

QUANDO A VIOLÊNCIA ATRAVESSA O CAMINHO: caracterização de famílias de crianças e adolescentes em situação de violência sexual atendidas no Hospital Universitário

Jaina da Conceição Goes¹

Resumo: Neste artigo abordou-se a temática da violência sexual e seus atravessamentos no contexto da infância e adolescência. O artigo objetiva caracterizar as famílias de crianças e adolescentes atendidas no Ambulatório de Violência Sexual da Pediatria do Hospital Universitário de Florianópolis no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2020. A metodologia caracteriza-se como observacional, retrospectiva e descritivo-exploratória, utilizando a abordagem quanti-qualitativa analítica, através da técnica de pesquisa documental com fonte em registros institucionais escritos. Observou-se que o público atendido no período foi de 78,3% do sexo feminino e 21,7% do sexo masculino, sendo a maioria crianças brancas (78,3%). Na faixa etária de 0 a 15 anos incompletos, a faixa etária de adolescentes predominou, correspondendo a 47,8%. A maioria das famílias se caracterizaram como monoparentais femininas (43,5%). Em 26,1% dos casos, os autores da violência eram membros do grupo familiar, seguido de 21,7% que mantinham contato com a criança/adolescente enquanto membros da família extensa. Aponta-se a importância da rede intersetorial atuar com fins a fortalecer a função protetiva da família, bem como aprofundar orientações e reflexões com usuárias/os e famílias sobre direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Violência Sexual; Saúde; Criança e adolescente; Atenção hospitalar;

Abstract: This article addressed the issue of sexual violence and its crossings in the context of childhood and adolescence. The article aims to characterize the families of children and adolescents treated at the Pediatric Sexual Violence Clinic of the University Hospital of Florianópolis in the period from September 2018 to February 2020. The methodology is characterized as observational, retrospective and descriptive-exploratory, using the quantitative-qualitative analytical approach, through the technique of documentary research with a source in written institutional records. It was observed that the public served in the period was 78.3% female and 21.7% male, the majority being white children (78.3%). In the age group from 0 to 15 years old incomplete, the age group of adolescents predominated, corresponding to 47.8%. Most families were characterized as single-parent women (43.5%). In 26.1% of cases, the authors were members of the family group, followed by 21.7% who maintained contact with the child / adolescent as members of the extended family. It points out the importance of the intersectoral network to act with the purpose of strengthening the protective function of the family, as well as deepening guidelines and reflections with users and families on sexual and reproductive rights.

Key-words: Sexual Violence; Health; Child and Teenager; Hospital Care;

1. INTRODUÇÃO

A infância é historicamente marcada pela violência que através de práticas socioculturais no contexto das relações humanas a tornaram parte do cotidiano de milhares de crianças ao redor do mundo. Na contemporaneidade, com o advento de políticas públicas, o conceito de infância e adolescência passa a estar vinculado à concepção de pessoa em desenvolvimento e que requer proteção da sociedade, da família e do estado. Ainda assim, a violência vem sendo usada por adultos como forma de dominação para subjugar crianças e

¹ Residente em Saúde da Mulher e da Criança no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

adolescentes. O presente artigo aborda os atravessamentos da violência sexual (VS) no contexto da infância e adolescência.

A violência é também objeto de estudo e apresenta-se em diversos formatos, tais quais a violência física, psicológica, verbal, patrimonial, moral, institucional, estrutural, dentre outras. Independente de como se expressa, a violência pode ser definida como

[...] um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e intimidação, pelo medo e o terror. [...] trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos e inertes ou passivos (CHAUÍ, 1999, p. 1).

A violência sexual contra criança e o adolescente se caracteriza como ação por parte de alguém em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que realiza ato ou jogo sexual com intenção de estímulo e obtenção de prazer sexual (BRASIL, 2010). Há variações quanto às formas de VS, como o estupro, assédio sexual, atentado violento ao pudor e exploração sexual, os quais são praticados de variadas formas por meio da manipulação de partes íntimas, exibicionismo, jogos sexuais, exposição à pornografia e atos de voyeurismo (BRASIL, 2010). Tais atos também podem ser perpetrados sem contato físico ou sem conjunção carnal, ainda assim são considerados como violência sexual.

Dados publicados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública demonstram que em 2018 foram registrados 66.041 casos de violência sexual e, destes, 53,8% das vítimas eram pessoas de até 13 anos de idade, revelando que mais da metade dos casos atingem crianças e adolescentes (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019). No ano seguinte, o Anuário demonstrou que dos 66.123 mil casos de pessoas vitimadas por estupro no Brasil, 57,9% tinham no máximo 13 anos, revelando um aumento de 8% em relação ao ano anterior (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Desde 1990 existe no Brasil o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que reúne dados coletados a partir do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual (Ficha SINAN), preenchida nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) quando há suspeita ou confirmação de violência sexual ou outro agravo de saúde que exija notificação compulsória. Segundo dados do SINAN, sistematizados pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina, em 2018 foram notificadas no estado 1.045 situações de violência sexual contra crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, seguido de 2019, ano em que houve 1.230 notificações contra o mesmo grupo etário (DIVE/SC, 2020).

Os índices supracitados evidenciam a magnitude preocupante do problema, que, considerando a interferência da subnotificação e das violências mantidas em segredo e fora do

conhecimento pelos serviços, pode-se prever uma quantidade ainda maior de casos ocorridos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) compara os dados publicizados como a ponta de um *iceberg*, no qual há ainda grande parte submersa que não foi notificada pelos profissionais ou não chegou aos serviços de atendimento (KRUG, 2002).

O despertar pelo tema desenvolveu-se a partir da experiência como Assistente Social Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde Multiprofissional (RIMS) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)², especificamente na área de Saúde da Mulher e da Criança. A inserção na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente promoveu aproximação com os atendimentos realizados no âmbito do Ambulatório de Pediatria coberto pela Equipe Multiprofissional de Atendimento à Crianças e Adolescente em situação de Violência Sexual a qual o Serviço Social integra.

O HU é referenciado como serviço de atendimento às pessoas em situação de VS no âmbito do Sistema Único de Saúde em Florianópolis, que conta com outros dois serviços públicos de referência: o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) e a Maternidade Carmela Dutra. A nível municipal há a existência da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (RAIVS) que estabeleceu, desde 2000, um protocolo de atendimento às violências sexuais nos serviços de saúde hospitalar e de atenção básica, indicando fluxos de articulação multiprofissional e intersetorial entre as políticas de Saúde, Assistência Social, Educação e Segurança Pública.

A criação da RAIVS corresponde a um contexto de mobilizações e tratados internacionais que exigem dos países a criação de mecanismos institucionais de enfrentamento à violência sexual, caracterizada como uma barreira à garantia dos direitos humanos e, portanto, devendo ser tratada como problema de saúde pública. Eventos como a Conferência de Cairo (1994), de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994), somado às legislações nacionais pós-1988, irão definir orientações aos governos para que sejam tomadas iniciativas para concretização dos direitos sexuais da população, especialmente, ao grupo de mulheres e adolescentes, público majoritário atingido pela violação sexual (BRASIL, 2012).

O HU conta com a Equipe Multiprofissional de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual (Equipe ACOLHE) desde o ano de 2014 que foi criada a fim de qualificar a assistência em saúde às pessoas em situação de VS através da implementação das orientações publicadas pela Portaria Ministerial nº 485/2014, que define equipes compostas pelas profissões

² O programa se caracteriza enquanto modalidade de pós-graduação *lato sensu*, voltada para profissões que integram a área da saúde.

de Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Psicologia e Farmácia. Atualmente o HU possui dois serviços ambulatoriais direcionados às demandas de VS: o Ambulatório de Interrupção Legal da Gestação³ e o Ambulatório Multiprofissional de atendimento à crianças e adolescentes em situação de violência sexual⁴, sendo este último o lócus da pesquisa aqui empreendida.

O ambulatório ACOLHE Pediatria com atendimento multiprofissional é estruturado em 2018 como estratégia para acompanhar os casos atendidos em emergência e internação. Anteriormente, os casos eram referenciados ao serviço do HIJG, impactando na sobrecarga àquele serviço, bem como rompimento de vínculo com a equipe multiprofissional de atendimento inicial do HU, incorrendo em maiores riscos para a garantia da continuidade do atendimento. Atualmente, o Ambulatório ACOLHE atende crianças e adolescentes de 0 a 15 anos incompletos encaminhados pela Emergência Pediátrica ou Emergência Ginecológica do hospital. Tais emergências são serviços porta-aberta com funcionamento 24 horas, que recebem usuárias/os por demanda espontânea ou encaminhadas/os de outros serviços da rede intersetorial, nestas unidades são realizados acolhimento e atendimento multiprofissional.

Prioritariamente, os atendimentos são realizados por duplas profissionais, evitando a exposição e revitimização através da repetição sucessiva do relato. O seguimento ambulatorial acontece por até 6 meses para fins de avaliação de sorologias e avaliação/acompanhamento psicológico, social e das demais demandas assistenciais (EBSERH, 2019).

A experiência obtida neste Ambulatório revelou a complexidade envolvida nas situações de VS, que exigem uma abordagem qualificada e o oferecimento de um suporte às famílias e crianças e/ou adolescentes vitimados. Em muitas situações não há verbalização direta sobre a ocorrência da VS pelas crianças e/ou adolescentes, entretanto, observam-se manifestações de outros sinais que, de forma lúdica ou comportamental, demonstram o sofrimento vivenciado.

A revelação ou identificação por terceiros da VS geram conflitos e alterações substanciais na organização da família, impactando na rotina diária, na escola, na renda familiar, no trabalho, na condição física de saúde, na saúde mental, nos relacionamentos e demais esferas da vida social. Por isso, demandam dos serviços acolhimento, orientações, encaminhamentos e intervenções assertivas que ofereçam suporte para o enfrentamento destes impactos e assegurem a proteção da criança e/ou adolescente.

³ Tal ambulatório realiza atendimento às mulheres que desejam realizar o abortamento legal em razão de gestação decorrente de violência sexual.

⁴ Para abreviação textual, utilizou-se o termo “Ambulatório ACOLHE Pediatria” para identificar este serviço.

A partir das breves notas introdutórias, o artigo objetiva caracterizar as famílias de crianças e adolescentes atendidas no Ambulatório de Violência Sexual da Pediatria do Hospital Universitário de Florianópolis no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2020. Trata-se de um esforço em sistematizar informações que possam subsidiar e qualificar as intervenções realizadas. Afinal, a violência sexual direcionada a este segmento é um fenômeno de grande proporção em todo o mundo e exige atendimento de políticas públicas como respostas para seu enfrentamento.

METODOLOGIA

Esta pesquisa considera o materialismo histórico como método, que trata os fenômenos em sua totalidade, historicidade e contradição. Segundo Minayo (2012, p.24), “enquanto método, [...] junta a proposta de analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e dominação [...]”.

A pesquisa caracteriza-se como observacional, retrospectiva e descritivo-exploratória (LAKATOS E MARCONI, 2008; FONTELLAS *et al*, 2009). Utilizou-se a abordagem quanti-qualitativa analítica, através da técnica de pesquisa documental com fonte em registros institucionais escritos (LAKATOS E MARCONI, 2008). Tal metodologia possibilitou reunir a quantidade de atendimentos realizados no ambulatório e quantificar as variáveis de caracterização das famílias atendidas, bem como sistematizar os encaminhamentos à rede de proteção social, visualizando assim, a demanda que ora se apresentou a este serviço.

A pesquisa considerou como fonte do levantamento uma agenda de monitoramento dos casos que continha a relação de pacientes atendidos/as, dessa forma, o levantamento reuniu um total de 23 relatórios⁵ produzidos entre o período de setembro de 2018 a fevereiro de 2020. Os atendimentos às VS ocorrem no HU desde 2014, mas foi a partir de 2018 que o Serviço Social passou a integrar a equipe do Ambulatório ACOLHE Pediatria e por isso foi escolhido como marco inicial da coleta dos dados. O recorte final foi definido até fevereiro de 2020 devido à reestruturação do ambulatório em razão da pandemia pelo vírus SARS-CoV-2.

Os relatórios analisados são produtos da intervenção da/o Assistente Social, que, através de acolhimento e entrevista coleta informações de identificação familiar, rede de apoio, acesso a outros serviços de atendimento e relato da situação de violência. Também foram levantadas

⁵ O total de atendimentos compreendeu também 2 situações em que foram atendidos casal de irmãos, que foram atendidos separadamente e contabilizados separadamente na agenda de atendimento do serviço, a fim de propiciar atendimento individualizado.

as demandas apresentadas ao Serviço Social e impactos da VS ocorrida para a criança/adolescente e sua família. A coleta das informações nestes relatórios foi privilegiada em razão destes constituírem dados qualitativos diferenciados e que detalham dados importantes sobre cada situação. Contudo, dados como escolaridade e renda familiar não foram possíveis de resgatar pela irregularidade ou ausência destes nos relatórios pesquisados.

Para inclusão dos relatórios de atendimento foram considerados os seguintes critérios: famílias de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos que receberam atendimento de Serviço Social no Ambulatório ACOLHE Pediatria do HU no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2020. Para acessar os relatórios individuais de cada criança/adolescente atendido/a pelo Serviço Social, realizou-se busca na caixa de mensagens eletrônicas utilizada pelas profissionais para encaminhamento de relatórios à rede de serviços. Complementarmente, foram coletados em arquivo físico armazenado na sala do Serviço Social da Pediatria alguns dos relatórios de atendimento impressos. Informações de perfil da criança/adolescente (raça/cor, sexo e idade) foram resgatadas através de dados obtidos no sistema hospitalar institucional, de acesso pelo Serviço Social.

Em face à delicadeza destas situações e os danos da publicização na íntegra de todas as informações dos casos, nenhuma informação coletada revela a identidade das pessoas envolvidas, salvaguardando o anonimato das famílias usuárias.

Como forma de sistematização e publicização das informações colhidas, utilizou-se a apresentação em tabelas com números decimais e porcentagens. Para análise e interpretação dos dados, utilizaram-se as etapas descritas por Gil (1989), que compreendem: 1. estabelecimento de categorias; 2. codificação e tabulação, 3. análise estatística e 4. interpretação dos dados. A etapa de codificação, tabulação e análise estatística foi realizada através da ferramenta de planilhas Microsoft Excel, disponível no pacote Microsoft. Para interpretação dos dados obtidos, utilizou-se artigos científicos já publicados como suporte teórico científico.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC) com aprovação pelo Parecer nº 4.139.576.

RESULTADOS E ANÁLISE

No que tange a apresentação dos resultados, sistematizou-se a análise em três eixos: *Caracterização das crianças e adolescentes e os dados familiares; Aspectos da situação de violência sexual; e Articulação com a rede intersetorial para garantia de direitos.*

a) Caracterização das crianças e adolescentes e dados familiares

A caracterização do público atendido compreendeu o levantamento dos dados de sexo, faixa etária e raça/cor. Conforme outras pesquisas que demonstram predominância da ocorrência de VS no grupo feminino⁶, das 23 crianças e adolescentes atendidas/os, 78,3% são do sexo feminino e 21,7% são do sexo masculino. Segundo Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2017, foram notificadas à vigilância epidemiológica 184.524 mil casos de violência sexual contra crianças e a adolescentes, destes, 74,2% ocorreu contra meninas (MS, 2018).

Ao identificar estes números, faz-se necessário olhar para a VS atrelada ao contexto da violência de gênero. Na Declaração publicada pela IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995, p.189), a violência de gênero é caracterizada como ato de violência direcionado às mulheres causando dano físico, sexual e psicológico, exercido inclusive por meio de ameaças, bem como “[...] a coação ou a privação arbitrária da liberdade, tanto produzidas na vida pública como no espaço privado”.

Esse tipo de violência se relaciona a aspectos históricos e culturais de dominação masculina sobre a figura feminina, incorrendo na naturalização da sexualidade masculina manifestada por meios violentos. Embora a violência de gênero englobe todos os danos resultantes dos papéis socialmente estabelecidos, afetando tanto homens quanto mulheres, o grupo de mulheres é consideravelmente atingido pela violência do tipo sexual, psicológica e econômica, conferindo diferentes oportunidades de participação, acesso a recursos de enfrentamento e superação da violência vivida, sendo comumente culpabilizadas pelo que sofreram.

A incidência da pobreza e da dependência econômica da mulher, sua experiência com a violência, as atitudes negativas para com mulheres e meninas, a discriminação racial e outras formas de discriminação, o controle limitado que muitas mulheres exercem sobre sua vida sexual e reprodutiva, e sua falta de influência na tomada de decisões são realidades sociais que têm efeitos prejudiciais sobre sua saúde (ONU, 1995, p.177).

O gênero enquanto conceito que abrange as relações sociais entre homens e mulheres, reconhece também os impactos dessa desigualdade na vida de meninos. Segundo Hohendorff *et al.* (2012), nesse grupo, a violência é comum na faixa etária de até 12 anos, visto que ao entrar na adolescência possuem maior capacidade de resistência física, podendo intimidar possíveis autores. Em nossa pesquisa, houve destaque na faixa etária de 07 a 10 anos (80%),

⁶ ARAÚJO, *et al.*, 2019; Hohendorff *et al.*, 2012;

seguido da faixa etária de 0 a 6 anos (20%). Em todos os casos, suspeitou-se de VS por pessoas do grupo familiar. Abaixo encontra-se a tabela que demonstra os números supracitados.

Tabela 1: Caracterização das crianças e adolescentes atendidas.

Variáveis	N (=23)	(%)	0-6 ANOS	7-10 ANOS	11-15 ANOS
			30,4%	21,7%	47,8%
SEXO					
<i>FEMININO</i>	18	78,3	6	1	11
<i>MASCULINO</i>	5	21,7	1	4	0
RAÇA/COR					
<i>BRANCA</i>	18	78,3	7	3	8
<i>NEGRO</i>	3	13	0	0	3
<i>NÃO INFORMADO</i>	2	8,7	0	2	0

Fonte: Dados obtidos e elaborados pela autora da pesquisa, 2020.

Conforme a tabela acima, o segmento de crianças de 7 a 10 anos representou 21,7%, seguido do grupo de crianças de 0 a 6 anos, que representou 30,4% do total. Houve maior concentração de casos entre a faixa etária de adolescentes, correspondendo a 47,8%. Este percentual corresponde ao total de 11 meninas adolescentes, indicando que das 18 crianças e adolescentes do sexo feminino, o maior percentual das vitimadas por VS encontra-se na fase da adolescência.

Na observação do aspecto de raça/cor, há predominância de crianças e adolescentes de cor branca, correspondendo a 78,3%, enquanto crianças e adolescentes de cor negra representam 13%, em 8,7% de casos esta informação não foi registrada⁷. Dentro do grupo de indivíduos negros, todas são meninas adolescentes na faixa etária de 11 a 15 anos.

Cabe destacar a partir deste dado que meninas negras estão vulneráveis também aos estereótipos racistas que endossam a hiperssexualização de corpos femininos negros, e a partir do legado do colonialismo, são lidos como corpos lascivos, sexualizados e permissivos. Esse tipo de pensamento, expõe meninas negras às maiores estatísticas nacionais de estupro e violação de direitos (GONZALES, 1984).

No campo da raça/cor, cabe destacar que estes não são colhidos em atendimento pelo Serviço Social, sendo estes registrados por técnicos administrativos que realizam a abertura de prontuário dos pacientes. Não raras vezes, estudos apontam limitações no preenchimento do dado raça/cor nos sistemas de saúde e preenchimento de fichas de notificação (MATOS;

⁷ Não foi encontrado registro de pessoas pertencentes a outros grupos étnicos existentes.

TOURINHO, 2018). Em alguns casos o próprio profissional informa este dado por considerar o questionamento como ofensivo, já que a palavra negro/negra ou preto/preta é utilizada como ofensa em atitudes racistas, ainda que haja esforço pelo movimento negro em legitimá-la como autoafirmação e valorização. Sendo assim, o profissional heteroidentifica os pacientes atendidos, realizando uma leitura pessoalizada sobre a raça/cor do/a usuário/a do serviço.

O dado de raça/cor levantado desenha um perfil diferenciado, visto que em pesquisas a nível nacional (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019; 2020), revela-se que a VS atinge maiores taxas entre a população negra quando comparada a outros grupos raciais. Considera-se um dado importante a ser destacado em razão do entendimento sobre o racismo como uma categoria de análise importante para a discussão da VS, contudo, neste estudo este aspecto dentro grupo da população negra apareceu de maneira exígua. Além disso, cabe registrar a necessidade de o/a Assistente Social incorporar o registro desta informação em seus relatórios, reconhecendo a importância em realizar levantamento desta característica nos sujeitos atendidos.

Com relação aos dados familiares que compõem informações sobre a procedência, composição e responsável familiar, situação de trabalho e rede de apoio social, se obteve os seguintes resultados:

Tabela 2: Configuração familiar das crianças e adolescentes atendidas.

PROCEDÊNCIA	N (=23)	(%)
<i>FLORIANÓPOLIS</i>	21	91,3
<i>GRANDE FLORIANÓPOLIS</i>	2	8,7
COMPOSIÇÃO FAMILIAR	N (=23)	(%)
MÃE + PARENTE DE 2º OU 3º GRAU	10	43,5
MÃE + PAI + IRMÃO/S	7	30,4
PAI OU MÃE + IRMÃO/S + CÔNJUGE DO/A GENITOR/A	5	21,7
SOGRA + NAMORADO	1	4,3
RESPONSÁVEL FAMILIAR	N (=23)	(%)
<i>SOMENTE MÃE</i>	13	56,5
<i>PAI E MÃE</i>	8	34,8
<i>SOMENTE PAI</i>	2	8,7
SITUAÇÃO DE TRABALHO DOS RESPONSÁVEIS - MÃES		(%)
<i>MÃE EMPREGADA</i>	13	61,9
<i>MÃE DESEMPREGADA</i>	7	33,3
<i>MÃE NÃO INFORMADO</i>	1	4,8

SITUAÇÃO DE TRABALHO DOS RESPONSÁVEIS - PAIS

<i>PAI EMPREGADO</i>	6	60
<i>PAI DESEMPREGADO</i>	1	10
<i>PAI APOSENTADO</i>	1	10
<i>PAI NÃO INFORMADO</i>	2	20

REDE DE APOIO SOCIAL**(%)**

<i>MÃE</i>	21	42
<i>PAI</i>	10	20
<i>AVÓ MATERNA</i>	8	16
<i>CÔNJUGE DO/A GENITOR/A</i>	6	12
<i>SOGRA OU MADRINHA</i>	2	4
<i>AVÓ MATERNO</i>	2	4
<i>TIO</i>	1	2

Fonte: Dados obtidos e elaborados pela autora da pesquisa, 2020.

Constata-se que a maioria das famílias reside na cidade de Florianópolis, correspondendo a 91,3%, enquanto que em dois casos as famílias possuem residência em municípios vizinhos à capital catarinense, indicando 8,7% do total.

Para a composição familiar foram consideradas todas as pessoas que residiam com a criança, classificando-as segundo os tipos de família proposta por Caniço *et al* (2010). A maior parte das famílias (43,5%) se caracterizou como famílias monoparentais femininas, sendo compostas pela figura materna e um parente de 2º ou 3º grau⁸. Esse traço se repete na identificação de responsável familiar, havendo predominância de mulheres chefiando estas famílias (56,5%), casos em que a mãe é a única responsabilizada pela manutenção e proteção da integridade da criança/adolescente.

Tais dados apontam para famílias constituídas por mães solo, que, além de serem responsabilizadas pela função protetiva aos seus dependentes, também necessitam assumir a responsabilidade pela manutenção financeira do lar, incorrendo em uma sobrecarga de trabalho não remunerado de mulheres mães.

Em segundo lugar, correspondente a 30,4% dos casos, o grupo familiar se constituiu como família nuclear, composta pela mãe, pai e irmão/s, sinalizando a presença dos dois responsáveis legais pela criança como principais cuidadores. Apareceram 21,5% de casos de família reconstituída, ou seja, a criança/adolescente residia com um dos progenitores, com os irmãos (não necessariamente irmãos consanguíneos) e o cônjuge do/a progenitor/a. Apareceram

⁸ A fim de apresentar os dados de forma mais objetiva, denominou-se “parente de 2º ou 3º grau” irmãos, tios/tias e avós, que aparecem invariavelmente na composição das famílias analisadas no estudo.

34,8% de casos em que a mãe e o pai eram responsáveis familiares e 8,7% de casos em que o pai se caracterizou como a única figura responsável pela criança.

No aspecto da situação de trabalho dos responsáveis, predominou a percentagem de mães que exercem atividade laboral remunerada (61,%) em comparação aos pais (60%). Embora, quando comparadas proporcionalmente, há maior predominância de mães desempregadas (33,3%) em relação aos pais (10%). Evidencia-se nestes resultados a exigência do revezamento dos cuidados aos filhos com a carga horária de trabalho, havendo também particularidade no grupo de mães, haja vista que também assumem historicamente tarefas de manutenção do lar e de cuidados aos integrantes do grupo familiar.

Na rede de apoio social disponível para oferecer suporte à criança/adolescente apareceram diversas figuras como: a mãe, o pai, avós maternos, cônjuge do/a genitor/a, sogra, madrinha e tio. Nessa categoria, novamente a mãe correspondeu a maior parte, configurando 42% como rede de apoio, seguida do pai, que apareceu em 20% dos casos. A avó materna também teve destaque importante, caracterizando 16% enquanto rede disponível para auxílio, seguido do padrasto/madrasta, que em 12% dos casos configurou rede de cuidado.

A rede de apoio é de suma importância para fortalecer a criança/adolescente e sua família no processo de construção da resiliência após situação de violência vivenciada. Em alguns casos, a família ampliada pode oferecer suporte através da disponibilidade de moradia temporária, cuidado à criança/adolescente no período de trabalho dos responsáveis, acompanhando até a escola, dentre outras ações que ampliam a capacidade protetiva da família diante da necessidade de reorganização familiar após o acontecimento da VS.

b) Aspectos da situação de violência sexual

As informações sobre a situação de violência sexual ocorrida foram sistematizadas considerando o vínculo com o autor da violência, o local em que ocorreu e a forma utilizada pelo autor para perpetrar o ato, sendo apresentada na tabela abaixo:

		N	(%)
Vínculo com o autor da violência	MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR	6	26,1
	MEMBRO DA FAMÍLIA EXTENSA	5	21,7
	DESCONHECIDO	5	21,7
	NAMORADO	4	17,4
	NÃO IDENTIFICADO	3	13
Local da ocorrência do estupro	CASA DE FAMILIARES	7	30,4
	NÃO IDENTIFICADO	6	26,1
	CASA DA CRIANÇA	5	21,7
	LOCAL FORA DO AMBIENTE FAMILIAR	3	13
	LOCAL PÚBLICO/INSTITUCIONAL	2	8,7
Tipo de violência		N	(%)
	ESTUPRO	12	56,5
	ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR	5	21,7
	ASSÉDIO SEXUAL	3	13
	NÃO IDENTIFICADO	2	8,7

Fonte: Dados obtidos e elaborados pela autora da pesquisa, 2020.

Em 26,1% dos casos, os autores eram membros do grupo familiar, seguido de 21,7% que mantinham contato com a criança/adolescente enquanto membros da família extensa. Observou-se que a parentalidade com o agressor que mais apareceu no estudo foram as do pai, avôdrasto e namorado. Correspondente a isso, 30,4% das violências ocorreram na casa de familiares, e na própria casa da criança/adolescente em 21,7%, indicando que na maioria dos casos, a violência ocorreu em um ambiente em que a criança/adolescente frequentava e mantinha relação familiar de confiança.

O abuso intrafamiliar rompe com idealização da família como ambiente inócuo de proteção e cuidado que, protegido pela privacidade do ambiente familiar, é um abuso de difícil revelação em razão do medo de romper o vínculo e gerar a destruição dos laços afetivos (ARAÚJO, *et al.* 2019). Para meninos e meninas a revelação da violência é desafiadora, pois, mesmo com o sofrimento gerado pela agressão, há também manifestações de carinho e atenção, gerando “sentimentos ambivalentes” em relação à pessoa agressora (Hohendorff *et al.*, 2012, p. 403), ademais muitas vezes o agressor utiliza de ameaças para coibir qualquer tipo de denúncia. Dessa forma, ao mesmo tempo em que deseja que os atos sexuais sejam cessados, a criança também teme o afastamento e a punição ao familiar.

Em 17,4% dos casos, o autor aparece como namorado das adolescentes nas situações em que a relação sexual teve o consentimento das mesmas. Mesmo havendo consentimento,

todo ato de teor sexual com crianças e adolescentes de até 14 anos de idade são qualificados pela legislação como estupro de vulnerável, que é agravante ao crime de estupro (BRASIL, 2009). Destes casos, algumas adolescentes revelaram ter sofrido abuso sexual intrafamiliar anteriormente, o que nos indica como uma das consequências do abuso sexual o afloramento da vida sexual precoce em adolescentes. Destacam-se as reflexões e orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos como importante ferramenta para a abordagem da sexualidade junto às adolescentes e suas famílias.

Em 21,7% dos casos os autores da VS eram desconhecidos e não faziam parte ou mantinham contato com o núcleo familiar da criança/adolescente. Nesse sentido, a VS ocorreu fora do ambiente familiar em 13% dos casos, seguido de 8,7% em que ocorreu em local público/institucional.

O tipo de VS utilizado pelos autores que prevaleceu no estudo foi o estupro, que correspondeu a 56,7% dos casos. Classificou-se como estupro todas as situações em que houve confirmação ou suspeita de penetração de objetos ou conjunção carnal no ato de violência. Ainda que a VS não se limite a atos em que há conjunção carnal, tal dado é importante no campo da assistência em saúde para definição dos protocolos de atendimento.

Os casos em que há relato de conjunção carnal e/ou contato com secreções em até 72 horas exigirão dos profissionais a prescrição de medicações profiláticas pós-exposição à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), coleta de exames sorológicos e oferta de contracepção de emergência, após este período mantém-se necessário a realização de acompanhamento das sorologias para monitorar manifestação de IST e garantia do tratamento adequado (FLORIANÓPOLIS, 2016).

O atentado violento ao pudor aparece em 21,7% dos casos, qualificado como a violência perpetrada através da exposição e/ou manipulação dos órgãos genitais no corpo do adulto ou no corpo da criança. O assédio sexual apareceu em 13% dos casos, correspondendo às situações em que houve oferta de ato sexual ou sedução à criança/adolescente para a prática de atos libidinosos.

Além dos supracitados, no âmbito hospitalar o atendimento imediato compreende também serviços de diagnóstico e tratamento das lesões físicas, oferta de amparo médico, psicológico e social imediatos, articulação de atendimento para registro de Boletim de Ocorrência em delegacias especializadas, encaminhamento ao órgão de medicina legal, comunicação ao Conselho Tutelar, preenchimento compulsório da ficha de notificação, fornecimento de informações sobre os direitos legais e demais serviços sanitários disponíveis (BRASIL, 2013).

A atenção integral é fundamental para o atendimento das diversas demandas apresentadas pelas crianças que foram abusadas sexualmente. Dos casos sistematizados, alguns sinais manifestados por crianças e adolescentes foram lesão genital, manipulação da genitália, autolesão e uso de psicoativos. Outras consequências também foram observadas, tais quais a mudança de humor e comportamento pela criança/adolescente vitimado, mudança de residência, conflitos familiares e evasão escolar. Para atendimento qualificado destes impactos a articulação com demais serviços da rede é imprescindível e pode potencializar a efetividade das intervenções.

c) Articulação intersetorial para garantia dos direitos

As consequências da violência sexual são múltiplas e geram impactos em todos os âmbitos da vida da criança, do/a adolescente e sua família, comprometendo a rotina cotidiana, as relações familiares e comunitárias estabelecidas, bem como o desenvolvimento saudável da pessoa vitimada. Os serviços de saúde funcionam como porta de entrada para muitas situações de violação sexual, assim como podem receber usuários encaminhados de outras instituições. Por isso, exige-se que haja no campo do atendimento em saúde uma assistência organizada por protocolos e fluxos de atenção voltados a prestar atendimento multiprofissional que restabeleça a condição de saúde e acione serviços de proteção à criança e ao adolescente de forma imediata.

Especificamente o hospital é responsável por realizar um atendimento integral à pessoa em situação de violência sexual, exigindo a execução de fluxos e protocolos de atenção que visem o acolhimento, atendimento diagnóstico e tratamento, notificação e articulação do seguimento na rede de cuidados e de proteção social constituídos no território (BRASIL, 2010).

A rede de apoio institucional é constituída por serviços de variadas políticas públicas, tais quais saúde, assistência social, segurança pública, educação e assistência jurídica, devendo estas serem capazes de oferecer suporte dentro de sua área de abrangência para aplicar ações de promoção de acesso a serviços de proteção à criança e ao adolescente.

Dessa forma, para responder às demandas apresentadas nas situações de VS o serviço hospitalar realiza articulação com serviços como o Conselho Tutelar (CT), Unidades Básicas de Saúde (UBS's), Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros Especializados de atendimento à situações de violência, dentre outros que se fizerem necessários. O encaminhamento qualificado exige contato com os profissionais de outros serviços, elaboração de estudos sociais e relatórios de atendimento, pactuação de intervenções e discussão intersetorial.

Mesmo sendo competência de toda a equipe de saúde, destaca-se o Serviço Social como profissão que comumente protagoniza essa responsabilidade. Para o Serviço Social, o trabalho no âmbito da saúde possui como subsídio importante o documento Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009). Segundo este documento, dentre as dimensões do processo de trabalho da/o Assistente social na Saúde, há o atendimento direto às/aos usuárias/os que compreende em ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas. Tais ações devem ocorrer de maneira integrada com demais membros da equipe multiprofissional e constituem “[...] o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CFESS, 2009, p. 38). Na tabela a seguir foram demonstrados os encaminhamentos realizados pelo Serviço Social.

4. Encaminhamentos realizados pelo Serviço Social e a equipe ACOLHE Pediatria para a rede intersetorial.

	N	(%)
CONSELHO TUTELAR	22	47,8
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/NASF ⁹	11	23,9
CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL	6	13
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL	4	8,7
CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL /	2	4,3
PAEFI ¹⁰	1	2,2
ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL		

Fonte: Dados obtidos e elaborados pela autora da pesquisa, 2020.

Nos relatórios levantados, somados todos os encaminhamentos, o mais realizado pelo Serviço Social foi ao CT, correspondendo a 47,8%. A articulação com o CT é fundamental no âmbito do atendimento hospitalar, visto que, além de fatores clínicos, a avaliação dos riscos e dos fatores de proteção auxiliam na definição de condutas profissionais que ofereçam melhor assistência às famílias durante a internação e após a alta hospitalar. Nesse sentido, a articulação com o CT através da pactuação de atendimento à família no hospital, no domicílio ou no próprio órgão, promove maior segurança nos encaminhamentos e proteção à criança/adolescente, especialmente quando há necessidade de medidas emergenciais, como afastamento do agressor, destituição do poder familiar temporário, dentre outras (BRASIL, 2010). Além disso, em razão de envolver situação de violação de direitos, faz parte do protocolo de atendimento o acionamento do CT, por isso, quando dimensionado isoladamente, o encaminhamento ao CT foi realizado em todas as situações, excetuando-se uma em que durante o atendimento no

⁹ Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

¹⁰ Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos.

Ambulatório foi verificado que a demanda da família não era referente à quaisquer ocorrência de VS.

A contrarreferência às UBSs ocorreu em 23,9% dos encaminhamentos, seguido do CRAS que correspondeu a 13%. Houveram encaminhamentos, embora em menor quantidade, ao Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) (8,7%) e ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) (4,3%).

O município de Florianópolis conta com uma unidade do CAPSi, serviço de saúde mental direcionado à crianças e adolescentes de 0 até 18 anos, que oferece suporte psicossocial e acompanhamento psiquiátrico. O CREAS, que é um serviço de atenção especializada em Assistência Social, atende famílias cujo algum direito tenha sido violado e gerado fragilização dos vínculos familiares. Em Florianópolis há dois CREAS de referência e no município as demandas ao serviço são encaminhadas pelo Conselho Tutelar, por isso verificou-se baixo número de encaminhamentos realizados pelo Ambulatório ACOLHE.

É comum que a violência sexual infantojuvenil seja perpetrada de forma que não permita identificação de sinais físicos da violência, dificultando que as famílias e os profissionais comprovem a violação, dificultando que algumas famílias compreendam a gravidade e os danos causados por estes outros tipos de VS. O hospital não possui competência para realizar procedimentos de comprovação da violência sexual, tampouco de coletar depoimentos das famílias e crianças/adolescentes para fins desta comprovação. Por isso, cabe ao profissional de saúde ater-se ao necessário para prestar assistência clínica, psicológica e social, visando a promoção e o restabelecimento da saúde. Dessa forma, acionar os órgãos cabíveis que poderão investigar e aplicar medidas de proteção e responsabilização dos autores da VS é a intervenção mais adequada neste contexto.

Portanto, cabe aos serviços de segurança pública e jurídicos a instauração de inquéritos policiais a fim de aplicar procedimentos de investigação que reúnam elementos comprobatórios que geram provas e responsabilizem o/a acusado/a pela agressão sexual. A Lei nº 13.431/2017 normatiza tais procedimentos e dentre eles está o depoimento especial, que consiste na entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente realizada por profissionais especializados, buscando evitar revitimização ou contaminação do discurso da criança.

A partir das demandas apresentadas, os encaminhamentos são realizados conforme pactuação entre os profissionais da equipe de referência. Na análise dos relatórios, destacou-se a demanda significativa para realização de atendimento psicológico através da psicoterapia, aparecendo encaminhamentos para serviços como o NASF, CREAS e CAPSi. Segundo Hohendorff et al (2015), as consequências psicopatológicas mais comuns em crianças e

adolescentes de ambos os sexos que sofrem VS são: ansiedade, raiva, dissociação, problemas interpessoais, bem como comportamentos como uso abusivo de psicoativos, desenvolvimento de depressão, transtornos alimentares, de personalidade e de humor. Segundo os relatórios, a alteração de comportamento como agressividade, dissociação, raiva apareceram como queixas pelos familiares, bem como foram sinais de alerta para a suspeita de VS. A garantia de atendimento psicológico é fundamental para o restabelecimento da saúde mental de usuários/as, embora, ainda seja um desafio que após os encaminhamentos realizados o atendimento seja iniciado com a urgência exigida por situações de VS.

No estudo não foi identificado nos relatórios registros sobre a efetividade dos encaminhamentos realizados em relação a demanda por atendimento psicológico. Aponta-se a importância de mapearmos na rede o funcionamento dos serviços, os tipos de atendimento oferecidos (individual, grupal, periodicidade, tempo de tratamento previsto, etc) e a previsão de início do atendimento, que são fundamentais para a prevenção de maiores danos psicológicos atrelados à situação de violência sexual.

Outro destaque apareceu no que se refere à demanda por acesso à serviços de saúde e atendimento no âmbito do monitoramento de exames de sorologia e do planejamento sexual e reprodutivo, sendo este último bastante atrelado às situações de início da vida sexual consentida por adolescentes, que relataram uso irregular de métodos contraceptivos e de prevenção de IST's.

Outras demandas identificadas que exigiram orientações e encaminhamentos aos serviços foram: a necessidade de acesso a benefícios de renda e serviços de integração em atividades comunitárias; os conflitos familiares em relação à regularização de guarda compartilhada ou visitas entre os genitores; as orientações referentes ao registro de boletim de ocorrência e exame de corpo de delito; e tratamento para cessar o uso abusivo de psicoativos.

O acompanhamento ambulatorial no hospital está previsto para acontecer em até seis meses, e por isso a contrarreferência é fundamental para garantir a longitudinalidade do cuidado, possibilitando que a família obtenha rede de apoio institucional referenciada em seu território mesmo após cessarem os atendimentos em nível hospitalar. Esse acompanhamento pós-alta é uma ação intersetorial que previne o risco de revitimização e/ou agravamento dos impactos da violência ocorrida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento à crianças e adolescentes em situação de violência sexual permanece sendo um desafio às equipes multiprofissionais inseridas nestes serviços. A VS é uma das formas de violação dos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e meninos e por isso é fundamental que no atendimento sejam incorporados processos de reflexão e orientação com usuárias/os acerca de discussões sobre o significado de consentimento, violência, papéis de gênero, desmistificação da culpa, identificação de pessoas de confiança e direitos em relação às possíveis situações que venham a sofrer algum tipo de violação. Uma postura de acolhimento e desmistificação da culpa pelo ato de violência sofrido promove maior vínculo e auxilia no processo de fortalecimento da pessoa vitimada pela VS.

Para crianças e adolescentes a revelação do estupro pode levar anos em razão do medo, do sentimento de culpa e da naturalização da violência intrafamiliar. Muitas vezes a VS é descoberta quando há a ocorrência de uma gestação e, dessa forma, o direito ao aborto legal é outra face do atendimento das violências sexuais que deve ser visibilizado. Há embates de ordem religiosa e político-ideológica que limitam o acesso de meninas, mulheres e pessoas com útero aos poucos serviços que realizam atendimento para o aborto legal, problema grave que incide na gestação na infância e adolescência. Considerando a quantidade expressiva de estupros de meninas adolescentes no Brasil, é preciso fortalecer os movimentos sociais de mulheres que reivindicam a humanização e a ampliação dos atendimentos hospitalares às situações de VS, incluindo os serviços de abortamento legal.

Outro aspecto importante levantado por este estudo, foram os casos de adolescentes menores de 14 anos que mantiveram relação sexual consentida, o que indicou a importância do diálogo sobre sexualidade junto às famílias. Destacou-se a demanda por intervenções que possam oferecer informações sobre direitos sexuais e reprodutivos, bem como auxiliar no processo de reconhecimento de possíveis situações de violência sexual ocorridas dentro de um relacionamento afetivo. Nesse aspecto, o papel da escola é fundamental, assim como os serviços de saúde e assistência social.

Identificamos no estudo que o Serviço Social tem papel de destaque na atuação com a família e nos encaminhamentos realizados, embora também sinalize a necessidade de qualificação multiprofissional para que as ações intersetoriais sejam uma responsabilidade compartilhada entre toda a equipe. A convivência familiar e comunitária é preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como um direito assegurado enquanto prioridade absoluta (BRASIL, 1990) e por isso o suporte à família é imprescindível para que esta possa manter sua função protetiva. O encaminhamento pactuado entre profissionais e família são promotores de

maior vínculo e confiança entre as partes, possibilitando maior aderência da família aos atendimentos ofertados.

Destacou-se também a participação das mulheres no cuidado e responsabilização pela criança e adolescente atendidos neste ambulatório, o que indica necessidade de fortalecimento da rede de atendimento com fins a promover às mulheres o compartilhamento do cuidado junto aos serviços e equipamentos públicos, viabilizando assim, acesso à instituições de educação, lazer, emprego e renda, dentre outros que se fizerem necessários para fortalecer o vínculo familiar e reparar os danos causados pela situação de VS.

Apesar do número de atendimentos realizados no período não ser alto (23), estes trouxeram elementos importantes para reflexão das intervenções propostas. Cabe ressaltar que tal número não significa que na rede municipal de Florianópolis não há demanda expressiva para atendimentos dessa natureza. Além do HU, outro hospital de referência para atendimento do segmento de crianças e adolescentes é o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), que, diferente do HU, é um hospital estadual de atendimento exclusivamente pediátrico, obtendo grande reconhecimento por usuários/as que buscam espontaneamente por atendimento pela rede pública.

No sistema de dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina, revelou-se que no período de 2018 a 2019 houve, no HIJG, um total de 189 notificações de VS às crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. No HU, no mesmo período e grupo de abrangência, foram notificados 29 casos de VS, compatibilizando com o levantamento realizado nesta pesquisa¹¹ (DIVE/SC, 2020). Observa-se que há uma desproporcionalidade no número de atendimentos realizados pelos dois serviços de referência disponíveis em Florianópolis, gerando maior demanda para uma das equipes de referência, o que indica a necessidade de maior descentralização do atendimento e conhecimento da Rede de Urgência e Emergência por usuários/as e demais serviços de saúde.

Oferecer um atendimento de qualidade implica não somente no investimento e incentivo de capacitação profissional pelas gerências hospitalares, mas também exige que os serviços possuam profissionais contratados, materiais e financeiros para que a rede de atendimento funcione integrada conforme os fluxos estabelecidos e capacitada para atender a demanda com a imediatividade exigida nestes casos. Embora vejamos nos últimos anos o desfinanciamento

¹¹ Considera-se que a diferença entre o levantamento realizado pela pesquisa e o número de notificações constantes no sistema da DIVE/SC explica-se em razão do ambulatório ACOLHE Pediatria ter iniciado os atendimentos apenas em setembro de 2018, considerando que os atendimentos anteriores foram realizados pelo Serviço Social em caráter emergencial e não ambulatorial, em razão disso, neste estudo compreende 23 casos atendidos e não 29 casos notificados.

público gradativo dos setores envolvidos no atendimento à violência sexual, especialmente Saúde e Assistência Social, iniciativas municipais de articulação da rede de atenção possibilitam a discussão contínua de fluxos e encaminhamentos, bem como possibilitam a identificação de fragilidades e potencialidades existentes. A RAIVS, em Florianópolis, e órgãos no âmbito dos movimentos sociais e de controle social são fundamentais para elaboração de estratégias de atendimento às crianças e adolescentes em situação de violação sexual, bem como cumprem papel de fiscalização e exigência de financiamento junto aos órgãos públicos responsáveis.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Gabriela de; RAMOS, Marina; ZALESKI, Tânia; ROZIN, Leandro; SANCHES, Leide da Conceição. Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná - Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**: Curitiba, vol. 20, n.2, 2019. p. 42-54. Disponível em: <<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/652>>, Acesso em 10 de dezembro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.. Disponível em: <[L8069](#)>. Acesso em: 27 de maio de 2020

_____. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2009. Disponível em: <[L12015](#)>. Acesso em: 21 de dezembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica](#)>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.

_____. **Lei nº 12.845 de 1 de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Diário Oficial da República

Federativa do Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20atendimento%20obrigat%C3%B3rio,Art>. Acesso em: 27 de dezembro de 2020

_____. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014.** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[Ministério da Saúde](#)>. Acesso em 22 de agosto de 2020.

CANIÇO, Hernâni; BAIRRADA, Pedro; RODRÍGUEZ, Esther; CARVALHO, Armando. Capítulo 3: 3.1. Quanto à estrutura e dinâmica global. *In*: CANIÇO, Hernâni; BAIRRADA, Pedro; RODRÍGUEZ, Esther; CARVALHO, Armando. **Novos tipos de família: plano de cuidados**. 1ª ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. p. 15-34.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde (Org.). Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, DF, 2010.

CHAUÍ, Marilena. Uma Ideologia Perversa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, Caderno Mais!, p. 3, 14 mar. 1999. Disponível em: <[Folha de S.Paulo - Marilena Chaui: Uma ideologia perversa - 14/03/1999](#)>. Acesso em 02 de dezembro de 2020.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SANTA CATARINA (DIVE/SC). **Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências**. Florianópolis. 2020. Disponível em: <[TabNet Linux 2.6a: INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS](#)>. Acesso em 07 de dezembro de 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH. **Procedimento Operacional Padrão: Atendimento à criança e adolescente e suas famílias em situação de violência sexual no ambulatório de pediatria do HU**. Divisão de Gestão do Cuidado. Gerência de Atenção à Saúde. Florianópolis: EBSEH, 1ª Versão. 2019.

FONTELLES, Mauro José; SIMOES, Marilda Garcia; FARIAS, Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, 23(3), p. 1-8. 2009. Disponível em: <[METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA](#)>. Acesso em: 23 de agosto de 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Ano 13, 2019. 218 p. Disponível em: <[Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019](#)>. Acesso em: 19 de novembro de 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Ano 14, 2020. 332 p. Disponível em: <[2020 Anuário Brasileiro de Segurança Pública](#)>. Acesso em: 11 de janeiro de 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989. 206 p.

GONZALES, Lélia. Racismo e Sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**. Anuário de Antropologia, Política e Sociologia. São Paulo: Editora Cortez, 1984. p.311-333.

HOHENDORFF, Jean Von; KOLLER, Silvia Helena; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, jan./mar., vol. 35, n.1, 2015. p. 182-198. Disponível: <[Artigo](#)>. Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

_____. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. **Revista Psicologia USP**: São Paulo, jun./jul., vol. 23, n.2, 2012. p. 395-415. Disponível: <[Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências](#)>. Acesso em: 13 de dezembro de 2020.

KRUG, Etinne G.; DAHLBERG, Linda L.; MERCY, James A.; ZWI, Anthony B.; LOZANO, Rafael. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

MATOS, Camila Carvalho de Souza Amorim; TOURINHO, Francis Solange Vieira. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: vol. 13, n.40, 2018. p. 1-13.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**: Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, vol. 49, n.27, jun. 2018. Disponível: <[Boletim Epidemiológico 27](#)>. Acesso em: 11 de janeiro de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. IV Conferência Mundial Sobre a Mulher: Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz, Pequim, 1995.

SILVA, Roseane Rosana da Silva; ZUCCO, Luciana; NETO, José Pedro Simões. Violência sexual e interrupção legal da gestação: um estudo da demanda a partir dos atendimentos do serviço social em um hospital de referência. **Revista Rumbos**. Ano XIV, Nº 20, dezembro 2019. p. 83-102. Disponível em: <[de Violência sexual e interrupção legal da gestação: um estudo da demanda a partir dos atendimentos do Serviço Social em um hospital de referência](#)>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.