários negativos. Uma vez cancelada, a

e suas famílias não conseguem lidar, podendo resultar em automutilações, tentativas de suicídio, ideias suicidas ou o próprio suicídio. Outra questão diz respeito à Síndrome do Pequeno Poder, conceito cunhado por Saffioti (1989), na qual a pessoa, ao perceber seu pequeno poder ou a falta dele nas relações interpessoais, tenta exercer domínio em momentos que visualiza como possíveis para tal. Ou seja, ela enfatiza seus pontos fortes, atitudes e/ou atividades em que se destaca, a fim de evitar cair no espaço da submissão.

4.6.1.5 VIVÊNCIAS EMBLEMÁTICAS

Nesta unidade categorial de sentido, foram expostas situações resultantes das vivências e atuações em casos de violência sexual infantil, reveladas por 15 entrevistados/as (Cactos, Lavanda, Rosa do Deserto, Verbena, Peônia, Malva, Cravina, Babosa, Agerato, Papoulas Perenes, Agastache, Yucca, Clúsia, Jade, Capim dos Pampas), com detalhamentos e indignação quanto a questão. Destacaram-se aspectos de falta de efetividade e/ou melhor aplicabilidade do fluxo de atendimento às vítimas.

Primeiramente, apresento alguns casos rememorados que permeiam situações pontuais da violência, de repetição, de violência intergeracional e das mais diversas nuances.

A primeira foi aos 7 anos de idade. Fui conversar com ela para obter mais informações, já pensando na possibilidade dela ter tido uma violência, um abuso sexual de alguma maneira e isso está traumatizando ela e ela não abriu. Ela não abriu isso, acionei a psicóloga, a psicóloga também conversou, ela ficou muito fechada e assim ela deixou muito claro que ela estava tentando e uma hora ela consegui. Conversamos com a família também, fizemos encaminhamentos para o CREAS, CRAS para não ter esse diálogo com a família, Conselho Tutelar também. Temos uma outra situação muito específica de uma criança com 2 (dois) anos e que a mãe suspeitou que pudesse ter ocorrido. E como na família dessa mãe já havia uma outra situação de violência, constatou o seu abuso. Ela ficou muito preocupada que pudesse ter ocorrido (Cactos – Assistente Social/Hospital).

[...] Olha, uma adolescente que a gente atende, o primeiro encaminhamento dela foi há 2 (dois) anos atrás, porque ela teve relações sexuais, segundo ela, com o consentimento. Mas antes dos 13 anos de idade, pela legislação, isso foi estupro de vulnerável. Então, a orientação, a atuação que a equipe do CREAS fez com a família foi nesse sentido. Ah, mas é o namoradinho. Ah, mas demanda de representação em favor dessa adolescência. Ela tem 12

sociedade deixa de apoiar ou consumir o que a pessoa produz, impedindo-a de se posicionar ou corrigir a atitude.

para 13 anos e está gestante dessa relação sexual, que pode ir na cabeça dela ter sido consensual, mas para legislação, não é. [...] E aí a família não quis. Foi parcialmente protetiva porque acolheu. Auxiliou no pré-natal em algumas situações, não conseguiu levar adiante. E aí, 2 (dois) anos depois, ela voltou a engravidar, agora, recentemente, e aí a família já não sabe como lidar com isso. Então, agora não se manifesta como um estupro de vulnerável e aí a família não acolhe, a família não acolhe sobre isso. [...] Esse menino que veio de Foz do Iguaçu também mora como a tia avó, assim, com um impulso sexual muito forte e a família tem medo de registrar o boletim de ocorrência. A mãe, a mãe, está presa, o pai está preso, as crianças ficaram com um padrasto. E esse padrasto abusou de tal maneira que esse menino não consegue conter os seus impulsos. E aí a família não dorme, não descansa porque todo mundo, uma hora que não está dormindo, está acordada e todo mundo em alerta. (...) a violência sexual, ela não, ela não abala só a vítima. Ela abala aonde a vítima está, [...] Quando os casos são muito impactantes, a gente já atendeu muitos casos impactantes. Assim, eu, uma mulher vítima de violência sexual, que é algo assim, que eu nunca tinha atendido aqui no CREAS. Estou, eu precisei trabalhar sobre isso do que significava isso para mim também, porque o abuso sexual que foi cometido contra ela gerou uma gravidez. E aí, durante o atendimento, ela consegue relatar que essa não era a primeira vez que ela passava por isso e não era a primeira vez que ela engravidava do abuso sexual. Então, assim, muito forte é muito forte. E ela foi muito julgada. Os médicos julgaram, ela teve direito a um aborto legal, os médicos daqui não aceitaram. Então assim a gente precisou trabalhar isso com ela. [...] E foi significativo para ela, não o abuso. Foi sim o sofrimento por ter sofrido abuso. Mas ela sofreu abuso. Ela foi pra casa, ela tomou banho, botou todas as forças delas e foi trabalhar. Quando ela descobriu a gravidez é que ela desabou. Então a gravidez era muito significativa para ela, era o significado, então isso mexeu com todo mundo que atendeu, a gente trabalhava as duas mãos do acolhimento das famílias, querendo os filhos para adoção as crianças no acolhimento e uma mulher ali na sua frente em aborto, que vai contra os meus preceitos individuais, o que eu acreditava. (Rosa do Deserto - Assistente Social/CREAS).

[...] Ela trabalhava até umas 10 horas da noite, ele ficava com a filha, enteada. (...) Depois de, de um tempinho, eu fiquei sabendo a menina estava grávida dele e depois ela mesma me conta, [...] (Cravina – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

[...] Ela viu que o que o marido falou, filha, ninguém está culpado a ninguém, culpar ela. Ela chamou a menina. Ela punhou, fez o café, ela chamou a menina. A menina não apareceu. Quando ela foi lá, ela foi na porta do quarto para ver e a porta do quarto encostada, aí ela ela fez assim (abriu a porta), quando ela fez assim a menina de baixo da coberta com ele e o pau dele, que é o pênis todo levantado e a menina disse que fez assim (colocou a mão no rosto). Ela ria. E a menina ria, e ele está armado (ereção). (...) Pegou a menina, arrancou a menina debaixo da coberta, fechou a porta do quarto e deixou ele preso ali dentro e chamou, ligou para a polícia. (...) (Agerato – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

[...] uma moça, mas ela tem um déficit de atenção. Os pais deixaram essa moça lá na casa do avô e foram passear e foram à cidade, quando eles estavam, tipo assim, estavam no passeio. A moça ligou, vem para cá, que o vó mexeu, mexeu comigo, não chegou a né. Nossa, assim foi bem difícil, porque para a família, porque é na hora, o esposo, que é o filho, pegou as coisas vieram, vieram embora para Toledo. E só que daí eles não quiseram fazer denúncia, a menina, ela já estava sendo acompanhada antes. Pela questão dela. É mental. É retardado, um pouquinho e ali essa menina começou, ela se trancou. Ela ficou mais fechada e isso já faz seis meses que isso

aconteceu. [...] (Papoulas Perenes – Assistente Social/Ambulatório de Saúde Mental).

São muitas situações, inclusive o/a mesmo/a profissional lembra mais de um caso. Vale ressaltar que as situações foram rememoradas por profissionais da rede intersetorial (CREAS e Conselho Tutelar) e da APS, vivências emblemáticas, isto é, aqueles/as que estão na ponta dos serviços. Isso revela que o fluxo da notificação tem que ser na revelação da violência, com maior acontecimento na APS e rede de atendimento, demarcado, inclusive, nos fluxos locais, que devem ser fortalecidos para sua consolidação.

No entanto, quando observada as clipagens de notícias, poucas matérias abordam os sinais da violência sexual infantil, o que evidencia a fragilidade da sociedade e a insegurança em relação às denúncias. Por isso, é necessário intensificar o processo de revelação espontânea e a escuta qualificada, a fim de evitar a revitimização da criança.

Outra questão apontada refere-se à preocupação com a falta de comprovação da violência sexual, o que reflete certo desconhecimento sobre o desfecho da situação, gerando medo em prosseguir com a notificação. Além disso, há uma necessidade constante de preparo emocional e embasamento teórico-metodológico, visto que algumas intervenções nos surpreendem, como demonstram as narrativas abaixo.

É, eu acho que assim o caso que me pegou bastante foi essa semana passada, que foi um caso que a polícia me ligou uma hora tarde e quando a gente chegou a gente viu duas crianças. De oito e nove anos, estavam indo para o serviço de convivência. Foram vítimas, estavam sendo vítimas de violência sexual. Quando a polícia chegou, as crianças estavam nuas em cima da cama. Esse violador, ele fazia vídeos. [...] A denúncia, a polícia montou uma campana que eles falam para ela investigar. Quando as meninas entraram na residência, a polícia deu assim vinte e três minutos e foi o tempo suficiente, né, para pegar. O, as crianças nuas em cima da cama. E esse senhor ali. As partes íntimas. Então, os relatos policiais. A revolta dos policiais. Depois eu tenho que ir na residência, as crianças encaminhamos para unidade de saúde e depois a gente ter que, eu chegar na casa. [...] Falou olha, senta aqui, senhora. Infelizmente, infelizmente, a tua filha foi vítima de violência sexual e a família e a mãe desmaiaram. A mãe gritar, então eu nunca estou preparada para isso, nunca, nunca vou estar porque é difícil, é difícil a gente dar essa notícia. [...] (Mandacarú – Conselheiro Tutelar).

[...] É quando eu estava na UPA, a gente atendeu um senhor que tinha chegado e o pessoal tinha quase matado e batido nele. Até então a gente achou que ele era uma vítima, mas ele também era uma vítima. Vamos dizer assim, e depois a gente atendeu a criança que ele tinha, está violentando

exatamente. E aquilo me marcou muito, sabe. Fiquei, falei, cara, eu fico muito mal assim. [...] (Clússia – Enfermeira/ UBS).

Inicialmente, as demandas se apresentam de uma maneira, mas, durante o processo de atendimento e acompanhamento, os serviços são colocados em xeque, assim como o fato de servidores/as públicos/as atenderem vítimas e agressores nos mesmos locais. Percebe-se que ali não cabe juízos de valor, mas sim o cumprimento da funcionalidade e das políticas, razão pela qual é tão importante a constante atualização profissional. Corroboro que é fundamental estar de olhos e ouvidos atentos a qualquer indício, sendo extremamente pertinente a prática da notificação pela rede de atendimento.

Nota-se que as situações relatadas se referem a violações na primeira infância (17 casos), em que o agressor é alguém do ambiente familiar e há uma figura que pode ofertar a proteção nesse ambiente, mas que falha. Ou então, alguém que aprendeu a se calar diante de situações de violência sexual, uma vez que a maioria dos casos envolve vínculos familiares, o que reforça fortemente a cultura do silêncio, especialmente no contexto intrafamiliar. Até porque, o silenciamento favorece o agressor, que deseja dominar a vítima, exibir e exercer seu poder, o que reafirma sua própria sexualidade.

4.6.1.6 PALPITE 1¹⁴: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E CONTRADIÇÕES ANALISADAS

O fenômeno concreto e social da violência sexual contra crianças no território investigado, neste momento e contexto, apresenta uma divergência parcial em relação a esta hipótese entre os três níveis de cuidado (APS, Média e Alta Complexidade, e Rede Intersetorial). Os/as trabalhadores/as apresentaram uma compreensão da violência sexual infantil sob uma perspectiva ampla e multifacetada, contemplada pela teoria da determinação social, conforme defendido por Minayo (2006b, 2007) e pelo relatório da OMS (Krug *et al.*, 2002), que sinaliza sobre a tipologia das violências.

A APS e a Rede Intersetorial identificam isso quando mencionam as consequências da violência sexual e rememoram casos de atendimento a situações de violência sexual infantil com mais detalhes e recorrência, em comparação com a

¹⁴ Palpite 1: Os/as profissionais dos serviços da linha de cuidado integral às vítimas de violência sexual não possuem conhecimento suficiente sobre violência sexual contra crianças, o que resulta em falhas na identificação dos casos e na implementação efetiva da linha de cuidado.

Média e Alta Complexidade. A partir desses achados, elaborei o diagrama apresentado na Figura 13 sobre a violência sexual:

Figura 13 - Apreensões sobre violência das entrevistas de pesquisa, 2023



Fonte: Elaboração própria (2024).

Os resultados revelaram a crescente organizativa: Violência sexual - Violência intergeracional - Violência de gênero. Em contrapartida, organizei a Figura 13 conforme o quadro conceitual construído na fundamentação teórica, o qual oferece melhor sustentação para a compreensão do fenômeno da violência sexual. A partir disso, a reestruturação apresentada segue a crescente: Violência de gênero - Violência sexual - Violência intergeracional, as quais reverberam em diversas expressões, ou seja, circunstâncias de bullying, violência física, simbólica, entre outras, conforme exposto.

No entanto, observa-se uma convergência ao pressuposto entre os grupos entrevistados, quando não apresentam uma compreensão dessa expressão de violência enquanto violação de gênero, cujas causas se reproduzem sob relações desiguais de poder e opressão, presentes e desdobradas no movimento da ocorrência intergeracional da violência sexual.

Assim, confirmo este primeiro pressuposto e identifico contradições nas narrativas. Os três níveis de atenção ao cuidado das crianças vítimas de violência sexual compreendam esse fenômeno de maneira generalizada como uma violação de direitos, e percebam que as crianças mais vulneráveis à violência são,

predominantemente, do gênero feminino, em um contexto reiterado de círculos familiares e de reprodução histórica. No entanto, não reconhecem que a violência sexual contra a criança está também baseada na desigualdade de gênero.

O elemento “violência de gênero” recebe apenas uma rápida menção na linha de cuidado nacional, conforme essa definição:

O que é violência de gênero? São formas de dominação, opressão e crueldade nas relações de homens e mulheres, estruturalmente construídas e reproduzidas no cotidiano. Geralmente é sofrida por mulheres, embora também possa ser dirigida aos homens, e é naturalizada no processo de socialização de meninos e meninas (Brasil, 2010b, p. 30).

Nos demais documentos norteadores do cuidado as crianças vítimas de violência sexual, a nível estadual e municipal, isso não é referido.

Recupero que as falas são oriundas de trabalhadoras, que historicamente estão atravessadas por relações de trabalho, sociais, familiares e culturais desiguais, pautadas no patriarcado. Esta realidade, encontra-se envolta por esses elementos, o que justifica terem dificuldades em perceberem tais aspectos da violência baseada no gênero, as quais inclusive cotidianamente se reproduzem em mecanismos de uma violência simbólica e naturalizada, de aceitação do papel feminino em determinado lugar.

Isso traduz a noção de *habitus* tratada por Bourdieu (1992), ou seja, as vivências individuais adquiridas pelas práticas que compõem disposições estruturadas no meio social e são subjetivadas e socializadas como uma referência, cristalizando-se no campo da prática. Romper com isso é, portanto, um processo longo, cultural e repleto de disputas.

Isso revela a necessidade de abordar o fenômeno da violência sexual a partir de uma perspectiva de gênero, desde a formação profissional, por meio da inserção nos currículos e nas formações continuadas. Embora os estudos nesta área remontem à década de 1990, ainda se revela a necessidade de discussões correlatas para dar conta de um fenômeno que atravessa o cotidiano desses/as trabalhadores/as e cuidadores/as.

A partir disso, é possível fortalecer e qualificar a identificação e o reconhecimento da dimensão, proporções e expressões da violência sexual infantil, o que possibilita encaminhamentos e intervenções assertivas, além de um enfrentamento efetivo da questão. Isso contribui para a melhoria do processo de

notificação da violência, um desafio ainda presente na região, que necessita de aprimoramento nas informações, conforme identificado nos resultados das notificações do SINAN nas localidades investigadas.

4.6.2 Pressupostos 2 e 3

Pressuposto 2: os/as profissionais têm receio de notificar, atender e acompanhar os casos de violência sexual contra crianças, devido, na maioria das vezes, ao fato de o/a agressor/a se encontrar na mesma localidade e ser atendido/a pela mesma equipe, o que evidencia a fragilidade dos mecanismos de proteção ao profissional.

Pressuposto 3: os/as cuidadores/as desconhecem os serviços e fluxos de atendimento da linha de cuidado integral às vítimas de violência, embora a linha de cuidado deva ser informada pelos/as profissionais sobre os procedimentos, encaminhamentos e o encaminhamento para outras instituições.

4.6.2.1 LINHA DE CUIDADO E DIMENSÕES DO CUIDADO

Foi identificado que 33 dos/as entrevistados/as (Alamanda, Ave do Paraíso, Hibisco, Cactos, Cica, Begônia, Mandacará, Gerânio, Cróton, Lavanda, Petúnia, Rosa do Deserto, Verbena, Peônia, Malva, Rabo de Gato, Azaléia, Cravina, Babosa, Gailárdia, Capim dos Pampas, Yucca, Onze Horas, Clúsia, Lantana, Agerato, Alpinia, Tampala, Palmeira do Mediterrâneo, Jade, Papoulas Perenes, Agastache e Agave) sinalizaram desconhecer o documento linha de cuidado e, conseqüentemente, as dimensões do cuidado nele previstas. No entanto, observei, a partir dos relatos, que os/as profissionais atuam em conformidade com essas diretrizes.

É claro que identificar a lei e a linha de cuidado como uma realização automática e linear não é um processo sequencial. Isso implica em relações de concepções, negociações e representações que dão visibilidade ao tema. Isso demanda, então, que o documento seja difundido nesta região e/ou utilizado como suporte para organização dos respectivos fluxos. Em contrapartida, as narrativas mencionam a lei de escuta como fundamento para a organização dos protocolos, o que é evidente nos seguintes excertos:

[...] quando da implantação da Lei da Escuta Especializada aqui no município, ficou muito melhor a interação não só com os setores público, bem como com a rede de proteção à criança e ao adolescente. Todos sabendo o que realmente devem fazer quanto se trata de atendimento às vítimas de violência (Cróton – Conselheiro Tutelar).

Sim, a execução era realizada nessas dimensões de forma intersetorial em rede, e com o fluxo facilita os atendimentos e articulação dos serviços [...] claro que existe as falhas, as situações que fogem do alcance ou possibilidades do serviço, mas funcionava (Murta – Assistente Social/CAPS).

Sim. Observa-se haver uma articulação, ao mesmo tempo em que, no município de Toledo, ainda não temos equipe que realize o acolhimento e a Escuta Especializada (no momento da denúncia), com as vítimas (Palmeira Do Mediterrâneo – Psicólogo/Ministério Público).

Mesmo sendo a linha de cuidado um parâmetro na política de saúde e na rede intersetorial, é importante compreender a fragilidade da gestão regional em articular e antecipar a organização dos municípios na formulação de protocolos e fluxos. Estes foram construídos de acordo com suas próprias condições de enfrentamento e atendimento das situações de violência sexual infantil.

Somente dois entrevistados (Agerato e Palmeira do Mediterrâneo) afirmaram não saber sobre a existência de fluxo e/ou protocolo na rede local que estabelecem a atenção às crianças vítimas de violência sexual. Os demais sinalizaram positivamente a existência desses instrumentos, como nos trechos a seguir:

Tem, existe sim esse fluxo. Ele até ele é bem atuante. Ele é bem assim. A gente sempre procura seguir isso. Como se acontece aqui. Depois desse fluxo, a gente vai seguindo o fluxo, cada, cada setor. (Alamanda – Conselheira Tutelar).

Sim. Existe o Protocolo RIPS, o mesmo é específico da violência sexual, não abarca, portanto, todas as violações de direitos. No protocolo em questão há alguns formulários que devem ser preenchidos pelo profissional que atendeu a criança/adolescente e encaminhar ao Conselho Tutelar e CREAS por exemplo, entre outros. Portanto, parte-se do pressuposto que qualquer profissional de qualquer política poderá realizar o atendimento mediante revelação espontânea (Lantana - Assistente Social/CRAS).

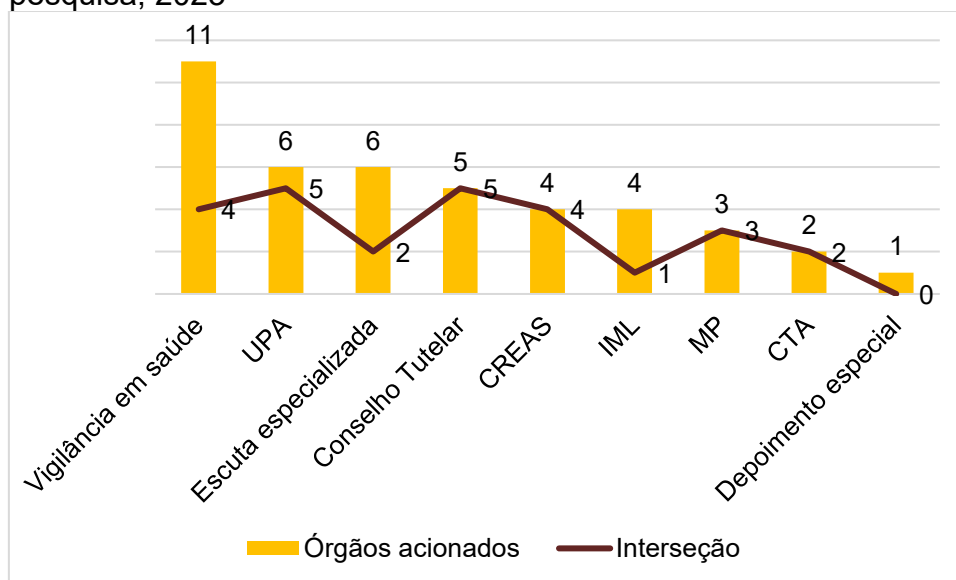
Para que se vitimize o menos possível aquela criança. Então se ela relatou na escola, é o nosso protocolo, o nosso fluxo diz que a escuta deve ser feita na escola, pelo profissional de confiança da criança, ela relata ao profissional. Fica responsável por aquelas informações, preenche a ficha de da escuta especializada e encaminha para o conselho tutelar para aplicar as medidas protetivas para criança (Rosa Do Deserto - Assistente Social/CREAS).

Esse protocolo da RIPS é detalhado e tem seu fluxo organizado da seguinte maneira:

Então eu esqueci de mais um detalhe importantíssimo, quem recebe essa revelação espontânea. É, tem que observar quando que ocorreu. Essa situação de violência sexual, porque se ela ocorrer em menos de 72 horas, a equipe de referência precisa encaminhar imediatamente para o serviço de saúde para fazer profilaxia e se for acima de 72 horas, também tem que encaminhar para UBS de referência da família, para fazer os cuidados em saúde, mesmo que já tenha ocorrido há mais de 72 horas. A equipe de referência, essa equipe técnica que vai fazer escuta especializada não necessariamente vai ouvir novamente a criança ou adolescente, mas vai fazer os encaminhamentos. Ficha do SINAN, é caso não tenha sido feito. Ficha do Sinan para o CREAS. Orientação para registro de boletim de ocorrência para os pais, responsáveis. E deixa eu lembrar o que mais que está faltando. Mas, basicamente é isso. Daí tem uma ficha de compartilhamento, que foi construído por essa equipe toda de mobilização, da RIPS. Que é essa rede intersetorial. Isso acontece também nas UBS e nas escolas, no caso nas UBS, é a equipe de enfermagem, médico pode colher a revelação espontânea e a escola é a equipe pedagógica. E né, professores e podem colher a denúncia e encaminhar para a equipe de referência. O entendimento da notificação, então eu entendo que tenha a notificação do Sinan. É que é compulsória. Então, a pessoa que recebe a denúncia, ela fica responsável por fazer essa notificação (Onze Horas - Assistente Social/CREAS).

Para tanto, os órgãos acionados nesse percurso de Acolhimento, Notificação, Atendimento e Seguimento são os seguintes:

Gráfico 9 - Órgãos da rede acionados x intersecções por entrevistados/as da pesquisa, 2023



Fonte: Elaboração própria (2024).

Diversos pontos da rede, preconizados enquanto fluxo da linha de cuidado, foram citados. Vale destacar que cada entrevistado/a fala a partir de seu setor de atendimento e do seu engajamento nesta rede de atenção. Percebo que alguns mencionam até mais de um setor a ser acionado, conforme a disponibilidade e a estrutura de serviços no município.

Destaca-se que a Vigilância em saúde, responsável pela Ficha do Sinan, se sobressai enquanto órgão a ser acionado quando ocorre situações de violência sexual infantil, seguida pela UPA e pela realização da Escuta especializada. Também são mencionados o Conselho Tutelar, o IML e o CREAS. Em contrapartida, o MP, o CTA e o Depoimento Especial são menos citados na região. É importante pontuar que o CTA existe apenas em Toledo, e o Depoimento Especial é realizado apenas nos locais de comarca, ou seja, em Toledo e Palotina.

Embora os pontos de interseção, nos quais o mesmo órgão seja mencionado por diferentes profissionais, tenham alcançado resultados baixos, é crucial fortalecer a execução do atendimento pela Vigilância em Saúde, UPA, Conselho Tutelar e CREAS. No que se refere aos instrumentos de não revitimização, como a escuta especializada e o depoimento sem danos, estas ainda não são práticas consolidadas na região. Elas precisam ser implementadas ou encontram-se em processo de viabilização.

Observa-se, nas falas, que no município de Toledo há uma remissão automática ao protocolo, enquanto nos municípios de Palotina e Mercedes há uma prática mais “bairrista” e “íntima” de ligar diretamente para o profissional, informando-o sobre o encaminhamento da demanda ou chamando uma reunião de rede. Essas características mais informais são típicas de municípios menores, com menos equipamentos disponíveis. No entanto, conforme os resultados quantitativos da tese, esses municípios apresentaram mais notificações no Sinan. Isso revela que a existência de um protocolo e de um fluxo estabelecido não é sinônimo de boa articulação ou de engrenagens que funcionem perfeitamente.

Sobre essa articulação, do total de 36 entrevistados/as, 2 (Hibisco, Alpinia) consideram que não há articulação em rede, enquanto 34 acreditam que há articulação (Cica, Begônia, Rabo de Gato, Lantana, Alamanda, Ave do Paraíso, Gerânio, Cróton, Lavanda, Murta, Rosa do Deserto, Azaléia, Peônia, Malva, Cravina, Babosa, Gailárdia, Capim dos Pampas, Onze Horas, Clússia, Agerato, Tampala, Palmeira do Mediterrâneo, Agastache, Cactos, Bela da Manhã, Petúnia, Verbena, Mandacarú, Yucca, Jade, Papoulas Perenes). entre os que consideram haver articulação, 22 afirmam que ela é boa e tem troca de informação, enquanto 8 a consideram frágil, conforme ilustrado nos seguintes excertos:

O município dispõe de um grupo de apoio a rede de proteção à criança e adolescente, o qual realiza reuniões mensais para discussão de casos, bem como refletir sobre as políticas públicas para crianças e adolescentes no município. Além disso, há a articulação com as equipes do CREAS e conselho tutelar, no sentido de fortalecer o olhar de proteção, objetivando não apenas o atendimento a criança em situação de violência, como também a prevenção a essas ocorrências (Gerânio - Assistente Social/CRAS).

Eu acho que nós já avançamos um monte, já avançamos muito, mas ainda temos que avançar (Jade – Assistente Social/Educação).

Para sobrevivência de uma rede, é necessário que ela esteja constantemente em movimento, pois há transições e oscilações de pessoas e instituições. Ora, determinado setor se empenha mais, ora outro. Assim, é fundamental fomentar discussões cotidianas, caso contrário, essa articulação enfraquece. Isso reflete na maneira como as dimensões do cuidado estão organizadas e viabilizadas.

4.6.2.2 ACOLHIMENTO

O acolhimento consiste na porta de entrada da linha de cuidado, podendo ocorrer em serviços da Atenção Primária, na Média e Alta Complexidade em saúde, bem como na Rede Intersetorial de Atenção, tanto pela vinda do/a usuário/a aos equipamentos quanto pela busca ativa. Caracteriza-se como uma premissa contínua de atendimento e constitui um momento de escuta competente e afetiva.

Nessa dimensão, é de suma importância valorizar as informações da criança, considerar seu relato espontâneo e abordá-la de maneira cuidadosa, a fim de evitar qualquer tipo de revitimização. Nesta unidade categorial de sentido, destacam-se falas que aludem ao cadastro (Capim dos Pampas, Rabo de Gato), escuta especializada (Agave) e ao próprio acolhimento (Alamanda, Petúnia, Cactos, Gerânio, Yucca, Clússia, Alpinia, Papoulas Perenes, Agave, Capim dos Pampas, Rabo de Gato).

O cadastro diz respeito:

Sistema integrado de gestão saúde. Então ali, daí vai tudo, vai o cadastro do usuário, vai ter o endereço, teu contato, é que tem o campo, que é o campo lá do que é o cadastro na família, onde aparecem todos os integrantes da casa. Problemas é de saúde que cada um tem (Capim dos Pampas – Agente Comunitário de Saúde/UBS).

A entrevista, informações que a gente coleta desde domicílio até as unidades, têm sido bastante importantes para nós, [...] (Rabo de Gato – Agente Comunitário de Saúde/UBS).

Mediante a realização do cadastro e/ou atualização, é possível observar o movimento das informações, as mudanças constantes, os/as moradores/as da casa e a dinâmica familiar – elementos que podem evidenciar comportamentos relacionados à violência.

Já a Escuta especializada:

É sempre uma situação delicada, e difícil de lidar, uma vez que ainda falta muito preparo para lidarmos com estas situações, de início faço uma escuta da situação, acolho a demanda, e sigo os protocolos municipais existentes para o atendimento a criança vítima de violência (Agave – Enfermeira/UBS).

É fundamental, portanto, estar atento/a e saber ouvir com os ouvidos e com os olhos; saber escutar sem julgamentos, interrupções e sem mesmo forçar uma “confissão”, uma vez que é

[...] muito difícil para uma criança ou um adolescente contar a um adulto que está sofrendo ou que sofreu alguma violência. Há o temor de ameaça da violência contra si e/ou os membros de sua família, ou o medo de serem levadas para longe do lar (Brasil, 2010b, p. 54).

Portanto, atitudes e postura éticas, a privacidade, a confiabilidade e o sigilo devem ser resguardados durante todo o processo de acolhimento. Ainda, outros achados sobre o acolhimento (Alamanda, Petúnia, Cactos, Gerânio, Yucca, Clúcia, Alpinia, Papoulas Perenes, Agave, Capim dos Pampas, Rabo de Gato) dizem respeito a:

[...] A gente não questiona nada. Aqui na parte do conselho, sim. A gente propõe para fazer todos os protocolos que tem, que é já uma coisa bem que a gente tem que levar para a saúde, IML, esse tipo de coisa. Mas a gente sempre procura acolher a criança. Como ela é uma vítima. Crianças é vítima, a gente sempre procura acolher. A gente procura tranquilizar, para tentar amenizar um pouco o sofrimento daquela criança no momento. (...) (Alamanda – Conselheira Tutelar).

[...] Fizemos todo um acolhimento (Cactos – Assistente Social/Hospital).

Então o CRAS ele trabalha no sentido do acolhimento e do encaminhamento já realmente despachar aquilo para toda a rede, o que for necessário comunicar, tem criança que é a mulher e a criança vítima de violência, encaminha ver qual é a escola que está matriculada já. Comunico ao CREAS, comunica o PAEFI. [...] (Yucca - Assistente Social/CRAS).

[...] de início faço uma escuta da situação, acolho a demanda, e sigo os protocolos municipais existentes para o atendimento à criança vítima de violência (Agave – Enfermeira/UBS).

[...] pede para assistente social fazer o acolhimento, [...] (Papoulas Perenes – Assistente Social/Ambulatório de Saúde Mental).

Nota-se que os/as entrevistados/as tentam acolher a situação, conforme o ponto da rede e, em muitas situações, realizam encaminhamentos. Essas orientações e efetivação dos/as encaminhamentos/referências para outros serviços são essenciais, sobretudo para setores externos, o que é frisado por Cactos, Mandacarú, Jade, Petúnia, Azaléia, Babosa, Yucca, Lantana, Onze Horas, Cravina, Peônia; com destaque às seguintes falas:

Conversamos com a família também, fizemos encaminhamentos para o CREAS, CRAS [...], conselho tutelar também (Cactos – Assistente Social/Hospital).

[...] Então nós trabalhamos com encaminhamento. Depois de todo o processo. Ali é criminal. Que é boletim de ocorrência, encaminhamento ou exame de IML que também para mim é muito invasivo que a gente precisa melhorar muito isso ainda. Eu costumo dizer para as mãezinhas, olha, mãe ou avó, tia ou pai, nós vamos encaminhar, então seu filho, sua filha, para o CREAS, que é o centro de atendimentos especializados (Mandacarú – Conselheiro Tutelar).

[...] realiza o atendimento para criança/adolescente e procede com encaminhamentos os órgãos do sistema de garantia de direitos (ficha de notificação do SINAN, CREAS, Conselho Tutelar, serviços de saúde e outros), [...] (Lantana - Assistente Social/Assistência Social/CRAS).

[...] A gente fazia uma orientação, ação para família é, depende da situação, a gente pede para a família procurar UBS. Dependendo a situação, a gente encaminhava para CREAS e conselho, a gente fazia assim, não era assim, tudo já para conselho tutelar, agora tem uma suspeita já se encaminha.
[...] E é uma coisa que não pode esperar, nenhuma violência, pode esperar (Jade – Assistente Social/Educação).

Ocorrem, também, encaminhamentos internos (Cravina, Babosa, Azaléia e Peônia), com objetivo de realizar o acolhimento da vítima de violência sexual:

Já tive situações na minha área e passei para enfermeira da área, registro no prontuário.

A gente nunca vai fazer uma denúncia. Nós jamais vamos fazer isso (Cravina – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

A gente vê muitos casos e tenta resolver e não é muito fácil. E vai indo, traz pra unidade, para gente ir juntos. Uma dá ideia pra outra, uma ajuda (Babosa – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

Vejo este primeiro momento como crucial para os desdobramentos positivos e atenuantes da dor da violência. Embora a atenção primária não seja especializada em

casos de violência sexual, percebe-se sua importância e o papel de dar visibilidade a uma questão que, muitas vezes, está velada há muito tempo.

Para tanto, os achados relacionados ao acolhimento são balizados por atributos que colocam o cuidado como um serviço, fortemente presente no emprego da chamada *tecnologia leve*, proposta por Merhy (1997). Este processo é atravessado por afetos e implicações, por meio da escuta, do acolhimento e da capacidade de oferecer encaminhamentos céleres e assertivos. Fica evidente a tentativa de empregar os princípios da integralidade, da proteção e da equidade.

4.6.2.3 ATENDIMENTO

Esta unidade categorial de sentido, conforme preceitos do documento Linha de Cuidado, refere-se ao diagnóstico, tratamento e cuidados, envolvendo atuções multi e/ou interprofissional, evidentes nas falas de Cróton, Lantana, Murta, Agave, Petúnia, Palmeira do Mediterrâneo, Rosa do Deserto, Tampala, Onze Horas, Hibisco. Destaco os seguintes trechos:

[...] para mim é o atendimento mais difícil, pois realizei diversos atendimentos a crianças e famílias que haviam passado por violência sexual dos mais diversos e cruéis. Nos atendimentos era possível observar a fragilidade da família em lidar com a situação [...] (Murta – Assistente Social/CAPS).

A gente já agenda aqui no CREAS, e aí fica mais privativo também. Porque às vezes, na casa tem outras pessoas. Própria criança, então a gente prefere o primeiro atendimento, fazer aqui (Petúnia – Psicóloga/CREAS).

[...] Portanto, parte-se do pressuposto que qualquer profissional de qualquer política poderá realizar o atendimento mediante revelação espontânea (Lantana - Assistente Social/CRAS).

[...] Fica muito em cima da criança. Porque ela vai acabar sendo indicada para o psicólogo da saúde, que também já vai fazer um acompanhamento, então fica muitos atendimentos em cima, isso pode também ser uma coisa não muito legal pra criança nesse momento. [...] (Hibisco – Psicólogo/CREAS).

Em diferentes pontos da rede intersetorial, os atendimentos ocorrem com a perspectiva de proteger e prevenir a criança da recorrência da violência, articulando-se com os serviços no território, além de envolver a família para garantir sua capacidade protetora. Além dos atendimentos pontuais, como consultas clínicas, terapêuticas e o cumprimento de protocolos imediatos, como a profilaxia, é essencial a participação de profissionais de diferentes áreas, como médicos/as, dentistas, enfermeiros/as, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos/as, fonoaudiólogos/as, pedagogos/as e psiquiatras.

4.6.2.4 NOTIFICAÇÃO

No processo de cuidado à criança vítima de violência sexual, há a Notificação, que

[...] deve ser realizada como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição. É um direito da criança, do(a) adolescente e da família viver em um ambiente que promova o bem-estar físico, social e emocional livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência (Brasil, 2017, p. 71).

Independentemente de confirmação ou não da ocorrência e/ou aceite do/a responsável pela criança, a notificação deve ser realizada. No entanto, nos achados de pesquisa, essa dimensão não foi evidenciada pelos/as entrevistados/as. Percebo que, embora seja uma das prerrogativas do cuidado e das ações de enfrentamento à violência sexual infantil, a notificação causa receio em ser realizada, pois, a partir dela, o caso sofrerá intervenções profissionais. Além disso, revela as características dessa violência no município, dando visibilidade à questão.

Portanto, estabelecer um fluxo de notificação assertivo é um grande desafio, especialmente ao tentar garantir, por meio de instrumentos normativos, mecanismos que superem barreiras como o medo e a insegurança. No entanto, é essencial para a proteção da criança.

4.6.2.5 SEGUIMENTO

A dimensão do seguimento compreende o acompanhamento do caso, o cumprimento de protocolos e fluxos, e alude:

[...] formas de encaminhamentos, agendamentos de interconsultas, frequência dos retornos, realização e avaliação dos resultados de exames complementares, reuniões da equipe de saúde e intersetorial para avaliar a evolução e o prognóstico clínico e social do caso, entre outras ações para as crianças/adolescentes/família, para garantir eficácia nas ações de proteção, de cuidados e de prevenção (Brasil, 2014, p. 73).

Acerca dessa dimensão, as entrevistadas (Yucca, Lavanda, Petúnia, Bela da Manhã, Onze Horas) pontuaram que ela remete ao atendimento, com destaque aos seguintes trechos:

[...] Então, são casos que daí a gente dá um suporte inicial, algumas orientações, um acompanhamento. (Bela da Manhã – Psicóloga/Educação).

Tem famílias [...] que demonstram ser protetivas, que não tem o porquê a gente ficar em cima. Elas não apresentam essa demanda. Elas não trazem uma demanda para isso, então a gente não faz esse acompanhamento tão né. Tão assíduo, tão com essa família, a gente prioriza aquelas que apresentam uma demanda maior para isso, porque a gente não tem perna para acompanhar todos da mesma maneira. E aí, às vezes a gente faz grupos. (Petúnia – Psicóloga/CREAS).

Após inserção no PAEFI, é feito contato com os responsáveis legais para iniciar o acompanhamento, agendada uma data para a entrevista inicial e pactuadas ações. A vítima também é ouvida separadamente, mas com intuito de conhecer e apresentar a equipe. Dá-se continuidade ao acompanhamento para cessar riscos e realizar encaminhamentos, articulações com a rede de proteção. Só é finalizado quando entende-se que não há mais risco (Onze Horas - Assistente Social/CREAS).

Vejo que, além do atendimento e do acompanhamento, dar seguimento remete a uma relação de confiança ou desconfiança. O fato de confiar em determinado serviço e/ou profissional confere adesão, continuidade de vínculo e fortalecimento. Logo, não há um limite ou demarcador claro para a alta da criança e/ou da família do serviço; as condições clínicas e psicossociais são as justificativas para o desligamento do acompanhamento. A permanência no serviço, por sua vez, está mais ligada às sequelas da violência do que às causas que a originaram.

Ainda foi mencionado que: “No ambiente judiciário, atuo realizando perícia psicológica e depoimento especial de crianças e adolescentes vítimas e/ou testemunhas de situações de violência” (Palmeira do Mediterrâneo – Psicólogo/Ministério Público). O depoimento especial, que faz parte do processo de acompanhamento, pela natureza jurídica, não ocorre simultaneamente à inserção da vítima nas dimensões do atendimento e notificação. Muitas vezes, a criança é desligada do acompanhamento profissional antes de realizar o depoimento especial.

Por isso, é fundamental que os serviços façam o registro e estejam disponíveis no território, pois o processo de depoimento especial pode desencadear o reviver de memórias e situações. Embora a lei da escuta preveja uma única exposição da situação vivida pela criança e pela família, é necessário que esse processo seja efetivamente implantado para evitar e/ou minimizar a revitimização da criança.

4.6.2.6 PALPITES 2 E 3¹⁵: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E CONTRADIÇÕES ANALISADAS

Acolher, atender, notificar e acompanhar as situações de violência sexual contra a criança compõe todo o processo de cuidado. Por isso, decidi analisar esses dois pressupostos conjuntamente, por estarem imbricados.

Identifico convergência dessas pistas de pesquisa nos três níveis de cuidado investigados. As narrativas indicaram o desconhecimento acerca do documento “Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências” e, conseqüentemente, sobre os serviços e fluxos de atendimento previstos por esse parâmetro. Vale frisar que o documento foi apresentado durante a entrevista, por meio de sua ilustração, no momento do questionamento.

No entanto, há divergências quanto ao conteúdo das dimensões do cuidado. Embora um pouco destoante da linha de cuidado, observei que cada município investigado apresenta uma organização e um fluxo local de atendimento, assegurados por normativas locais, conforme exposto na seção 4.4. Percebo que, embora o reconhecimento explícito da linha de cuidado e suas dimensões não seja evidente, existe um saber prático por parte dos profissionais. No cotidiano de suas intervenções e vivências nas situações de violência, esses profissionais adquirem conhecimentos que também devem ser considerados. Esse saber se insere em um campo de constantes disputas com o campo da execução das políticas, tal como foram pensadas e planejadas. Muitas vezes, o que foi diagramado por um grupo gestor não se mostra viável na realidade do dia a dia institucional, necessitando de adaptações.

Especificamente sobre as dimensões do cuidado, o acolhimento é destacado como uma ação da APS e da Rede Intersectorial, que assumem uma relação de maior proximidade com o território e as populações. Quanto ao atendimento e aos encaminhamentos, esses são realizados majoritariamente pela Rede Intersectorial. No que diz respeito à notificação, não houve sinalizações claras por parte dos três níveis de cuidado, o que resulta em baixos registros de notificação de violência sexual no Sinan. Isso ocorre apesar de essa dimensão estar assegurada nos instrumentos

¹⁵ Palpite 2: Os/as profissionais têm receio em notificar, atender e acompanhar os casos de violência sexual contra criança, devido, na maioria das vezes, ao/à agressor/a encontrar-se na localidade e ser atendido/a pela mesma equipe, o que demarca fragilidade dos mecanismos de proteção ao profissional. Palpite 3: As/os cuidadoras/es desconhecem os serviços e fluxos de atendimento da linha de cuidado integral às vítimas de violência, mesmo que a linha deva ser informada por profissionais sobre os procedimentos, encaminhamentos e referenciamento a outras instituições.

normativos dos municípios pesquisados, sendo de responsabilidade de todos os pontos da rede de cuidado.

Quanto ao seguimento, ele se revela como de maior ocorrência na Rede Intersetorial, embora este processo deva ser realizado de maneira integral por toda a rede, a fim de garantir a proteção da criança.

Assim, as dimensões do cuidado à criança vítima de violência sexual apresentam convergências e divergências parciais com os pressupostos de pesquisa. Converte no que diz respeito ao desconhecimento por parte dos/as entrevistados/as acerca da linha nacional de cuidado e o receio em notificar as situações de violência sexual infantil. Por outro lado, diverge no que se refere aos serviços e fluxos de atendimento, uma vez que existem mecanismos de proteção e cuidado a nível local.

Embora se espere que uma política nacional, quando implantada, seja replicada nas instâncias descentralizadas, a realidade na região de pesquisa, no momento, revela protocolos com características próprias e locais. Isso reflete uma autonomia no planejamento e na execução da política de enfrentamento à violência sexual contra a criança.

Portanto, as premissas do cuidado, como integralidade, proteção e equidade, estão pulverizadas e necessitam ser incorporadas a esses fluxos. Além disso, é importante que haja uma direção regional para fortalecer a consolidação política e garantir o enfrentamento eficaz do fenômeno.

Reconheço que esses avanços na região também se devem ao papel articulador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça (Caop), do estado do Paraná, que, na figura do Procurador de Justiça Murillo José Digiácomo, incide na luta pela infância. Além disso, destaca-se a efetivação da Lei da Escuta Especializada de 2017.

Percebo que a força de um documento nacional, como a Linha de Cuidado, que resulta de processos de disputas e pactuações, deve ser incorporado pelas instâncias de gestão regional, como é o caso e o objeto da Regional de Saúde. No entanto, a realidade da região revela um movimento contrário: esse documento não teve a propulsão necessária. A presença do estado, na divulgação e articulação com os municípios, para pensar e propor práticas locais de enfrentamento, ainda é tímida. Até porque, como verificado, o estado do Paraná apresenta 48 núcleos da paz que fomentam a discussão do combate à violência.

Assim, embora o processo de construção dos instrumentos normativos dos

municípios, permeado por idas e vindas, seja possível de se materializar localmente sem esse apoio, é evidente que, com o engajamento da Regional de Saúde e o fortalecimento do papel do estado como gestor, haveria melhores condições de fortalecer a rede e oferecer às localidades ao entorno melhores possibilidades de avançar na produção de uma atenção integral e efetiva no enfrentamento da violência sexual infantil.

4.6.3 Pressuposto 4

Os serviços que compõem a linha de cuidado integral às vítimas de violência, apresentam fragilidades nas intervenções direcionadas ao enfrentamento da violência sexual contra crianças, restringindo-se a ações pontuais. Isso ocorre mesmo diante das prerrogativas institucionais e políticas que preveem a viabilidade de ações de prevenção no território.

4.6.3.1 PERCEPÇÕES DO CUIDADO

Na perspectiva de Boff (1997), o cuidado implica na relação do cuidar de si e cuidar do outro. Nos achados da pesquisa, foram elucidados os seguintes atributos do significado do cuidado: acolher; acompanhar; prevenir, zelar, orientar e informar; observar e proteger; estabelecer afeto, vínculo e confiança; ter responsabilidade e preparo, e o envolvimento psicológico. O resultado foi a seguinte nuvem de palavras:

Figura 14 - Nuvem de palavras da codificação “cuidado” das entrevistas de pesquisa, 2023



Fonte: Elaboração própria (2024).

Apenas Agastache e Malva não informaram significados ao cuidado. Em contrapartida, Ave do Paraíso, Cactos, Bela da Manhã, Gerânio, Petúnia, Rosa do Deserto, Yucca, Onze Horas, Tampala, Jade, Alpinia e Agerato apresentaram os significados de Acolher e Acompanhar, evidentes nos excertos:

Ah gente assim, eu pelo menos eu me sinto muito triste quando isso acontece, isso mexe bastante com nós. E a gente tenta, a gente tenta tirar a dor da criança, mas sabe que é impossível. Então, que nem a Alamanda falou, a gente acolhe e tudo mais. E essa criança ela é. Ela é geralmente carente [...] (Ave do Paraíso – Conselheira Tutelar).

[...] É um manejo cuidadoso e respeitoso, e ele, nesse pedido de permissão também. E ele envolve também um acolhimento para que essa criança em momento algum. É se sinta responsável de alguma forma por isso. Acho que esse é um cuidado bem importante também. [...] (Bela Da Manhã – Psicóloga/Educação).

[...] Para mim, cuidar é você acolher. É dar voz pra essa criança é não, não desmerecer ou não culpabilizá-la. É pelo que ela sofreu. Porque eu percebo que às vezes é isso que acontece. [...] Enfim, então assim, eu acho que, que cuidar é acolher e não culpabilizar (Petúnia – Psicóloga/CREAS).

Para mim, o significado do cuidar é o acolher. Para mim é acolher a família, porque a gente faz toda um sentido de acolher a dor da família, entender. Não, não culpabilizar a pessoa, vítima em situações de violência, [...] (Yucca - Assistente Social/CRAS).

Significa ouvir, acolher, respeitar e conduzir para sua superação (Onze Horas - Assistente Social/CREAS).

Esse acolher está imbricado ao manejo do processo de trabalho que envolve o cuidado, o que permite trazer para este momento o acesso ao serviço, a postura profissional, a técnica de trabalho empregada, bem como a orientação do serviço, onde não deve haver julgamentos, mas sim respeito. Isso confirma a reflexão teórica proposta por Junior e Mascarenhas (2006).

Quanto ao Acompanhamento, ele:

Vai muito além de você fazer o próprio cuidado físico, vamos se dizer aqui o hospital, ele vem para esse. As pessoas vêm para cá para esse cuidado imediato, cuidar do ambulatorial. É mais esse cuidado, ele vai além, ele vai pra essa parte psicológica. Esse acompanhamento eu sempre falo nas minhas aulas e palestras, que no atendimento é para você coletar os dados pessoais de uma pessoa, agora o acompanhamento é que vai te dar um direcionamento (Cactos – Assistente Social/Hospital).

É, portanto, demarcado sua íntima relação com outros atributos trazidos que são o Afeto, Vínculo e Confiança (Verbena, Palmeira do Mediterrâneo, Cica, Jade):

Para mim, cuidar é, seria zelar, seria dar afeto. Seria... É... Se envolver com essa criança, porque normalmente essas crianças, eles têm vínculos rompidos. [...] (Verbena - Assistente Social/UBS).

Um trabalho que demanda muito afeto, cuidado e respeito para com os envolvidos (Palmeira do Mediterrâneo – Psicólogo/Ministério Público).

[...] Eu acho que a vinculação em primeiro lugar. [...] Crianças e adolescentes têm aí a confiança deles. [...] Tem que ir com carinho, tem que ganhar confiança para criança, sobretudo do adolescente, sabe. Tem que falar a língua deles, então acho que a confiança e o vínculo. (Cica – Psicólogo/Acolhimento).

Pergunta difícil. Cuidar de uma criança. Significa buscar. Não é você manter, não só garantir o cuidado básico dela. Mas é para você proporcionar um ambiente com afeto, cuidado, amor. [...] Segurança, acolher (Jade – Assistente Social/Educação).

Fica claro que, para realizar o acompanhamento, é fundamental estabelecer vínculo e confiança. Por meio de relações de afeto, isso ocorre com um pouco mais de facilidade. A partir desses atributos, facilita-se a adesão e a continuidade ao serviço; trata-se de uma relação recíproca, de duas vias, entre profissional/serviço e usuário/a. Ou seja, é a dimensão de afetar e ser afetado por essas relações construídas (Onocko Campos, 2005).

Para estabelecer esse acompanhamento e os vínculos de confiança e afeto, é necessário outro atributo encontrado nas narrativas, que se refere à/ao Responsabilidade e Preparo (Cravina, Babosa, Clússia, Agave e Murta), destacando as seguintes falas:

Uma responsabilidade grande, embora como profissional seja realizado todas as intervenções e orientações possíveis, sempre fica aquela pergunta se foi o suficiente e se realmente aconteceu de fato à superação da violação. [...] (Murta – Assistente Social/CAPS).

[...] muitas denúncias, elas vêm para nós. Mas acredito que o preparo. Preparo exatamente (Cravina – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

[...] ética, respeito e responsabilidade (Agave – Enfermeira/UBS).

Nota-se que as narrativas dimensionam o envolvimento, o ato de estar disponível para participar da vida de quem é cuidado, o que materializa o cuidado como a arte do encontro, conforme defendido por Merhy (2004). Afinal, dimensões subjetivas estão envolvidas, e não é possível realizar testes com crianças vítimas dessas violências. Isso demanda ações assertivas, que se refletem em intervenções

profissionais qualificadas tecnicamente, com respaldo teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político; não cabe, portanto, ações baseadas no senso comum.

Além dessas atribuições imediatas, que se referem ao cuidado profissional, também foram identificados atributos como: observar, estar atento e proteger (Begônia, Azaléia, Lantana, Papoulas Perenes), destacados nos excertos:

[...] tem que ter um olhar diferenciado, tem que ter um cuidado e tem que ter uma atenção diferenciada. Você tem que ter um carinho com a dor dessas crianças, com a situação que elas estão passando e que elas estão vivenciando, que vão levar consigo (Begônia – Psicóloga/Acolhimento).

Significa um olhar pra totalidade do sujeito, seja na mitigação dos impactos da violência sofrida, seja na prevenção, afim de evitar reincidências. [...] (Lantana - Assistente Social/CRAS).

[...] o cuidado é justamente é oferecer toda a proteção enquanto rede. [...] Assim, é então que pra mim o cuidado é tudo isso. É a rede estando junto, fortificando todos os caminhos possíveis para essa família poder cuidar do seu filho. Não, não só culpar (Papoulas Perenes – Assistente Social/Ambulatório de Saúde Mental)

Percebo que essa proteção aparece como um constante estado de alerta ao comportamento e aos sinais que a criança possa apresentar em seu desenvolvimento, bem como nas relações estabelecidas, com o intuito de prevenir reincidências de violência. Para tanto, estar em estado de sentinela e observar cuidadosamente aquele ser em sua integralidade é tarefa de todos/as, independentemente do lugar e da função em que estejam e exerçam.

Além de oferecer o socorro, o cuidado à criança vítima de violência sexual também foi atribuído ao significado de prevenir, zelar, orientar e informar (Peônia, Alamanda, Clúsia, Cróton, Verbena, Mandacarú), conforme sinalizado nas narrativas:

[...] Então assim, a gente tem que ter que zelar, fazer campanhas. Mas a campanha não é só em uma determinada data, ela é o ano inteiro. [...] Então assim, a gente tem que trabalhar isso bastante. É uma luta diária. [...] a gente tem que trabalhar com prevenção, assim a gente não vai conseguir fazer tudo, mas tem que se fazer, tem que tem esse trabalho, esse olhar diferenciado (Alamanda – Conselheira Tutelar).

Nós enquanto conselho tutelar, propriamente dito, não cuidamos de crianças vítimas de violência, nós ZELAMOS pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos na Lei nº 8.069/90 (ECA) (Cróton – Conselheiro Tutelar).

[...] Precisam ser zelados, precisam ser cuidados e precisam ser tratados como prioridade absoluta (Mandacarú – Conselheiro Tutelar).

O zelo aparece aqui como um mecanismo de cuidado, relacionado à estratégia de campanhas com o intuito de prevenir situações de violência dessa natureza, por meio de orientação e informação às crianças para uma cultura de autoproteção. No entanto, é destacado nas narrativas que as famílias também devem ser protegidas e orientadas, pois:

Eu já vi pessoas adultas, relatando que até hoje não superou, por mais que está, faça tratamento com um psicólogo, tudo mais, não esquece o que ela viveu [...] (Agerato – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

Psicólogo, né. Primeiro, primeiro caso, o psicólogo. Talvez um neuropediatra também ajude. A escola também tem que ajudar. A família tem que ajudar. Se essa criança tem família ou é uma criança que venha adotada com histórico de violência (Alpinia – Técnica em Enfermagem/Hospital).

Considero que muitas famílias empregam a noção de atos de cuidado que tiveram como referência. No entanto, muitas, devido às suas condições estruturais vulneráveis, não acessaram tais atributos, vivenciaram violência familiar e institucional, e enfrentam um longo processo para romper com padrões culturais enraizados. Afinal, a cultura da violência ainda se faz presente em nossa realidade.

Abordar o significado do cuidado constitui um ponto alto desta investigação, representando um questionamento que desencadeou momentos de reflexão profunda, arrancando fortes suspiros; olhares lacrimejantes e chorosos; e olhares perdidos, como se um filme passasse na mente dos/as entrevistados/as. Muitos referiram que falar sobre o significado do cuidado era uma pergunta difícil de ser respondida imediatamente.

Enquanto pesquisadora, percebo que, neste ponto, consegui alcançar o objetivo maior da tese, tendo em vista que o objeto de estudo é o cuidado. Afinal, permitiu um momento de reflexão, de troca e, sobretudo, as vozes e as angústias foram externadas e ouvidas.

Evidencio, a seguir, as falas de Ave do Paraíso, Hibisco, Rosa do Deserto, Petúnia, Cravina, Mandacarú e Clússia, que expuseram um pouco dessas emoções:

Ah gente, assim, eu pelo menos eu me sinto muito triste. Quando isso acontece, isso mexe bastante com nós. E a gente tenta, a gente tenta tirar a dor da criança, mas sabe que é impossível (Ave do Paraíso – Conselheira Tutelar).

Não é só a atender, atender, atender, atender, atender. Até pelo desgaste emocional do profissional. Por exemplo, você faz um atendimento igual a

esse que a gente fez há uma e meia. Você não tem mais cabeça para atender mais ninguém no resto do dia. [...] é um desgaste emocional tão grande que você já nem tem mais condição de atender, não tem mais energia. Você não tem mais energia para fazer visita durante o dia para fazer outros atendimentos. Para pensar, para escrever um relatório (Petúnia – Psicóloga/Creas).

Não tem como deixar virar a chave da porta ali da frente e virar a chave da gente. E acabou. A gente vivencia, é fora daquilo que a gente viveu aqui dentro. Quando os casos são muito impactantes, a gente já atendeu muitos casos impactantes [...] (Rosa do Deserto - Assistente Social/CREAS).

[...] Então, é bem, bem difícil. Para nós mexe, mexe o emocional da gente também. Mas a gente tá aí para ajudar e agregar, para você um assunto que a pessoa é tranquilo porque a gente puder, a gente tá sempre ajudando, auxiliando e trazendo os casos para realmente serem investigados, para dar uma resolução melhor for possível (Cravina – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

[...] E violência sexual para é, pode passar muitos anos, vai continuar sendo. É muito difícil de lidar porque eu nunca sei o que vai entrar da porta para dentro, ali de quando a gente vai pegar o atendimento na sala de atendimento.

Quando toca o telefone, recebe um e-mail, aqui na escola, uma UPA, um Bom Jesus (hospital), da polícia militar principal que é crime. Assim a gente já chega muito impactado, porque nunca é fácil você tem que dar ali é notícia para familiares, então para mim, para mim, acredito que dentro das violências não posso te dizer se é pior ou não. Mas a violência sexual em si, ela é muito difícil (Mandacarú – Conselheiro Tutelar).

[...] A gente olha e fala, tem que, sei lá, colocar freio também por aqui é que muitas vezes a criança ela não tem um entente muito da gravidade do ato que ela sofreu. [...] (Clússia – Enfermeira/UBS).

São relatos que tocam, alcançam a subjetividade e permitem reflexões não apenas sobre o cotidiano de trabalho, mas também sobre experiências de vida, inserções e implicações com um território. Envolvem uma práxis, um verdadeiro comprometimento em tornar o cotidiano da vítima melhor. Além disso, houve relatos de profissionais que viveram a situação de violência sexual na infância, o que mostra o quanto essa questão está presente e causa fortes emoções.

Destaco duas narrativas que, diariamente, ganham força para frear o fenômeno da violência, mas sem perder a sensibilidade em relação às dores que ainda sangram nesses/as profissionais:

[...] Trabalhando com orientar sobre isso e você ter que trabalhar com isso, você acaba identificando essas coisas em você, na sua história. Você acaba olhando para você. Nossa, isto aconteceu comigo. [...] É quando tipo, não, não existe palavra para falar o que é isso. E mais, as identificações são tipo, hoje em dia eu identifiquei que eu tenho TDAH, então, tipo assim, eu tive muitas dificuldades, questões assim, de compartimentalização, de memória. A minha forma de lidar com as coisas e, enfim, numa conversa de família, eu, eu simplesmente oblitei inúmeras coisas, sabe? Eu esqueci várias coisas. Eu

lembrava de todas as situações. Recordei todas elas. Quando foi evocada essa memória. [...] Às vezes, de você olhar um caso, então, tipo, eu tô num processo de afloramento de muitas coisas pertinentes a essa situação que aconteceu comigo, então. (Choro) Depois, é muito eloquente, calma, aí, deixa eu focar (suspiro forte), mas é, são essas coisas de rendimento escolar, são movimentos inapropriados, que tipo, assim as outras crianças não entendem. As outras pessoas não entendem, então você consegue observar como isso é inapropriado para a idade, como ela não tem compreensão de que ela aprendeu ou teve acesso a isso, de uma maneira que que daí já consegue se identificar o abuso. Então, esses movimentos hipersexualizados. Às vezes, algumas questões muito grandes, de (enurese), é meu Deus do céu (Hibisco – Psicólogo/CREAS).

Eu já presenciei isso, já estive um meio de coisas assim na minha vida pessoal e ninguém, nem sabe a coisa rolando a torto e direito, todo mundo rarara (risos). Ninguém nem tinha nem ideia do que estava acontecendo. (...) Porque eu lembro assim, que depois que veio à tona algumas questões familiares, algumas questões familiares, é estranho que parece que as pessoas não falaram, elas não conseguiam nem falar sobre isso porque é tão tabu. Porque é o sexo. E sexo em primeiro lugar é tão tabu que elas não conseguiam, nem sabemos. Não teve nenhuma reunião, uma conversa, não teve nenhum enfrentamento, sabe de tanto medo (Cica – Psicólogo/Acolhimento).

Os relatos mencionam a dor, mas também o compromisso, a busca e a esperança de que essas atrocidades sejam cessadas e abordadas seriamente, com efetividade.

Assim, após identificar os trâmites do atendimento às situações de violência sexual contra a criança e os atributos de todo esse processo de cuidado, independentemente do ponto da rede acionado, apresento os resultados sobre os mecanismos de prevenção ao fenômeno na região investigada.

4.6.3.2 MECANISMOS DE PREVENÇÃO

Os mecanismos de prevenção também fazem parte do processo de cuidado e enfrentamento à violência. Abordo, aqui, sobre a realização de ações de prevenção à violência sexual nos serviços dos/as entrevistados. 18 deles/as apontaram que desempenham ações preventivas, 16 disseram que o setor não executa atividades desta natureza e 02 não informaram.

Aquelas/as que esclareceram que o serviço não desenvolve ações de prevenção (Alamanda, Ave do Paraíso, Cactos, Begônia, Lavanda, Verbena, Azaléia, Peônia, Cravina, Capim dos Pampas, Clússia, Lantana, Agerato, Alpinia, Papoulas Perenes, Agastache), comentaram que auxiliam outros órgãos nessas iniciativas:

A gente auxilia. A gente muitas vezes, a gente acompanha. [...] Sim, então assim a gente vai acompanha. Quando a gente tem alguma campanha, a gente também vai. A gente tem muitas vezes na praça, então assim a gente também acompanha (Alamanda – Conselheira Tutelar).

Aqueles/as que responderam que o setor desempenha ações de prevenção (Hibisco, Bela da Manhã, Gerânio, Cróton, Murta, Petúnia, Rosa do Deserto, Malva, Babosa, Gailárdia, Mandacarú, Yucca, Onze Horas, Jade, Palmeira do Mediterrâneo e Agave), indicaram as campanhas alusivas ao 18 de maio e atividades do PSE como as principais atividades, considerando que:

É como, como nós temos lá alguns acúmulos, então a gente às vezes acaba do CREAS, acaba caindo todo o trabalho do maio laranja. Esse trabalho de prevenção acaba caindo somente no CREAS. [...] (Hibisco – Psicólogo/CREAS).

A gente já teve uma época que a gente ia nas escolas, a gente fez é entrega de panfletos, essa coisaradas, mas isso faz tempo. Faz tempo que eu atendi. Depois também entrou a pandemia, daí parou tudo, fala bem a verdade e agora faz uns quatro anos que está assim. A gente começou agora a fazer alguma coisa de novo aqui (Gailárdia – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

O teor abordado nas narrativas acima é oriundo de profissionais dos CREAS, CRAS, UBS, Educação e Caps. Alguns profissionais (Alamanda, Ave do Paraíso, Hibisco, Ivo, Murta, Babosa, Gailárdia, Mandacarú, Onze Horas, Clússia, Lantana, Agerato, Rosa do Deserto, Jade, Gerânio, Agave, Alpinia, Bela da Manhã, Verbena, Tampala, Profissional, Agastache, Papoulas Perenes) sinalizaram que consideram necessárias estratégias de prevenção:

Temos que trabalhar na prevenção sempre, seja com palestras, roda de conversas, etc. [...] prevenir esses comportamentos violentos (Cróton – Conselheiro Tutelar).

Uma rede maior que trabalhar com o conjunto composto [...]. Então, assim, deveria ter um grupo maior que tivesse tudo, só esse grupo ali junto e não sem querer ou não querendo, nós vamos trabalhar sobre isso. [...] (Babosa – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

[...] Eu acho que teria que fazer o ano todo. Eu acho que teríamos que ocupar outros espaços. Eu acho que teríamos que ocupar os espaços das associações de bairros. Eu acho que deveríamos ocupar os espaços religiosos. [...] Onde é uma sociedade é formada. Eu acredito que a partir daí as coisas seriam melhores (Mandacarú – Conselheiro Tutelar).

É salutar que atitudes preventivas sejam desencadeadas, inclusive em uma perspectiva intersetorial, conforme apregoado pelas literaturas indicativas

governamentais, com vistas à promoção da saúde e à cultura de paz. Afinal, para realizar a prevenção é preciso técnica; não são campanhas isoladas e feitas de qualquer maneira, em qualquer lugar, que de fato previnem.

Inclusive, Lacerda *et al.* (2012) realizaram uma revisão integrativa acerca de estudos brasileiros sobre práticas baseadas em evidências de prevenção em saúde humana no Brasil e constataram que, embora a prevenção predomine na atenção primária, outras especialidades contribuem para disseminar a ideia de que não há uma única maneira de conceituar e praticar a prevenção baseada em evidências. Esta deve ser fomentada e estruturada.

Neste sentido, apareceram também outras possibilidades de prevenção, como:

Revogação da Lei de Alienação Parental, pois, em grande parte das ocorrências, essa lei acaba favorecendo homens agressores e abusadores, que em muitos casos já respondem a processos por violência doméstica ou abuso sexual. Na prática, quando as mães ou tutoras denunciam maus tratos, violências ou abuso sexual cometidos pelos pais, elas passam a ser acusadas de alienadoras. Dessa forma, os abusadores continuam convivendo com suas vítimas e muitas vezes conseguem obter a guarda dos filhos. Para prevenir o abuso sexual é necessário rever leis que permitem que abusadores continuem convivendo com suas vítimas (Gerânio - Assistente Social/CRAS).

Sobre essa ponderação, destaco a importância dos órgãos de proteção que realizam o acompanhamento familiar, sobretudo o CRAS e a UBS, pois estão presentes nos territórios. Esses órgãos têm o papel de dialogar com os responsáveis, com o intuito de evitar esse tipo de violação, que impacta diretamente no desenvolvimento da criança e, quando cometida por um membro da família, infringe totalmente seu direito à convivência familiar e comunitária.

Como possibilidade de prevenção, surgiram ações de denúncia e informação, conforme os excertos abaixo:

Denúncia. Sempre é em casa. [...] E sempre alguém sabe (Alpinia – Técnica em Enfermagem/Hospital).

Preparo da equipe para identificação precoce e os devidos encaminhamentos necessários, assim como agilidade no atendimento especializado (Agave – Enfermeira/UBS).

É eu vejo isso assim, a pra mim a comunicação é a, é a melhor forma de prevenir uma violência. Para mim eu volto mais uma vez. Na conversa no diálogo, em casa, sabe, nisso para prevenir uma violência e uma até mesmo uma violência sexual é a comunicação para mim. [...] (Verbena - Assistente Social/UBS).

[...] Eu penso que o núcleo da violência que que é um núcleo já na via estadual, que né que estaria, teria que estar em torno, é executando em todos os municípios. Esse seria uma grande estratégia, porque esse núcleo é ele, ele tem todos os profissionais em todas as áreas e eles podem estar fazendo. Dentro do seu, várias, várias campanhas de esclarecimento, de orientação em Escola, em comunidade, igreja, né. Então assim, esse seria uma das grandes estratégias. [...] (Papoulas Perenes – Assistente Social/Ambulatório de Saúde Mental).

São, portanto, ações que vão desde a melhor abertura de diálogo com as crianças sobre o corpo e os aspectos da sexualidade, passando pela ampliação dos espaços de problematização da questão da violência sexual infantil, pelo fortalecimento dos mecanismos de denúncia e pela celeridade no atendimento, até a disseminação da implantação dos núcleos da paz, que permitem planejar e atuar com diversos atores da rede local. Afinal,

O acompanhamento e a evolução de cada caso nas unidades de saúde, nos domicílios ou ainda mediante o encaminhamento para unidades de atenção especializada e acompanhamento do cuidado são atribuições das equipes, além de promoverem ações de prevenção da violência e de promoção da cultura de paz junto à família, na escola, na comunidade e em outros espaços sociais (Brasil, 2014, p. 80).

Percebe-se que as narrativas evidenciam possibilidades a serem desenvolvidas nesta região, que podem variar em outras partes do país, inclusive sendo gestadas e mobilizadas a partir da articulação de órgãos regionais de saúde e outras políticas de atenção à infância. Contudo, é importante esclarecer algumas dimensões do cuidado, pontuadas por Cecílio (2011), que são:

- **Dimensão individual:** refere-se ao cuidar de si, em que cada indivíduo pode ou tem condições de fazer suas escolhas em sua individualidade. Mesmo sofrendo com as determinações ambientais e sociais no seu processo de saúde e doença, refere-se à autonomia do processo de cuidar de si próprio e viver da maneira mais plena possível. Cabe a cada indivíduo.

- **Dimensão familiar:** diz respeito ao papel dos membros da família e da rede de apoio, como amigos e vizinhos, permeada por conflitos e contradições. É aqui que se estabelece a relação entre o cuidador e o ser cuidado. Intrínseca a familiares, amigos e vizinhos.

- **Dimensão profissional:** ocorre no encontro entre profissionais e usuários, de maneira privada, em espaços protegidos e próprios para tal. É regida por três elementos: a) competência técnica do profissional; b) postura ética profissional, que

envolve o conhecimento conjugado às condições de trabalho, visando as melhores respostas e resoluções para o usuário; e c) capacidade de construir vínculos com o ser cuidado. Cabe aos profissionais.

- **Dimensão organizacional:** realizada nos serviços de saúde, com destaque para o trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação, e funções gerenciais. Aqui, encontramos fluxos, protocolos, agendas, reuniões de equipes e processos avaliativos, permeados por contradições e disputas de ideias. Cabe às equipes de saúde e gestores.

- **Dimensão sistêmica:** refere-se às conexões formais e regulares entre os serviços de saúde, incluindo as redes ou linhas de cuidado, para garantir a integralidade do cuidado. Incumbida aos gestores.

- **Dimensão societária:** trata-se do papel do Estado na produção e viabilização de políticas públicas e de saúde para o cuidado, com o objetivo de implementar o direito à vida e ao acesso às tecnologias para uma vida melhor e com dignidade. Envolvem o papel do Estado e da sociedade civil.

Tanto na compreensão do significado do cuidado quanto nas estratégias de prevenção à violência sexual, observo a preponderância das dimensões profissional e organizacional do cuidado, nas quais foram destacados os papéis dos/as profissionais e até mesmo dos/as gestores/as. Embora a referência de Cecílio (2011) trate da política de saúde, ela também serve como fundamento para refletir sobre as características da intersectorialidade no atendimento e no enfrentamento à violência infantil na região pesquisada, pois aborda a rede e os atores envolvidos.

Outro ponto abordado foi sobre materiais informativos, sendo unânime a opinião sobre a importância de ter suportes adequados para focar o assunto. No entanto, tais materiais devem ir além da simples realização de palestras, podendo ocorrer por meio de:

[...] Até melhor do que as encadernações [...] mas eu digo, eu acho que hoje a mídia é uma ferramenta que a gente teria que usar por bem, já que ela está sendo tão usada por mal. Tantas crianças estão sendo aliciadas. A gente vê isso. E eles começam através desses benditos jogos, então teria que talvez pensar em algum jogo assim que isso é o que vai chamar a criança para a gente trabalhar essa questão educativa e preventiva (Verbena - Assistente Social /UBS).

[...] fazer uns linkzinhos e mandar para as escolas e as escolas é, é, é jogar para os pais dessas crianças. É no celular, as crianças. Hoje a maioria tem, jogavam celular assim, dando algumas orientações a como proceder, o que fazer, observar, sabe. Eu acho que essas coisas funcionam. Animação talvez,

sabe. Acho que ficaria muito mais que aquela coisa pregada assim. Mais interativa (Papoulas Perenes – Assistente Social/Ambulatório de Saúde Mental).

Por exemplo teve aquela, as danças, da peça teatral. Então, eles fixam muito mais. Mas acho que todo, para todo o material é válido. Assim que ser material lúdico para criança que não seja um negócio muito comprido, complexo. [...] (Lavanda - Assistente Social/Acolhimento).

O formato diferenciado e diversificado de linguagem e a preocupação com o alcance das informações são mencionados nas narrativas, por meio de veiculação nos meios virtuais e interações como teatro, vídeos e jogos, com foco em crianças e responsáveis. Destaca-se a importância de utilizar uma linguagem acessível e compreensível, de caráter protetivo, alinhada com a atualidade e a cotidianidade das crianças. No entanto, ressalta-se que essas são estratégias de divulgação e informações de características curtas, o que reflete a desarticulação entre as pessoas e os setores envolvidos.

4.6.3.3 MENSAGEM FINAL

Por fim, deixei um questionamento livre aos/as entrevistados/as para exporem uma mensagem final ou pontos não elucidados durante a entrevista, pertinentes ao tema da pesquisa. Esse momento consistiu em mais uma ocasião de muitos suspiros, pois, após o diálogo, as reflexões e os pensamentos, abriu-se um espaço para o fechamento deste encontro.

Pude perceber no semblante, na expressão e até mesmo foi externado: “E agora, o que posso falar? Qual alerta posso ofertar aos que encabeçam e sofrem com a situação da violência sexual, baseado na minha experiência, nas minhas vivências?”. E surgiram várias ponderações, as quais organizei em:

Fragilidades:

- a) Morosidade e impunidade.
- b) Falta de preparo, subnotificação e formação profissional.

Potencialidades:

- a) Diálogo com a criança e informação.
- b) Cuidado permanente, escuta, prevenção, cobertura dos serviços e investimento em educação e segurança.

Saídas apontadas pelos/as entrevistados/as:

- a) Castração e morte do agressor.
- b) Mudar a cultura e transfobia.

4.6.3.3.1 Fragilidades

a) Morosidade e impunidade: As narrativas pertinentes a esse ponto enfocam a luta contra a cultura do abuso:

Porque a questão que tem que acabar a cultura dessa questão do abuso mesmo aconteceu. Acho que tinha que ter uma questão mais em relação, em relação ao agressor, ao causador. Problema, é, eu acho que se falta a questão é tão difícil que desde as famílias também vem, denúncia. Até não acontece nada com o abusador. Eu acho que tudo isso implica, né uma impunidade, impunidade, esse sentimento. [...] (Lavanda - Assistente Social/Acolhimento).

[...] É que eu assim. Problema a gente traz, mas às vezes você não tem, aí para por ali. Ou às vezes demora vim o retorno entendeu? E aí nós também ficamos frustrados com isso. Por que que nós também precisamos. Porque nós, porque nós absorvemos, absorvemos problema daqui da vida e lá, entendeu? A equipe tenta, às vezes não consegue. [...] (Agerato – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

As falas remetem à necessidade de avançar nas denúncias e superar as subnotificações. Embora os canais de denúncia sejam amplamente divulgados, sabe-se que os casos notificados de violência ainda são ínfimos. Além disso, a aplicação da legislação muitas vezes ameniza a pena do agressor, que, devido ao bom comportamento, pode ficar em celas separadas dos demais criminosos.

Isso, quando há condenação, pois, segundo dados do levantamento do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (2016) sobre jovens em medidas restritivas e de privação de liberdade, verificou-se que, na época, havia 26.450 adolescentes infratores nas unidades de internação do país, dos quais 1% era acusado do crime de estupro. Em contrapartida, entre os adultos, em 2018, o Departamento do Sistema Penitenciário computou 743.218 presos; deste total, 14.407 foram condenados por estupro de vulnerável (ARAÚJO, 2020).

Portanto, embora os números de notificações sejam baixos, mas expressivos, isso não significa que todo fato informado seja denunciado e se torne um processo criminal. E, ainda, quando segue o rito jurídico, nem todos os casos formalizados resultam em penalização. Vivemos, assim, em uma realidade violenta e impune, onde a vítima transita e convive com medo constante e traumas, enfrentando decisões que

desmotivam e desmobilizam aqueles que lutam pela causa. Um exemplo disso é a decisão (março/2023), em que a 5ª turma do Superior Tribunal de Justiça julgou o caso de um homem de 20 anos que engravidou uma menina de 12 anos, afastando a hipótese de estupro de vulnerável, por 3 votos a 2, em julgamento realizado em 12/03/2024 (PODER360, 2024). Destaca-se que a bancada julgadora era composta por quatro juízes do gênero masculino e uma juíza do gênero feminino, e os votos contrários foram de um juiz e uma juíza.

Embora a legislação preveja legalmente o crime de estupro de vulnerável para menores de 14 anos, evidencia-se fortemente o sentimento e a materialidade da impunidade. Além disso, os casos de violência sexual ainda são julgados predominantemente por homens, o que não é proibido, mas diante de uma decisão como a mencionada, não reconhece as relações desiguais de poder, ao contrário, reforça a heteronormatividade e a violência simbólica patriarcal.

Portanto, os/as profissionais devem estar preparados/as e garantir o devido conhecimento em seus relatórios e pareceres, a fim de subsidiar melhor os/as tomadores/as de decisão, como o judiciário. Este ponto é, inclusive, destacado pelos/as entrevistados/as a seguir.

b) Falta de preparo, subnotificação e formação profissional: as debilidades dos/as profissionais e da rede de proteção foram explicitadas nas entrevistas (Ave do Paraíso, Cactos, Verbena, Yucca, Agave, Alpinia, Jade, Agastache e Papoulas Perenes). A falta de preparo é pontuada nos seguintes trechos:

Se capacitar, ter conhecimento sobre estruturar formas de trabalho. Que às vezes apresentam-se caminhos de como trabalhar para melhorar o fluxo, para as vezes. Agora a gente estando lá, a gente acaba pegando textos novos, vendo novas informações, novas tipificações, então isso acaba fazendo. Nós precisamos mudar algumas coisas aqui. Nós precisamos colocar algumas coisas aqui. Tem informações que precisam melhorar. Tem coisas que a gente precisa organizar melhor, porque a realidade está se apresentando (Ave do Paraíso – Conselheira Tutelar).

[...] porque muitas vezes o fazer cotidiano acaba afogando a gente sabe e na saúde tudo é muito imediato e com emergência, porque as pessoas chegam fragilizadas, criando respostas imediatas. (Verbena - Assistente Social/UBS).

[...] então eles acabam entendendo o que a família não é um ambiente seguro para se revelar e às vezes acaba revelando para um colega na escola que não entende e não sabe, não sabe como proceder e aquela violência acaba não sendo tratada, não sendo levada da maneira que deveria se levar na questão do acompanhamento do tratamento para as crianças (Yucca - Assistente Social/CRAS).

Os/as profissionais não se restringem a seguir o protocolo à risca, pois cada situação tem seu momento e processo; não cabe acelerar etapas que são de ordem subjetiva, o que exige muito preparo, sobretudo emocional. Além disso, outra barreira apontada é a subnotificação. As narrativas revelam que:

Eu diria por medo, por medo, eu diria que sim, muitos deixam. E, principalmente, quando você não tem apoio de outros profissionais, não é? No prontuário, hum, tem aqueles detalhes que às vezes foge e, mas assim tem, eu vejo que tem profissionais que têm receio, [...] têm esse receio de atuar. O receio de repente informar para o juiz uma coisa e acaba deixando de lado, e daí, depois ocorre pressão em todos os lados. (Cactos – Assistente Social/Hospital).

Uma opinião é que o problema tá na família. Muitas vezes, é a família, a família acaba amortando a situação, porque a mulher finge que não vê o irmão, estupra a irmã, o outro irmão vê, não vê o avô, o padrasto então, a família aborta a situação (Alpinia – Técnica em Enfermagem/Hospital).

[...] a gente não tem o que fazer sem prova. Que é só de relato de vizinhos, é o que você viu. Eu acho que eu até chegou a relatar alguma coisa assim no prontuário, mas para ir para a frente, sem prova [...] (Agastache – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

Para tanto, a subnotificação é atravessada por questões de insegurança dos/as profissionais, enquanto a família também enfrenta dificuldades em denunciar, uma vez que não encontra apoio e condições para romper com o ciclo de violência, geralmente de origem familiar, em que as pressões e ameaças são intensas e aprisionam a vítima nesse ciclo.

Observa-se que 10 pessoas comentaram não possuir formação a respeito, enquanto 20 entrevistados/as têm formação na área da violência sexual infantil (Alamanda, Ave do Paraíso, Caio, Bela da Manhã, Cróton, Lavanda, Murta, Rosa do Deserto, Verbena, Babosa, Mandacarú, Yucca, Lantana, Tampala, Jade, Petúnia, Palmeira do Mediterrâneo, Agave, Onze Horas).

[...] é, às vezes a gente falha por não ter o conhecimento que deveria ter tido. Assim, a formação que a gente deveria ter tido. Então, assim, enquanto rede de proteção, acho que falta formação. [...] (Jade – Assistente Social/Educação).

Eu gostaria, assim que o protocolo, que nós temos aqui funcionasse redondinho. Fosse, funcionasse, a gente sabe que é difícil, mas que houvesse. Não tivesse dúvida que os profissionais fossem capacitados (Papoulas Perenes – Assistente Social/Ambulatório de Saúde Mental).

É importante falar sobre o assunto, e principalmente capacitar as equipes dos diferentes segmentos e instituir fluxos de atendimentos e encaminhamentos (Agave – Enfermeira/UBS).

As respostas sobre a necessidade de formação provêm dos três níveis de serviços da linha de cuidado. Logo, é importante a atualização contínua e abrangente, pois o fenômeno da violência se altera nas sociedades e culturas, exigindo intervenções que estejam em conformidade com as vivências da questão.

Dentre os/as respondentes, 30 mencionaram a necessidade de mais qualificação e aperfeiçoamento nessa temática (Alamanda, Ave do Paraíso, Cica, Bela da Manhã, Cróton, Lavanda, Murta, Rosa do Deserto, Verbena, Babosa, Mandacará, Yucca, Lantana, Tampala, Jade, Palmeira do Mediterrâneo, Agave, Hibisco, Cactus, Begônia, Azaléia, Peônia, Malva, Rabo de Gato, Cravina, Gailárdia, Babosa, Capim dos Pampas, Clúsia, Papoulas Perenes, Agastache).

Embora algumas iniciativas tenham sido desenvolvidas e estejam em andamento, como o Curso Fortis Paraná, a nível estadual, e o novo Mapa de Referenciamento da Força-Tarefa Infância Segura, destinado a profissionais que atuam no combate à violência contra crianças e adolescentes, realizado em 2022 no formato on-line, e, a nível federal, a oferta de pós-graduação nas áreas de atenção a crianças e adolescentes e enfrentamento à violência contra a mulher, em vigência, essas iniciativas não contemplam as particularidades locais.

Assim, é fundamental desencadear um processo formativo que subsidie a gestão e o aprimoramento das políticas de enfrentamento na região, permitindo que se atue nas nuances particulares do fenômeno. Isso também envolve a formação, pois os/as profissionais não saem da academia com o conhecimento necessário nem com a mobilização para propor alterações nas políticas públicas.

Além da formação e qualificação profissional, o enfrentamento das violências exige envolvimento e engajamento político. Um meio de promover essas formações pode ser por meio da mobilização nos comitês de enfrentamento à violência e/ou nos núcleos da paz, que são órgãos articuladores de políticas. No entanto, 25 entrevistados/as não estão inseridos/as nesses espaços, enquanto apenas 11 pertencem a alguma instância de controle e mobilização local.

É fundamental que os/as profissionais que atuam no atendimento e acompanhamento estejam engajados/as nas instâncias em que se discutem, definem e pactuam, a nível municipal, as frentes de enfrentamento à violência sexual. Entendo que essa inserção possibilita condições de melhor pontuar incidências práticas e efetivas.

As questões levantadas nas narrativas tocam na responsabilidade da gestão e tangenciam a formação profissional sobre os protocolos e fluxos, assim como sua implementação. Corresponde a pontos básicos para colocar em prática uma política, que exige articulação e governabilidade.

Essas fragilidades impactam diretamente na qualidade do cuidado prestado. Embora os/as entrevistados/as sintam falta de melhor direcionamento para a viabilidade das ações de atendimento e enfrentamento à violência sexual infantil, reconhecem algumas potencialidades dos serviços, sobre as quais passo a discorrer.

4.6.3.3.2 *Potencialidades*

a) Foram identificadas algumas narrativas que apontam a pertinência do Diálogo com a criança e informação (Alamanda, Cactos, Cica, Clúcia, Cróton, Hibisco Lavanda, Mandacarú, Peônia e Verbena), com destaque para os excertos:

[...] Sabe, tão grave que é esse assunto. E daí, eu penso que para mim, não é outra saída. A naturalização, naturalização de práticas que a gente vai falar sobre sexo. A gente se fala sobre abuso sexual, sim, sabe. E precisa falar sobre cor, precisa falar sobre sexualidade com crianças (Cica – Psicólogo/Acolhimento).

Eu vejo assim que eu ainda vou bater na tecla da comunicação, do diálogo em família, porque eu acho que é na família que a gente começa. É essa prevenção é independente de questão estrutural, de qualquer questão de classe, é mesmo que seja a família mamãe e filhinho. Mas é ali que começa tudo. [...] (Verbena - Assistente Social/UBS).

Dialogar sobre questões da sexualidade, embora necessário, ainda é tabu. Quando autoras como Figueró (2009) e Louro (2010) sinalizam sobre a educação para sexualidade, sofrem duras críticas de perspectivas conservadoras. No entanto, constitui um mecanismo de prevenção eficaz e econômico para o enfrentamento à violência.

Portanto, a educação sexual é um problema porque assenta-se numa estratégia pedagógica mais ampla de socialização para a apatia, exercitada seja na família, seja na escola, seja nos programas políticos, seja na sociedade em geral. Vivemos uma cultura “sexofóbica” e repressiva (Bernadi, 1985, p. 9).

Sobre essa contradição, muitos podem justificar que abordar a sexualidade com crianças soe como um incentivo precoce às relações sexuais, mas antes de falar

com as crianças, é preciso olhar para os/as responsáveis, pois muitas vezes eles/as carregam esse déficit de informações e diálogo aberto. Contudo, investir e fomentar um diálogo responsável e amplo sobre o corpo e seus cuidados é fundamental, assim como desenvolver a produção e disseminação de informações:

Olha, é, eu acho que todas as informações que a gente produz. Na universidade, são válidas. Então eu fico muito feliz de que esse tema ele, ainda hoje em dia, esteja sendo debatido ainda mais com várias interseccionalidades, nós temos de conhecimento hoje que complexifica a forma de olhar, mas que dão uma possibilidade de a gente compreender certas coisas e dar mais visibilidade à forma de como trabalhar, observar, identificar, trabalhar (Hibisco – Psicólogo/CREAS).

Eu acredito que esse repasse de informações ele é essencial, e, principalmente, colocar aí, é levar para as crianças novas dinâmicas, novas atividades, falar, ó aqui você pode pôr a mão aqui, não pode tocar em você. Ah, mas se tocarem, se tocar, você vai contar para a professora, vai denunciar se a professora não fazer nada, conta para os pais (Cactos – Assistente Social/Hospital).

[...] gente ter outros meios, de repente, mais assertivos de orientar a população para que independentemente de nível, nível, grau intelectual, [...] que toda criança tem direito. [...] (Lavanda - Assistente Social/Acolhimento).

Destaco que a UNESCO (2010) editou e divulgou mundialmente uma Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade, recomendando a abordagem de temas relacionados à sexualidade na educação escolar. Essa orientação sugere diretrizes para realizar essa tarefa com crianças a partir dos cinco anos de idade, adolescentes e adultos de todas as idades, com base em evidências científicas. A proposta é ser abrangente, adequada à idade, ao desenvolvimento cognitivo e específica para cada gênero, além de ser culturalmente transformadora (Herat, 2017).

Nesse contexto, divulgar e aproximar os resultados de pesquisa e os estudos da realidade dos serviços, além de cumprir a função social da universidade e a ética dos/as pesquisadores/as, é também uma opção por uma práxis transformadora.

b) Cuidado permanente, cobertura dos serviços e prevenção: Além dos diálogos e das informações de qualidade às crianças e adultos, outras potencialidades listadas tangenciam a respeito do cuidado permanente (Alamanda, Ave do Paraíso, Petúnia, Rosa do Deserto, Mandacarú, Yucca, Papoulas Perenes, Cactos, Camilia, Cíntia, Cróton, Agastache, Capim dos Pampas), por exemplo:

A minha mensagem que eu deixo é, vamos cuidar das nossas crianças. Que, que não é normal crianças, sentar depende de as pessoas ficar passando mão. É para denunciar. É procurar os órgãos competentes para denunciar porque criança é criança, criança não, não é adulta. Criança é inocente de tudo. A maldade está no olhar dos adultos que seja doença ou não. (Alamanda – Conselheira Tutelar).

[...] Então, eu acho assim que as famílias, elas deveriam assim ficar mais de olho, [...]. Então, é, é uma coisa assim, ficar mais de olho, prestar mais atenção, não é porque geralmente eles pensam que isso nunca vem de dentro. [...] Então ligue e faz uma denúncia anônima. Não precisa falar nome, não precisa falar nada. O importante é que denuncie (Ave do Paraíso – Conselheira Tutelar).

E acredito que é isso, esse cuidado, ele tem que ser permanente, não pode parar. É mesmo que a criança cresça. Esse cuidado tem que permanecer (Cactos – Assistente Social/Hospital).

De que a gente tem que tratar a criança como criança. E se responsabilizar pelo pleno desenvolvimento dela. Que ela precisa do adulto para se desenvolver de uma forma plena. Que ela não vai fazer isso sozinha, isso não vai acontecer de uma forma independente. E aí, claro, essa falta de olhar, de cuidado torna elas mais vulneráveis ainda aos mais diversos tipos de violências (Petúnia – Psicóloga/CREAS).

[...] Enquanto pais, enquanto mães, enquanto profissionais, enquanto rede do olhar para criança, a gente precisa estar disposto a isso, precisa acolher as demandas daquela criança. Precisamos fortalecer as redes de apoio para que essa criança esteja fortalecida, porque se não o ciclo não vai romper. Se a gente não trabalhar com a criança, com o adolescente, as suas percepções sobre determinadas situações, a gente não vai romper ciclos e aí não vai ter equipe de CREAS, de casa lar, saúde, de educação, que chegue, porque a gente não vai dar conta das demandas porque elas são complexas. [...] Mas eu acho que a gente precisa enquanto sociedade é tomar conhecimento do quão importante é a infância. Ela precisa de um olhar diferenciado. Quando é bebê, precisa do pai e da mãe do cuidador. Dar banho para trocar fralda. Conforme vão crescendo, as demandas também vão aumentando em cada fase a gente. Pautada no respeito (Rosa do Deserto – Assistente Social/CREAS).

Os excertos caracterizam um cuidado integral em conformidade com as necessidades de cada fase do desenvolvimento infantil. Para tanto, é fundamental estar atento, pois muitas crianças têm seus direitos violados desde a gestação. Gestantes que não têm acesso a serviços de qualidade, e até mesmo durante o desenvolvimento de seus filhos, enfrentam condições básicas aviltadas, como moradia, saúde, educação e alimentação. Portanto, torna-se essencial saber ouvir a criança, pois:

São situações muito específicas. Aí a gente precisa entender, compreender isso. E a parte essencial é ouvi-los. E quando eu digo ouvi, não é só escutar. Escutar é fácil, agora o ouvir é algo um pouco mais complexo. É a própria rede escuta especializada, ela não é só escutar. Você precisa ouvir, compreender aqueles detalhes, não interferir. Falar nossa, mas você agiu

errado. Não, não coloque seus julgamentos para a pessoa. [...] Agora ouvir e entender aquela situação e absorver (Cactos – Assistente Social/Hospital).

Em suma, a criança precisa ser ouvida em sua integralidade, até mesmo em seu silêncio e nas linguagens corporais, que também são expressões que podem transmitir algo importante. Cabe ao adulto, seja na família ou nos pontos da rede de proteção, estar atento a essas percepções. Isso reflete, inclusive, o atributo levantado sobre a cobertura dos serviços:

[...] Uma das causas agora que a gente está querendo e já eu já trago bastante que é a questão do médico legista. Não aceito, não aceito essa criança ter passado por tudo que passou. Criança adolescente, depois tem que estar diante de um IML, que é um ambiente assim. Gente, não é um ambiente para estar uma criança, adolescente de fazer esse tipo de exame, sendo que poderia e alguns municípios já fazem do Brasil. Legista vai até o hospital, então essa nossa briga de estado e você precisa trazer esse profissional para cá, você precisa disponibilizar um profissional para estar indo a esse pronto-socorro, a essa UPA, para que faça isso, para que não tire dessa criança desse ambiente (Mandacarú – Conselheiro Tutelar).

A narrativa expõe lacunas no atendimento às vítimas de violência sexual, com reflexões sobre alternativas para melhorar, garantir a celeridade e menor exposição da criança, com destaque para a importância de rever o trabalho do IML. Esse equipamento se encontra somente em alguns municípios e o/a profissional desse órgão não está no hospital de referência para situações de violência sexual. Assim, a vítima é submetida a um novo exame legista, o que a revitimiza. A situação se agrava, sobretudo, quando a localidade da ocorrência não conta com IML, obrigando a vítima a ser transferida para outro município, o que, por vezes, pode resultar na perda do tempo necessário para a coleta de provas e desmotivar a vítima e a família.

Investir em educação, segurança e prevenção são medidas potenciais para alterar a cultura de violência instituída, como apontado em algumas narrativas:

[...] existe muito trabalho de prevenção e tudo. Mas e depois? Tem trabalho do que acontece depois. [...] trabalho com os agressores faziam um grupo com todos os, os agressores. Então, assim de repente, é uma forma também de romper esse ciclo. Porque isso não deixa de ser um tipo de doença. Então é um trabalho. E são crianças extremamente violentas, que a gente ainda atende crianças extremamente violentamente, com comportamentos extremamente sexualizados, que não condiz com a faixa etária. Crianças com dificuldades na escola. Dificuldade de socialização também, então, acarreta para o resto da vida adolescentes com dificuldade de socialização. (Begônia – Psicóloga/ Acolhimento).

É os pais os mais vulneráveis e baixos demais, encontra-se a também mais baixa escolaridade. O bairro mais vulnerável é o mais violento. Será a informação de direitos. A questão da escolaridade, também da segurança (Capim Dos Pampas – Agente Comunitário de Saúde/UBS).

Gostaria de poder falar somente da prevenção. Para que com a prevenção a gente consiga evitar e impedir que muitas situações aconteçam. Acho que o principal investimento de tempo de cuidado com a prevenção, porque a gente pode evitar muitos danos e, principalmente, a continuidade disso. [...] (Bela da Manhã – Psicóloga/Educação).

Por final, eu gostaria de te confrontar, mas não para um maio Laranja ser lembrado e por alguns até comemorado, mas para que no resto da minha vida e da tua vida nós possamos lutar para que a infância não seja mais covardemente roubada. Maio por Araceli e por tantos outros que a cada hora veem sua infância retirada de forma cruel. Maio a todos aqueles que não hoje somente, mas sempre transformam o nojo em atitudes de mudanças (Cróton – Conselheiro Tutelar).

As falas sinalizam que a prevenção é um mecanismo capaz de diminuir as situações de violência sexual, apontando para que a sociedade exerça o papel protetivo junto às crianças. Assim, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes (2022) aborda, em seu primeiro eixo, a prevenção, destacando 14 frentes de atividades para o período de 2022-2025, dentre elas as ações:

1. Realização de ações formativas de prevenção à violência sexual, com foco na exploração sexual de crianças e adolescentes, nos diversos espaços: serviços socioassistenciais, unidades de Ensino de Educação Básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio), unidades de restrição e privação de liberdade, em razão de medida protetiva ou socioeducativa, de forma descentralizada: estados, Distrito Federal e municípios.
2. Desenvolver capacitação de formação continuada dos(as) profissionais que atuam junto a crianças e adolescentes, com uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs), como meio de potencializar a capacidade de compreender, informar e comunicar sobre a exploração sexual.
3. Sensibilizar a sociedade em geral quanto às formas de identificação da exploração sexual contra crianças e adolescentes, para seguir o fluxo de atendimento e divulgar os canais de denúncia disponíveis e as ações para proteção das vítimas e testemunhas de violência.
4. Desenvolver capacitação de formação continuada sobre as diversas formas de exploração sexual para agentes públicos e profissionais da iniciativa privada ligados à cadeia produtiva do turismo.
5. Instituir normas e procedimentos de proteção aos direitos de crianças e dos adolescentes, com destaque para a prevenção ao abuso sexual, a serem adotados pelas empresas estatais e não estatais de turismo, bem como as empresas responsáveis pela execução de grandes obras e megaeventos. [...]
14. Desenvolver a capacitação de formação continuada dos Conselheiros Tutelares para alimentar o banco de dados do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) (Brasil, 2022a).

Tais ações dizem respeito às necessidades apontadas pelos/as entrevistados/as, ou seja, há ações preventivas asseguradas em arcabouço político, mas é necessário que a população, por meio de instâncias de controle e participação, acompanhe e destaque a importância de sua viabilização. Isso porque, de certa forma, as diretrizes gerais não contemplam as fragilidades locais.

Além das medidas preventivas, que se configuram como potencialidades, os/as entrevistados/as apontaram possíveis soluções para as situações de violência sexual contra a criança, que variam desde medidas drásticas, que não estão previstas nas legislações e não predominam na cultura de penalização brasileira, até outras mais brandas, socialmente convencionadas, as quais apresento a seguir.

4.6.3.3.3 Saídas apontadas

O primeiro conjunto de saídas é externado por uma minoria e envolve o cessar da vida do agressor, como a castração e a morte do agressor, presentes nos discursos: “Meu colega, igual ela falou, falou outro dia, viu no ZAP usar está usando errado, tira fora. Rsr (pênis)” (Peônia – Agente Comunitária de Saúde/UBS), “Que ele morra. (agressor)” (Azaléia – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

Essas medidas não estão previstas no código penal brasileiro, mas em países como Indonésia, Rússia, Polônia e alguns estados dos EUA, são adotadas como medidas preventivas ou de punição àqueles que cometeram crimes sexuais violentos (estupros e abuso sexual infantil). Em alguns casos, são oferecidas de forma voluntária em troca de redução da penalidade. Quanto à pena de morte, ela é aplicada a situações de crimes sexuais no Irã.

No Brasil, a regra geral está prevista no Artigo 217-A do Código Penal, que trata da conjunção carnal ou prática de outro ato libidinoso com menores de 14 (catorze) anos, implicando uma pena de reclusão de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. Caso a vítima tenha enfermidade ou deficiência mental, a pena pode ser aumentada, variando de 10 (dez) a 20 (vinte) anos. Se a conduta resultar em morte, a pena será de reclusão de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

Portanto, as experiências dos países citados que preveem a pena de morte influenciam o pensamento nas narrativas encontradas, sugerindo uma possível mudança na legislação e na cultura. No entanto, percebo essas propostas como uma medida extrema, resultante de um processo em que as medidas existentes estão

descreditadas. Assim, a crença no caráter humanizado é colocada em xeque, embora a ideia de uma solução rápida e definitiva para a violência sexual gere comoção e indignação, sendo vista como um mecanismo resolutivo para o fenômeno.

c) Mudar a cultura: Algumas entrevistadas (Lavanda, Cravina, Tampala, Babosa) apontam como saída a mudança de cultura, conforme os trechos a seguir. Contudo, essa mudança envolve um complexo de atividades e padrões sociais historicamente construídos e legitimados, sendo um processo que, embora de longo prazo, precisa ser alterado.

Porque a questão tem que acabar a cultura dessa questão do abuso (Lavanda - Assistente Social/Acolhimento).

[...] que as mães ofereciam as meninas para eles. E esse italiano pegava, e daí falava para ele, porque é que ele não pegava. Ele falou, meu Deus, eu não tenho coragem, ele falava uma criança. Dizia ele que era horrível, ele foi, mais meu pai. Você tem coragem de pegar essa criança de dez, doze, de dez, onze anos? (Cravina – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

[...] No nosso interior. Assim eu observo, observo, não é uma realidade, é um, é um interior bem preconceituoso com relação a pessoas, à vida de pessoas novas. Então eles são, parece que um grupo fechado. E ali, esse grupo naturaliza várias situações, por exemplo, a questão do trabalho infantil. Outras situações também de violação de direitos, são naturalizadas sim (Tampala – Assistente Social/CRAS).

[...] Vocês foram para os Estados Unidos. Lá, como que era o nome do negócio, era *baby sugar*. Tem pessoas que oferecem bebês de seis, oito meses, um ano. O abusador. Quem não está diretamente da internet. [...] Por isso. Então assim cuide muito essas crianças. E, mas foram os municípios que mais culturalmente, falou o que ela falou, começando a educação. Eu tenho que trazer os pais e começo aquelas crianças ali na educação. [...] Mas é assim. Então você tem que dizer não, esse é seu direito. É obrigação do seu pai, da sua mãe zelar. Você não tem que fazer isto por eles (Babosa – Agente Comunitária de Saúde/UBS).

Novamente, tem-se o enfoque na cultura do estupro, que também se reverbera nesta região. Contudo, são necessárias as mais diversas frentes de combate para enfraquecer esse padrão historicamente instituído. A união de forças, políticas públicas, atores sociais e práticas de rompimento com relações de poder e submissão de gênero devem ser mobilizadas, assim como a melhoria das condições estruturais das famílias, para que estas possam exercer autonomamente o provimento aos/às filhos/as.

4.6.3.4 PALPITE 4¹⁶: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E CONTRADIÇÕES ANALISADAS

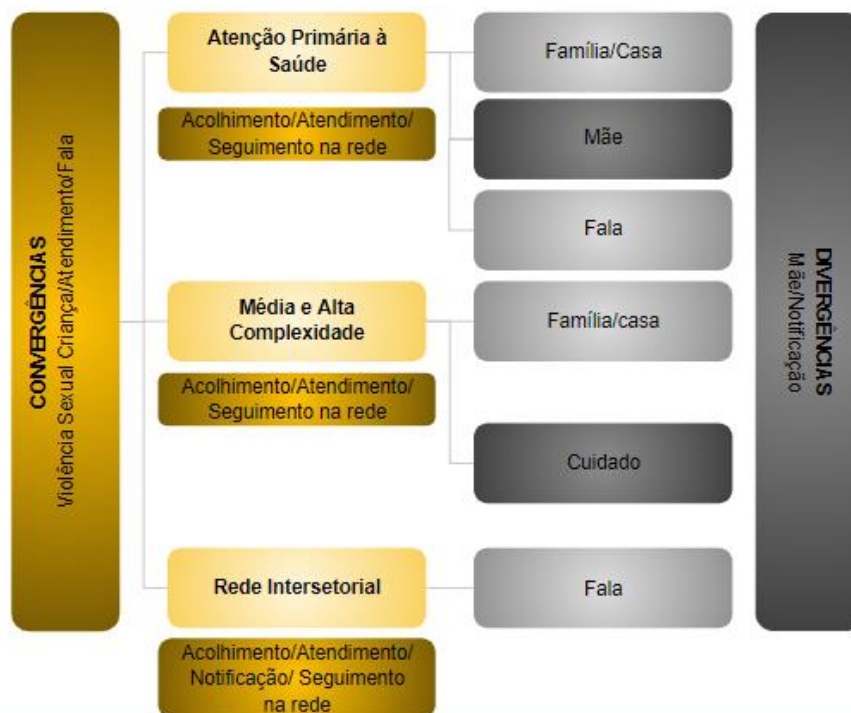
Foi possível perceber a convergência deste pressuposto de pesquisa nos três grupos de cuidado, ao compreenderem que a prevenção e a denúncia são mecanismos de cuidado. Contudo, o exercício cotidiano dessas ações se mostra frágil, evidenciado pelo baixo número de notificações no Sinan, o que confirma que as ações de prevenção se concentram principalmente no mês alusivo ao combate à violência sexual, em maio, conforme observado nos resultados do levantamento da clipagem de notícias.

Elucidaram-se particularidades, aproximações e distanciamentos na atuação dos/as profissionais da APS, Média e Alta complexidade e Rede Intersetorial, verificados mediante a ocorrência de palavras e codificações. As conexões entre essas palavras foram estabelecidas a partir do cruzamento dos dados de todos/as os/as entrevistados/as e dos grupos de níveis de atenção, conforme a organização dada pela linha de cuidado às crianças vítimas de violência sexual.

Foram identificadas as seguintes palavras de similitude: **Forte correlação:** Criança, Violência, Sexual, Atendimento/Trabalho/Fazer, Fala. **Média correlação:** Cuidado. **Fraca correlação:** Família/Casa, Mãe. Na Figura 15, abaixo, é possível visualizar as convergências e divergências encontradas na pesquisa:

¹⁶ Os serviços que compõem a linha de cuidado integral às vítimas de violência, apresentam fragilidades nas intervenções direcionadas ao enfrentamento à violência sexual contra crianças, restringindo-se a ações pontuais, mesmo diante de prerrogativas institucionais e políticas que preveem a viabilidade de ações de prevenção no território.

Figura 15 - Convergências e Divergências das entrevistas de pesquisa, 2023



Fonte: Elaboração própria (2024).

Por mais que haja convergências nas palavras relacionadas à execução das dimensões do Acolhimento, Atendimento e Seguimento na rede, nota-se uma divergência em reconhecer a figura da mãe como componente desse processo de cuidado, além da atenção primária. É fundamental dar visibilidade à mãe e à mulher, sem culpabilizá-las, pois os processos de silenciamento e a exclusão da dependência do feminino reverberam nos espaços institucionais, inclusive na média e alta complexidade em saúde e na rede intersetorial.

Percebe-se a presença de mecanismos de violência simbólica, inclusive nas narrativas de mulheres, que representam a maior parte das entrevistas. Essa situação aponta para a necessidade de identificar que os discursos carregam marcas históricas da sociedade patriarcal e machista, conforme destacado por Saffioti (2004) e Bourdieu (2012, 2016).

Outro ponto de fragilidade identificado refere-se à dimensão da Notificação, que deveria ocorrer em todos os níveis de atenção. Isso revela a necessidade de ajustes na rede de atendimento, cuidado e proteção, com a garantia legal e política de segurança aos/as profissionais. Afinal, esses/as cuidadores/as também necessitam de cuidado e suporte emocional e legal.

Embora as palavras “Família/Casa” apareçam na atenção primária, na média e alta complexidade em saúde como fontes de cuidado, percebo que a ausência dessas palavras na rede intersetorial se refere ao entendimento de cuidado apenas como serviço, e não como vínculo afetivo. A palavra “Fala”, por sua vez, não deve ser confundida com notificação e denúncia. Ela remete ao rompimento com o silêncio, algo que, por mais que seja incentivado nos serviços como uma forma de enfrentamento da violência, é extremamente difícil e doloroso para a vítima e sua família, que precisam expor algo tão íntimo, causando mal-estar e atingindo memórias, por vezes, inacessíveis.

Apesar dos mecanismos políticos e legais preverem a notificação das situações de violência sexual à vigilância epidemiológica e os devidos encaminhamentos, sabe-se que os índices de subnotificação são elevados.

Portanto, é necessário fortalecer os serviços de saúde, melhorar a operacionalização e articulação entre os diferentes níveis de atenção e aprimorar o diálogo com as instâncias locais, estaduais e federais. Esse cuidado vai além do saber técnico, envolvendo a família, os membros da Casa/Lar, sobretudo a mãe, que é predominantemente a cuidadora, e as vítimas, dentro do território onde o fenômeno da violência ocorre.

Nas convergências identificadas, o referencial teórico utilizado reforça que o cuidado é permeado por papéis de gênero, e a violência é socialmente, historicamente e culturalmente reproduzida, inclusive na região pesquisada. Assim, é urgente que as ações profissionais tenham a capacidade de romper com a predominância do cuidado atribuído ao gênero feminino, mesmo quando este ocorre de maneira formal, como serviço remunerado.

Esse exercício é fundamental, principalmente para as mulheres pesquisadas, para que reconheçam sua atuação e a reprodução dos papéis de gênero no cuidado. Contudo, também é necessário expandir essas ações para grupos masculinos de cuidado, como motoristas, gestores, atendentes e enfermeiros. Novos processos de sociabilidade e educação, em uma perspectiva não machista, são fundamentais para superar o arcabouço patriarcal.

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pontuar acepções acerca de um estudo é tecer apenas alguns apontamentos de uma contínua caminhada, que deve ser revisitada constantemente, com vistas a sempre melhor qualificar a pesquisa e, sobretudo, subsidiar práxis transformadoras de realidades.

Nesse sentido, a adoção da técnica de narrativas no contexto da violência sexual instigou os/as profissionais a trazerem e elaborarem o vivido, atribuindo significados às suas vivências. Além disso, estabeleceu-se uma relação de busca e reflexão sobre outros sentidos para questões cotidianas, o que permitiu refletir sobre a possibilidade de novas estratégias.

Foi possível identificar que os eixos da Linha de cuidado de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência não foram integralmente contemplados na atuação dos/as entrevistados/as na região pesquisada. Algumas fragilidades acerca da abordagem no cuidado a essas vítimas, no que concerne ao acolhimento, à notificação, à assistência, ao seguimento e à promoção da saúde, destacaram-se.

Os elementos que convergiram entre os níveis de atenção, no que diz respeito à parcialidade de sua atuação diante dos eixos da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violência, foram: 1) Naturalização da violência sexual (não percebem relações desiguais de poder e dominação); 2) A violência sexual ocorre contra meninas e em uma perspectiva intergeracional (foca no binarismo como diferença de gênero); 3) Falta de capacitação/formação e preparo dos/as profissionais; 4) Necessidade de trabalho preventivo para o enfrentamento do fenômeno; e 5) Disseminação de informação e cuidado à criança.

Compreendo que, por trás da violência sexual, há fortemente a violência estrutural e institucional, as quais são anteriores à ocorrência da primeira, o que dimensiona o caráter histórico de uma sociedade violenta. Isto é, vive-se e enfrenta-se sociabilidades violentas, e o/a profissional também reproduz essas características.

Já os pontos divergentes referem-se a: 1) Acolhimento das crianças vítimas de violência, nos diferentes níveis de atenção à saúde, mediados pela Linha de Cuidado para Atenção Integral, que, muitas vezes, não considera se o caso foi notificado, não identifica no território, sob o foco da atenção primária, por meio de consultas de puericultura e ações de promoção da saúde, as quais poderiam prevenir as violências

e estimular a cultura de paz; 2) O cuidado não está estabelecido na pauta da discussão de gênero; 3) O não reconhecimento da violência de gênero e simbólica, tanto nos parâmetros documentais quanto nas ações práticas de atendimento à violência sexual contra a criança.

Ficou evidente que os/as profissionais em suas localidades e condições objetivas, têm realizado o que é possível. Portanto, é necessário ouvir o/a trabalhador/a da ponta para rever a prescrição do protocolo.

Pergunta-se até que ponto o protocolo facilita o acesso ao serviço ou burocratiza o processo. Além dos/as profissionais, os/as gestores/as também devem ser acionados/as. Não basta ter as condições objetivas de apoio para abordar e enfrentar a violência; é necessário investir em sensibilização, capacitação, aprimoramento, discussão de casos, mudanças culturais – um trabalho a longo prazo e incessante.

Em relação às análises individualizadas dos pressupostos de pesquisa, entendo a violência sexual como um fenômeno complexo, que exige serviços especializados e profissionais capacitados/as para uma atuação ética e célere. Predomina uma estrutura machista, patriarcal e sexista, que impõe ações fragmentadas e reduzidas. Pondero que tais ações, infelizmente, não alcançam a integralidade da atenção às vítimas, conforme os princípios da promoção da saúde, acolhimento, notificação, assistência e seguimento definidos pela Linha de Cuidado para Atenção Integral de Crianças e Adolescentes em Situação de Violência, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, embora busquem melhorar.

O investimento em formação teórica acerca da violência sexual é essencial, sobretudo sob os alinhamentos propostos por Minayo (violência estrutural, intrafamiliar, institucional e de gênero), dada sua amplitude e multicausalidades. Além disso, essa compreensão deve ser adotada sob uma perspectiva intersetorial, na qual todos os órgãos e setores que atendem à infância devem ser envolvidos. Isso deve ser integrado a um processo de aprimoramento que qualifique o entendimento da violência sexual na localidade, sem se descolar dos aspectos simbólicos corroborados por Bourdieu, e de uma leitura e análise sob a perspectiva de gênero. Afinal, a articulação necessária para esse processo é um grande desafio de gestão, impactando diretamente a atenção ao/a criança que é cuidada.

A discussão conceitual precisa ser fomentada e qualificada entre os/as trabalhadores/as para um melhor entendimento e identificação da questão, pois a

violência sexual tem se utilizado de recursos tecnológicos. Isso corrobora o estudo de Reis *et al.* (2017), que mostrou, por meio de pesquisa com 412 enfermeiros da rede municipal de saúde de Curitiba, que a maior dificuldade em identificar a violência deve-se ao despreparo técnico e emocional das equipes. Além disso, muitos profissionais se sentem inseguros devido à falta de proteção nos casos de denúncia de abuso, temendo ser coagidos ou sofrer algum tipo de agressão ou represália por parte dos agressores.

A notificação é parte do cuidado integral; logo, aprimorar e reduzir os índices de subnotificação contribui para uma melhor proteção das crianças, sendo uma prerrogativa de toda uma rede intersetorial articulada. Para tanto, recomendo que os órgãos e setores definam melhores fluxos para essa notificação, aprimorem e busquem o preenchimento completo da ficha do Sinan, especialmente nos municípios de Toledo e Palotina. São essenciais, portanto, a garantia de sigilo dos/as responsáveis por esse instrumento; o preparo técnico e emocional para romper com qualquer receio e/ou medo de notificar; bem como a previsão efetiva de mecanismos de segurança.

Mesmo com desconhecimento sobre a referência abordada, na prática cotidiana, os profissionais executam as dimensões do cuidado, embora nem todas as esferas ofereçam a mesma cobertura, e a implementação ocorra de maneira integral. Algumas dimensões oscilam entre níveis específicos de atenção, o que revela a necessidade de disseminar informações sobre este documento na região.

O grande desafio do enfrentamento da violência sexual contra a criança é semelhante ao de outras demandas no país: necessita ultrapassar ações pontuais. Assim, mobilizações impulsionadas pelas instâncias de controle social e participação, em que as gestões regionais articulem os municípios para enfrentar a violência sexual de maneira planejada, inclusive com parâmetros avaliativos de eficácia, eficiência e efetividade na modalidade de prevenção, são urgentes. Afinal, a prevenção resolutiva não deve ser a única a ser reproduzida em larga escala, uma vez que o campo das relações e suas características, bem como as linguagens, são de alcance local e devem ser respeitadas.

Ao final desta investigação, aponto algumas limitações encontradas ao longo do processo e realizo reflexões para o desenvolvimento de futuras investigações.

A ideia inicial deste estudo era dar voz às experiências e angústias de cuidadores/as e profissionais, porém não obtive adesão do primeiro grupo. Embora

perceba que esse fato não tenha desmerecido o trabalho apresentado, compreendo as limitações e os desafios de abordar um assunto de tamanha delicadeza, especialmente por quem viveu e vive as consequências da violência, que são para toda uma vida.

Quanto ao processo de coleta de dados, inicialmente, o contato telefônico e via WhatsApp teve pouca receptividade e adesão, mas, ao estabelecer o contato presencial, com visitas in loco ao campo, fui surpreendida pela abertura e acolhimento. Isso revela que, devido à sensibilidade do tema, ele deve ser tratado com maior proximidade. Avalio que a postura de ir até os/as profissionais demonstrou nossa ética, respeito e compromisso com o assunto, o que resultou em uma recepção recíproca nesses aspectos.

Outra limitação do estudo foi a exploração insuficiente, durante o processo de coleta de dados, sobre a dimensão das notificações de violência sexual, que são de suma importância. Essa questão foi bem abordada na fase quantitativa dos resultados, mas pouco explorada na fase qualitativa, durante as entrevistas. Entendo que esse ponto deveria ter sido melhor contemplado no instrumento de coleta de pesquisa e fica como uma recomendação para novos estudos.

Por fim, em virtude de estar implicada com a temática, enfrentei grande dificuldade ao tentar observar e me aproximar do “estranho próximo” (objeto de pesquisa). Embora o ato de pesquisar nos coloque na posição de cuidar para não contaminar os dados coletados, foi necessária muita disciplina para observar os municípios que me são próximos, especialmente porque tenho conhecidos/as na profissão. Analisar essa realidade com a “estranheza” que o objeto de pesquisa requer foi desafiador. Este ponto, no entanto, não considero uma limitação, mas uma dificuldade.

Pondero que o conhecimento sobre a dinâmica do fenômeno da violência e a percepção dos/as profissionais sobre o cuidado me incentiva a expandir os estudos para uma perspectiva comparativa com outras realidades, buscando viabilizar ações reflexivas e subsidiar a revisão de diretrizes e protocolos conforme as demandas regionais e locais. Isso pode fortalecer o papel e a atenção da rede de proteção, qualificando-a melhor, o que, conseqüentemente, reflete em ações de enfrentamento à violência sexual contra crianças.

Assim sendo, este estudo me provoca a reafirmar o compromisso com uma proposta de transformação da realidade, que busque mitigar e minimizar os

sofrimentos, inquietações e silêncios que assombram e ecoam nas mentes das vítimas, familiares e profissionais.

REFERÊNCIAS

ADED, Naura Liane de Oliveira; DALCIN, Bruno Luís Galluzzi da Silva; MORAES, Talvane Marins de; CAVALCANTI, Maria Tavares. O abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 204-213, 2006.

ALBENAZ, [Antonio Luiz Goncalves](#); COUTO, [Maria Cristina Ventura](#). A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde. In: [Saúde debate. Rio de Janeiro](#). 46. pp. 236-248, out.-dez. 2022.

ALBUQUERQUE, Clarissa. SILVA; Patrícia Dineck da; LEMIESZEK, Marina Bianchi; ROCHA, Gibsi Maria Possapp. Abuso sexual na infância. **Acta méd.**, Porto Alegre. 2015. v. 36.

ALEJANDRO, Diego. Puberdade precoce aumentou após pandemia e cientistas suspeitam do porquê. **Veja**. Saúde. [Online], 4 ago. 2023. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/puberdade-precoce-aumentou-apos-pandemia-e-cientistas-suspeitam-do-porque>. Acesso em: 11 mar. 2024.

ALTAFIM, Elisa Rachel Pisani; SOUZA, Maíra; TEIXEIRA, Luiza; BRUM, Daniela; VELHO, Carolina. **O Cuidado Integral e a Parentalidade Positiva na Primeira Infância**. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/biblioteca>. Acesso em: 12 mar. 2023.

AMARO, Sarita et al. **Serviço Social na escola: o encontro da realidade com a educação**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1997.

ANDI. Agência de Notícias dos Direitos da Infância. **Infância na mídia - a criança e o adolescente no olhar da imprensa brasileira**. Relatório 2003/2004. Brasília/DF. 2005.

ANTONIO, Eliana Maria Restum; FONTES, Teresa Maria Pereira. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 20, n. 2, 2012.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA / Fórum Brasileiro de Segurança Pública.– (2020/2021)- .– São Paulo: FBSP, 2023. 357 p.: il.
APOLINÁRIO, Thiago Dornela. Violência sexual: avaliação e encaminhamento terapêutico. **PQU Podcast**. Episódio 195. [Online], 22 maio 2022. Disponível em: <https://pqupodcast.com.br/pqupodcast/episodio-195-violencia-sexual-avaliacao-e-encaminhamento-terapeutico/>. Acesso em: 01 ago. 2023.

APOLITICAL. **A violência contra mulheres e crianças está profundamente ligada: por que a política é isolada?** [Online], 15 jan. 2018. Disponível em: <https://apolitical.co/solution-articles/pt/violencia-mulheres-criancas-profundamente-ligadas-solucoes-isoladas>. Acesso em: 17 set. 2024.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Atendimento a mulheres e famílias vítimas de violência doméstica. **Perfil - Revista de Psicologia**, UNESP, Assis, v. 9, p. 07-17, 1996.

ARAÚJO, Ana Paula. *Abuso: a cultura do estupro no Brasil*. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2020.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução: Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ARPINI, Dorian Mônica; SOARES, Adriane Cristine Oss-Emer; BERTÊ, Lidiane; FORNO, Cristiano Dal Forno. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 2, p. 95-112, dez. 2008.

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. *In*: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 205-231. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

ASSINI-MEYTIN, Luciana C; FIX, Rebecca L; LETOURNEAU, Elizabeth J. Child sexual abuse: the need for a perpetration prevention focus. **Journal of Child Sexual Abuse**, Philadelphia, v. 29, n. 1, p. 22-40, 2020.

ASSIS, Simone Gonçalves. **Violência, criança e comportamento: um estudo em grupos sociais distintos**. (Relatório final de pesquisa). Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

ATLAS BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. 2021. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br> Acessado em: 11 Out. 2024.

AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança? **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 1-19, 2006.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviani Nogueira de Azevedo. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2. ed. 1993. São Paulo: Cortez. AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. (org.) **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989. p. 13-21.

BATISTA, Vanderléia; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; KRENKEL, Scheila. A tomada de decisão de profissionais frente a situações de abuso sexual infanto-juvenil: uma revisão integrativa. **Mudanças**, São Paulo, v. 24, p. 49-63, 2016.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edição revisada e atualizada. Lisboa: edições 70, 2009.

BELEI, R. A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R.; NASCIMENTO, E. N.; MATSUMOTO, P. H. V. R. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, 2008.

BERNARDI, Marcelo. **A deseducação sexual**. 2 ed., São Paulo : Summus, 1985. 144p

BOFF, Leonardo. Da importância dos abusos sexuais na França. *In*: GABEL, Marcelline (Org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997. p. 29-42.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 6. Ed. 1999.

BOTTOMS, Bette L.; PETER-HAGENE, Liana C.; STEVENSON, Margaret C.; WILEY, Tisha R. A.; MITCHELL, Tracey Schneider.; GOODMAN, Gail S. Explaining Gender Differences in Jurors' Reactions to Child Sexual Assault Cases. *Behavioral Sciences and the Law*. **PubMed**, Estados Unidos, v. 32, p. 789-812, 2014.

BOURDIEU, Pierre. **A reprodução**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BOURDIEU, Pierre. **Dominação Masculina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Best Bolso, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Lei 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, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes**: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Editora MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Senado Federal. Lei 12.015/2009. Brasília, DF: Senado Federal, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 485/2014**. Redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Única de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2014.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Balanco semestral do disque direitos humanos - Disque 100**. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1dgbXH3DuJxX8naNdx1YGN_y6Hrle-hvK/view?usp=sharing. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 06 nov. 2023.

BRASIL. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017 **Boletim Epidemiológico 27**. Brasília, DF, v. 49, n. 27, jun. 2018a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/2018-024.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. 40 p.

BRASIL. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH). **Disque Direitos Humanos**: Relatório 2019. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes** – abordagem de casos concretos em uma perspectiva multidisciplinar e interinstitucional. Brasília, DF, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/CartilhaMaioLaranja2021.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/planevca-matriz-02-exploracao-sexual>. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Puberdade Precoce Central**. Brasília, DF, 2022b.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População mais informada faz aumentar denúncias de crimes sexuais contra crianças e adolescentes na internet**. [online], 07 out. 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/eleicoes-2022-periodo-eleitoral/populacao-mais-informada-faz-aumentar-denuncias-de-crimes-sexuais-contra-criancas-e-adolescentes-na-internet>. Acesso em: 26 maio 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **1º Semestre de 2020 - Painel de dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos**. [online], 29 dez. 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/primeiro-semester-de-2020>. Acesso em: 13 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. **Boletim Epidemiológico 8**, Brasília, DF, v. 54, n. 8, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08/@download/file>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan net, 2012-2022**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 01 maio 2024.

BRIDGEWATER, Grace. Physical and sexual violence against children in Kenya within a cultural context. **Community Pract**, Londres, 2016. v. 89. p. 30-34.

CAILLÉ, Alain. A dádiva das palavras. *In*: MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **A dádiva entre os modernos**: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 191-205.

CANT, Rosemary L.; HARRIES, Maria; CHAMARETTE, Christabel. Using a Public Health Approach to Prevent Child Sexual Abuse by Targeting Those at Risk of Harming Children. **International Journal on Child Maltreatment**, Suíça, v. 5, p. 573-592, 2022.

CARVALHO, Cláudia Maciel. Violência infanto-juvenil, uma triste herança. *In*: ALMEIDA, Maria da Graça Blaya (Org.) **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 30-43.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Em 20 anos, dobra o número de mulheres que exercem a medicina no Brasil**. [Online], 08 dez. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/em-20-anos-dobra-o-numero-de-mulheres-que-exercem-a-medicina-no-brasil>. Acesso em: 10 ago. 2024.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº. 2.378/2024**. Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro. Brasília, 2024. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br> Acessado em 17 Out. 2024.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. *In*: Cardoso, R., Chauí, M. & Paoli, M. C. (Org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 25-62.

CHAVES, Larissa Nogueira; NEVES, Maribel Nazaré dos Santos Smith; NEVES, Maribel Nazaré dos Santos Smith; ARAÚJO, Maria Helena Mendonça de; CALANDRINI, Tatiana do Socorro dos Santos; CARDOSO, Rosilene Ferreira; MENEZES, Rubens Alex de Oliveira. Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas em um hospital de referência da Amazônia brasileira: um estudo exploratório-descritivo. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 138-146, 2020.

CHEHAB, Maria Aparecida Dix. PAIVA, Láercio da Silva. FIGUEIREDO, Francisco Winter dos Santos. DABOIN, Bianca Elena Guerreiro. REATO, Lígia de Fátima Nóbrega. ADAMI, Fernando. Características do abuso sexual em Santo André, São Paulo, Brasil: das vítimas ao agressor, do diagnóstico ao tratamento. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum**, São Paulo, v. 27, p. 228-234, 2017.

CLIPAGEM. *In*: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa. [Online], 2023. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/clipagem>. Acesso em: 11 set. 2023.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. 2011. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. Thousand Oaks, Sage, 488 p.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta estabelecimento – identificação**. [Online], 2024. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=TOLEDO>. Acesso em: 19 fev. 2024.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução Rane Souza. - 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

CONITEC. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIE. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde - DGITIS. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - CPCDT. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Puberdade Precoce Central** - Abril/2022. Brasília, DF, 2022.

CONTE, J. R. Sexual abuse of children. Issues in childrens' and Families' lives. v. 1. *In*: HAMPTON, R.L.; GULLOTA, G.; ADAMS, E.H. **Family violence: prevention and treatment**. Potter III & R.P. Weissberg, edit, Califórnia: Sage Publications, 1993. p. 56-85.

CIB/PR. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR. **Deliberação nº. 287/2013**. Curitiba, 2013.

CORAZZA, Sandra Mara. **Infância & Educação: era uma vez... quer que conte outra vez?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

CRENSHAW, Kimberlé Williams. Mapping the margins: intersectionality, identity politics and violence against women of color. *In*: FINEMAN, Martha Albertson; MYKITIUK, Roxanne (Org.). **The public nature of private violence**. Nova York: Routledge, 1991, p. 93-118.

CUIDADO. *In*: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa. [Online], 2023. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/cuidado>. Acesso em: 18 jul. 2023. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 134-40, abr./jun. 2013.

DE MAUSE, Lloyd. História de la infância. Madri: Alianza Universid, 1991.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S (Eds.). **The Sage Handbook of qualitative research**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2005. p. 1-32.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva: construindo um novo método para a enfermagem**. São Paulo, Ícone, 1996.

EFFTING, Juliana Hickmann.. **Informativo Vigilância Socioassistencial nº. 06/2020**. Mercedes/PR, 2020.

ELIAS, Norbert. O processo civilizador. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,1993
FALEIROS, Eva Teresinha Silveira. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília, DF: Thesaurus, 2000.

FÁVERO, Eunice Teresinha. **Serviço Social, práticas judiciárias, poder**. São Paulo: Veras, 1999.

FELIPE, Jane. Scripts de gênero, sexualidade e infâncias: temas para a formação docente. *In*: ALBUQUERQUE, Simone Santos; FELIPE, Jane; CORSO, Luciana Vellinho (Org.). **Para pensar a docência na educação infantil**. Porto Alegre: Evangraf, 2018. (no prelo).

FELIZARDO, Dilma; ZÜCHER, Eliane; MELO, Keilla. Violência Sexual: Conceituação e Atendimento. *In*: LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) *et al.* **Violência faz mal à saúde**. Textos básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 69-80

FERRARI, Dalka Chaves de Almeida; VECINA, Tereza Cristina Cruz. **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buquerque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio**: dicionário de língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico (Org.). **Educação Sexual**: em busca de mudanças. Londrina, UEL, 2009.

FIXA, Rebeca L.; BUSSOB, Daniel S.; MENDELSONA, Tamar; HOPKINS, Letorneaua aJhons. Changing the paradigm: Using strategic communications to promote recognition of child sexual abuse as a preventable public health problem. **Child Abuse Negl.**, Ohio, v. 117, p. 1050-1061, 2021.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da.; EGRY, Emiko Yoshikawa; BERTOLOZZI, Maria Rita. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde doença. *In*: FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC**. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, 2006. p. 1-24.

FOLHA DA TERRA. **Palotina registrou 33 casos de abuso sexual e estupro de vulnerável em 2019**. Publicado em 24/10/2020. Disponível em: <<http://www.folhadaterraweb.com.br/noticias/geral/capa/2020/01/palotina-registrou-33-casos-de-abuso-sexual-e-estupro-de-vulneravel-em-2019.html?pagina=121>> Acessado em: 15 Set. 2023.

FORNI, G.; PIETRONIGRO, A.; TIWANA, N.; MOSILLO, M.; PELLAI, A. Little red riding hood in the social forest. Online grooming as a public health issue: a narrative review. **Ann Ig.**, Roma, v. 32. n.3, p. 305-318, 2020.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande e senzala**: formação da família brasileira sob regime de economia patriarcal. 51. ed. São Paulo: Global, 2007.

FURNISS, Tilman. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.

FLICK, Uwe. Introdução à pesquisa qualitativa. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; ARAÚJO, Paula Caetano; ROVIDA, Tânia Adas Saliba; ROCHA, Ana Carolina; ARCIERI, Renato Moreira; GARBIN, Artênio José Ísper. Violência na população infantil: perfil epidemiológico dos abusos verificados no ambiente escolar. **Rev. Ciênc. Plur.**, Natal/RN, v. 2, n. 2, p. 41-54, 2016.

GAZETA DE TOLEDO. **Mais de 400 crianças e adolescentes sofreram violência sexual em Toledo entre 2018 a abril de 2023**. Publicado em: 18 de maio de 2023. Disponível em: <https://gazetadetoledo.com.br/mais-de-400-criancas-e-adolescentes-sofreram-violencia-sexual-em-toledo-entre-2018-a-abril-de-2023/> Acessado em: 11 Out. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRGIRA, Timketa; TILAHUN, Birkein; BACHA, Tigist. Time to presentation, pattern and immediate health effects of alleged child sexual abuse at two tertiary hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Public Health**, publicação on-line v. 14, 2014.

GOELLNER, Silvana Vilodre. Feminismos, mulheres e esportes: questões epistemológicas sobre o fazer historiográfico. **Movimento**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 171-196, mai./ago. 2007.

G1. Acessado em 17 out. 2024. Eleições em Mercedes (PR): Veja como foi a votação no 2º. Turno. 2022a. Publicado em: 30/10/2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2022/10/31/eleicoes-em-mercedes-pr-veja-como-foi-a-votacao-no-2o-turno.ghtml>.

G1. Acessado em 17 out. 2024. Eleições em Palotina (PR): Veja como foi a votação no 2º. Turno. 2022b. Publicado em: 30/10/2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2022/10/30/eleicoes-em-palotina-pr-veja-como-foi-a-votacao-no-2o-turno.ghtml> Acessado em 17 out. 2024.

G1. Acessado em 17 out. 2024. Eleições em Toledo (PR): Veja como foi a votação no 2º. Turno. 2022c. Publicado em: 30/10/2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2022/10/31/eleicoes-em-toledo-pr-veja-como-foi-a-votacao-no-2o-turno.ghtml> Acessado em 17 out. 2024.

GROSSI, Patrícia Krieger; VIEIRA, Monique Soares; GASPAROTTO, Geovana Prante; COUTINHO, Ana Rita Costa; LEITE, Maria Inês Nunes Barcelos Madalena. **O enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes**: desafios à

intersetorialidade. repositório PUCRS, 2013. disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/9473>. Acesso em: 03 nov. 2022.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

GUTIÉRREZ LÓPEZ, Carolina. **Processos e significados da experiência de pais, mães ou cuidador primário de crianças abusadas sexualmente**. 2016. 147 f. Tese ((Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

HABIGZANG, [Luísa Fernanda](#); KOLLER, Silvia H.. **Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2012.
HEASMAN, Ainslie; FOREMAN, Thomas. Bioethical Issues and Secondary Prevention for Nonoffending Individuals with Pedophilia. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Sausalito, CA, v. 28, n. 2, p. 264-275, 2019.

HERAT, Joanna. **Evaluation of sexuality education**. Berlin: United Nations Education, Scientific and Cultural Organization, 2017.

HISGAIL, Fani. **Pedofilia: um estudo psicanalítico**. São Paulo: Iluminuras, 2007.
HISTÓRIA do Hospital da mulher de São Paulo. Hospital Pérola Byington – Centro de Referência da Saúde da Mulher. São Paulo, SP, 2013. Disponível em: <https://hospitalperola.com.br/o-hospital-php/>. Acesso em: 25 ago. 2023.
HOHENDORFF, Jean Von; PATIAS, Naiana Dapieve. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 49, p. 239-257, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. **Perfil das crianças do Brasil**. 2018. IBGE EDUCA. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/2697-ie-ibge-educa/jovens/materias-especiais/20786-perfil-das-criancas-brasileiras.html>. Acesso em: 13 abr. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. **Painel de indicadores**. On-line, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html> Acessado em: 17 Out. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. **IBGE Cidades - Mercedes**. 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/mercedes/panorama>. Acesso em: 27 nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades - Toledo**. 2022b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/toledo/panorama>. Acesso em: 27 nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. **IBGE Cidades - Palotina**. 2022c. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/palotina/panorama>. Acesso em: 27 nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. **IBGE Cidades. 2023a.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama> Acessado em 17 Out. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. **IBGE Cidades - Paraná. 2023b.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama> Acessado em 17 Out. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. **Toledo.** [online], 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/toledo.html>. Acesso em: 19 fev. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Agenda 2030:** objetivos de desenvolvimento sustentável: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil: ODS 16: promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Brasília: Ipea, 2024. 20 p. (Cadernos ODS, 16).

INSTITUTO VITAE. **Implantação supervisionada dos protocolos da Escuta Especializada em Palotina-PR.** [Online], 2022. Instagram: @Institutovitae.

Disponível em:

https://www.instagram.com/p/CV02vEIsSI7/?utm_source=ig_web_copy_link&igsh=MzRIODBiNWFIZA==. Acesso em: 12 jun. 2024.

JUNIOR, Alúcio Gomes da Silva; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 243-256.

KAPPEL, Verônica Borges; GONTIJO, Daniela Tavares; IWAMOTO, Helena Hemiko; ISOBE, Rogéria Moreira Rezende. Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil na perspectiva dos participantes de um curso de formação. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 17. p. 217-223, 2012.

KATAGUIRI, Lidieine Gonçalves; SCATENA, Lúcia Marina; RODRIGUES, Leiner Resende; CASTRO, Sybele de Souza. Characterization of sexual violence in a state from the Southeast Region of Brazil. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 28, e20180183, 2019.

KERNA, Nicholas A.; HOLETS, Hilary M.; HAFID, Abdullah; PRUITT, Kevin D.; CARSRUD, Victor; NWOKONE, Uzoamarka; FLORES, John V.; NOMEL, Raymond; WAUGH, Shain. How to detect and what to do with child abuse? **Rev Prat**, Paris, França, v. 65, n. 5, p. 660-664, maio 2015.

KONSTANTOPOULOS, Wendy Macias; AHN, Roy; ALPERT, Elaine J.; CAFFERTY, Elizabeth; MCGAHAN, Anita; WILLIAMAS, Timothy P.; CASTOR, Judith Palmer; WOLFERSTAN, Nadya; PURCELL, Genevieve; BURKE, Thomas F. An international comparative public health analysis of sex trafficking of women and girls in eight cities:

achieving a more effective health sector response. **J Urban Health**, Bethesda/MD, v. 90, p. 1194-1204, 2013.

KRUG E. G. *et al.* ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. OMS: Genebra, 2002. 380p.

LACERDA, Rúbia Aparecida *et. al.* Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e reflexão na área da prevenção em saúde humana. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1997.

LIMA, Jeanne de Souza. Análise da implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro. **J Interpers Violence**, Rio de Janeiro, v. 37, 2012, p. 145

LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O Corpo Educado**: pedagogias da sexualidade. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 179 p.

LUGÃO, Klisia Verona MSF.; GONÇALVES, Gabriela E.; GOMES, Ivete M.; SILVA, Viviane P.; CARDOSO, Claudete Aparecida A. Abuso sexual crônico: estudo de uma série de casos ocorridos na Infância e na adolescência. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Niterói, v. 24, 2012.

LUZ, Madel Therezinha. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 7-19.

MACEDO, Aldenora Conceição de. **Ser e tornar-se**: meninas e meninos nas socializações de gêneros da infância. 174 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MACEDO, Davi Manzini; LAWRENZ, Priscila; HOHENDORFF, Jean Von; FREITAS, Clarissa Pinto Luísa; KOLLER, Sílvia Helena; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Characterization of Child Maltreatment Cases Identified in Health Services. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3018, 2020.

MACMAGAZINE. **Brasil é o 2º país que mais passa tempo em frente às telas**. Escrito por: **Yan Avelino**. Publicado em: 19/04/2023. Disponível em: <https://macmagazine.com.br/post/2023/04/19/brasil-e-o-2o-pais-que-mais-passa-tempo-em-frente-as-telas/> Acessado em 16 Out. 2024.

MACÊDO, Vilma Costa de. **Atenção integral à saúde da criança**: políticas e indicadores de saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

MAGAÑA, Irene; RAMÍREZ, Carlos; MENÉNDEZ, Luciano. Abuso sexual infantil (ASI): comprensiones y representaciones clínicas desde las prácticas de salud mental. **Ter. psicol.**, Belo Horizonte, v. 32, p. 133-142, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996.** 2001. 467 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - DMPS/FCM/Unicamp, Campinas, 2001.

MANUAL. In: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa. [Online], 2023. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/manual>. Acesso em: 11 set. 2023.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. **Anais [...]**. Bauru: USC, 2004.

MARTINS, João Rodrigo Vedovato. A quebrada é quente: Gênero e infância na periferia de São Paulo. **Periferia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 245-270, 2019.

MASSERA, Guadalupe; SALDÍAS, Milagros; FRIDMAN, Nora; DELFIN, Virginia; ZAGALSKY, Patrícia. Interconsulta en maltrato infantojuvenil: Característica de la población con sospecha de maltrato infantojuvenil del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. **Med. Infant.** Buenos Aires, Argentina, v. 26, p. 351-357, 2019.

MATHEWS, Ben. Optimising implementation of reforms to better prevent and respond to child sexual abuse in institutions: Insights from public health, regulatory theory, and Australia's Royal Commission. **Child Abuse & Neglect**, Ontário/CA, v. 74, p. 86-98, 2017.

MAZZARDO, Rosa Irene. **Prevenção do abuso sexual infanto-juvenil: produção de material educativo para mães.** 2012. 25 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) – Escola do Grupo Hospitalar Conceição e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ, Porto Alegre, 2012.

MERCEDES. Prefeitura Municipal. **Decreto nº. 115/2016.** Institui o comitê municipal de saúde mental e enfrentamento à violência [...] Mercedes, 2016. Disponível em: http://www.mercedes.pr.gov.br/arquivos/legislacao_anexos/14806734894799603.pdf. Acesso em: 08 out. 2023.

MERCEDES. Prefeitura Municipal. **Decreto nº. 084/2021.** Mercedes, 2021. Regulamenta o serviço de vigilância socioassistencial [...]. Disponível em: https://www.mercedes.pr.gov.br/arquivos/legislacao_anexos/2021/05/Decreto_084_Regulamenta_o_servico_de_vigilancia_socioassistencial_no_Municipio..pdf. Acesso em: 10 ago. 2023.

MERCEDES. Prefeitura Municipal. **Decreto nº. 142/2022.** Mercedes, 2022. Regulamenta, no âmbito do município de Mercedes, o serviço público de escuta especializada, nos termos da lei nacional [...]. Disponível em: https://www.mercedes.pr.gov.br/arquivos/legislacao_anexos/2022/09/Decreto142

[Regulamenta no ambito do municipio o servicos publico de escuta especializa da.pdf](#). Acesso em: 10 ago. 2023.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Textos do Projeto-Piloto VER-SUS**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2023

MERHY, Emerson Elias. **O processo de trabalho na saúde**. Notas da conferência. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 27 abr. 2004.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). *In*: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e Democracia**: A luta do CEBES. 1997. p. 125-142.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Métodos, técnicas e relações em triangulação**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a. 244p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência um problema para a saúde dos brasileiros. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF, 2005b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 9-42.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 10. edição. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2006a.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In*: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. *In*: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia (org.) **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. p. 21-42.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *In*: MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA,

Maria Fátima (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde** 1. ed. Brasília, DF : ECoS, 2021. v. 1. p. 31-47.

MODENA, Maura Regina. **Conceitos e formas de violência**. [recurso eletrônico]. Caxias do Sul, RS: EducS, 2016.

MONTEIRO, Daniela Ttrevisan; JAEGER, Fernanda Pires; QUINTANA, Alberto Manuel; ARPINI, Dorian Mônica. Crimes sexuais: a outra face da infância e da adolescência. *In: Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 30, p. 463-476, 2012.

MORÉ, Cloo. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. *In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO, 6., Atas [...]*; Aracaju, SE. Goiânia: UFG; 2015. p. 126-31. v. 3.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; OLIVEIRA, Davisson Michetti de.; OLIVEIRA, Caio Alves Barbosa de.; ALENCAR, Lucas Noronha de.; ORFÃO, Nathalia Halax. Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4410-4417, nov. 2017.

MOTTI, Antonio José Angelo; CONTINI, Maria de Lourdes Jeffrery; AMORIM, Sandra Maria Francisco de. **Consolidando a experiência do PAIR**. Campo Grande: Editora UFMS, 2008.

NASCIMENTO; Alexandre Ferreira do.; DESLANDES, Suely Ferreira. A construção da agenda pública brasileira de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1171-1191, 2016

NAZAR, Susanna. Casos de pedofilia virtual se multiplicam no Brasil com os avanços da inteligência artificial. **Jornal da USP**. São Paulo, 19 jul. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/casos-de-pedofilia-virtual-se-multiplicam-no-brasil-com-os-avancos-da-inteligencia-artificial/>. Acesso em: 20 mar. 2024.

NERY, Natuza. Economia do cuidado: o trabalho invisível. Podcast “O Assunto”. **G1**. Globo.com. [Online], 12 maio 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/podcast/o-assunto/noticia/2023/05/12/o-assunto-959-economia-do-cuidado.ghtml>. Acesso em: 25 jun. 2023.

NOREÑA-HERRERA, Camilo; RODRÍGUEZ, Sergio Andrés. Sexual violence in a Colombian municipality: Victims' and offenders' characteristics, 2011-2020. **Biomedica**, v. 42, n. 3, p. 492-507, set. 2022.

NUNES, Laís Soares. **Abuso infantil**: significados e condutas de dentistas da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte: um estudo qualitativo. 2020. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Belo Horizonte, 2020.

OLIVEIRA, Betânia Machado Faraco; DAHER, Donizete Vago. Implantação do serviço de referência contra violência infantojuvenil: um relato de experiência. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3704-3709, 2016.

OLIVEIRA, Yasmin da Silva; SILVA, Denise Rodrigues da. POMBO, Ana Paula Mundim. MOURA, Roudom Ferreira. Epidemiologia da violência sexual infanto-juvenil no município de São Paulo. **Nursing**, São Paulo, v. 23, p. 5055-5066, 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, URSS, 12 set. 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

ONU NEWS. **Cerca de 1 bilhão de crianças no mundo são vítimas da violência todos os anos**. ONU NEWS. [Online], 18 jun. 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/06/1717372>. Acesso em: 02 maio 2023.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Casais e famílias: uma visão contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PAIVA, Leila. **Violência Sexual: Conceitos**. Curso de disseminação da metodologia do PAIR – violência sexual contra crianças e adolescentes: teoria e prática. São Paulo: Instituto Aliança, 2012.

PARANÁ. **Decreto 11042 - 14 de maio de 2014**. Publicado no Diário Oficial nº. 9602 de 15 de maio de 2014. Curitiba, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Saúde Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersetoriais. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual**: abordagem multidisciplinar. 3. ed. Curitiba, SESA, 2021a. 92p.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. **Resolução SESA nº 1026/2021**. Institui o Incentivo Financeiro Estadual de Apoio para implantação e implementação do Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz (Núcleo de Paz) nos municípios. Curitiba, 2021b.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. **Decreto 8116 - 13 de julho de 2021**. Regulamenta a Lei Federal nº 13.431/2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Publicado no Diário Oficial nº. 10975 de 13 de julho de 2021. Curitiba, 2021c.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório de Monitoramento dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde no Paraná**. Curitiba, 2021d.

PETERMAN, Amber; NEIJHOFT, Anastasia; COOK, Sarah; PALERMO, Tia M. Understanding the linkages between social safety nets and childhood violence: a review of the evidence from low- and middle-income countries. **Health Policy and Planning**, São Francisco, v. 32, n. 7, p. 1049-1071, set. 2017.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C.; MCLNERNEY, P., BALDINI SOARES, C.; KHALIL, H.; PARKER, D. Chapter 11: Scoping Reviews. *In*: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. The Joanna Briggs Institute. [Online], 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. Acesso em: 10 maio 2023. p. 406-451.

PETEZNIETO, Paula; MONTES, Andres; LANGTONS, Lara; ROUTIER, Solveig. **Os custos e o impacto econômico da violência contra as crianças**. ODI. Overseas Development Institute. Londres, 2014. Disponível em: https://pt.slideshare.net/slideshow/embed_code/50095367. Acesso em: 25 jun. 2023.

PIMENTEL, Adelma; ARAÚJO, Lucivaldo da Silva. Abuso sexual intrafamiliar. **Revista Paraense de Medicina**, Belém-PA, v. 20, n. 3, p. 39-42, jul./set. 2006.
PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. Integralidade na atenção à saúde da população. *In*: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: ABEM, 2004. pp. 343-349.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Quando Dádiva se Transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006. p. 39-58.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

PLATT, Vanessa Borges; COELHO, Elza Berger Salema; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Completitude, consistência e não duplicidade dos registros de violência sexual infantil no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Santa Catarina, 2009-2019. **Epidemiol. serv. Saúde.**, Brasília, v. 31, e2021441, 2022.

PODER360. **STJ não vê estupro em caso de menina de 12 anos que engravidou**. [Online], 14 mar. 2024. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/justica/stj-nao-ve-estupro-em-caso-de-menina-de-12-anos-que-engravidou/>. Acesso em: 16 mar. 2024.

POLLI, Rodrigo Gabbi; SAVEGNAGO, Sabrina Dal Ongaro; ARPINI, Dorian Mônica. Psicoterapia e psicoterapeuta: representações de uma criança sob suspeita de sofrer abuso sexual. **Mudanças**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 20-29, jul./dez. 2013.

PRISZKULNIK, Léia. Violência contra crianças: desafios só para médicos? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 58-63, 2009.
PROTEGER. *In*: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa. [Online], 2023. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/proteger>. Acesso em: 18 jul. 2023.

REIDA, Sandra D.; REDDOCK, Rhoda; NICKENIGA Tisha.. Breaking the silence of child sexual abuse in the Caribbean: a community-based action research intervention model. **J Child Sex Abus.**, Londres, v 23, n. 3, p. 256-277, 2014.

REIDA, Sandra D.; REDDOCK, Rhoda; NICKENIGA, Thisha. Action research improves services for child sexual abuse in one Caribbean nation: An example of good practice. **Child Abuse Negl.**, Ontario/CA, v. 88, p. 225-234, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.018>. Acesso em: 03 nov. 2022.

REIS, Elisia Rosa da Luz dos *et al.* Dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e notificar a violência infantil. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, Supl. 1, p. 63-70, nov. 2017.

ROSENSTOCK, Stephanie Cohen; GUILLÉN, Esteban Cob. Abuso sexual en el paciente pediátrico. **Med. leg.**, Costa Rica, v. 36, p. 54-61, 2019.

ROSSI, Elisa. The Social Construction of Gender in Adult-Children Interactions and Narratives at Preschool, Primary and Middle school. **Italian Journal of Sociology of Education**, Padova, v. 11, n. 2, p. 58-82, 2019.

SAFERNET. **Safernet recebe recorde histórico de novas denúncias de imagens de abuso e exploração sexual infantil na internet.** [Online], 06 fev. 2024.

Disponível em: <https://new.safernet.org.br/content/safernet-recebe-recorde-historico-de-novas-denuncias-de-imagens-de-abuso-e-exploracao-sexual>. Acesso em: 12 mar. 2024.

SAFFIOTI, Heleieth Lara Bongiovani. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *In*: REICHER, Felícia (org.). **Quem mandou nascer mulher.** São Paulo: Ágora, 1997a. p. 137-211.

SAFFIOTI, Heleieth Lara Bongiovani. A síndrome do pequeno poder. *In*: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. (org.) **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.** São Paulo: Iglu, 1989. p. 13-21.

SAFFIOTI, Heleieth Lara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth Lara Bongiovani. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *In*: Cadernos pagu, São Paulo. V16. 2001. pp.115-136.

SAMPAIO, Marcelle Gonçalves. **Monstrix: uma alternativa para dialogar sobre igualdade de gênero com crianças na educação infantil.** 2019. 131 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Design de Produto) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

SANDOVAL, Luis Albeiro Perdomo; GÓMEZ, Glória del Pilar Cardona; VELÁSQUEZ, Lenis Enrique Urquijo. Situación de la violencia sexual en Colombia, 2012-2016. **Rev. Colomb. Enferm.**, Bogotá/Colombia, 2019. v. 18, p. 1-11, 2019.

SANTOS, Beatriz Camargo dos. Aspectos causadores da violência. *In*: SANTOS, Beatriz Camargo dos *et al.* (org.) **Maus tratos e abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma abordagem multidisciplinar.** São Leopoldo, 1997. Série

Cadernos do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Berthold Weber. p.15-34.

SANTOS, Cecília; IZUMINO, Wânia. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **E.I.A.L.**, Israel, v. 16, n. 1, 2005.

SANTOS, Marconi de Jesus; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MONTEIRO, Rosane Aparecida. Characterization of sexual violence against children and adolescents in school - Brazil, 2010-2014. **Epidemiol Serv Saude**, Brasília, v. 27, n. 2, p. e2017059, 2018. SCHERRER, Isabela Resende Silva; LOPES, Débora Mattoso Lemos; REIS, Marcela Campos dos. Análise do perfil e fluxo de atendimento de crianças vítimas de violência sexual em um serviço de referência. **Rev. méd.**, Minas Gerais, v. 32, 2022.

SEABRA, A. S.; NASCIMENTO, H. M.; Abuso sexual na infância. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 34, n. 7, p. 395-415, 1998.

SENA, Cláudia Alves de.; SILVA, Maria Arleide da; NETO, Gilliat Hanois Falbo. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2018. V 23. pp.1591-1599.

SHAWAR, Yusra Ribhi; TRUONG, Phong Phu; SHIFFMAN, Jeremy. The emergence of political priority for addressing child sexual abuse in the United Kingdom. **Child Abuse Negl.**, v. 128, jun. 2022.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. A.. Org.), **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde** (pp. 113-128). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2003.

SILVA, Laíssa Muniz da; RESENDE, Vera da Rocha.. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes: uma (re)visão**. 2011. Disponível em: <http://www.ppi.uem.br/camposocial/eventos/i_jornada/076.pdf> Acesso em: 20 maio 2013.

SILVA, Marcela Guedes Carsten da. **Panorama da violência sexual contra crianças e adolescentes no Paraná**. Centro de Defesa da Infância. Grupo Marista. Curitiba, 2023. Disponível em: <https://centrodedefesa.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Apresentacao-CMDI-Disque-100.pdf>. Acesso em: 23 set. 2024.

SINDUSFARMA. **Casos de puberdade precoce aumentam até cinco vezes durante o período de isolamento social, aponta estudo**. Empresas em Foco. [Online], 14 abr. 2023. Disponível em: <https://sindusfarma.org.br/noticias/empresas-foco/exibir/19928-casos-de-puberdade-precoce-aumentam-ate-cinco-vezes-durante-o-periodo-de-isolamento-social-aponta-estudo>. Acesso em: 11 mar. 2024.

SIQUEIRA, Aline Cardoso; ALVES, Carla Ferraza; LEÃO, Flávia Eso. Enfrentando a violência: a percepção de profissionais da educação sobre a violação dos direitos de

crianças e adolescentes. **Educação**, Santa Maria, v. 37, n. 2, p. 365-380, maio/ago. 2012.

SOUZA, Gledson Wilber; MACÊDO, Shirley. Grupo interventivo com genitores (as) de crianças vítimas de violência sexual. **Rev. abordagem gestál.**, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 265-274, set./dez. 2018.

TAVARES, Ana Carolina Cerveira; NERY, Inez Sampaio. As repercussões da violência de gênero nas trajetórias educacionais de mulheres. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 241-250, 2016.

TAVARES, Laurení Conceição; IWAMOTO, Helena Hemiko; GONTIJO, Daniela Tavares; MEDEIROS, Marcelo. Situações de violência sexual infantojuvenil registradas no Conselho Tutelar de Uberaba/MG. **Rev. enferm. atenção saúde**, Uberaba - MG, v. 1, 2012.

TOLEDO. Prefeitura Municipal. **Protocolo 05/2020**. Proteção e atendimento à pessoa em situação de violência sexual [...]. Toledo, 2022. Disponível em: https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2023-04/005_00_protocolo_rips_005_2020_revisado_em_agosto_2022.pdf. Acesso em: 09 out. 2023.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. *In*: NUNES, Edson de Oliveira. **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978, p. 121-132.

VIGARELLO, Georges. **História do Estupro**: violência sexual nos séculos XVI-XX. Tradução Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

WANGAMATI, Cynthia Khamala; SUNDBY, Johanne; PRINCE, Ruth Jane. Communities perceptions of factors contributing to child sexual abuse vulnerability in Kenya: a qualitative study. **Culture, Health & Sexuality**, Londres, v. 20, n. 12, p. 1394-1408, 2018.

WEKERLEY, Christine. BLACK; Tara L. Gendered violence: Advancing evidence-informed research, practice and policy in addressing sex, gender, and child sexual abuse. **Child Abuse Negl.**, v. 66, p. 166-170, abr. 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.010>. Acesso em: 03 nov. 2022.

WETZEL, C. Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo. 2005. 290 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

WHO. World Health Organization. Global consultation on violence and health. **Violence**: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

WHO. World Health Organization. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: WHO; 1999.

ZANIN, Livia Lemos. **A filha da mãe: a transgeracionalidade do incesto**. São Paulo: 2017. 88 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

APÊNDICES

Apêndice A - Ofício circular

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ofício Circular 01/2022 - PPG Saúde Coletiva/UEL
Londrina, 12 de julho de 2022.

Às/Aos

Secretárias/os Municipais de Assistência Social e de Saúde
Municípios de Mercedes, Palotina e Toledo/PR

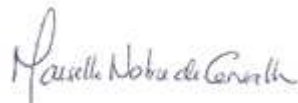
Assunto: Autorização para realização de pesquisa.

Vimos por meio deste solicitar anuência deste órgão para execução do projeto de pesquisa intitulado “**O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná**”, coordenado pela pesquisadora Edyane Silva de Lima, doutoranda no Programa de Saúde Coletiva, matrícula institucional nº 202112800003, Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da prof^a. Dr^a. Marselle Nobre de Carvalho.

A pesquisa tem como objetivo analisar o cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do estado do Paraná. Destina-se a realizar-se nos municípios de Toledo, Palotina e Mercedes, devido atenderem critérios de amostragem. Ocorrerá numa abordagem qualitativa com o emprego da técnica de entrevista, no período de Janeiro à Julho/2023 junto a profissionais, mediante participação voluntária, que atuam nos serviços da linha de cuidado: Atenção Primária, Média e Alta complexidade, e Rede Intersectorial. Busca-se através dos resultados deste estudo, subsidiar reflexões para (re)elaboração de estratégias acerca das dimensões do cuidado na realidade local, fomentando a promoção da saúde, a integralidade do cuidado e o enfrentamento da violência sexual e de gênero contra crianças e suas famílias.

A autorização para realização da pesquisa, fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação. E, respeitará as normas sanitárias vigentes pertinentes à pandemia da Covid-19. Neste sentido, ao contarmos com vossa autorização, solicitamos o preenchimento e assinatura do termo de anuência anexo.

Sem mais para o momento, com nossos votos de estima e consideração.



Prof^a. Dr^a. Marselle Nobre de Carvalho (orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UEL)



Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UEL)

Apêndice B - Termos de Anuência das Instituições**Município de Mercedes**
Estado do Paraná

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

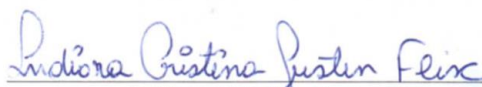
O Município de Mercedes está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná”**, coordenado pela pesquisadora Edyane Silva de Lima, doutoranda no Programa de Saúde Coletiva, matrícula institucional nº 202112800003, Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da profª. Drª. Marselle Nobre de Carvalho.

A Secretaria Municipal de Assistência Social do Município de Mercedes assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados numa abordagem qualitativa, mediante a técnica de entrevista semiestruturada, no período de Janeiro/2023 à Julho/2023 junto a profissionais que atuam nos serviços da linha de cuidado às vítimas de violência e suas famílias. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação, conforme termos estabelecidos na Resolução CNS No 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Sendo que as condições para execução das observações e/ou entrevistas presenciais, estarão condicionadas e em conformidade com as normativas sanitárias vigentes, devido a pandemia da Covid-19.

Mercedes, 10 de Agosto de 2022.



Indiara Cristina Justen Feix
Secretária de Assistência Social



Município de Mercedes Estado do Paraná

FORMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

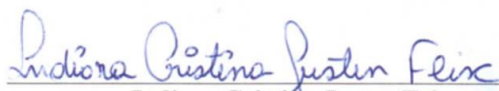
O Município de Mercedes está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná”**, coordenado pela pesquisadora Edyane Silva de Lima, doutoranda no Programa de Saúde Coletiva, matrícula institucional nº 202112800003, Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da profª. Drª. Marselle Nobre de Carvalho.

A Secretaria Municipal de Assistência Social do Município de Mercedes assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados numa abordagem qualitativa, mediante a técnica de entrevista semiestruturada, no período de Janeiro/2023 à Julho/2023 junto a profissionais que atuam nos serviços da linha de cuidado às vítimas de violência e suas famílias. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação, conforme termos estabelecidos na Resolução CNS No 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5o, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Sendo que as condições para execução das observações e/ou entrevistas presenciais, estarão condicionadas e em conformidade com as normativas sanitárias vigentes, devido a pandemia da Covid-19.

Mercedes, 10 de Agosto de 2022.



Indiara Cristina Justen Feix
Secretária de Assistência Social



MUNICÍPIO DE PALOTINA ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Assistência Social
Rua Rotary Nº 177 – Bela Vista - CEP. 85.950-000 (44)3649-3837
E-mail: assistenciasocial01@palotina.pr.gov.br



TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná”, coordenado pela pesquisadora Edyane Silva de Lima, doutoranda no Programa de Saúde Coletiva, Matrícula Institucional Nº 202112800003, Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da Profª. Drª. Marselle Nobre de Carvalho.

A Secretaria Municipal da Assistência Social do Município de Palotina assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados numa abordagem qualitativa, mediante a técnica de entrevista semiestruturada, no período de Janeiro/2023 à Julho/2023 junto a profissionais que atuam nos serviços da linha de cuidado às vítimas de violência e suas famílias. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação, conforme termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, Artigo 5º, Incisos X e XIV e no Novo Código Civil, Artigo 20.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Sendo que as condições para execução das observações e/ou entrevistas presenciais, estarão condicionadas e em conformidade com as normativas sanitárias vigentes, devido a pandemia da Covid-19.

Palotina, 30 de Agosto de 2022.

Miriam Elena Souto de Giacometti
Secretária Municipal da Assistência Social
Palotina/PR



Município de Palotina

Rua Aldir Pedron, 898 – Centro, Palotina – Estado do Paraná
Fone (44) 3649-7800 CEP 85950-000 CNPJ: 76.208.487/0001-64



OBJETIVOS DE
DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL

Palotina 18 de julho de 2022.

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

O Município de Palotina está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná”**, coordenado pela pesquisadora Edyane Silva de Lima, doutoranda no Programa de Saúde Coletiva, matrícula institucional nº 202112800003, Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da prof^a. Dr^a. Marselle Nobre de Carvalho.

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Palotina, assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados numa abordagem qualitativa, mediante a técnica de entrevista semiestruturada, no período de Janeiro/2023 à Julho/2023 junto a profissionais que atuam nos serviços da linha de cuidado às vítimas de violência e suas famílias. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação, conforme termos estabelecidos na Resolução CNS No 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Sendo que as condições para execução das observações e/ou entrevistas presenciais, estarão condicionadas e em conformidade com as normativas sanitárias vigentes, devido a pandemia da Covid-19.

NISSANDRA KARSTEN
Coordenadora de Ações em Saúde
Portaria 32/2021

SILVIO LUIZ DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde
Portaria nº 194/2022



GOVERNO MUNICIPAL

TOLEDO**SECRETARIA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL****TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**

O/A Secretaria Municipal de Assistência Social de Toledo, está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “**O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná**”, coordenado pela pesquisadora Edyane Silva de Lima, doutoranda no Programa de Saúde Coletiva, matrícula institucional nº 202112800003, Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da profª. Drª. Marselle Nobre de Carvalho.

A Secretaria Municipal de Toledo assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados numa abordagem qualitativa, mediante a técnica de entrevista semiestruturada, no período de Janeiro/2023 à Julho/2023 junto a profissionais que atuam nos serviços da linha de cuidado às vítimas de violência e suas famílias. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação, conforme termos estabelecidos na Resolução CNS No 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Sendo que as condições para execução das observações e/ou entrevistas presenciais, estarão condicionadas e em conformidade com as normativas sanitárias vigentes, devido a pandemia da Covid-19.

Toledo, 13 de julho de 2022.



Solange Silva dos Santos Fideis
Secretária de Assistência Social
Portaria 01 de 01/01/2022

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Avenida Maripá, nº 5077, Centro – Toledo/PR
Telefones: (45) 3378-8601 / 3378-8607
E-mail: gabinete.smas@hotmail.com



GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO

**SECRETARIA
DA SAÚDE**



TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Toledo está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná”**, coordenado pela pesquisadora Edyane Silva de Lima, doutoranda no Programa de Saúde Coletiva, matrícula institucional nº 202112800003, Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da prof^{ma}. Dr^a. Marselle Nobre de Carvalho.

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Toledo, assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados numa abordagem qualitativa, mediante a técnica de entrevista semiestruturada, no período de Janeiro/2023 à Julho/2023 junto a profissionais que atuam nos serviços da linha de cuidado às vítimas de violência e suas famílias. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação, conforme termos estabelecidos na Resolução CNS No 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5o, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Sendo que as condições para execução das observações e/ou entrevistas presenciais, estarão condicionadas e em conformidade com as normativas sanitárias vigentes, devido a pandemia da Covid-19.

Toledo, 13 de Julho de 2022.

Diane M Cassaro

DIANE MICHELY CASSARO
Secretária Designada da Saúde
Portaria nº 376/2022 de 11/07/2022

Apêndice C - Roteiro prévio de entrevista - Profissionais

Identificação

Nome:

Sexo:

Endereço:

Nível de escolaridade:

Formação acadêmica:

Ano conclusão:

Profissão que exerce:

Tempo de profissão:

Cargo que exerce na instituição:

Tempo de atuação neste setor:

Vínculo com a instituição:

- 1) Para você o que é violência sexual e violência de gênero?
- 2) Considera estas violências trazem consequências para a criança? De que maneira?
- 3) Fale um pouco sobre as suas vivências/atividades no atendimento às crianças vítimas de violência sexual e de gênero
- 4) Existe um fluxo e/ou protocolo local formalizado em relação à violência sexual e de gênero contra criança? Pode explicar sobre o mesmo.
- 5) Pode descrever os caminhos/atendimentos percorridos para atendimento da criança neste setor?
- 6) Você conhece o documento “Linha de cuidados às vítimas de violência e suas famílias”? Tem conhecimento sobre as dimensões do cuidado: Acolhimento, Atendimento, Notificação e Seguimento na rede de cuidado e de proteção social?



- 7) Percebe a execução destas dimensões em seu setor de atuação e no município? Pode descrever?
- 8) Fale um pouco sobre como ocorre a articulação do serviço ou instituição onde você atua com os demais serviços e instituições da rede de enfrentamento a violência contra criança do município?
- 9) O que significa para você cuidar de uma criança vítima de violência sexual e de gênero?
- 10) Você identifica alguma/as estratégia para enfrentar e prevenir a violência sexual e de gênero contra crianças?
- 11) Considera importante materiais informativos sobre o tema?
- 12) Já participou ou sente necessidade de formação continuada acerca da violência sexual e gênero infantil?
- 13) O serviço onde você atua, promove ações de prevenção para combater a violência sexual e de gênero contra criança?
- 14) Você participa de espaços como comissão, comitê, núcleo de combate à violência contra criança?
- 15) Gostaria de falar algo mais.

Apêndice D - Foto cartaz de divulgação da pesquisa



Fonte: Acervo da Autora (2024)

Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná”**, que tem como objetivo geral analisar o cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero. Assim sendo, gostaríamos de contar com a sua colaboração nesta pesquisa, participando de entrevista semiestruturada sobre o tema proposto, podendo optar por modalidade virtual (síncrona ou assíncrona), por telefone ou presencial, a mesma poderá ser gravada com voz e/ou imagem pessoal, caso o(a) Sr(a) concordar.

Existem riscos, mesmo que mínimos para os participantes da pesquisa, podendo envolver eventuais desconfortos em relação às lembranças do atendimento prestado a vítimas de violência. A pesquisadora, tomará todos os cuidados para reduzir tais riscos e amparar os participantes sempre que necessário, se colocando à disposição para qualquer intercorrência. Sendo permitida a interrupção da coleta mediante a solicitação do participante. Sem que o sistema público de saúde seja onerado.

Como benefício, as participantes poderão refletir sobre as articulações entre os serviços que compõem a rede de cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero no estado do Paraná.

A sua participação no estudo não acarretará custos e a pesquisadora se coloca à disposição para dar suporte e realizar encaminhamentos relacionados às demandas que eventualmente surgirem. Está assegurado seu anonimato e as informações obtidas por meio da pesquisa serão confidenciais. O estudo tem fins acadêmicos e científicos, e as divulgações decorrentes deste não poderão identificá-la de qualquer maneira. Bem como, fica garantido aos participantes o acesso aos resultados desta pesquisa conforme Resolução 510/2026;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para a/o participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora.

() Sim, autorizo a divulgação da minha imagem e/ou voz.

() Não, não autorizo a divulgação da minha imagem e/ou voz.

Eu _____ declaro que fui informado/a dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores, u ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL) pelo telefone (43) 3371-5455, localizado no endereço LABESC – Laboratório Escola de Pós –Graduação – sala 14 Campus Universitário – Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445) Londrina-Pr – CEP: 86057-970. Endereço eletrônico: cep268@uel.br. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e tirar as minhas dúvidas.

Cidade, ___/___/___.

Edyane Silva de Lima - pesquisadora responsável
(44) 98803-4199/ e-mail: edyanes.lima85@uel.br

Participante Cidade, ___ / ___ / ____.

Apêndice F - Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu, Edyane Silva de Lima, brasileira, solteira, assistente social, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 047.745.179-92, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“O cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná”**, a que tiver acesso nas dependências de serviços de Atenção Primária, Média e Alta complexidade, e, Rede Intersetorial que compõe a linha de cuidado de atendimento as crianças vítimas de violência sexual e de gênero, das **“Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social”** dos municípios de Toledo, Palotina e Mercedes no estado no Paraná.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa à operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Local, ___/___/____.

Ass. _____

Edyane Silva de Lima
Pesquisadora responsável

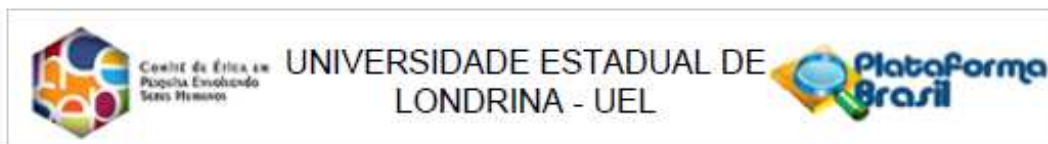
ANEXOS

Anexo A - Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)

Versão em português falado no Brasil (Souza, Marziale, Silva, Nascimento, 2021)*

| Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa | | |
|--|--|---|
| Nº do item | Tópico | Perguntas/Descrição do Guia |
| Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade | | |
| Características pessoais | | |
| 1 | Entrevistador/facilitador | Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal? |
| 2 | Credenciais | Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico. |
| 3 | Ocupação | Qual a ocupação desses autores na época do estudo? |
| 4 | Gênero | O pesquisador era do sexo masculino ou feminino? |
| 5 | Experiência e treinamento | Qual a experiência ou treinamento do pesquisador? |
| Relacionamento com os participantes | | |
| 6 | Relacionamento estabelecido | Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo? |
| 7 | Conhecimento do participante sobre o entrevistador | O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa. |
| 8 | Características do entrevistador | Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa. |
| Domínio 2: Conceito do estudo | | |
| Estrutura teórica | | |
| 9 | Orientação metodológica e teoria | Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo. |
| Seleção de participantes | | |
| 10 | Amostragem | Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve. |
| 11 | Método de abordagem | Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail. |
| 12 | Tamanho da amostra | Quantos participantes foram incluídos no estudo? |
| 13 | Não participação | Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos? |
| Cenário | | |
| 14 | Cenário da coleta de dados | Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho. |
| 15 | Presença de não participantes | Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores? |
| 16 | Descrição da amostra | Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta. |
| Coleta de dados | | |
| 17 | Guia da entrevista | Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto? |
| 18 | Repetição de entrevistas | Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas? |
| 19 | Gravação audiovisual | A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados? |
| 20 | Notas de campo | As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal? |
| 21 | Duração | Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal? |
| 22 | Saturação de dados | A saturação de dados foi discutida? |

Anexo B - Parece consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DE GÊNERO EM REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Pesquisador: EDYANE SILVA DE LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62974922.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.681.235

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Doutorado pelo programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

A violência é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan Americana de Saúde desde 1990 como o maior e crescente problema de saúde pública no mundo. A política de saúde legitima a atribuição de atendimento à violência sexual em 2010 através do documento Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências – orientação para gestores e profissionais de saúde. Esta prevê a atenção integral articulada com a rede de cuidado e de proteção social no território, contemplando as dimensões de: - Acolhimento, - Atendimento, - Notificação, e, - Seguimento na rede de cuidado e de proteção social. A partir deste instrumento, objetivamos analisar como ocorre o cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná, a partir da perspectiva da vítima/cuidador(a) e de profissionais/dirigentes. Trata-se de uma pesquisa exploratória e analítica, de abordagem qualitativa, em que será empregada a técnica de entrevista semiestruturada para apreender as narrativas de vítimas/cuidador(a) e profissionais dos serviços que compõem a linha de cuidado (Atenção Primária, Média e Alta complexidade e Rede Intersetorial). Saliento que as entrevistas não serão realizadas com crianças, embora possa contemplar vítimas que na época da violência compreendia a faixa etária infantil, mas que no

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

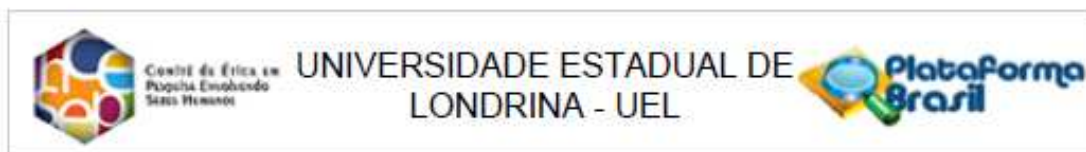
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.661.235

momento da coleta de dados atingiu maioria. Ademais, as entrevistas serão gravadas, quando autorizadas, depois transcritas e então analisadas. Planeja-se realizar a pesquisa na 20ª. Regional de Saúde do Estado do Paraná, região de atuação profissional da pesquisadora, nos municípios de Toledo, Palotina e Mercedes. Para escolha das localidades, estabelecemos amostra por conveniência, elegendo como critério de seleção as localidades que registraram no período de 2010 a 2021 mais de 10 notificações de violência sexual no Sinan.

A entrada no campo de pesquisa observará a organização dos serviços de acordo com a linha de cuidado de atendimento às crianças vítimas de violência sexual e de gênero, em que faremos contato com estes, expondo e divulgando sobre a proposta de pesquisa, objetivando a participação voluntária. Para viabilizar essa adesão, divulgaremos contatos telefônicos, rede social e e-mail, por um determinado período, para que interessados(as) nos contate. Solicitaremos apoio para divulgação nas secretarias de saúde e dos serviços em cada município. Empregaremos a saturação da coleta das entrevistas, que remete a suspensão de inclusão de novos participantes, pois o objeto de pesquisa permite perceber quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição. Buscaremos agendar a entrevista conforme disponibilidade do participante, podendo ser realizada on-line e/ou presencial, a depender das condições sanitárias vigentes em virtude da pandemia da Covid-19, buscando também respeitar a escolha do/a participante. Deste modo, no primeiro contato, será esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e solicitação espontânea para participação. E após, procederemos aos trâmites de autorização do Comitê de Ética e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Haverá uso de fontes secundárias de dados demográficos do IBGE, PNAD, Sinan, Atlas da Violência, enfim relatórios pertinentes à temática da violência sexual infantil.

Critério de Inclusão: O/a participante deve ser profissional que atua nos serviços da linha de cuidado e/ou cuidadoras/es de vítimas de violência sexual e de gênero nos municípios selecionados; possuir mais de 18 anos completos na data de realização da entrevista; e, aceitar espontaneamente participar da pesquisa. Portanto, minimamente, propõe-se entrevistar 06 pessoas, ou seja, uma de cada localidade e referência às políticas de saúde e assistência social, as quais compõem a rede de serviços às crianças vítimas de violência sexual e de gênero e suas famílias.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.661.235

Critério de Exclusão: Serão excluídos/as participantes que: - Não atuem em serviços da linha de cuidado; - Não exerçam e/ou exerceram o cuidado às vítimas de violência sexual e de gênero nos municípios selecionados; - Menores de 18 anos completos; e, - Não aceitem participar da pesquisa espontaneamente.

Saliento que as entrevistas não serão realizadas com crianças, embora possa contemplar vítimas que na época da ocorrência da violação de direito, possa ter compreendido a faixa etária infantil, mas que no momento da coleta de dados atingiu maioridade. E ainda, empregaremos a saturação da coleta das entrevistas, que remete a suspensão de inclusão de novas/os participantes, pois o objeto de pesquisa permite perceber quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero em região de saúde do Estado do Paraná

Objetivo Secundário:

- Compreender o fenômeno da violência sexual e de gênero contra crianças;
- Descrever os serviços e respectivos fluxos de atendimento às crianças vítimas de violência sexual e de gênero.
- Caracterizar as práticas de cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero e suas famílias.
- Interpretar o significado das percepções de profissionais e cuidadoras/es acerca do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Observamos enquanto riscos desta investigação, a possibilidade de ocasionar algum desconforto ao tratar do assunto e/ou reviver de situações decorrentes, uma vez que a violência sexual e de gênero é um fenômeno delicado e que envolve dimensões de ordem subjetivas. Com intuito de dirimir tais riscos, disponibilizaremos de contatos dos serviços de atendimento local, para que, caso necessário, seja acionado. Sobretudo, se colocará à disposição para qualquer eventualidade desta natureza, sendo permitida a interrupção da coleta mediante a solicitação da/o participante. Lembrando que o sistema público de saúde não será onerado.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

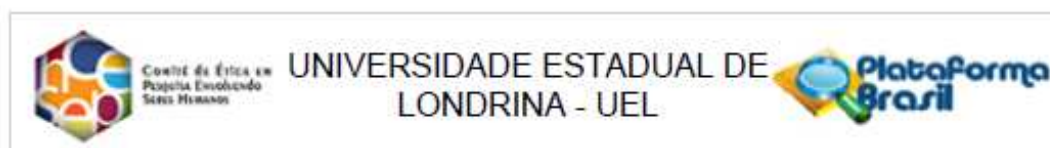
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.581.235

Benefícios: Compreende-se que esta proposta de estudo, tem a possibilidade de beneficiar aspectos da singularidade dos/as participantes, a particularidade de serviços e também na totalidade de aspectos políticos da dimensão do cuidado, pois além de abordar sobre a prática do cuidado às crianças vítimas de violência sexual e de gênero, pode oportunizar espaços de expressão das vivências, experiências, do senso comum e da ação social das/os participantes, com reflexões sobre o acolher, o aconselhar, o assistir as vítimas e suas famílias, promovendo os cuidados e encaminhamentos necessários, acompanhando o desfecho da situação. Bem como, pode proporcionar reflexões coletivas capazes de suscitar re(pensar) acerca das políticas públicas de combate à violência sexual e de gênero infantil, vislumbrando ponderações acerca do aprimoramento do cuidado e das dimensões políticas locais, regionais e nacional, de modo a fomentar estratégias de celeridade ao atendimento, a humanização e integralidade do cuidado por diversas frentes das políticas existentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante no sentido de mostrar o cotidiano dos profissionais que estão nos serviços de cuidado/acolhimento às vítimas de violência e suas famílias, expor as dificuldades e limitações, bem como refletir sobre estratégias para a capacitação profissional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentou a folha de rosto preenchida e assinada.
- Apresentou o projeto de pesquisa, onde consta o roteiro prévio de entrevista aos profissionais e aos cuidadores.
- Apresentou a declaração de concordância das Secretarias de Saúde e das Secretarias de Assistência Social dos municípios de Toledo, Palotina e Mercedes, quanto a participação no projeto de pesquisa.
- Apresentou o Termo de Confidencialidade e Sigilo assinado.
- Apresentou o cronograma detalhado e cita que a coleta de dados se dará de 01/02/23 a 29/12/23.
- O financiamento é próprio e apresentou orçamento detalhado de 9000,00 reais.

| | |
|---|-----------------------|
| Endereço: LABESC - Sala 14 | CEP: 86.057-970 |
| Bairro: Campus Universitário | |
| UF: PR Município: LONDRINA | |
| Telefone: (43)3371-5455 | E-mail: cep268@uel.br |



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.681.235

- Apresentou o TCLE de acordo com as resoluções vigentes.

Recomendações:

1. O Comitê de Pesquisa alerta e recomenda que, mesmo analisando o protocolo da pesquisa, a etapa de coleta de dados presenciais deve estar de acordo com os decretos nacionais, estaduais, municipais e das instituições públicas ou privadas envolvidas, seguindo as regras no tocante às exigências sanitárias em tempos pandêmicos estabelecidas pelo local de realização da pesquisa. A autorização para realização da pesquisa presencial é de responsabilidade do representante legal pela instituição. Caso não seja possível iniciar/realizar a coleta de dados dentro do período previsto, a alteração e solicitação de novas datas podem ser solicitadas via emenda ao projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após avaliação, verificou-se que todas as pendências apontadas no parecer anterior foram resolvidas e concluiu-se pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em
Populações Envolvidas
Sociedade Humana

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.581.235

publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1956438.pdf | 28/09/2022 10:39:57 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Brochura_projetopesquisa.docx | 28/09/2022 10:39:17 | EDYANE SILVA DE LIMA | Aceito |
| Brochura Pesquisa | Projeto_Plataformabrasil.docx | 28/09/2022 10:39:03 | EDYANE SILVA DE LIMA | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 28/09/2022 10:38:54 | EDYANE SILVA DE LIMA | Aceito |
| Outros | Declaracoes_anuenciaparticipante.docx | 28/09/2022 10:31:39 | EDYANE SILVA DE LIMA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termoconfiabilidadeesigilo.docx | 28/09/2022 10:30:43 | EDYANE SILVA DE LIMA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 28/09/2022 10:30:26 | EDYANE SILVA DE LIMA | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 28/09/2022 10:18:17 | EDYANE SILVA DE LIMA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 04 de Outubro de 2022

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br