



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Vanessa Borges Platt

Violência sexual contra crianças em Santa Catarina:
características e fatores associados à violência de repetição

Florianópolis/SC

2021

Vanessa Borges Platt

Violência sexual contra crianças em Santa Catarina:
características e fatores associados à violência de repetição

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Violência e Saúde

Orientadora: Prof.(a) Elza Berger Salema Coelho, Dr.(a)

Coorientadora: Prof.(a) Carolina Bolsoni, Dr.(a)

Florianópolis/SC

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Platt, Vanessa Borges

Violencia sexual contra crianças em Santa Catarina: :
características e fatores associados a violencia de
repeticao / Vanessa Borges Platt ; orientador, Elza Berger
Salema Coelho, coorientador, Carolina Bolsoni, 2021.
164 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Violência Sexual. 3. Crianças. 4.
Recorrente. 5. Vigilância Epidemiológica. I. Coelho, Elza
Berger Salema. II. Bolsoni, Carolina. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. IV. Título.

Vanessa Borges Platt

Violência sexual contra crianças em Santa Catarina:
características e fatores associados à violência de repetição

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Sheila Rubia Lindner, Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Jucélia Maria Guedert, Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Deise Warmling, Dr(a).
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Prof.(a) Marta Inez Machado Verdi, Dr.(a)
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)

Prof.(a) Elza Berger Salema Coelho, Dr(a).
Orientadora

Florinaópolis/SC, 15 de março de 2021.

Às crianças em situação de violência sexual, por me motivarem a tornar públicos esses dados.

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora, Elza Berger Salema Coelho, obrigada pela acolhida, pela firmeza e leveza simultâneas e por me lembrar a importância do percurso;

À minha Coorientadora, Carolina Bolsoni, pela disponibilidade, amabilidade e paciência, e demais membros do Núcleo de Pesquisa de Violência e Saúde, Professoras Deise Warmling, Sheila Rubia Lindner e Doroteia Höfelmann;

Aos demais professores do do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), pelos ensinamentos;

À Srta. Maria Júlia das Chagas, secretária do PPGSC, pelas incontáveis ajudas;

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por me acolher há 41 anos e oportunizar que desenvolvesse minhas próprias asas, permitindo-me sobrevoar os diversos campos do saber;

Ao Hospital Polydoro Ernani de São Thiago HU/UFSC- Filial EBSEH-, especialmente à Prof^a. Maria de Lourdes Rovaris, Ex-Superintendente, ao Sr. Junior André da Rosa, Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e ao Prof. João Carlos Xikota, Chefe da Unidade de Atenção à Criança e Adolescente, pela liberação para cursar o doutorado;

Ao Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na pessoa do Dr. Carlos Schoeller (*in memoriam*);

À querida e incansável Dra Jucélia Maria Guedert, pela motivação, parceria e inúmeros pitacos, sempre muito bem vindos;

À colega nutricionista e doutoranda Michele Honicky, por sua meiguice e pela enorme paciência e disposição nas análises estatísticas;

Aos biblioteconomistas Carlos Alberto Leal da Costa, Luiz Carlos Peres, Maria Gorete Monteguti Savi e Marcelo Ladislau da Silva, pela colaboração dispensada;

Aos funcionários administrativos, Srta. Michelle Donizeth Euzébio, da UFSC, e Sr. Nelson José Fernandes, do HIJG, pela ajuda na tramitação dos processos de afastamento para cursar o doutorado;

A Sra Libiana Benz e Sr. Humberto Moreira, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica

(DIVE/SC), pela disponibilidade em ajudar;

Às minhas colegas de trabalho Andréa Gisele Pereira Simoni, Ausinete Franz Steinbach, Ivana Fossari, Josiane Hasselmann, Taianny Luzia Bueno e Thais Cristina Rejane Heim, pelo incentivo;

Às equipes multidisciplinares de atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência sexual do HIJG e HU (Equipes Apoio e Acolhe), pela amizade e adesão à causa e pelo comprometimento e competência prestados na assistência;

À Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual de Florianópolis (RAIVS), por me ensinar o real sentido da “integralidade do cuidado”;

À pediatra Eliane Araújo, por ter me apresentado à temática e por me mostrar que podemos “fazer a diferença”;

À minha tia Cléia Maria Borges da Silva, pelas perfeitas correções de português;

Ao meu querido núcleo familiar, por entender minha ausência e meus esquecimentos nos últimos tempos, em especial ao Rogério, por estar sempre ao meu lado.

“A esperança tem duas filhas lindas: a Indignação e a Coragem. A Indignação nos ensina a não aceitar as coisas como estão; a Coragem, a mudá-las”

(Santo Agostinho)

PLATT, Vanessa Borges. **Violência sexual contra crianças em Santa Catarina:** características e fatores associados à violência de repetição. 2021. 164f. Tese (Doutorado de Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2021.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas da Saúde

Linha de Pesquisa: Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.(a) Elza Berger Salema Coelho, Dr.(a)

Coorientadora: Prof. (a) Carolina Bolsoni, Dr.(a)

RESUMO

Este estudo aborda as notificações de violência sexual contra a criança, compreendida como a submissão desta à atividade sexual que não possa compreender, com a qual ela não tem o desenvolvimento compatível, a que não possa dar consentimento e/ou que viole as leis da sociedade. Objetivou analisar a violência sexual contra a criança, em Santa Catarina, e os fatores associados a sua repetição, tendo como base as notificações de violências sexuais, de 2009 a 2019, contra crianças (idade até 10 anos incompletos), inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foi realizada análise de qualidade do banco de dados com relação a critérios de não duplicidade, completitude e consistência. Como resultado, o percentual de não duplicidade foi de 100,0%, de completitude 92,3% e de consistência 90,0%. Para o estudo da violência sexual foram selecionadas as variáveis relacionadas ao perfil da vítima: idade, sexo, raça/ou cor e presença ou não de deficiências; ao autor da agressão: sexo (se masculino, feminino ou ambos), número de envolvidos (um ou mais de um), suspeita do uso de álcool (se sim ou não), ciclo de vida (idades de 0 a 9 anos; de 10 a 19 anos; de 20 a 24 anos; de 25 a 59 anos, ou 60 ou mais anos). Foi caracterizado o vínculo ou grau de parentesco com a vítima, sendo gerada a categoria “conhecido”. A violência sexual foi tipificada em termos da presença ou ausência de assédio sexual, exploração sexual, pornografia, atentado violento ao pudor e estupro. Averiguou-se a ocorrência ou não de penetração. A variável “violência sexual de repetição” foi determinada pela ocorrência de mais de um episódio de violência sexual. As 3489 notificações foram analisadas por meio de estatística descritiva, em frequências relativas e absolutas e intervalos de confiança (IC) de 95%. Para verificar os fatores associados com a violência de repetição, foi realizada análise de regressão logística multivariada, com entrada de variáveis pelo procedimento *backward*, e obtida a razão de chance (RC) e seus respectivos IC de 95%. Foram consideradas significativas as variáveis com valor $p < 0,05$, e as que apresentaram $p < 0,20$, na análise bivariada, foram incluídas nas análises ajustadas, sendo excluídas do modelo as variáveis que apresentaram multicolinearidade, cuja qualidade foi testada pelo índice de *Hosmer and Lemeshow*. Predominaram vítimas do sexo feminino (73,3%), brancas (83,4%), na faixa etária de 2 a 6 anos (49,8%), sem deficiência (96,9%), vitimizadas na residência (77,8%), por conhecido (94,1%). O estupro foi quase três vezes mais frequente no sexo feminino, porém, quando acompanhado de penetração, a maior prevalência ocorreu com o sexo masculino. Os fatores de risco para a violência sexual de repetição nesta análise foram: o local da violência ser a residência (RC:1,4; IC95%:1,1–1,8), a vítima ter idade entre 6 e 10 anos (RC:1,7; IC95%:1,7–2,5), o uso de álcool pelo autor da agressão (RC:2,0; IC95%:1,3 – 2,2), e este ser o padrasto (RC:3,3; IC95%:2,4–4,6), o irmão (RC:2,0; IC95%:1,3–3,1) ou o pai (RC:1,7; IC95%:1,3–2,2). Quando a autoria foi vinculada a um desconhecido, essa chance diminuiu para 0,3. A qualidade do modelo foi de 58,3%. Em virtude de a violência sexual nas vítimas crianças habitualmente não se associar a alterações

físicas visíveis, características clínico-epidemiológicas definidas pelo modelo deste estudo devem alertar os profissionais para a possibilidade de que a criança com a qual estão lidando possa estar sofrendo violência sexual de repetição, pois tem uma possibilidade de acerto de praticamente 60,0%. Nesses casos estaria indicada uma abordagem multidisciplinar com esse olhar.

Palavras-chave: Violência Sexual. Crianças. Recorrente. Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT

This study addresses notifications of sexual violence against children, understood as the child's submission to sexual activity that he / she cannot understand, with which he / she does not have compatible development, and that cannot give consent and / or that violates the laws of society. It aimed to analyze sexual violence against children, in Santa Catarina and the factors associated with its repetition, based on notifications of sexual violence, from 2009 to 2019, against children (age up to 10 years old), inserted in the Information System of Notifiable Diseases (SINAN). Analysis of the quality of the database was carried out with regard to the criteria of non-duplicity, completeness and consistency. As a result, the percentage of non-duplicity was 100.0%, completeness 92.3% and consistency 90.0%. For the study of sexual violence, variables related to the victim's profile were selected: age, sex, race / or color and the presence or absence of disabilities; to the perpetrator of the aggression: sex (whether male, female or both), number of people involved (one or more than one), suspected alcohol use (whether yes or no), life cycle (ages 0 to 9; 10 to 19 years; 20 to 24 years; 25 to 59 years, or 60 years or more). The bond or degree of kinship with the victim was characterized, generating the category "known". Sexual violence was typified in terms of the presence or absence of sexual harassment, sexual exploitation, pornography, indecent assault and rape. It was verified the occurrence or not of penetration. The variable "repeated sexual violence" was determined by the occurrence of more than one episode of sexual violence. The 3489 notifications were analyzed using descriptive statistics, in relative and absolute frequencies and 95% confidence intervals (CI). In order to verify the factors associated with repetitive violence, multivariate logistic regression analysis was performed, with input of variables by the backward procedure, and the odds ratio (OR) and its respective 95% CI were obtained. Variables with $p < 0.05$ were considered significant and those with $p < 0.20$, in the bivariate analysis, were included in the adjusted analyzes, and variables with multicollinearity were excluded from the model, whose quality was tested by the Hosmer and Lemeshow index. Predominated female victims (73.3%), white skin color (83.4%), aged 2 to 6 years (49.8%), without disabilities (96.9%), victimized at home (77,8%), by acquaintance (94.1%). Rape was almost three times more frequent in females, but when accompanied by penetration, the highest prevalence occurred in males. The risk factors for recurrent sexual violence in this analysis were: the location of the violence is the home (OR: 1.4; CI95%:1.1–1,8), the victim is aged between 6 and 10 years (OR: 1.7; CI 95%:1.7– 2.5), the use of alcohol by the perpetrator of the aggression (OR: 2.0; CI95%:1.3 – 2.2), and this being the stepfather (OR: 3.3; CI95%:2.4-4.6), the brother (OR: 2.0; CI95%:1.3-3.1) or the father (OR: 1.7; CI95%:1.3-2.2). When the authorship was linked to a stranger, this ratio decreases to 0.3. The quality of the model was 58.3%. Due to sexual violence in child victims, is usually not associated with visible physical changes, clinical and epidemiological characteristics defined by the model of this study should alert professionals to the possibility that the child they are dealing with may be suffering recurrent sexual violence, as it has a possibility of correctness of practically 60.0%. In such cases, a multidisciplinary approach with "this view" would be indicated.

Keywords: Sexual Violence. Children. Recurrent. Epidemiological surveillance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores associados à violência sexual contra a criança e produção científica.....	53
Quadro 2 - Variáveis analisadas, com suas classificações e categorias.....	73
Quadro 3 - Variáveis da Ficha de Notificação de Violências incluídas na análise de completitude	76
Quadro 4 - Combinação de Variáveis da Ficha de Notificação de Violências selecionadas na análise de consistência.....	76

ARTIGO 1:

Quadro 1 - Variáveis utilizadas para a verificação da consistência.....	85
---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1:

- Tabela 1** - Percentual de consistência e avaliação (A) das notificações de violência sexual contra crianças do estado de Santa Catarina, 2009-2019. 88
- Tabela 2** - Percentual de completitude (C) e tendência das notificações de violência sexual contra crianças do estado de Santa Catarina, 2009-2019. 89

ARTIGO 2:

- Tabela 1** - Caracterização das vítimas e tipologia de VSI segundo o sexo, notificadas no SINAN, SC, 2009 – 2019 ($n= 3489$). 105
- Tabela 2** - Caracterização dos autores de VSI, segundo o sexo das vítimas, notificados no SINAN, SC, 2009 – 2019 ($n=3215$). 106
- Tabela 3** - Associação entre perfil da vítima e autor com a violência sexual de repetição nos casos de VSI notificados no SINAN, SC, 2009 – 2019. 108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APVP	- Anos Potenciais de Vida Perdidos
CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CDC	- Centro de Controle de Doenças Norte-Americano
CNJ	- Conselho Nacional de Justiça
CONANDA	- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	- Centro de Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CT	- Conselho Tutelar
DALY	- <i>Disability Adjusted Life Years</i> - [Anos de vida perdidos por morte ou incapacidade]
DIVE	- Diretoria de Vigilância Epidemiológica
EUA	- Estados Unidos da América
ECA	- Estatuto da Criança e Adolescente
EVSCA	- Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
MS/GM	- Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PAIR	- Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infantojuvenil no Território Brasileiro
PAEFI	- Serviço de Proteção às Famílias e Indivíduos
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RC	- Razão de Chance
SCNES	- Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SDH/PR	- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SES/SC	- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SGD	- Sistema de Garantia de Direito
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS	- Sistema de Informação em Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUV	- Superintendência de Vigilância em Saúde
TEPT	- Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNICEF	- <i>United Nations Children's Fund</i> - [Fundo das Nações Unidas para a Infância]
UPAs	- Unidades de Pronto Atendimento
VIVA	- Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS.....	25
3.1.2 Violência Sexual no Contexto Familiar	28
3.1.3 Rede de Atenção às Crianças em Situação de Violência Sexual	32
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS	39
3.2.1 Políticas Públicas para Criança	39
3.2.2 Políticas Públicas para o Enfrentamento da Violência Sexual	43
3.2.3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação e a Notificação de Violência Sexual Contra a Criança	49
3.3 BUSCA BIBLIOGRÁFICA, ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS	52
3.3.1 Prevalência e características de Violência Sexual contra Crianças	53
3.3.2 Consequências da Violência Sexual contra Crianças	58
3.3.3 Autor da agressão	62
4 METODOLOGIA	68
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	68
4.2 LOCAL DO ESTUDO	68
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	69
4.3.1 Critérios de Inclusão	69
4.3.2 Critérios de Exclusão	69
4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	69
4.4.1 Variáveis relacionadas às vítimas	70
4.4.2 Variáveis relacionadas à agressão	70
4.4.3 Variáveis relacionadas ao Autor da Agressão	72

4.5	PROCESSO DE ANÁLISE DA QUALIDADE DO BANCO DE DADOS	74
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	77
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	77
4.8	FINANCIAMENTO	78
5	RESULTADOS	79
5.1	ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO BANCO DE INFORMAÇÕES SINAN SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS EM SANTA CATARINA: COMPLETITUDE, CONSISTÊNCIA E NÃO DUPLICIDADE NO PERÍODO DE 2009 A 2019.....	80
5.2	ARTIGO 2: CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA SEXUAL DE REPETIÇÃO CONTRA CRIANÇAS EM SANTA CATARINA	98
6	CONCLUSÕES.....	122
6.1	LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA O CAMPO DO CONHECIMENTO E LINHA TEMÁTICA	123
	REFERÊNCIAS	124
	APÊNDICES	
	Apêndice A - Linha do Tempo das Políticas Públicas	149
	Apêndice B - Quadro: Programas e marcos legais de direitos de crianças e adolescentes, no Brasil, por ano.....	150
	Apêndice C - Base de dados e Estratégia de busca utilizadas para a revisão da literatura	153
	Apêndice D - Fluxograma referente à Estratégias de busca bibliográfica, nas bases de dados e na literatura cinzenta e respectivos resultados encontrados, período setembro 2014 a setembro de 2019.....	154
	Apêndice E - Instrumento de Coleta dos Dados	155
	Apêndice F - Justificativa da Ausência do Termo de Consentimento Livre e esclarecido	156
	Apêndice G - Quadro: Resumo da produção nacional sobre a análise da qualidade de dados do SINAN, em três dimensões, 2014-2020.....	157
	ANEXOS	
	Anexo A - Ficha do SINAN.....	159
	Anexo B - Parecer Consubstanciado com Aprovação – CEPESH-UFSC.....	161

APRESENTAÇÃO

Idealizei e desenvolvi este estudo no intuito de conhecer as características da violência sexual contra crianças em Santa Catarina e os determinantes da sua perpetuação. É um tema tão relevante, que choca, revolta e incita principalmente os profissionais que trabalham com crianças em situação de violência sexual, como eu, a se posicionarem, divulgando os dados epidemiológicos da realidade estadual na tentativa de dimensionar a realidade dessa triste chaga social. Ressalto que o tema violência sexual infantil igualmente foi objeto de estudo no meu mestrado, também no Programa de Pós-Graduação e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC).

Para tanto, foram avaliados os dados das notificações de violência sexual contra crianças no período de 2009 a 2019, registrados em Santa Catarina no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ferramenta eletrônica do Ministério da Saúde para notificação de violência doméstica, sexual e outras formas de violência contra crianças.

Este estudo se organiza da seguinte forma: o **Capítulo 1** apresenta a introdução, o contexto de investigação, a justificativa e a pergunta da pesquisa. No **Capítulo 2** estão definidos os objetivos, divididos em geral e específicos. Posteriormente, no **Capítulo 3**, a literatura relativa ao tema é revisada, e ele é subdividido em 3 seções: 1 - violência contra a criança, tipos e definições, violência sexual no contexto familiar e a rede de atenção às crianças em situação de violência sexual; 2 – políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças; sendo aqui abordado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e a Notificação de Violência Sexual Contra a Criança; 3 - essa última seção apresenta a busca bibliográfica realizada, aspectos clínicos e epidemiológicos da violência sexual contra crianças, como prevalência e características da violência sexual contra crianças, suas consequências e aborda características do autor deste agravo. O **Capítulo 4**, que versa sobre o método, caracteriza o estudo transversal, descritivo e analítico, descreve a população, os instrumentos de pesquisa, define as variáveis e seus indicadores, bem como o processamento e análise estatística dos dados. No **Capítulo 5** os resultados são expressos na forma de 2 artigos. Por fim, no **Capítulo 6**, apresento as conclusões, onde incluo as limitações do estudo e as contribuições para o campo das Ciências Sociais em Saúde e na linha de pesquisa de Violência e Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A infância tem a peculiaridade de representar o futuro, e é por isso que preservar e cuidar dela deve fazer parte do projeto de desenvolvimento de uma nação. (VAN STRALEN; PENELLO, 2016, p. 4).¹

A violência sexual contra crianças é um crime debilitante que resulta em consequências para a mente, corpo e espírito dos sobreviventes.² Ela ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual que não possa compreender, com a qual ela tem o desenvolvimento incompatível, e que não possa dar consentimento e/ou que viole as leis ou as regras (acordos institucionais) da sociedade.³

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a criança é definida como a pessoa até dez anos de vida incompletos, sendo essa referência a escolhida para o presente estudo pois é a utilizada pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde (VIVA/MS). Sabe-se que lactentes e pré-escolares, crianças nas faixas etárias de 0 a 6 anos, estão em grande risco de sofrerem maus-tratos fatais como resultado de sua dependência, vulnerabilidade e relativa invisibilidade social.^{2, 4-5}

A violência sexual contra crianças tornou-se de interesse global devido ao grande prejuízo que traz para as vítimas, desde transtornos de estresse pós-traumático, distúrbios do sono, do apetite, desordens somáticas, incluindo desordens gastrointestinais funcionais, dor pélvica crônica, convulsões psicogênicas e dor crônica não específica, a múltiplos distúrbios psiquiátricos e até mesmo suicídio.⁶ É mais notificada em países desenvolvidos, ocorrendo em todas as sociedades, embora em algumas a prevalência seja maior do que em outras.⁷

Decorrente do crescente reconhecimento da magnitude, consequências e custos da violência contra crianças, há compromissos crescentes de instituições como a OMS, as Organizações das Nações Unidas (ONU), os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), o Banco Mundial, os centros acadêmicos e organizações da sociedade civil, entre outras, para a sua prevenção. A priorização deste tema está nos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) e culminou na inclusão de duas metas que todos os países devem procurar eliminar, em vez de apenas reduzir: “acabar com o abuso, a exploração, o tráfico, e todas as formas de violência contra as crianças” e “eliminar todas as formas de violência contra mulheres e meninas”.⁸

Em 2011 foi estimado que 702.000 crianças no mundo sofreram maus-tratos, sendo que 8,2% dessas foram vítimas de violência sexual. A prevalência varia dependendo da população,

da definição de abuso nas diferentes sociedades e do desenho do estudo.⁹ Um estudo epidemiológico de 2013 apontou as taxas de prevalência de violência sexual contra crianças de 9,2%, 10,1% e 23,9%, respectivamente, na Europa, América e Ásia.¹⁰

Estudos se esforçam para delinear uma incidência próxima da realidade, no entanto muitos autores ainda consideram a prevalência de violência sexual pouco conhecida, uma vez que, na maioria das vezes, a criança só consegue revelar o abuso na fase adulta. Além do silêncio e dos tabus que envolvem esse tipo de agressão, há também dificuldades de alguns países em desenvolver um sistema de vigilância e de informação adequado para que esse ato seja reduzido.¹¹

No Brasil 58.030 crianças foram vítimas de violência sexual no período de 2011 a 2017, com predominância de vítimas do sexo feminino (74,2%), segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde.¹² Em 2018, foram registrados 32 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo o maior número desde 2011, apontando que são registrados mais de três casos por hora. De 2011 para cá, os números já somam 177,3 mil notificações. Dentre esses casos registrados, pelo Ministério da Saúde, dois terços ocorreram dentro de casa. A cada 4 casos, em 1 deles os abusadores faziam parte do círculo de amigos ou conhecidos da vítima.¹³

Desde a década de 80 o Brasil tem buscado enfrentar o problema com programas, políticas e leis, com destaque à Constituição Federal de 1988, no parágrafo 4º, do artigo 227, pela importância atribuída ao enfrentamento da violência sexual contra crianças¹⁴ e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8069/90), o grande marco legal de proteção aos direitos da Criança e do Adolescente.¹⁵

Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

§ 4º- A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

Na área específica da atenção à saúde das vítimas de violência, em 1999 foi publicada a Norma Técnica intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, sendo que a obrigatoriedade da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, por parte dos profissionais no setor da saúde, ocorreu em 2001. Com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e aferir a magnitude desses graves problemas de Saúde Pública, em 2006 foi implantada a Vigilância de Violências e Acidentes

(VIVA), pelo Ministério da Saúde (MS). A partir de 2009, o VIVA passou a compor o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela. Em 2010, foram estabelecidas as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia para superar a fragmentação da atenção e das gestões nas Regiões de Saúde, ano em que o MS também implementou a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, objetivando promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes com direitos violados.¹⁶

Veloso *et al.*, (2013) registraram um aumento de 240,0% no número de notificações de violência contra crianças e adolescentes no SINAN, em Belém no período de 2009 a 2011, sendo a violência sexual a tipologia mais frequente (41,8%). A maior incidência dos casos de violência no geral, foi na faixa de 1 a 9 anos, sendo a casa da vítima o local de maior ocorrência, e os autores da agressão conhecidos da vítima e em 90,0% do sexo masculino.⁽¹⁷⁾ Em Santa Catarina, também houve um aumento expressivo dos casos notificados de violências interpessoais e autoprovocadas, no período de 2015 a 2019, ficando a violência sexual em quarto lugar no número de notificações.¹⁸

Na série temporal, de 2009 a 2013, sobre a evolução da notificação de violência sexual no Brasil, com registros do SINAN, Gaspar; Pereira e Lopes (2018) destacam alarmantemente que a taxa de estupro aumentou 590,0%, a região Sul demonstrou maior variabilidade, enquanto a Sudeste concentra o maior número de casos dentro do período analisado. Mais da metade dos casos da violência ocorreu na residência e, em 63,0%, as vítimas tinham até 14 anos de idade.¹⁹

Ressalta-se com isso a importância da vigilância epidemiológica de violências, fornecendo informações sobre as características desse agravo, subsidiando ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas, em uma perspectiva intersetorial e baseada no direito à saúde e à vida.¹⁷

A violência sexual é uma transgressão secreta, que viola os limites da intimidade pessoal. É um processo dinâmico que não se resume a seus participantes diretos, mas a todo o núcleo familiar, permeado por sensações de culpa, vergonha e inadequação de cuidados para a maioria dos envolvidos. É um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes econômicas, etnias, religiões e culturas.²⁰ A revelação é um processo complexo, carregado de ambiguidades e contradições.²¹

Por habitualmente, nos casos de violência sexual contra a criança, o autor da agressão ser alguém próximo a ela, de seu núcleo familiar, a revelação e a notificação do abuso sexual são acontecimentos complexos para a vítima e seus familiares. Refletem diretamente no sistema

familiar, implicando muitas vezes rompimento de vínculo, culpabilização e perda de suporte financeiro.²² Cria-se assim uma situação muitas vezes mantida em segredo por um longo período, inclusive ultrapassando gerações, o que posterga e dificulta tanto a revelação quanto a busca por ajuda.²³

As dificuldades vão além das intrínsecas, associadas à denúncia. Elas permeiam as informações quanto ao acesso aos serviços especializados de saúde, justiça e assistência social. É pouco orientado como notificar e proceder, e às famílias é imposto um percurso longo, cansativo, humilhante e por vezes desconhecido. O atendimento às crianças em situação de violência sexual é intersetorial, e a vítima e sua família percorrem um longo caminho até receber a assistência global a que têm direito, isto, quando a recebem.²⁴

A complexidade desse problema assinala a necessidade de métodos de avaliação efetivos, que incluem: a identificação do abuso, a denúncia, o acompanhamento do caso nos órgãos de proteção à criança, o encaminhamento para atendimento médico e psicológico para a vítima e acompanhamento do autor da agressão e da família para garantir a proteção da criança de outras situações abusivas.²⁵ Depreende-se com isso a necessidade ímpar da assistência organizada em rede no atendimento das crianças e suas famílias em situação de violência sexual.²⁶

A literatura internacional relaciona trajetória de revitimização como a chance de uma vítima de violência sexual sofrer um novo episódio de violência posteriormente, afirmando ser de duas a três vezes maior o risco de violência sexual contra crianças nas vítimas do que nas pessoas sem história prévia da mesma. Indica, em estudos retrospectivos que avaliaram sobreviventes de violência sexual contra crianças, que 70% experienciam revitimização durante a adolescência ou vida adulta.²⁷

São apontados como mediadores do impacto dessa violência para o desenvolvimento de sequelas na criança fatores como: duração, frequência, condições nas quais a violência sexual ocorre (com ou sem a presença de ameaças e/ou violência), idade da criança, relacionamento com os autores, reação dos cuidadores diante da revelação e ausência de figuras parentais protetoras.²⁸

No Brasil, o fenômeno da violência tem mobilizado as diferentes áreas do conhecimento, no estabelecimento de parcerias que busquem fomentar estratégias de prevenção e intervenção no enfrentamento do problema.²⁹ Essa prática visa garantir o cumprimento de princípios legalmente assegurados no ECA quanto às políticas e programas voltados à violência social e interpessoal contra crianças.³⁰

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), por meio do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, já

em 2007 identificou que a construção de indicadores para a temática da Violência Sexual- abuso e exploração não é uma tarefa fácil. Aponta que essa dificuldade relaciona-se à ausência de produção de dados nessa área pelo Brasil, para que se pudesse estabelecer uma linha de base para o processo de monitoramento e avaliação.¹⁴

Este é um tema urgente da academia para ser publicizado, com diferentes e profundas sequelas às vítimas, muitas demandas a serem atendidas. Fundamentalmente, a necessidade de desenvolver estratégias que objetivem à execução de projetos voltados à promoção, à proteção e à defesa dos direitos humanos de crianças é de ordem nacional.

Trata-se de um fenômeno que causa perplexidade e mobiliza a sociedade, pela sua magnitude, ampla exposição e vulnerabilidade dos menores de idade, e sua transcendência nos diferentes ambientes sociais.³¹

Entretanto, a despeito dos esforços empreendidos, muito há que se fazer para coibir de forma satisfatória a violência, sendo necessário conhecer as características da violência sexual contra crianças no Brasil, um problema de saúde pública desafiador, para universalizar as ações de prevenção.³²

A base de dados deste estudo será composta das notificações inseridas no SINAN, de violência sexual contra crianças (menores de 10 anos), realizadas pelos profissionais de saúde, em Santa Catarina, nos anos de 2009 a 2019.

Devido à inclusão relativamente recente (2008) dos dados referentes à violência sexual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), como via de universalização da vigilância contínua, utilizá-lo de forma sistemática e analisar os dados inseridos, a qualidade deles, é a melhor forma de avaliá-lo e melhorá-lo.³³⁻³⁵

Conhecer e promover a qualidade dos dados de violência sexual inseridos no SINAN pode contribuir para o fortalecimento do sistema de vigilância desse agravo. Contudo, são escassos os estudos que analisam a qualidade dos dados do SINAN, especialmente para a violência.³⁴

A apropriação dessas informações pelos gestores e pela sociedade organizada para subsidiar suas atividades e políticas públicas deve considerar seus pontos fortes e suas limitações, resultado de avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados.³⁶

Acreditamos que os dados trazidos à luz por este estudo possam contribuir para aumentar a conscientização sobre a importância da notificação desse triste agravo, além de incentivar um senso de comprometimento por parte dos profissionais dos diversos setores onde a criança é atendida. Os resultados disponibilizados aos profissionais e gestores de saúde devem apoiar estratégias adequadas para a redução da subnotificação de casos e para a melhoria da qualidade

do preenchimento do formulário de notificação, favorecendo ações voltadas ao enfrentamento da violência e suas consequências.³⁷

Nesse contexto esta pesquisa busca conhecer e descrever as características da violência sexual contra a criança em Santa Catarina, registradas em um sistema de notificação de abrangência nacional, listando quais se relacionam à violência sexual de repetição. Intenciona-se também analisar a qualidade desse banco de informações, nos quesitos de duplicidade, consistência e completitude.

Assim, questiona-se quais as características do violência sexual contra crianças em Santa Catarina, e os fatores associados à violência sexual de repetição.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as notificações de violência sexual segundo a qualidade dos registros, suas características e os fatores associados à violência sexual de repetição.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a qualidade dos registros de casos de violência sexual contra a criança notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Santa Catarina, no período de 2009 a 2019;
- Identificar a violência sexual de acordo com as características das crianças agredidas, da agressão e do autor da agressão;
- Estimar a associação entre a “violência sexual de repetição” e as variáveis: tipo de abuso, local de ocorrência, vínculo, sexo do autor e uso de álcool por este, número de envolvidos; sexo, idade, cor da pele e presença de deficiência da criança agredida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está dividido em três grandes seções. Na primeira, “Violência Contra as Crianças”, são apresentadas as definições e tipologias das diferentes formas de violência que podem ser perpetradas contra as crianças, com enfoque na violência sexual e seus subtipos, abordando-se a violência sexual no contexto familiar e a rede de atenção às crianças em situação de violência sexual.

Na segunda seção são abordadas as políticas públicas para o enfrentamento dessa violência no país, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e como se dá a notificação de violência sexual pelos profissionais de saúde.

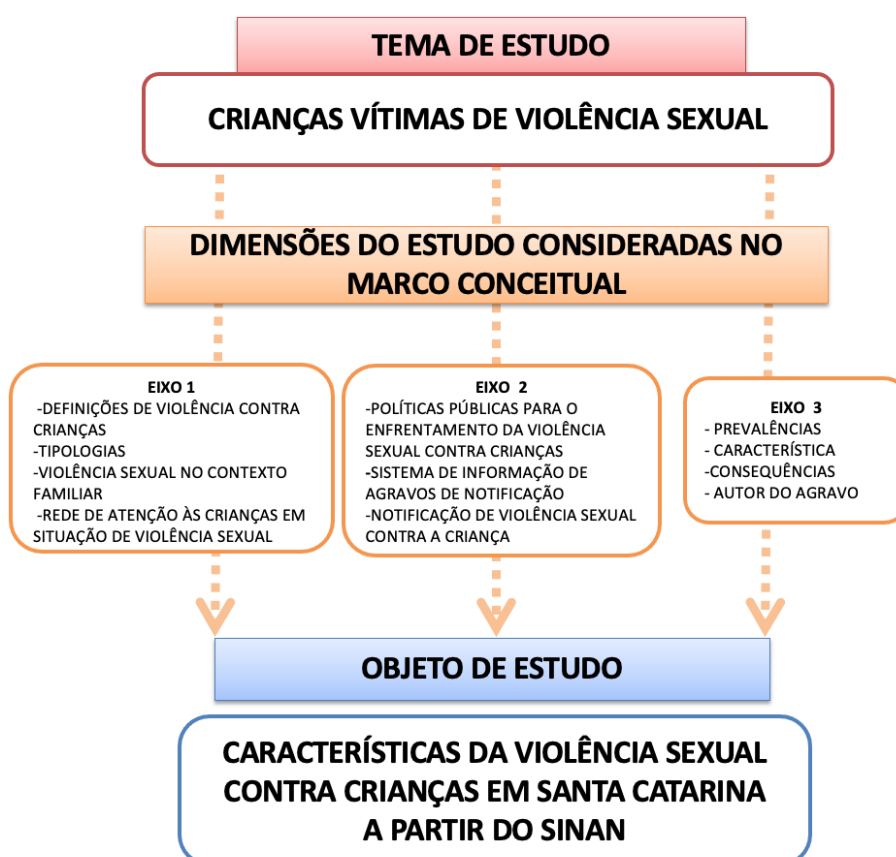
Na terceira e última seção estão expostas as chaves de busca bibliográfica nas bases de dados de publicações dos últimos cinco anos, e utilizadas na revisão sistematizada e que forneceram as informações sobre prevalência, características, consequências e autoria desse agravo.

Adicionalmente foram acrescentados ao referencial teórico os manuais do Ministério da Saúde do Brasil, pois a linha de cuidado com as crianças em situação de violência sexual faz parte de seus programas e de políticas públicas do Governo Federal, sendo importante a sua contextualização a partir desses documentos e normativas.

Entende-se que o campo da violência sexual contra a criança é um universo inesgotável a ser explorado e envolve múltiplas e complexas dimensões, de forma a tornar limitada a abrangência dessa contextualização teórica.

De forma ilustrativa é apresentado, na Figura 1, como a revisão de literatura foi dividida, em três grandes seções: violência contra crianças, políticas públicas e epidemiologia da violência sexual contra crianças.

Figura 1 - Referencial teórico



Fonte: Elaborada a partir de Guedert.³⁸

3.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS

Por se tratar de uma fase da vida em que o ser humano requer grandes demandas afetivas e de suporte social, os cuidados prestados à criança, tanto pela família como por toda sociedade, influenciarão decisivamente as suas chances de sobrevivência e a qualidade de sua vida atual e futura, além de se refletirem nos valores a ela repassados e na formação da concepção que ela vai ter de si mesma e do mundo. (DESLANDES *et al.*, 2005, p.44).³⁹

É importante levar em conta que a violência contra a criança baseia-se em uma relação de poder. Ainda que os adultos sejam socialmente responsáveis e a eles seja outorgada a função de proteção às crianças, é cotidiano o exercício de pedagogia de submissão destas ao poder autoritário, totalitário e violento dos adultos nas diversas instituições: famílias, escolas, igrejas, serviços de assistência e de ressocialização.²⁴

Neste capítulo apresentamos a definição dos tipos de violência que as crianças podem sofrer, classificações e, a partir do referencial da OMS, as definições das diferentes formas de

violência sexual contra a criança, objeto desta tese, e como ocorre o atendimento à criança em situação de violência sexual e a articulação dos serviços responsáveis por esse atendimento no Brasil e em Santa Catarina.

3.1.1 Violência contra crianças: definições e tipologias

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando divulgou o Relatório Mundial sobre violência, definiu violência como “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”⁴

O Ministério da Saúde (MS) adota uma definição muito semelhante à utilizada pela OMS, no qual coloca que a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual.⁴⁰

Para Minayo (2003), violência é definida como o uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros indivíduos, grupos e coletividades, sendo que o grau da severidade da violência seria determinada pelos aspectos culturais da sociedade na qual ela ocorre e pela forma como a mesma resolve seus conflitos. A autora também afirma que a violência é histórica e reflexo da sociedade que a reproduz, aumentando ou diminuindo de acordo com a sua construção social nos níveis coletivos e individuais.²⁹

Em relação à tipologia, a OMS tipifica **maus-tratos** ou **abuso contra crianças** como podendo ser físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, que resulte ou possa resultar em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade desses seres. O abuso transgride e distorce o contexto de uma relação de responsabilidade e confiança entre os indivíduos, configurando-se como uma relação de poder.⁴

De forma didática, Waksman *et al.* **classificam as violências** às quais as crianças podem ser submetidas como extrafamiliar, intrafamiliar ou como auto infligida (autoagressão, atividades de risco, provocar lesões em si mesmo, suicídio).²¹

A **Violência Extrafamiliar** é o tipo de violência a que estão sujeitas todas as pessoas, praticada fora de suas moradias e, mais frequentemente durante infância e juventude, por pessoas que detêm sua guarda temporária ou por estranhos.²¹ É definida como todas as formas

de agressividade praticadas contra pessoas fora do local de sua moradia, não se levando em conta o perfil do autor da agressão, mas sim onde a violência ocorre.⁴¹

Essas características devem sempre ser levadas em conta quando se avalia a gravidade e o risco da violência para com a criança.⁴¹

A **Violência Intrafamiliar** é a que acontece na esfera privada, no ambiente doméstico, dentro das residências, em geral perpetrada por pessoas que deveriam apoiar e proteger crianças e adolescentes. Por essas características, é uma violência mais difícil de ser desvendada, sendo resguardada pela lei do silêncio, pelo medo e pela impunidade de seus agentes.²¹

Essa violência abrange cinco tipos: física, sexual, psicológica, negligência e “formas específicas”, que se expressam sob as formas de síndrome de Munchausen, violência química e filicídio. Tanto os tipos de violência extra como intrafamiliar podem se expressar de forma diversa e não excludente.²¹

A **violência sexual**, objeto deste estudo, ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual que não possa compreender, com a qual ela tem o desenvolvimento incompatível, e que não possa dar consentimento e/ou que viole as leis ou as regras da sociedade.³ Designa o uso de criança para gratificação sexual de adulto ou adolescente mais velho, responsável por ela ou com o qual mantém algum vínculo familiar, de convivência ou confiança.⁴² Compreende ato ou jogo sexual, a relação homo ou heterossexual na qual o autor da agressão objetiva estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter sua satisfação sexual.⁴³

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual de Crianças e Adolescentes - EVSCA¹⁴ adotou a linha conceitual sistematizada no III Congresso Mundial de EVSCA:

[...] trabalhar a violência sexual como um “macro conceito” que envolve duas expressões: abuso sexual e exploração sexual. Uma forte diretriz adotada pelos documentos finais do III congresso foi a de dar visibilidade as duas expressões principais da violência sexual, abuso e exploração. A ideia é assumir a existência de características importantes em cada uma delas, e que essa diferença precisa impactar nas políticas de proteção. (GADELHA *et al.*, 2013, p.19).¹⁴

Assim sendo, a violência sexual é todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento sexual desigual em relação à criança e adolescente vítimas. Pode se expressar de duas formas: abuso sexual e exploração sexual.

O abuso sexual é definido como a utilização da sexualidade de uma criança ou adolescente para a prática de qualquer ato de natureza sexual.⁴⁴

A exploração sexual é a utilização de crianças e adolescentes para fins sexuais, mediada por lucro, objetos de valor ou outros elementos de troca. Pode ocorrer de quatro formas: exploração sexual no contexto da prostituição, pornografia infantil, tráfico para fins de exploração sexual e turismo com motivação sexual.⁴⁴

De acordo com a OMS, há três distintos **tipos de abuso sexual infantil**: abuso sexual sem contato (como por exemplo: ameaças de abuso sexual, assédio sexual verbal, solicitação sexual, exposição indecente, exposição da criança à pornografia); abuso sexual com contato envolvendo intercurso sexual (por exemplo: agressão sexual ou estupro); e abuso sexual com contato mas sem intercurso sexual, porém incluindo outros atos tais como toques inapropriados, beijos e carícias.⁵

Por agressão sexual a OMS define o uso de força física ou outro tipo de tentativa de penetração de cunho sexual. Nessa definição inclui estupro, entendido como o uso de força física ou outro tipo de penetração coercitiva da vulva, vagina ou ânus pelo pênis ou por outra parte do corpo ou objeto, incluindo também penetração oral.⁴

Devido à divergência sobre a definição de violência sexual infantil na literatura nacional e internacional e na dificuldade de consenso sobre ela nos diferentes setores nos quais a uniformidade dos critérios diagnósticos se faz necessária, recentemente Mathews e Collin-Vezina (2019) propuseram um modelo conceitual para defini-la, baseados em quatro condições fundamentais: ser criança, a ausência de consentimento, o ato ter conotação sexual e ser abuso. Os autores tomaram como base as distintas definições e conceitos sobre violência sexual infantil, apresentadas nos estudos epidemiológicos, nos marcos legais e nos instrumentos políticos para construir o modelo, sendo que quando as quatro condições citadas estivessem presentes, ou seja, fossem atendidas, dizer-se-ia que a violência sexual infantil estava confirmada.⁴⁵

Expostos alguns conceitos relacionados às violências que podem ser perpetradas contra a criança, vamos descrever a violência sexual no contexto familiar.

3.1.2 Violência Sexual no Contexto Familiar

Referência vital para o desenvolvimento humano, a família, como um grupo de pessoas, é o local onde a criança deve ser nutrida, cuidada e instruída. Ela foi se ajustando a partir das mudanças da sociedade, como configuração e organização, em relação aos conjuntos de valores e regras sociais predominantes, influenciando diretamente no entendimento do papel dos

indivíduos.⁴⁶

A depender da perspectiva ideológica - religiosa, política, econômica ou jurídica, seja sociológica, antropológica e/ou psicológica, ao longo do processo histórico humano, encontramos uma diversidade de formas, organizações, funções e papéis atribuídos à família.

Hoje, a família é reconhecida como importante rede social de referência para o desenvolvimento humano.⁴⁶⁻⁴⁷

O poder e a importância das famílias na educação/criação das crianças se estendem além do período compreendido da dependência das mesmas aos adultos em relação aos cuidados básicos. As crianças necessitam do que a família deveria poder prover: suporte social, socialização e habilidades de enfrentamento de vida. Sua autoestima se desenvolve ao serem bem cuidadas, amadas, terem o sentimento de bem querer e sentirem que são parte de uma unidade social que compartilha valores, comunicação aberta e fornece companheirismo. A família transmite e interpreta valores às crianças, e comumente serve de conexão entre a criança e o mundo, especialmente nos primeiros anos de vida. Apesar de as escolas fornecerem às crianças a educação formal, as famílias as ensinam a se posicionarem no mundo.⁴⁸

É reconhecida na atualidade a contribuição fundamental da família para a promoção do bem-estar da população, recomendando-se inclusive que as políticas sociais, os governos e as organizações não governamentais apoiem as famílias no desenvolvimento dessa importante tarefa. Evidencia-se assim que a família representa a unidade básica e o primeiro nível de atenção à saúde. Assim, o cuidado familiar é a base do cuidado comunitário.⁴⁷

Apesar de discussões na atualidade sobre a desestruturação e desmantelamento da família brasileira, ela ainda está viva e se caracteriza como espaço que favorece a socialização e o exercício da tolerância.⁴⁷ Considerada como elemento primordial de proteção de seus componentes, questiona-se sobre as expectativas referentes à garantia desse papel da família, inferindo-se se esse aspecto protetivo não estaria afetado em famílias que vivenciam episódios de violência contra seus filhos,⁴⁹ pois tem-se observado um aumento expressivo na violência no âmbito da família.⁵⁰

Reconhece-se a associação direta da violência contra crianças com a quebra das relações afetivas que devem estar asseguradas entre pais e filhos. Destarte, muitas crianças sentem-se ameaçadas e negligenciadas, no que diz respeito ao relacionamento afetivo entre elas e seus pais. Assim, não encontram motivação para acreditarem na sua importância no meio familiar.⁵¹

A própria tensão familiar contribui para todas as formas de abuso sexual infantil, mesmo que a pobreza seja um fator exacerbador, observaram Veenema, Thorton e Corley (2015), em revisão integrativa da literatura, consultando bases de dados desde 1980.⁵²

A necessidade de observar a violência familiar como um processo e não um evento isolado é apontada por Bidarra, Lessard e Dumont (2016) como fundamental. Os autores expõem que há maior risco de a criança sofrer violência sexual e outros tipos de violência quando ela está exposta a um contexto familiar de violência por parceiro íntimo.⁵³

A violência sexual contra crianças, intrafamiliar, é perpetrada por pessoas diretamente ligadas à criança, nas quais ela confia e a elas é leal e que exerce algum poder sobre elas. Geralmente não há o uso de força ou violência física, não deixando marcas no corpo das vítimas.²² Cria-se assim uma situação que, muitas vezes, é mantida em segredo por um longo período, inclusive ultrapassando gerações, o que posterga e dificulta tanto a revelação quanto a busca por ajuda.²³

Lida-se com um fenômeno que é encoberto por um “muro de silêncio”, do qual fazem parte os familiares, vizinhos e algumas vezes os profissionais que atendem as crianças vítimas de violência. Como parte de uma doença familiar, para a denúncia da violência sexual é preciso que haja uma ruptura do equilíbrio doméstico.⁴³

Aventa-se a hipótese de que os detentores de segredos sociais devem ter uma boa razão para manter o sigilo; a ameaça inerente às coisas a serem mantidas em segredo se estende além do interesse individual dos sobreviventes, constituindo uma ameaça para toda a ordem social. A manutenção de segredos em relação à violência sexual intrafamiliar pode ser resultado das tentativas de uma sociedade de preservar seus fundamentos normativos, e revelar qualquer parte do segredo seria uma “violação dos limites”.⁵⁴

Identifica-se uma dinâmica específica nesse fenômeno doentio da violência sexual, sendo insidioso no início e tornando-se mais intrusivo à medida que o autor da agressão ganha a confiança de suas vítimas. A literatura respalda essa triste realidade de a violência sexual contra crianças ser perpetrada mais frequentemente por familiares, inclusive descrevendo uma ordem decrescente de incidência: pais, irmãos, mães e outros cuidadores.⁵⁵

Na Espanha, em 2012, em estudo com 2375 estudantes universitários, 12,2% responderam terem sido abusados antes dos 18 anos, sendo que destes, em 53,3% dos casos, os abusadores eram parentes, principalmente primos e tios ou membros do núcleo familiar (irmãos, pais ou padrastos).⁵⁶ Na Suíça, em 2013, Maier *et al.*, (2013) identificaram o pai como autor mais frequente de abuso.⁵⁵

No Brasil, Drezett *et al.*, (2001) encontraram a prevalência de 21,7% da autoria da violência perpetrada pelo pai, sendo que em 84,5% o responsável pela agressão era do núcleo familiar ou conhecido da vítima criança.⁵⁷ O trabalho de Gawryszewski *et al.*, (2012), em São Paulo, mostrou que em 43,8% dos casos os responsáveis pelas vítimas foram os autores da

agressão.³⁰

Em análise de sete anos de notificação de violência sexual contra crianças de um centro de referência, em uma capital do Sul do país, Platt *et al.*, (2018) identificaram o pai como autor da violência em 17,5% dos casos.³³ Em estudo realizado com as notificações de um programa Sentinela na Paraíba, Baptista *et al.*, (2008) apontou o vínculo do autor da violência com a vítima na seguinte ordem: pai, padrasto, tio, avô, primo.⁵⁸ Também na Paraíba, Trindade *et al.* (2014) identificaram como autor da agressão em 42,3% um conhecido ou amigo, seguido por padrasto (16,6%) e pelo pai (10,9%).⁵⁹

Porém, nem sempre a relação da violência sexual de repetição e o grau de ligação da vítima com o autor da violência podem ser mensurados. Uma das razões pode dever-se à dificuldade em documentar e notificar a violência sexual intrafamiliar, visto haver o pressuposto social de que a criança e o adolescente devem ser protegidos pela família. Há ainda a possibilidade de as vítimas serem obrigadas a desmentir as acusações de violência impetrada por parentes, por medo ou receio de perder o contato com esse “ente querido” ou temor do que venha a acontecer com ele.⁶⁰

A condição de dependência de menores, em relação aos seus familiares, sobretudo aos genitores e residentes no mesmo domicílio deve, possivelmente, contribuir para a maior ocorrência desse tipo de violência e sua subnotificação.³¹

A postergação de relatar violência sexual, para as vítimas em uma faixa etária mais elevada, por exemplo, pode estar associada ao possível constrangimento resultante da revelação e à repercussão familiar e social.^{28, 61}

Há que se considerar o “desconhecimento” dos genitores sobre a violência em seus filhos e a omissão em relação ao conhecimento, em decorrência de dependência afetiva e financeira estabelecida com o agressor e medo do desfecho decorrente da possível notificação e denúncia. Esses motivos que se agregam e são determinantes da “obscuridade” que reveste as violências sexuais. Criam-se assim condições desfavoráveis e que dificultam sobremaneira a assistência necessária às vítimas e seus familiares, nas suas várias dores, como as sequelas físicas e, sobretudo, as afetivas.³¹

Nesse cenário, perfila-se a violência sexual intrafamiliar contra as crianças, um grande desafio às autoridades de saúde e segurança pública em todo o Brasil, principalmente porque impacta a sociedade de diversas formas e em diferentes contextos.¹¹ Na sequência será abordada a atenção às crianças em situação de violência no Brasil e sua articulação em rede.

3.1.3 Rede de Atenção às Crianças em Situação de Violência Sexual

A possibilidade da prática de redes permite “repensar formas instituídas de atuação e buscar formas instituintes, que rompam com as práticas tradicionais, como a busca ativa, a transversalidade de saberes, a articulação com movimentos sociais. (FARAJ *et al.*, 2016, p.731).²⁶

Na atualidade existem estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde que abordam a inquietação sobre o momento em que as pessoas procuram ajuda para solucionar seus problemas e necessidade de saúde.⁶² Eles objetivam auxiliar na escolha da estratégia apropriada a garantir uma das diretrizes da Linha de Cuidado às pessoas em situação de violência sexual do Ministério da Saúde, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde - a integralidade do cuidado. Esse acesso, em momento oportuno e de forma contínua, possibilita a criação e manutenção do vínculo com a equipe de saúde e, por conseguinte, adesão às orientações e tratamentos propostos.⁶³

Malta *et al.* (2017), no seu estudo sobre os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade, o *Disability-adjusted life years (DALYs)*, reiteram o cerne histórico do complexo fenômeno de violência no Brasil, mantido pelas imensas desigualdades sociais. Refletem que tentativas de enfrentamento das violências precisam ter base em uma política de promoção da vida, o que exige uma abordagem de cunho interdisciplinar que envolva políticas sociais inclusivas nas quais a área de saúde seja parceira com sua prática de vigilância e cuidado. No Brasil, as ações de enfrentamento das violências nos últimos anos foram implementadas por meio de políticas públicas articuladas, que ressaltam o trabalho conjunto dos diferentes setores em rede de atenção.⁵⁰

Desde a década de 90, observa-se o aumento da adoção de políticas públicas, baseadas no trabalho em redes, com objetivo de superar ou substituir um modelo de assistência burocrático e hierarquizado por um modelo pautado em estruturas flexíveis, compartilhamento, e interdependência em compromissos e resultados.⁶⁴ Depreende-se então que o trabalho em redes traz a noção de vinculação nos mais variados contextos: familiar, institucional e comunitário.⁶⁵ Afirma assim Deslandes e Campos (2015, p.139) que esse tipo de trabalho “não constitui um todo a partir da soma de suas partes, mas, antes de tudo, constrói dinamicamente novas totalidades”.⁶⁶

A avaliação da criança que foi abusada sexualmente deve ser realizada por um pediatra, por um profissional da saúde mental para verificar a necessidade de tratamento e o nível de suporte familiar²¹ e por profissional da assistência social, para garantir a segurança e demais

demandas sociais do menor, avaliando se o ambiente de retorno do mesmo é ou não protetivo.¹⁶ Infelizmente serviços de referência, com equipe mínima completa e com profissionais de saúde mental para crianças vítimas de abuso sexual, não estão disponíveis universalmente. A necessidade de terapia varia de vítima para vítima, independentemente da cronicidade e das características do abuso.

Todo atendimento deve ser registrado no prontuário, assegurando-se que somente terão acesso aos dados “o paciente, seus responsáveis legais, pessoas por ele autorizadas e os membros da equipe que o atendem – todos sob a obrigatoriedade de manter e salvaguardar o sigilo das informações”.⁶⁷ Ressalta-se que, na atenção às pessoas e suas famílias em situação de violência sexual, o atendimento pode ser ambulatorial, de referência, ou ainda, se cabível, de referência para a interrupção legal da gestação.⁶⁷

São competências do serviço de atenção ambulatorial o acolhimento, o atendimento humanizado e multidisciplinar, o preenchimento da ficha de notificação/investigação e os encaminhamentos quando necessários. Os medicamentos para profilaxias indicadas, inclusive anticoncepção de emergência, deverão ser dispensados e administrados. Esses serviços ambulatoriais podem ser as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatórios de especialidades e outros, que compõem a rede de atenção.⁶⁷

Aos serviços de referência, além do atendimento ambulatorial de seguimento por até 6 meses, cabe a responsabilidade da organização para a coleta de vestígios e material para identificação do autor da agressão. Essas referências poderão ser organizadas em hospitais gerais e maternidades, nos prontos-socorros, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares, desde que atuem nas 24 horas do dia, e nos 7 dias da semana, e tenham equipe mínima, como preconiza a Portaria 485/2014.⁶⁷

A rede intrasetorial na saúde é constituída inicialmente pelos serviços ambulatoriais e serviços de referência para atenção a pessoas em situação de violência, e pelos serviços de saúde mental, pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde.^{16, 68}

O atendimento de saúde às crianças vítimas de violência sexual e suas famílias, também é intersetorial, requerendo que haja integração com a atenção jurídica: promotorias públicas, delegacias especializadas, varas da justiça, conselhos tutelares e até instituições ligadas às universidades que prestam serviço de advocacia. O papel das instituições de assistência social, responsáveis pelo acompanhamento e adoção de crianças que são colocadas em abrigos, e a inserção das crianças em famílias acolhedoras e guardiãs também são fundamentais. Ainda,

programas sociais de complementação de renda podem ser estratégias a ser pensadas quando se trata de apoiar as famílias vítimas de violência e em situação de vulnerabilidade social,³⁹ especialmente quando o autor da agressão é o provedor de bens.

Trabalhar com crianças que sofreram violência sexual e suas famílias é complexo. Como problema multidisciplinar genuíno e genérico, requer a estreita cooperação de uma ampla gama de diferentes profissionais com diferentes tarefas; como problema legal e terapêutico, requer, por parte de todos os profissionais envolvidos, o conhecimento dos aspectos criminais e de proteção à criança, assim como aspectos psicológicos. Além disso, envolve as crianças como seres humanos estruturalmente dependentes, pessoas com seus próprios direitos, mas que não podem exercê-los elas mesmas, precisando da proteção e do cuidado dos pais e cuidadores.²⁸

Porém, na prática, observamos que as políticas públicas existentes, com suas abordagens convencionais, muitas vezes com ações fragmentadas, pontuais e compensatórias, atrelam-se consequentemente a intervenções simplificadas e segmentadas frente a fenômenos complexos. Nesse contexto de contraposição no enfrentamento e atuação de agravos contemporâneos, surgem as redes, arranjos que possibilitam agregar uma variedade de recursos a fim de solucionar os problemas que de maneira isolada não se conseguiria elucidar.⁶⁹ É um esforço de vários atores e diferentes esferas da sociedade.

Diante da complexidade do problema, os serviços de saúde devem integrar uma rede de atendimento às pessoas em situação de violência, preconizando a atividade conjunta e integrada de áreas como educação, segurança pública, assistência social e justiça.⁷⁰

Esses arranjos configuram as redes de apoio, estruturas organizacionais que possibilitam melhor intervenção frente aos desafios à promoção da saúde e prevenção de agravos de crianças e adolescentes, independentes dos dispositivos legais.⁶⁵ Elas podem ser pessoais ou institucionais, e se definem como o compartilhamento de poder, de recursos humanos e de materiais de um conjunto social, formal ou informal, de atores, de grupos e de instituições em um determinado território.⁷¹

No processo de superação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, a rede de serviços de apoio ou rede de apoio social é fundamental, identificada como um grupo de pessoas importantes, que integram os elos de relacionamento obtido e compreendido pela pessoa atendida.⁴⁹ A literatura discute de longa data a relevância do atendimento em rede para o enfrentamento do fenômeno da violência, bem como para a efetividade das ações de proteção das crianças e adolescentes.²⁶ Porém em se tratando de violência sexual, há que se ter o mínimo de “preparo” dos atores envolvidos na rede, seja ela formal ou informal, pois o sigilo e a postura éticas são fundamentais frente às revelações e demandas desse tipo de violência, de modo a

garantir a necessária confidencialidade e assegurar a não estigmatização social das crianças agredidas.

Estabelecida a rede, com os diversos setores engajados, e pactuado o papel de cada ator/setor, e esse papel sendo compreendido pelo profissional da saúde, o atendimento às pessoas em situação de violência e o enfrentamento das dificuldades do manejo cotidiano da violência poderão ser ampliados e qualificados.⁷²

Silva (2010) lista os componentes da rede de proteção às pessoas e suas famílias em situação de violência, como Conselhos de Direito, Conselho Tutelar (CT), promotoria pública e juizado da infância e adolescência, bem como as demais instituições que prestam atendimento, a exemplo de escolas, unidades de saúde, unidades de acolhimento, entre outras redes de apoio social.⁷³ Mas é imperativo em redes o engajamento de atores que permeiam por várias esferas, públicas e privadas, vindas do próprio Estado, empresas, organizações sociais e sociedade civil. Características convergentes comuns às diferentes redes são a participação de diversos atores, a interdependência dos atores, o processo interativo e a flexibilidade.⁶⁹

Verifica-se que as ações em rede compreendem um fluxo que vai da recepção ao encaminhamento dos casos, contemplando a sua discussão por todos os profissionais envolvidos no atendimento, acesso aos prontuários e aos processos judiciais, visitas interinstitucionais, debates tematizados, participação em espaços de discussão política e troca de conhecimentos e experiências.⁷⁴

Observa-se então que o exercício da articulação em rede requer a existência de programas partilhados que possibilitem a elaboração de pactos relacionados aos desafios e ações, tanto relativos ao acompanhamento dos casos como para a avaliação dos fluxos realizados,²⁶ onde os serviços envolvidos são corresponsáveis na atenção às crianças em situação de violência sexual, assegurando seu atendimento, sua proteção, a identificação do autor da agressão e sua responsabilização. O empenho e adesão de todos os atores envolvidos às políticas de saúde vêm ao encontro dessa ação cooperada e articulada.

Em resumo, vimos que o Ministério da Saúde (MS) reafirma, na discussão sobre a saúde como um direito, que é necessário o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes de atenção à saúde, de forma pactuada entre as diferentes esferas de gestão e articulada intersetorialmente, de acordo com as especificidades de cada região, de forma a responder às necessidades da população infantojuvenil distintas na análise da situação de saúde.⁷⁵

Assim, considera-se como responsabilidade de todas as esferas de gestão do SUS o cumprimento de estratégias necessárias à prescrição da integralidade da atenção à saúde,

fortalecendo especialmente a execução das ações de promoção de saúde nos territórios sanitários que tenham como atributo a articulação de parceira intersetorial, incluindo os próprios destinatários das ações (crianças e adolescentes).⁷⁶

A própria efetivação do Sistema de Garantia de Direitos, estabelecido pelo ECA, atrela-se às redes de proteção que visam à promoção do atendimento integral às necessidades da população infantojuvenil. Essa trama de conexões interorganizacionais visa abranger a complexidade das relações demandada pelos atores de cada organização para garantir os direitos. Assim, segundo Aquino (2004, p. 329), as redes de proteção configuram “o aspecto dinâmico do sistema, conformado a partir das conexões entre atores que compartilham um sentido de ação”.⁷⁷

Visando à ação integrada e articulada das instituições, órgãos e atores que atuam no atendimento de crianças e suas famílias, a rede de proteção representa uma nova forma de atenção voltada para a infância.²⁶

Em Santa Catarina não há uniformidade de programas de atendimento em rede nos distintos municípios que compõem o Estado. Há no momento, programas instituídos nos municípios de Blumenau, Brusque, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joinville, Lages.

Em Florianópolis procura-se uniformizar o atendimento às pessoas e famílias em situação de violência sexual por meio do Protocolo da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, instituído e com parcerias intra e intersetoriais há 20 anos. Este protocolo estabelece a normatização do atendimento de saúde imediato à mulher, à criança e ao adolescente vítimas de violência sexual no município. Ele tem padronizada a ficha de atendimento e dispõe sobre a notificação da violência, a rotina da coleta de material biológico da vítima, no caso de violência aguda (ocorrida há menos de 72 horas), sobre os exames laboratoriais, medicações profiláticas contra as infecções de transmissão sexual (ISTs) e contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sobre a interrupção legal da gestação e sobre os encaminhamentos e seguimentos necessários da vítima.³³

Enfatiza-se que a falta desta rede de atenção estruturada não pode ser impeditivo da atuação pelos serviços de saúde, pois estes têm papel fundamental na atenção e na minimização dos danos causados pela violência sexual.⁷⁸

Porém, há que se atentar para a peculiaridade do atendimento às pessoas em situação de violência sexual, em especial das crianças, no que tange ao percurso até a chegada ao atendimento a um dos setores que compõem a rede. Sendo a violência sexual contra crianças habitualmente perpetrada no ambiente familiar, com aspectos inerentes relacionados à dinâmica da revelação, dificuldade de efetivação da denúncia, além dos fatores culturais e preconceitos

envolvidos,⁷⁹ o *start* de um dos membros da família para procurar um dos serviços da rede para a informação do evento, com posterior notificação e desdobramentos inerentes a cada um dos setores, bem como o caminho para cumprir as demandas impostas por eles na maioria das vezes é moroso, descontinuado e sofrido.

Expôs-se até agora a importância da existência de uma rede sedimentada composta por serviços e pessoas, cuja teoria de trabalho privilegia o indivíduo no contexto social no qual se encontra inserido.⁸⁰ Nesse contexto, a primeira rede de apoio disponível é constituída pela família, iniciada precocemente através das primeiras relações de apego.⁸¹ Todavia como já mencionado, a violência sexual nos casos da criança é intrafamiliar, sendo o autor da mesma muitas vezes responsável financeiro da família,⁵ fato esse um determinante para a resistência em procurar os serviços de proteção.⁸² Permanece assim a criança em um ambiente vitimizador, onde a violência sexual fica encoberta, com a primeira rede de apoio não existindo, ao contrário, mantendo-a em um ambiente hostil.

Assim a revelação da violência e posterior comunicação às instâncias competentes como pré-requisito primordial para que se dê o acesso ao suporte e à proteção, tanto terapêuticos como legais, é muitas vezes postergada.

Existe um consenso na literatura pesquisada de que a maioria das pessoas que sofrem violência sexual na infância não divulga esse evento até a idade adulta e, quando a divulgação ocorre na infância, observa-se uma postergação significativa.⁸³

Por habitualmente envolver alguém próximo à criança, a revelação, a comunicação e a notificação da violência sexual são acontecimentos complexos para a vítima e para seus familiares. Refletem diretamente no sistema familiar, implicando muitas vezes rompimento de vínculo, culpabilização das vítimas e familiares comprometidos com o seu bem-estar e perda de suporte financeiro. Enfatiza-se então a importância de um trabalho integrado no atendimento às crianças violentadas e suas famílias, no encaminhamento das questões psicossociais, judiciais e no fortalecimento da rede de apoio às famílias.²²

Faleiros (2003) aponta dois momentos distintos que auxiliam no entendimento da situação da violência sexual contra crianças e adolescentes: a revelação e a notificação. O primeiro, decisivo, é a revelação, quando a vítima conta para alguém sobre a violência que sofria ou que vem sofrendo. O segundo momento é a notificação, quando se torna pública a informação da violência - que poderia também ficar restrita à família,²⁴ o que acontece muitas vezes, caracterizando a subnotificação dos casos de violência intrafamiliar.³¹

A comunicação da violência sofrida é realizada pela vítima ou por seu responsável aos órgãos de proteção da criança e do adolescente (Conselho Tutelar, escola, saúde), que realizam

a notificação, direcionam à realização do boletim de ocorrência e demais encaminhamentos cabíveis. Porém, sabe-se que o tempo de revelação do abuso é inversamente proporcional ao grau de relacionamento entre a vítima e o autor da agressão, ou seja, quanto mais íntimo da criança, mais tempo decorre para se fazer uma denúncia formal.⁸⁴

São citadas como barreiras à notificação, em países de baixa e média renda, os tabus culturais, as barreiras da justiça, a passividade, o medo tanto do autor da agressão quanto da possível estigmatização da violência, a vergonha, a falta de conhecimento e a privação econômica.⁴³

Enfatiza-se a importância de intervenções precoces e articuladas nas situações de crises que objetivam proteger as crianças, adolescentes e suas famílias quando da revelação e notificação do abuso.²² Na prática e de forma sucinta, há várias “portas de entrada” na rede de atendimento às pessoas em situação de violência para a informação do abuso, quer seja na educação (escolas), na assistência social (Centro de Referência Especializado de Assistência Social -CREAS; Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e Serviço de Proteção às Famílias e Indivíduos - PAEFI), na defesa (delegacias), na saúde (unidades básicas de saúde – UBS, hospitais, centros especializados ao atendimento às pessoas em situação de violência) e na justiça (Ministério Público).

Da notificação da situação de violência decorrem demandas e intervenções de distintos órgãos, setores e profissionais, objetivando proteger a vítima e responsabilizar o abusador.⁸⁵ Porém esses objetivos não são alcançados em sua plenitude devido a diversos fatores, entre eles cita-se a inexistência, por vezes, de rotina ou fluxo de trabalho nesses distintos setores e de articulação na rede de proteção. O não alcance dos objetivos pode resultar também da complexidade inerente às situações de violência e seus encaminhamentos.²²

Observa-se uma dualidade, ou seja, há estímulo por parte da sociedade para a identificação das situações de violência, em especial da violência sexual, porém não há serviços de acolhimento e acompanhamento suficientes.²²

Assim, para que essas famílias não se sintam desamparadas em situações de crises, são necessárias intervenções precoces, objetivando oferecer ações de proteção à criança, ao adolescente e suas famílias no momento da revelação e da notificação da violência.²² Principalmente porque na maioria das vezes as situações de violência são crônicas, e quando há a revelação e a notificação do caso, uma emergência é gerada, porém quando identificada e conduzida de maneira desarticulada, resulta em ações por vezes fragmentadas e apenas emergenciais".²⁴ Torna-se relevante o fortalecimento das redes de apoio junto às comunidades, auxiliando as famílias no enfrentamento às situações vivenciadas.²²

Como crítica à atual conjuntura de redes, Carlos *et al.* (2016), em seu estudo, apontam que as políticas públicas respondem às vulnerabilidades das famílias de forma fragmentada, apesar de alguns avanços. Ressaltam que essa problemática tem provocado a ruptura ou a duplicidade de ações, não revelando toda a potencialidade institucional para o cuidado, além de não oferecer um cuidado integral às famílias, pois pressupõe-se que este pode ser alcançado pela articulação e integração interinstitucional e intersetorial. As famílias assim ficam sujeitas a várias ações atomizadas. Muitas políticas sociais não levam em conta o universo familiar e comunitário, ou o(s) território(s) em que as famílias vivem, inclusive com a consideração de contextos específicos, tendo o tráfico de drogas e o crime organizado como poder bastante legitimado.⁶⁵

A violência sexual contra crianças exige ações da sociedade que perpassam o setor da saúde, da assistência social, jurídico e da segurança. Ao constatar a violência impõe-se, para a adequada e imediata assistência, a revelação, pois sua postergação representa riscos adicionais e possibilidade de perpetuação da violência. Como muitas vezes o autor da agressão é o provedor da família, urge que sejam disponibilizados serviços contínuos para que sejam atendidas integralmente as necessidades das famílias em longo prazo. Reconhece-se que administrar as demandas posteriores à revelação e realizar os percursos nos distintos setores de assistência e proteção para cumprir os protocolos de atendimento estabelecidos não são tarefas fáceis para os envolvidos. É primordial que esse atendimento se articule como rede de cuidados, progressivos e ininterruptos, e que haja efetiva comunicação entre todos os atores sociais envolvidos, evitando a revitimização e tornando a rota das crianças, adolescentes e suas famílias menos crítica.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes. (SOUZA, 2006, p.36).⁸⁶

3.2.1 Políticas Públicas para Criança

A violência é um evento sócio histórico que perpassa toda a vivência da humanidade, sendo reconhecida como tema importante da saúde pública pois é nociva não somente para o

indivíduo, impactando também toda a coletividade. Requer assim, na tentativa de preveni-la e enfrentá-la, a elaboração de políticas públicas e a organização de serviços minimamente organizados em rede para atender as distintas e específicas demandas geradas.⁸⁷

Nesta seção são apresentadas as políticas públicas que versam sobre a proteção da criança e às relacionadas ao enfrentamento da violência sexual. Surge, no século XX, uma busca da efetivação do cuidado e atenção à criança no cenário das políticas públicas. Dois documentos foram marcos importantes na consolidação desse novo olhar e serviram como referência na concepção de infância que depreende como base preceitos de respeito à dignidade e à seguridade de seus direitos fundamentais.

O primeiro, a Declaração Universal de Direitos Humanos, nascida no pós-guerra, em 1948, e ratificada pelo Brasil e pela maioria dos povos e nações do mundo, que garante, em seu Artigo XXV, o direito à atenção e aos cuidados especiais à infância e à maternidade, com destaque a essas duas fases cruciais na formação do ser humano. Esse documento fez reconhecer o direito de cidadão da criança e adolescente, merecedores de atenção diferenciada. O segundo documento é a Convenção dos Direitos das Crianças, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989 e oficializada pelo Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990, que, em seu artigo 24, reconhece à criança o direito à saúde e ao benefício de serviços médicos e de educação.⁸⁸

No Brasil, até a segunda metade do século 19 a preocupação com as crianças tinha apenas caráter caritativo e religioso por meio da assistência formalmente prestada pelo governo com a proteção delegada por meio de convênios às Santas Casas de Misericórdia.²⁶ Foi na década de 1980 que se vislumbrou maior êxito ao movimento de promoção e defesa dos direitos de crianças, influenciando a Assembleia Nacional Constituinte (1986-1988), alicerçado na emenda popular denominada “Criança, Prioridade Nacional”, que incluiu na Constituição Federal de 1988 o texto do artigo 227, segundo o qual cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças.⁷⁶

Assim a Constituição Brasileira, promulgada em 1988, representou papel fundamental na garantia de uma nova compreensão de infância. Foi certamente uma resposta ao clamor de distintos movimentos sociais, que solicitavam uma ação formal do Estado brasileiro frente à violência sexual contra crianças e adolescentes, a qual se configurava como uma violência velada, pouco discutida e pouco assumida pelas políticas públicas.¹⁴ Como lei máxima do país representou uma conquista de ampliação dos direitos políticos e sociais, sendo de grande relevância à garantia dos direitos à dignidade da pessoa humana e ao exercício da cidadania. A partir dela elaborou-se em 1990 outro documento específico que assegura esse direito também

à população infantil - o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) -, sob a Lei nº 8.069/90.¹⁵

A legislação sobre crianças foi alterada em outros países, como parte de um movimento mundial, como a Lei do Bem Estar da Criança (1987), o Estatuto Africano do Bem-Estar da Criança (1987), a Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas (1989), o Código Inglês da Criança (1989), entre outros documentos.²⁶

Pesquisas desenvolvidas na década de 1980 sobre o binômio violência-saúde, com foco em crianças, que buscaram entender as origens da violência e evitar que ela ocorresse, foram grandes propulsores à implementação do ECA.²⁹ O ECA regulamenta uma grande mudança no conceito de infância; suscita a legalização da criança como detentora dos direitos fundamentais à pessoa humana, e descontinua o sentido da infância como mero objeto de intervenção estatal. Ele concede atenção especial a esse ser em desenvolvimento, ressaltando a obrigatoriedade de assegurar o cumprimento integral dos direitos necessários à promoção de toda a sua potencialidade, com o afastamento de qualquer forma de opressão ou discriminação.⁷⁶

O preceito norteador do ECA é o princípio da proteção integral, que considera crianças como cidadãos em desenvolvimento e sujeitos de direitos. Nele são ampliados os poderes dos cidadãos e dos municípios, na gestão dos assuntos relativos às crianças e aos adolescentes, permitindo que a sociedade valide seus direitos declarados na Convenção Internacional e na Constituição Federal. No seu Artigo 13 determina a obrigatoriedade de denúncia aos Conselhos Tutelares das respectivas localidades, sem prejuízo de outras providências legais, de todos os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra crianças.⁸⁹

Verifica-se que o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) teve o início de sua formação com a Constituição Federal de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente no ano de 1990, rompendo com as práticas assistencialistas e filantrópicas do passado.²⁶ Com o passar dos anos, ele foi ficando mais forte por meio dos conselhos de direitos da criança e do adolescente, sendo em nível federal criado em 2006, com a resolução número 113, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).¹⁴ Esse Conselho tem como competência fiscalizar as ações de execução, com observância às diretrizes elencadas no ECA, para o cumprimento da política nacional. Presta suporte aos Conselhos Estaduais e Municipais, além de entidades não governamentais e possibilita a efetivação dos princípios e diretrizes trazidos pelo Estatuto.⁹⁰

O SGD garante os direitos universais a todas as crianças, bem como a proteção especial para aqueles que foram ameaçados ou violados em seus direitos. Ele é concebido por meio da associação de um conjunto de atores, instrumentos e espaços institucionais formais e informais,

com papéis e atribuições específicas definidas no ECA.²⁶

O Artigo 2 da Resolução do CONANDA define como responsabilidade do SGD colocar todas as crianças a salvo de todas as formas de violações de direitos e garantir a apuração e reparação delas. Para tanto ele se estrutura em três eixos estratégicos: promoção, defesa e controle da efetivação dos direitos. A formulação de políticas públicas direcionadas ao atendimento da criança é de competência do eixo da promoção dos direitos, composto por órgãos governamentais e não governamentais. Nele se incluem os órgãos que executam as políticas públicas nas áreas da assistência social, educação e saúde, assim como os conselhos partidários de deliberação sobre as diretrizes dessas políticas, as entidades públicas e privadas de prestação de serviços e os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente.⁹¹

Visando assegurar o cumprimento dos direitos decretados na legislação, está o eixo da defesa, que também responsabiliza de maneira judicial, administrativa ou social as famílias, o poder público e/ou a própria sociedade pela violação deles. Esse eixo é formado pelo Judiciário, Ministério Público, Secretaria de Justiça, Conselhos Tutelares e órgãos de defesa da cidadania.

O terceiro eixo, de controle e efetivação dos direitos, é constituído por organismos da sociedade civil representados nos fóruns de direitos e outras instâncias não governamentais, assim como os conselhos de direitos e de políticas setoriais.⁹¹

Nos Artigos 7 e 11, o ECA outorga ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, por meio do acesso universal e equânime às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, voltados para o público de gestantes, parturientes, nutrizes, recém-nascidos, crianças e adolescentes até os 18 anos.⁷⁶

Dessa forma, o SUS – por meio de suas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e de suas inúmeras políticas – assumiu responsabilidades sanitárias para com crianças e suas famílias.⁷⁶ Especificamente para as crianças, as políticas de saúde se perfazem a partir de diretrizes voltadas ao cuidado materno e da criança, organizadas em eixos estratégicos: atenção humanizada perinatal e aleitamento materno ao recém-nascido, desenvolvimento integral na primeira infância, atenção à saúde de crianças em situações específicas e de vulnerabilidade, prevenção e atenção às doenças crônicas, aos agravos prevalentes na infância e às violências, com promoção da cultura de paz.⁷⁶

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) firmou, em 11 de dezembro de 2018, novos termos de cooperação técnica com o Sistema da Organização das Nações Unidas (ONU) para aprimorar a informatização do sistema judicial e proteger os direitos de crianças. O documento assinado

com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) prevê ações para dar mais efetividade aos direitos das crianças brasileiras.⁹²

As ações previstas no termo de cooperação técnica com o UNICEF têm como foco o enfrentamento à violência física, sexual e psicológica contra crianças e adolescentes. O documento contempla a possibilidade de realização de eventos para troca de experiências positivas na área, pesquisas que orientem práticas e políticas públicas que representem inovação às rotinas do Poder Judiciário. Uma ação que receberá atenção especial dos dois órgãos será a implantação eficiente da Lei nº 13.431/2017, que estabelece garantias aos direitos da criança e do adolescente que tenham sido vítimas ou testemunhas de violência.⁹²

3.2.2 Políticas Públicas para o Enfrentamento da Violência Sexual

Decorrente de um intenso processo de mobilização, a primeira década dos anos 2000 foi marcada por intensas mudanças no contexto legislativo brasileiro, que tiveram impacto direto na tipificação de todas as formas de violência sexual.¹⁴

O Código Penal Brasileiro, Decreto de Lei, nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, alterado em 2009, pela Lei 12015/2009, traz a violência sexual como crime (Título VI, Capítulo I, dos crimes contra a dignidade sexual, no seu Art. 213). A mesma lei limita a idade de consentimento para ter relações sexuais em 18 anos, considerando que antes dessa idade a pessoa não pode consentir, pois não tem maturidade para compreender e assumir as consequências de uma relação sexual. O Capítulo II desse código (dos crimes contra vulneráveis no Art. 217-A) qualifica como crime de estupro o ato sexual cometido se a vítima não é maior de 14 anos, se é portadora de enfermidade ou de deficiência mental, se não tem discernimento para a prática do ato ou não pode oferecer resistência.⁹³

A Lei 12.015/2009 alterou também o título da Parte Especial do Código Penal de 1940, passando a denominar “Crimes contra a Dignidade Sexual”. O atentado violento ao pudor passou a ser tipificado como 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”.⁹⁴

O CONANDA aprovou, na primeira década dos anos 2000, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil.¹⁴ Ele tem como diretriz, no Eixo 2, do Plano Decenal de Direitos da Criança e do Adolescente de 2010, como diretriz a ampliação e articulação de políticas, programas, ações e serviços para o enfrentamento da violência sexual

contra crianças e adolescentes, que devem ser implementados até o corrente ano (2020).¹⁴

Na esfera da atenção às pessoas em situação de violências, a Portaria nº 737/GM/MS (Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde), de maio de 2001, aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas.⁴⁰

Objetivando fornecer subsídio técnico para que os municípios pudessem estruturar uma rede de serviços para o atendimento às vítimas de violência sexual, em 1999 o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Norma Técnica (NT) intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”. Atualizada em 2012, objetiva a expansão e qualificação das redes estaduais e municipais de atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de violência e a configuração de uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas de violência sexual.⁹⁵ A NT regula os atendimentos clínico e psicossocial, que devem ser prestados a partir de uma postura de acolhimento, escuta ativa e discrição. Ela também orienta sobre as instalações físicas, os recursos humanos e os medicamentos a serem disponibilizados na unidade de saúde às vítimas de violência sexual, visando à profilaxia das infecções de transmissão sexual e dos demais agravos delas decorrentes.⁹⁶

A obrigatoriedade da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças, atendidos nas entidades do SUS, foi estabelecida em 2001, por meio da Portaria nº 1.968 do MS. Essa portaria ainda determina que a comunicação dos casos também deve ser encaminhada para a vigilância epidemiológica municipal e ao conselho tutelar.⁹⁷

Treze anos após, em 6 de junho de 2014, a Portaria nº 1271 insere a violência sexual e tentativa de suicídio como agravo de notificação compulsória imediata pelos profissionais de saúde à vigilância epidemiológica, ou seja, em até 24 horas essa notificação deve chegar às secretarias municipais de saúde, que deverão encaminhar a um órgão de proteção à criança e ao adolescente.⁹⁸ Essa orientação se mantém através da Portaria GM/MS no 204, de 17 de fevereiro de 2016, atual Portaria que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.⁹⁹ A Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, no seu Anexo V, é a portaria ministerial vigente que trata da notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde públicos.¹⁰⁰

Com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados, avaliar a magnitude dos graves problemas de Saúde Pública, que são as violências e acidentes, descortinar um panorama até então oculto, encoberto muitas vezes pela lei do silêncio, e reconhecendo que essas violências

exercem grande impacto social e econômico, sobretudo no setor saúde, em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, o MS implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Tem como base dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA Contínuo/SINAN), e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).¹⁰¹

No período de 2006 a 2008, a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para IST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros). A partir de 2009, o VIVA passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas.

Em 25 de janeiro de 2011, foi publicada a Portaria MS/GM nº 104, que universalizou notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-as na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registrados no SINAN.¹⁰²

As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e das gestões nas Regiões de Saúde, foram estabelecidas pela Portaria nº 4.279/GM/MS em 2010, ano em que o MS também implementou a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, objetivando promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes com direitos violados.¹⁰³

A Linha de Cuidado acima citada informa sobre ações e serviços de respostas imediatas nas dimensões do acolhimento, do atendimento, da notificação e do seguimento na rede nos três níveis de atenção à saúde. É um instrumento pedagógico que apresenta diretrizes aos profissionais de saúde, no seu dia a dia nos serviços, para a identificação de sinais de alerta e sintomas de violências para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de violências e promoção da cultura de paz, numa lógica que avança em direção à necessidade da atuação na perspectiva de redes de atenção à saúde. Essa ação exige a continuidade do cuidado na rede de proteção social a todas as crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados.¹⁶

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta aspectos da Lei nº 8.080/1990, dentre eles a organização de redes de atenção à saúde para o SUS, onde se inclui a rede de serviços de atenção para pessoas em situação de violência sexual.¹⁰⁴

O atendimento humanizado às vítimas de violência sexual na rede de atendimento do SUS

e por profissionais da área de segurança pública teve suas diretrizes assentadas pelo Decreto 7.958 em 2013. Por ele fica assegurado que durante o atendimento é preciso observar os princípios do “respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade”. Esse decreto também discorre sobre as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação.¹⁰⁵

Também no ano de 2013 as regras para a habilitação e o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS foram definidas pela Portaria do MS nº 528.¹⁰⁶

É relevante a Lei nº 12.845/2013 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, Ela determina que "os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social". A intervenção necessita ter um caráter ágil, que não consista em um entrave à realização do serviço demandado. Deve ser resolutiva no seu caráter informativo e focada na demanda trazida pela pessoa em atendimento. Evita-se assim encaminhamentos e transferências desnecessários.¹⁰⁷

Em relação à penalização do autor da violência sexual infantil, no ano de 2012 foi sancionada a Lei nº 12.650/2012, batizada de Joanna Maranhão, em referência à nadadora brasileira molestada sexualmente em sua infância pelo treinador. A lei determina que a contagem para prescrição de crimes sexuais cometidos contra crianças e adolescentes seja calculada a partir de quando as vítimas completam 18 anos e não mais da data de quando o abuso foi praticado. Essa alteração legal oportuniza à vítima mais tempo para a tomada de decisão quanto à denúncia do abuso, inclusive num momento de sua vida em que já é adulta.¹⁰⁸

Ainda no contexto legislativo brasileiro, quanto à valorização dos serviços que atendem as vítimas de violência sexual, o ano de 2014 foi bastante expressivo. A terminologia “Pessoas em Situação de Violência” passou efetivamente a ser adotada, com o estabelecimento de portarias ministeriais, como a de nº 485, de 1º de abril de 2014 (Art. 1º), do MS, que redefiniu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. Especifica, no Art. 2º, que esse serviço integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas, tendo como funções fundamentais preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede. Convenciona que os serviços podem ser ambulatoriais ou de referência na atenção às pessoas em situação de violência sexual, definindo, no seu Art. 12, como responsabilidade do MS e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios o

monitoramento e a avaliação desse serviço.⁶⁷

Por meio da Portaria MS nº 618, datada de julho de 2014, que dispõe sobre regras para o cadastramento dos serviços especializados, houve alteração da tabela do Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), para o serviço especializado 165 – Atenção Integral à Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual.¹⁰⁹ Tendo em vista a necessidade de qualificar a informação dos serviços a serem cadastrados no SCNES, a portaria MS nº 2.415/2014 incluiu o procedimento “Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência” e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.¹¹⁰

A Portaria Interministerial nº 288 (Secretaria de Políticas para as Mulheres, Ministério da Justiça e Ministério da Saúde), lançada em 25 de março de 2015, firmou orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e do SUS, quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.¹¹¹ É respaldada pela Portaria nº 1.662, de 2 de outubro de 2015, que definiu critérios para habilitação à realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no SUS, incluiu habilitação no SCNES e criou procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.¹¹²

A Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, constitui-se num dos mais recentes mecanismos destinados a prevenir e coibir a violência contra crianças e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.¹¹³ Ao contrário das normas editadas até então, que em sua grande maioria se limitavam a promover alterações pontuais quer na Lei nº 8.069/1990 (ECA), quer no Código Penal, ela representa um diploma autônomo, que encerra um “microssistema” especificamente dedicado ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Institui mecanismos mais eficazes para atuação do Poder Público, nas várias esferas de governo e setores da administração, na perspectiva de assegurar, sobretudo, um atendimento mais célere, qualificado e humanizado para as crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.¹¹⁴

Essa lei foi regulamentada pelo decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018.¹¹⁵ Nesse ano também foi lançado o Relatório Técnico contendo contextualização sobre o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes e, em especial, da violência sexual e de públicos específicos, resultado da Cooperação Técnica “BRA/13/017 - Proteção Integral de Crianças e Adolescentes Fortalecida”-, desenvolvida entre a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

(PNUD). O relatório objetivou elaborar estratégias, subsídios e insumos necessários para formulação e implementação, na rede de proteção integral, de metodologia de atendimento a crianças e adolescentes em situação de alta vulnerabilidade.⁴⁴

Em Santa Catarina foi publicada no Diário Oficial em setembro de 2020 a Lei 17.995 que institui o Programa de Atenção às Vítimas de Estupro. Esse programa pretende dar apoio às vítimas por meio de ação conjunta entre unidades policiais estaduais e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Assistência Especializados de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência de Atendimento à Mulher do Estado de Santa Catarina.¹¹⁶

Em resumo, nas últimas três décadas as amplas transformações das organizações e políticas públicas preconizaram novos arranjos institucionais com fluxos que, melhoraram a relação entre os entes federativos, vincularam os setores das políticas públicas, implementaram diferentes espaços para participação da sociedade civil ou elaboram novos modelos de relação com organizações do terceiro setor. O objetivo primordial desses novos arranjos foi ainda alcançar resultados mais efetivos, democráticos e integrados de políticas públicas.¹¹⁷

O Apêndice A apresenta, em forma de figura, a Linha do tempo das regulamentações e eventos relativos às políticas públicas mais relevantes em relação à violência contra as crianças no Brasil. E o Apêndice B, em forma de quadro, lista todos os programas e marcos legais de direitos de crianças e adolescentes, no Brasil, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, da qual o Brasil é um dos 58 Estados -membros.

A violência sexual é um desrespeito aos direitos da criança e do adolescente, portando dialoga diretamente com as demais políticas de direitos humanos de forma articulada e integrada.

Dentre as políticas implementadas pela Coordenação Geral de Enfrentamento de Violências Sexuais contra a Criança e o Adolescente, cabe destacar o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infantojuvenil no Território Brasileiro (PAIR). É a principal política de intervenção integrada do enfrentamento da violência sexual cometida contra crianças e adolescentes, de abrangência nacional, e já beneficiou 500 municípios. Outra ação fundamental é o Projeto Mapear-Mapeamento dos Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Brasileiras, desenvolvido em parceria com a Polícia Rodoviária Federal e a *Childhood*, e já retirou 3.251 crianças e adolescentes da situação de risco.¹¹⁸

A partir do momento em que as políticas públicas de segurança pública e social forem mais assertivas e mais eficazes, acredita-se que a violência passe a ser evitável. É mandatário agir de forma eficaz nas suas causas e consequências, estas últimas tão impactantes na vida das

crianças, diminuindo a vulnerabilidade social e econômica, principalmente na parcela da população das grandes periferias e de grupos que historicamente estão à margem da sociedade: crianças, adolescentes e mulheres.⁴⁴

Para finalizar esta seção da revisão de literatura, será abordado a seguir o sistema de informação em saúde, que será a fonte de dados da análise desta tese - o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - e a própria notificação, considerada fundamental, pois, além de promover dados epidemiológicos sobre o agravo, é uma ferramenta também de proteção às crianças em situação de violência sexual, quando o fluxo de encaminhamento segue adequadamente o predeterminado.

3.2.3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação e a Notificação de Violência Sexual Contra a Criança

A violência contra a criança e adolescente ocorre há séculos e, no Brasil, ações de proteção contra essa mazela iniciaram na década de 60. Contudo, o grande desafio está em dimensioná-la, conhecer as circunstâncias reais relacionadas à violência, principalmente porque há divergências conceituais nas tipologias e carência na uniformidade e integração dos registros das ocorrências,¹¹⁹⁻¹²⁰ pois, além da discrepância de informações, a subnotificação dos casos de violência contra criança é um problema em todo o mundo.¹²¹

Por Informações em Saúde entende-se um conjunto de dados e informações, incluindo: os demográficos, os socioeconômicos, os epidemiológicos, os relacionados à capacidade instalada e de produção dos serviços de saúde, bem como ao suporte administrativo/gerencial.¹²² Elas devem propiciar a produção de conhecimento sobre a situação de saúde, contribuindo para sua análise, e deve orientar o planejamento das ações e serviços. Por conseguinte, são consideradas estratégicas para a organização do SUS e em vista disso, ressalta-se que um bom sistema de informações, bem estruturado, é fundamental para a elaboração de diagnósticos dos serviços de saúde.¹²²

Segundo Branco (1996), o Sistema de Informação em Saúde (SIS) pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos que acometem a população.¹²³ Esse instrumento produz dados referentes às atividades setoriais em saúde, por meio da geração de grandes e complexos bancos de dados criados por diferentes subsistemas, bases essas que contribuem na medida em que fornecem dados de mortalidade, morbidade e mortalidade hospitalar das internações, gestão do

atendimento ambulatorial do SUS e notificação compulsória de agravos, incluindo a violência praticada contra crianças e adolescentes.¹²⁴

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o SIS do qual extrairemos as informações do referido estudo, é um substrato para o funcionamento do sistema de vigilância epidemiológica, desenvolvido na década de 90. Tem como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, sendo concebido para detectar surtos e epidemias e elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em estudos epidemiológicos específicos e, também, ser utilizado como uma importante ferramenta para o planejamento das ações de saúde, em nível municipal, estadual e federal.^{71, 125}

A utilização do SINAN pressupõe que a notificação do agravo seja remetida o mais breve possível, seguindo um processo dinâmico, variável em função do perfil epidemiológico, ações de controle e geração de conhecimento científico e tecnológico, característica essa que o torna diferente dos demais SIS. Uma outra diferença diz respeito às críticas à qualidade dos dados no SINAN, pois elas são realizadas durante análise de rotina efetuada nos diversos níveis, registradas antes do envio para qualquer nível governamental.¹²⁶

Apesar de a notificação ser opcional para profissionais de setores diversos, como educadores e assistentes sociais, conforme pactuação local, os profissionais da saúde no exercício da profissão têm o dever de proceder à notificação.⁹⁷ A partir de 2011, a notificação de violências no âmbito da saúde utilizando-se a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/ Autoprovocada passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados e, em 2014, os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima.¹²

Ressalta-se que apesar de o ECA definir criança na faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, a faixa etária de notificação de violência contra crianças e adolescentes adotada na Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/MS) é a definida pela OMS, que considera criança a faixa de 0 a 9 anos e adolescente de 10 a 19 anos.¹²⁷

As notificações dos casos de violência contra uma criança ou adolescente são destinadas à Secretaria de Saúde e ao Conselho Tutelar do município onde ocorreu o ato de violência. Esses registros montam o perfil dos problemas referentes à violência com reflexo direto na saúde pública, crucial para as autoridades/gestores do setor saúde.¹²⁸

Entende-se que, para o fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção, o trabalho de cada profissional que atende pessoas em situação de violência é fundamental e estratégico. A notificação é um elemento-chave na atenção integral a essas pessoas, retirando

os casos de violência da invisibilidade, sendo um instrumento que deve ser utilizado para prevenir a violência de repetição e permitir que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule,¹²⁹ preferencialmente de forma rápida e ininterrupta.

Reconhece-se que cada tipo de violência tem suas características, e as unidades de saúde são bons locais para identificar, diagnosticar e flagrar ações para interromper o ciclo de violência. A compreensão dos fatores de risco associados aos diferentes tipos de violência pressupõe conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde que trabalham em todos os níveis de complexidade, responsáveis por coletar dados de qualidade sobre esse assunto, informações fundamentais para o planejamento e a prestação de cuidados humanizados direcionados aos indivíduos e suas famílias em situação de violência, principalmente as crianças.⁹⁰

A notificação da violência intrafamiliar contra crianças aponta uma manifestação do exercício do poder do reclamante, o que pode exigir coragem de confronto e medo de represálias.¹³⁰

A frequência de notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção básica do Ceará realizadas por profissionais de saúde, englobando 28 municípios, foi de somente 17,0%, identificada por Moreira *et al.*, (2014). À análise multivariada, os autores observaram que fatores como participar de treinamento sobre o tema, conhecer a ficha de notificação e saber encaminhar os casos aumentaram a chance de os profissionais notificarem essas situações.¹³¹

É preciso, porém, observar que a sensibilidade de cada profissional da área de saúde que irá notificar os casos de violência no sistema é fundamental para que esse mesmo sistema não se torne uma máquina burocrática. O compromisso ético e o cuidado com as pessoas envolvidas em cada caso é uma condição básica para a efetiva busca por reparar o sofrimento de quem procura amparo e cuidado.¹²⁶

Salienta-se, no entanto, que não existe sistema de vigilância perfeito, devendo-se realizar “compensações”, como também um balanço de benefícios versus os custos alocados com pessoal, recursos de cada componente para saber se o sistema atinge os objetivos a que foi proposto. Devido o fato de os sistemas de vigilância serem distintos em métodos, propósitos e objetivos, atributos que são importantes para um podem não ser tão importantes para outros. Para prover o melhor uso dos dados de saúde pública, todos os sistemas de vigilância nessa área devem ser avaliados periodicamente.¹³²

Mascarenhas *et al.* (2016, p. 12), analisando as 197.156 notificações de violência no Brasil do ano de 2014, enfatizam que, apesar “de o banco de dados nacional de notificações de

violência ser submetido a um processo de análise de consistência e duplicidade, ainda há de se aprimorar o processo de registro das notificações no nível local, pois os casos sem informação acarretam prejuízo na análise”.³²

É imprescindível o monitoramento regular e frequente da qualidade dos dados dos bancos do SINAN nas três esferas de governo, analisando-se a completitude dos campos, a consistência entre dados e duplicidades existentes.¹³³

Entende-se que a decisão de notificar não se restringe às determinações legais, mas às peculiaridades de cada caso, sendo influenciada por fatores pessoais – que possibilitam o exercício de uma postura ética - pelas especificidades do caso e pela própria estrutura dos serviços de saúde, os quais, em sua maioria, são deficientes, constituindo um dos principais desafios para todos os envolvidos dos distintos setores por onde a criança passa fazer a notificação.¹³⁰

3.3 BUSCA BIBLIOGRÁFICA, ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS

Para melhor compreender as características da violência sexual contra crianças e atualizar as referências utilizadas nesta tese, foi realizada em setembro de 2019, uma busca sistematizada na base de dados do *PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health)*, *LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*, *SCOPUS (SciVerse Scopus)*, *Web of Science*, *PsycINFO (database of abstracts of literature in the field of psychology)* *PROQUEST* e *CINAHL*.

Para a elaboração das chaves de busca foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) associados aos *Medical Subject Headings (MeSH)*. Os mesmos são apresentados no Apêndice C.

Os filtros aplicados foram: “data de publicação últimos 5 anos”, “artigos com resumo”, “seleção de idiomas (português, inglês e espanhol)”, e “tipos de artigos (estudo de caso, artigos clássicos, revisões sistemáticas)”.

Na primeira busca, consultando as oito bases de dados, foram identificados 1655 artigos. Após removidas as duplicidades, leitura de título e resumo, resultaram 84 artigos para busca do texto completo.

A seleção dos artigos é apresentada no Fluxograma do Apêndice D.

Após leitura, os artigos foram selecionados e organizados conforme quadro abaixo,

relativos às prevalências (da tipologia, local, faixa etária), à autoria da agressão e algumas especificidades, como características e consequências da violência sexual contra a criança.

Quadro 1 - Fatores associados à violência sexual contra a criança e produção científica.

Fatores associados	Produção científica
Prevalências	7, 8, 10, 31, 33, 53, 56, 82, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154
Características	31, 33, 53, 56, 132, 135, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 152, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170
Consequências	33, 41, 47, 136, 139, 143, 147, 148, 150, 156, 161, 166, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202
Autor	9, 31, 39, 41, 51, 52, 53, 82, 135, 140, 142, 144, 147, 148, 150, 156, 163, 193, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211

Fonte: Modificado a partir de Delziovo.⁷⁸

3.3.1 Prevalência e características de Violência Sexual contra Crianças

Inicialmente será apresentada a prevalência geral de violência sexual contra crianças elencada em 14 publicações.^{8, 10, 31, 132-140} Na sequência, as prevalências relacionadas à idade da vítima^{(33, 53, 56, 140-147} e ao sexo da mesma.^{7, 31, 33, 53, 56, 139, 141, 143-144, 146, 148-154} Características dessa violência, incluídos aqui os fatores de risco, contempladas nos artigos:^{31, 33, 132, 135, 137-140, 147, 155-164,} bem como o tipo de violência sexual infantil sofrido, citado em 8 publicações.^{53, 146, 148-149, 152, 156, 165, 167} Achados de exame físico são listados em 5 artigos^{56, 143, 147, 165-166} e informações relacionadas ao local do ocorrido foram citadas também em 5 estudos.^{33, 56, 168, 169-170}

Quanto à prevalência da violência sexual contra crianças, Hillis *et al.* (2016), em revisão sistemática usando dados de base populacional de aproximadamente metade dos países do mundo, mostram que mais de 1 bilhão de crianças entre 2 e 17 anos de idade experienciaram diversas formas de violência no ano anterior ao estudo, quer seja física, sexual ou emocional. Apontam ainda que o número de casos de violência contra crianças deve ser maior do que os relatórios oficiais têm apresentado (subnotificação) - estatísticas globais estimam que a violência sexual contra crianças é 30 vezes maior do que as notificações oficiais e que o abuso físico é 75 vezes maior.⁸

Em metanálise, analisando 217 estudos, foi apontada a prevalência geral de violência sexual contra crianças de 12,7%: uma em cada oito crianças sofreram violência sexual. Foram encontradas taxas de 9,2%, 10,1% e 23,9%, respectivamente, na Europa, América e Ásia, em estudo epidemiológico de 2013.¹⁰ Enquanto na África, em revisão sistemática de 14 anos da

literatura, de todos os estudos conduzidos naquele continente sobre violência sexual contra crianças a prevalência variou de 1,6 a 77,7%, variação justificada pela heterogeneidade dos estudos.¹³⁴

A prevalência de violência sexual contra crianças foi de 2,4% em estudo populacional (coorte finlandesa, 1998 - 2008) com 11.364 adolescentes.¹³⁵ Para Herrenkohl *et al.* (2016), avaliando causas e consequências de maus-tratos infantis nos EUA, a prevalência de violência sexual contra crianças foi de 38,0% entre 457 crianças, na segunda onda do estudo (nos anos de 1980-82), quando os participantes tinham entre 8 e 11 anos.¹³⁶ Foi encontrada 14,0% de prevalência de violência sexual contra crianças na Arábia Saudita, dentre 220 casos notificados de violências em um centro de referência pediátrico.¹³⁷

No Canadá, é apontada diminuição na prevalência da violência sexual contra crianças a partir dos anos 90, principalmente decorrente do declínio de relato desse agravo entre os indígenas. Tal fato pode relacionar-se aos esforços de prevenção e aos efeitos da saúde pública nas comunidades desfavorecidas.¹³⁸

Observa-se variabilidade na prevalência de violência sexual contra crianças no Brasil. Quando dados do VIVA apontam que ela seja em torno de 20,4%,¹³⁹ um estudo publicado em 2019, avaliando a prevalência de violência sexual no ensino fundamental, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), com 102.072 participantes, apontou 4,0%.¹⁴⁰ Especificamente contra crianças menores de 10 anos, faixa etária de interesse deste estudo, estima-se, com dados do SINAN de 2011, prevalência de 37,0% (6.623 casos), ocupando o 3º lugar no ranking das violências perpetradas nessa faixa etária.¹⁴¹ Pontualmente em capitais brasileiras ela foi de 3,77/1000 habitantes no biênio 2012- 2013, em Recife,³¹ e de 4,7% em Curitiba.²¹²

A OMS (2013) estima que, em todo o mundo, cerca de 73 milhões (7,0%) de meninos e 150 milhões (14,0%) de meninas com menos de 18 anos são abusados sexualmente todos os anos.¹⁴³

A maioria dos estudos que fizeram parte dessa revisão mostram que a faixa etária de 6 a 9 anos é a mais prevalente da violência sexual contra crianças,^{144-149, 212} seguida por crianças de 2 a 5 anos.¹⁴⁷ O que não foi observado em estudo na Espanha e na Paraíba, cuja idade de início da violência sexual ficou entre 9 e 11 anos.^{56, 59} Para Platt *et al.* (2018), a faixa etária mais acometida foi de 10 a 15 anos nas meninas e de 2 a 6 anos nos meninos.³³

Ainda em relação ao perfil das crianças que sofreram violência sexual, o risco é duas a três vezes maior em meninas do que em meninos.^{31, 33, 56, 59, 141, 145-146, 148, 150-152}

Três metanálises recentes encontraram resultados semelhantes em relação à prevalência

de violência sexual contra crianças por sexo. A primeira, analisando os resultados de 65 estudos,¹⁵³ mostrou prevalência de violência sexual contra crianças de 19,2% para meninas e 7,4% para meninos, enquanto em outra, 18,0% em meninas e 7,6% em meninos.¹⁵⁴ A terceira metanálise de 2013 mostrou que 13,0% das meninas e 6,0% dos meninos experienciaram abuso sexual com contato, sendo a prevalência global (com e sem contato) de 15,0% para o sexo feminino e 6,0% para o masculino.¹⁵⁵ Assim, com base nesses três estudos, chega-se a uma prevalência global internacional de violência sexual infantil de 15,0-20,0% para meninas e 5,0-10,0% para meninos.⁸

Essa diferença de prevalência de violência sexual contra crianças entre os sexos não foi observada na metanálise realizada por Yidan Ma na China (no sexo feminino foi de 8,9% versus 9,1% no masculino). Essas discordâncias, segundo os autores, podem ser justificadas pelas divergências metodológicas entre os estudos, como definição de violência sexual contra crianças, seleção de amostra, método de coleta de dados e idade média do entrevistado.¹⁵⁶ Muitas vezes pessoas do sexo masculino não consideram abuso os atos sem contato, como exposição à pornografia, assédio sexual, palavras/termos inapropriados, entre outras situações.¹⁵⁶

Além disso, os autores relatam que a menor prevalência no sexo feminino na China possa estar relacionada ao tabu da castidade naquela população, aumentando a subnotificação do abuso no sexo feminino.¹⁵⁶ A violência sexual pode ser um crime de oportunidade, independentemente do sexo; crianças vulneráveis, ou seja, que estão sob menor cuidado, são vítimas mais acessíveis.¹⁴⁶

Em relação às características da violência sexual contra crianças, elas serão divididas em fatores de risco, tipos de abuso, achados no exame físico e local de ocorrência, objetivando facilitar a leitura. Dentre os fatores de risco, a literatura lista a pobreza.³¹ Matta Oshima; Jonson-Reid & Seay (2014), avaliando os resultados de violência sexual em adolescentes, vítimas de violência sexual na infância, relacionaram que, entre as vítimas do sexo feminino, a pobreza persistiu como um preditor de resultados negativos para aquelas com o primeiro relato de violência sexual antes dos cinco anos de idade.¹⁵⁷

Menor nível educacional também é fator de risco: os analfabetos têm prevalência duas vezes maior do que os letrados em sofrer violência sexual e, nas unidades federativas brasileiras com taxas de desemprego maiores do que 8,2%, a prevalência de violência sexual é duas vezes maior,¹³⁹ bem como ser criado em ambientes violentos.¹⁵⁸

Quando relacionados, fatores de risco familiares são identificados: famílias numerosas, com seis ou mais membros, baixa escolaridade dos pais, histórico familiar de violência

doméstica ou violência sexual infantil, envolvimento prévio com assistência social, viver em um ambiente familiar não nuclear, viver em família que recebe auxílio social, viver em família monoparental,^{134, 137, 149, 158-161} famílias em que os pais não vivem juntos; viver com pai/mãe solteiros na infância, não ter vínculo com a mãe, rejeição parental, desinteresse materno, adicção parental ao álcool e outras drogas, doença mental parental, ter pais mais velhos e pais punitivos, ser do sexo feminino, ser órfão.¹³⁴ Observa-se assim ser de suma importância conhecer o perfil familiar das vítimas de violência para ajudar a entender melhor essa epidemia e fornecer melhores serviços de assistência.¹³⁷

Ao mesmo tempo que a violência sexual contra crianças se relaciona ao ambiente familiar, ser órfão (ou ter pai/mãe que também o foram), foi considerado o fator de maior risco para esse agravo.¹³⁴ Objetivando conhecer a prevalência de maus-tratos infantis relacionados a instituições nos EUA, Shattuck *et al.*, (2016) observaram em uma amostra combinada com 13.052 crianças e adolescentes, que a de ASI foi de 6,4%, justificando a baixa prevalência devido ao possível treinamento dado nessas instituições aos funcionários, à presença de muitas crianças juntas e à proximidade de outros adultos, o que diminuiria a possibilidade da ocorrência.¹⁵⁹

Ao contrário, Blakemore *et al.*, (2017) sugeriram que o trauma institucional da violência sexual contra crianças pode ser exacerbado pela interação da dinâmica do abuso em contextos institucionais, o que pode reduzir ou impedir as circunstâncias que sustentam a divulgação, crença, apoio e proteção contra danos futuros.¹⁶²

Possuir cor da pele parda/preta no Brasil¹⁴⁰⁻¹⁴¹ é elencado como fator de risco de violência sexual contra crianças, fato esse não observado em estudo no Sul do Brasil, e justificado pela predominância da população de cor branca naquela região.³³ Outro fator de risco para violência sexual contra crianças é a presença de deficiência intelectual (14,0 a 32,0%) associada a incapacidades da vida diária, como ausência de comunicação verbal, desconhecimento da violência sexual.^{31, 158, 163} Foi apontado um risco relativo de 4 a 8 vezes maior nas crianças com deficiência intelectual em relação às não deficientes na Dinamarca.¹⁶⁴

Essa maior prevalência de violência sexual contra crianças naquelas com deficiência não foi observada por Platt *et al.* (2018) e Von Hohendorff *et al.* (2014), dado possivelmente justificado pela dificuldade das vítimas com deficiência de comunicar o fato.^{33, 142}

Estar vinculado a uma prática desportiva de competição também é citado como fator de risco, com alta prevalência, e ambos os sexos são acometidos, sendo que crianças de grupos minoritários estão em maior risco do que outras. A divulgação da violência sexual é impedida pelo medo das consequências e pela avaliação subjetiva dúbia da situação pelas crianças

afetadas.¹⁶⁵

Na atualidade, atenção especial deve ser dada à violência sexual nos refugiados. A revisão sistemática de Araújo *et al.* (2019), apontaram que a prevalência de violência sexual entre crianças e adolescentes refugiados varia de 4,6% a 90,9%.¹⁶⁶

Dessa forma, ser criança, estar institucionalizada, provir de uma família monoparental, ou com muitos membros coabitando a mesma residência, com maior vulnerabilidade econômica, estar vinculada a algum esporte competitivo, e mais recentemente, ser refugiada, podem ser fatores de risco para violência sexual.

Em relação aos tipos de violência sexual, o início da violência em menor idade associa-se com abuso mais invasivo. Crianças em idade pré-escolar (versus escolar e adolescência), têm maior risco de sofrer sexo oral, de o abuso ser mais contínuo e de natureza mais séria, devido a idade mais jovem da vítima poder favorecer a impunidade, a cometer um abuso mais invasivo e a manutenção do segredo por mais tempo.¹⁵⁴ Para Modelli *et al.* (2012), a idade média das meninas vítimas de estupro era maior (10,7 anos) do que das vítimas de atos libidinosos (7,0 anos).¹⁶⁷

Violência sexual com penetração parece ser mais frequente no sexo feminino.^{151, 158} Em uma coorte, de base populacional, com 21 anos de seguimento, violência sexual contra crianças foi informada por 19,3% dos respondentes do sexo masculino, sendo que 8,0% destes sofreram abuso na infância com penetração e 11,3% sem penetração. Nas vítimas do sexo feminino, em 10,3%, a violência sexual contra crianças foi com penetração e 20,2% sem penetração.¹⁵¹ Enquanto isso em outro estudo, nas vítimas do sexo masculino, a violência envolveu grande invasividade.⁵⁶

Na maioria das vezes o exame físico das crianças abusadas é normal.^{59, 145, 167} Quando presentes, as alterações mais frequentemente encontradas são lacerações, fissuras, contusões e dilatações anais. Em 57 casos foram coletadas amostras de secreções, sendo positivas para esperma em somente 5 casos (8,7%).¹⁶⁷

Os achados de anamnese e exame físico descritos em uma amostra de 1.280 participantes relacionavam-se a alterações vaginais: eritema (18,1%), entalhe himenal (16,8% posterior, 4,4% anterior), vulvovaginite (14,0%), laceração ou transecção (0,6%) e hematomas (0,4%). Na topologia anal foi descrito: fissura / ruptura anal (14,9%), perda de tônus anal (10,6%), dilatação anal reflexa (9,2%), congestão venosa (3,8%) e proctite (0,9%). Vulvovaginite foi descrita em 14,0% (131/936) e encoprese em 2,3% (21/936).¹⁴⁵ Em outro estudo a violência sexual infantil variou de sodomização (64,0%), carícias (18,0%), intercurso orogenital (10,0%) e dois casos de pornografia.¹⁴⁹ Outros achados em estudo no Brasil sobre violência sexual

contra crianças foram: atos libidinosos (7,0%), penetração anal (3,2%), vaginal (1,6%) e outros (0,3%).⁵⁹ Outras vezes a violência sexual contra crianças é realizada por meio de toques/carícias sobre a roupa, diretamente sobre a pele e por tentativas de penetração.¹⁶⁸

A presença de relato de penetração está associada a uma chance cinco vezes maior de confirmação diagnóstica, e a faixa etária de 10 a 11 anos apresenta uma chance duas vezes maior de ter casos confirmados do que em crianças de faixas etárias menores.¹⁴⁸

Porém, novamente, deve-se dar atenção para as diferenças regionais e culturais, pois no Japão a prevalência de violência sexual infantil invasiva é menor do que em outros lugares do mundo, possivelmente devido à distinta percepção da definição de violência sexual infantil penetrante no contexto japonês. Em uma revisão, a prevalência de violência sexual contra crianças com contato no sexo feminino variou de 10,4 a 60,7% e foi de aproximadamente 4,1% no sexo masculino. A prevalência de violência sexual contra crianças com penetração foi de 1,3 a 8,3% e de 0,5 a 1,3% no sexo feminino e masculino, respectivamente. Os autores suscitam a hipótese de que a sociedade hierárquica e orientada para o homem possa colocar um ônus adicional de reconhecer abuso sexual quando os autores são homens.¹⁶⁹

Sobre o número de vezes, é frequente a incapacidade de aventar devido à dificuldade temporal relacionada à faixa etária. Mas a literatura ressalta que a violência sexual contra crianças contínua, ou de repetição, com episódios de violência ocorrendo mais de uma vez, no caso das crianças, seja a mais frequente.¹⁵⁰

Finalizando a abordagem sobre as características da violência sexual contra crianças, a casa da vítima ou do autor é descrita como local predominante de abuso contra as crianças, citada por diversos estudos,^{33, 59, 170-172} sinalizando-nos sobre a permanência da presença da tradicional “barreira privada” entre as esferas doméstica e pública. Dela decorre a dificuldade de gerar políticas e instrumentos legais, para prevenir a violência intrafamiliar, e da realização de prestação de serviços para aqueles afetados por ela, bem como de intervir para diminuir as consequências inerentes a ela.

3.3.2 Consequências da Violência Sexual contra Crianças

Como a violência sexual contra crianças é uma preocupação de saúde global em todo o mundo, pesquisas sobre seus efeitos na vida das vítimas têm aumentado nas últimas décadas.¹⁴⁶ Entende-se que a violência é uma experiência devastadora para muitas crianças e traz consequências prejudiciais ao seu desenvolvimento. A expectativa de vida ao nascer é consequência direta da mortalidade da população jovem. No Brasil, de acordo com a

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os anos potenciais de vida perdidos (APVP), devido a causas externas, representam quase 6 anos.^{2, 21}

Observamos, ao revisar a literatura, que as consequências da violência sexual contra crianças relacionam-se à saúde mental, abordadas em 29 artigos,^{139, 147-148, 150, 161, 166, 169, 171-192} à integridade física,^{33, 143, 147, 156, 179, 183, 189-190, 193-195} a gastos com saúde,^{47, 136, 196-198} à diminuição na qualidade de vida^{174, 197, 199} e a maior chance de perpetuar a violência.^{41, 200-202}

Relacionados à saúde mental, estudos mostram que sofrimentos psíquicos e afetivos permanentes são causados pelas diversas formas de violência perpetradas contra as crianças, independentemente de não deixarem marcas físicas evidentes.^{141, 173-176} Embora o tamanho do efeito individual para violência sexual contra crianças varie de pequeno a moderado, os efeitos adversos cumulativos nos resultados, em nível do desenvolvimento de adultos, são substanciais.¹⁷⁵

O desenvolvimento de sequelas psíquicas já pode ser precocemente após a violência sexual infantil, podendo ser de moderadas a severas, sendo piores naqueles não frequentavam a escola e que foram abusados por estranhos.¹⁵⁰ Foram observadas alterações psíquicas como depressão maior, ansiedade, transtornos do comportamento ou associação deles,¹⁵² incluindo também tentativas de suicídio ou até mesmo o suicídio,^{149, 175, 177-178} Metanálise realizada por NG *et al.*, (2018) ratificou que violência sexual na infância foi consistentemente associado ao aumento do risco de tentativas de suicídio, sendo que as vítimas de violência sexual infantil têm duas vezes mais esse risco de suicídio.¹⁷⁹ O risco de suicídio pode ser 10 vezes maior no grupo com características de desestruturação familiar, e de 3 a 5 vezes mais frequente naqueles com absenteísmo escolar.¹⁸⁰

Quando comparadas às não abusadas, as crianças vítimas de violência sexual, principalmente quando este ocorreu antes dos 12 anos de idade, necessitam de mais assistência de profissionais devido a problemas de saúde mental, têm pior percepção de seu estado de saúde¹⁷¹ e mais frequentemente necessitam de hospitalização por doença mental.¹⁸¹

Ao estudar a trajetória neurobiológica da patogênese do desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos relacionados à violência sexual infantil, Shrivastava *et al.*, (2017) afirmam que a sequela de longo prazo é multissistêmica. A carga genética induzindo alterações epigenéticas ligadas a cascatas biológicas, levando a alterações no desenvolvimento neurológico precoce e em microambientes celulares instáveis, irão desempenhar um papel na gênese dos distúrbios psiquiátricos que se prolongam a longo prazo. Explicam que não é apenas o *hardware* do cérebro que muda, mas também o mau funcionamento do *software* que desempenha um papel no processo.¹⁸²

São listadas também como consequências da violência sexual contra crianças: distúrbios de conduta,¹⁸³ de sono,¹⁶⁸ TEPT,^{177, 184-186} disfunção sexual,¹⁸⁷ baixa autoestima,¹⁸⁸ abuso de álcool,^{175, 181, 184} e outras drogas,^{175, 181, 189} diminuição da idade de início de atividade sexual, aumento do número de parceiros sexuais, bem como comportamento sexual de risco.^{175, 181, 190-191} Este último é 1,6 vezes maior nas vítimas de violência sexual na infância do que nas não vítimas, sem diferença entre os sexos, se o abuso sexual foi alegado. Porém, quando este foi confirmado na infância, a chance da vítima, na vida adulta, possuir comportamento sexual de risco é maior para o sexo feminino (2,72 vezes) em relação ao sexo masculino (1,69 vezes). Os autores ainda inferem que a violência sexual infantil é um fator de risco único para comportamentos sexuais de risco posteriores, com uma ampla gama de mecanismos potenciais desempenhando um papel para efeitos associados a longo prazo, como riscos para o HIV, doença inflamatória pélvica e infertilidade, com implicações clínicas e de saúde pública.^{181, 191}

Esses achados sugerem a importância de incorporar o treinamento de habilidades em estratégias adaptativas de regulação da emoção no tratamento de indivíduos com histórico de violência sexual infantil.¹⁸⁴ Há ainda associação com maior atividade inflamatória em crianças vítimas de violência sexual.¹⁹²

A violência sexual contra crianças de repetição impacta mais ainda a saúde física e mental de suas vítimas. Em revisão de 10 anos de atendimento em um centro pediátrico, Mei-Hu *et al.*, (2018) encontraram maior risco (RC: 4,46) de comorbidades nas crianças vítimas de violência recorrente, em relação àquelas que sofreram violência sexual somente uma vez. O risco de distúrbios psiquiátricos, tentativa de suicídio, necessidade de tratamento com drogas antipsicóticas e decréscimo do rendimento escolar foi de 3,18; 4,23; 5,57 e 4,81 respectivamente, no primeiro grupo em relação ao segundo.¹⁹³

Fresno *et al.* (2014), no Chile, avaliando os efeitos da violência sexual contra crianças, demonstraram que ela afeta as representações de vínculo, especialmente nas dimensões de hiperativação e desorganização, e que também diminui a segurança de vínculo com o adulto. Concluíram também que as vítimas de violência sexual contra crianças têm maiores níveis de desorganização do que seus pares não maltratados e que possuem maior risco de desenvolver psicopatologia a curto e médio prazos.¹⁹⁴

A violência sexual contra crianças relaciona-se a sequelas físicas, como doenças por infecção de transmissão sexual, ainda que seja baixa a prevalência.^{33, 149, 158, 195-196} São também relatadas alterações das eliminações, como enurese,^{145, 185} vulvovaginites, gravidez.^{33, 149, 195}

Além das comorbidades acima descritas relacionadas à violência sexual contra crianças, há também maior risco para sobrepeso e tabagismo nos filhos de mulheres que foram abusadas

sexualmente aos 11 anos de idade. Foi o que demonstrou a pesquisa que cruzou os dados de dois grandes estudos - *Nurses' Health Study II (NHSII)* e o *Growing Up Today Study (GUTS)* - , com 116.430 e 34.174 participantes respectivamente. O risco é aumentado se as genitoras com histórico de abuso também possuem sobrepeso e são fumantes.¹⁹⁷

As violências relacionam-se a um custo muito expressivo, às vítimas, às famílias e à sociedade como um todo, perpassando desde perdas humanas com o desenvolvimento de sequelas permanentes ou não e o sofrimento causado para as vítimas e os familiares, dificilmente mensuráveis, aos gastos com tratamento de saúde, custos previdenciários, absenteísmo no trabalho, até, como nos casos das crianças e adolescentes, o impacto com os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (DALYs). Tudo isso reforça a importância desses agravos como problema de saúde pública.^{50, 198}

Conhecer os custos relacionados à violência sexual é um primeiro passo fundamental para orientar políticas públicas que objetivem sua prevenção.¹³⁶

Em um estudo realizado em Iowa (EUA) em 2014, estimou um custo total de 4,7 bilhões de dólares para as violências sexuais, sendo que um quarto desse total relacionava-se à violência sexual contra crianças. A maior proporção dos custos da violência sexual (US\$ 3,7 bilhões) associou-se à perda de qualidade de vida relacionada à dor e ao sofrimento.¹⁹⁸

Estatísticas mostram que sobreviventes de violência sexual usam mais o serviço de saúde e aumentam os gastos deste do que pacientes da população geral, incorrendo em 10,0% a 40,0% mais custos primários e de 13,0% a 43,0% mais custos de cuidados totais de saúde.¹⁹⁹

Na coorte britânica acompanhada por 50 anos (desde o nascimento), ao se estudar maus tratos infantis na amostra aos 50 anos de idade (n = 8.076), observou-se a prevalência de violência sexual contra crianças em 1,0% e o impacto negativo dos maus tratos na vida dessas vítimas, em relação aos desfechos socioeconômicos.²⁰⁰

Nessa coorte, o histórico de violência sexual na infância se relaciona a maior risco de desemprego, “insegurança financeira”, “falta de ativos” na vida adulta, bem como menor chance de terem uma “vida sem doença” e menor qualificação profissional. Quando associada violência sexual contra crianças à negligência, houve aumento da chance de inexistir ascensão social das vítimas.²⁰⁰

Observa-se um menor número de notificações de casos de violência em comunidades onde a violência é mais prevalente. Essa constatação pode ser justificada pelo fato de crianças que vivenciam atos de violência cotidiana, como vítimas diretas, como testemunhas ou convivendo com pessoas vitimizadas, poderem desenvolver uma dessensibilização emocional à violência, podendo passar a percebê-la como componente normal da realidade. Deixam assim

de reagir negativamente a eventos dessa natureza e os incorporando aos seus contextos culturais.¹⁷⁶

Uma outra consequência de violência sexual contra crianças discutida na literatura é o risco de uma vítima de violência sexual infantil se tornar abusador. A literatura é controversa nesse sentido, ressaltando que, se essa afirmativa fosse verdadeira, haveria um maior número de abusadores sexuais do sexo feminino, já que a grande maioria das vítimas são mulheres.

A literatura mais atual aponta que indivíduos com histórico de abuso / negligência infantil são mais propensos a serem perpetradores de múltiplas violências quando comparados ao grupo controle²⁰¹ e que o risco de a vítima de violência sexual na infância se tornar perpetrador aumenta se a idade da vítima, quando o abuso ocorreu, era maior do que 12 anos, se foi abusado por alguém próximo, como uma figura paterna, com quem a vítima tinha um relacionamento de dependência, se o abuso foi mais sério, ou seja, mais intrusivo e se os episódios foram mais frequentes.²⁰²

Para Duarte *et al.* (2012), a prevalência de vítimas se tornando perpetradoras foi de 7,4%,⁵⁶ achado que não foi estatisticamente significativo na amostra de Widom & Massey (2015), afirmando que há sim a associação entre história mórbida pregressa de violência física e negligência e chance aumentada de se tornar abusador sexual na vida adulta. Os autores reforçam assim a importância de que programas de intervenção precoce tenham como alvo crianças com histórico de abuso físico e negligência.²⁰³

Entende-se então que conhecer a prevalência da violência sexual contra crianças, suas características, seus determinantes (fatores de risco) e consequências, permite diagnosticar o problema, estimar sua extensão, bem como formular possíveis intervenções de enfrentamento.

3.3.3 Autor da agressão

De maneira geral, Reis *et al.* (2015), em revisão sistemática de literatura, apontam que a maior frequência de trabalhos sobre violência sexual contra crianças está localizada nos estudos com vítimas, tanto nas pesquisas nacionais quanto nas internacionais.²⁰⁴

Nesta tese, elencamos 28 artigos^{9, 31, 39, 41, 51-53, 82, 135, 140, 142, 144, 147-148, 150, 156, 163, 193, 201, 203-211} que abordaram características relacionadas ao autor da agressão sexual contra crianças.

Embora os autores de violência sexual tenham fatores de risco associados, a literatura não descreve um perfil padrão dos mesmos. Eles procedem de todas os grupos étnicos e socioeconômicos, divergem de tipo de status marital e educacional e podem não ter história

peçoal de psicopatologia, abuso sexual ou registro criminal prévio, embora pareça existir uma associação dos autores de abuso sexual com comportamentos antissociais. Eles podem ainda ser indivíduos depressivos, hostis, com problemas pré-existentes de saúde mental ou criminal. Vários, mas não todos, podem ter história de ter sofrido abuso sexual quando crianças e possuírem uma tendência ao abuso de drogas.⁹

O aliciamento é algo único na violência sexual infantil. O perpetrador inicialmente fornece atenção especial à criança, ganhando com isso sua confiança. Após um período de tempo a relação começa a ficar sexualizada, com a violação da privacidade da criança por parte do abusador, iniciando conversas e contato de cunho sexual. O abusador procura justificar seu comportamento com a desculpa de que essas experiências são normais ou instrutivas.⁹

Indivíduos do sexo masculino estão mais implicados como autores, porém dados sugerem que violência sexual infantil cometida por mulheres seja subnotificada.²⁰⁵ Em relação ao número de autores de violência infantil, grande parte dos casos do estudo de Duarte *et al.*, (2012) eram do sexo masculino, havendo o envolvimento de somente um autor. A presença de mais de um autor na ocasião do primeiro abuso foi referida por 9,1% dos questionados.⁵⁶

No estudo conduzido por Morgan & Long (2018) no Reino Unido, avaliando os casos de violência sexual cometidos por mulheres, em relação ao número de autores de agressão, observou-se que as vítimas de um único agressor eram na maioria crianças, quase metade eram do sexo masculino e poucas relataram problemas de saúde mental ou uso de drogas ou álcool por ocasião da agressão. O uso de álcool pelas perpetradoras relacionou-se a vítimas com idade acima de 20 anos.²⁰⁶

Também no Reino Unido, no estudo de Jilaihawi *et al.* (2018), os autores da violência sexual de vítimas menores de 12 anos, em 66,0% dos relatos, eram intrafamiliares, apresentando esta ordem de frequência: pai (18,0%), padrasto (13,0%), irmão (10,0%), mãe e outro parente (1,0%). Os extrafamiliares foram descritos como: “outros” (3,0%), amigo da família/vizinho (8,0%), estranho (3,0%), professor/cuidador/enfermeiro (7,0%), par (13,0%), inquilino (1,0%), assistente social (1,0%). Não foram identificadas associações entre tipo de agressor, se intra ou extrafamiliar e sexo ou idade da vítima. Os autores reforçam que a grande proporção de autores intrafamiliares em seu estudo pode refletir a natureza histórica do agravo, ou seja, relacionamentos familiares podem exacerbar o impacto do abuso, minando a capacidade da vítima de acessar a ajuda de forma aguda, em vista do medo, coerção ou lealdade.¹⁵⁸

Características semelhantes foram observadas por Tener (2018) ao entrevistar 20 mulheres judias israelenses que foram abusadas quando crianças. Dez entrevistadas citaram o pai como perpetrador da agressão; em 3 casos os irmãos foram responsabilizados; em 2, foram

os meios-irmãos e tios; em 4, pessoas da família; em 1, o primo; e em 2 casos, a mãe acompanhada de um membro masculino da família. O autor relaciona a mãe, o pai e o abusador como mantenedores do segredo familiar, este sendo tóxico e perigoso, envolvendo por vezes ameaça à vida da criança.⁵⁴

O perfil dos autores de agressão foi também avaliado no registro de 95 crianças vítimas de violência sexual: a idade média foi de 23,3 anos; 97,0% eram do sexo masculino; em 93,2% dos casos agiram sozinhos; 80,0% eram conhecidos das vítimas.¹⁴⁶

Na totalidade de casos avaliados por Capella *et al.* (2016), os autores da agressão tinham vínculo com as vítimas: 17 eram familiares e 3 conhecidos.⁸² Esse fato também foi observado em estudo realizado em Salvador, onde 51,0% dos autores eram conhecidos da família e a maioria do sexo masculino.¹⁵² Semelhantemente ao apontado por Sena; Silva & Falbo Neto (2018), em Recife, onde 57,8% eram conhecidos das vítimas e 25,0%, familiares.³¹

Estudando o perfil de autores de violência sexual de meninos em uma capital do Sul do Brasil, Von Hohendorff *et al.*, (2014) observaram que 93,4% eram do sexo masculino e, em 3,4% dos casos, ambos os sexos abusaram dos menores. De acordo com a estratificação do SINAN sobre o vínculo entre a vítima e o autor da agressão, 28,7% eram conhecidos das vítimas, 23,9% eram pais, 16,6% os padrastos, 9,3% os tios, 8,5% os primos, 6,9% os irmãos e em 6,0% dos casos apareceram professor, estranho, mãe e madrasta. Não se relacionou o abuso com uso de álcool ou drogas pelo agressor em 60,1%.¹⁴²

Habitualmente a violência sexual contra a criança é perpetrada por alguém íntimo a ela.¹⁵⁰ Maier *et al.* (2013), em sua amostra de 911 casos na Suíça, listaram o pai como o autor de abuso sexual mais frequente, seguido dos “pares” (amigos, vizinhos e colegas de classe) e de adultos masculinos convivendo com a criança (padrasto, pai adotivo e pai de criação).⁵⁵

No estudo de Cartón Duarte; Cortés Arboleda & Cantón-Cortés (2012), analisando a violência sexual infantil cometida por membros da família, observou-se que esta estava mais frequentemente associada com a violência sexual de repetição e com maior longevidade. Uma das explicações possíveis para essa grande severidade dos abusos cometidos por membros da família é a natureza íntima e confidente da relação entre o autor e a vítima.⁵⁶ A relação pode ser facilitada por subornos e/ou privilégios e relaciona-se diretamente com o ente querido da vítima ou com a estabilidade do sistema familiar. Além disso, violência intrafamiliar iniciada cedo na infância está relacionada a sua maior severidade.⁵⁵

Essa característica também é relatada por Kellogg & AAPCCAH (2005). Segundo os autores, a prevalência de violência sexual infantil cometida por estranhos é relativamente baixa.³ Sodipo *et al.*, (2018) descreveram no estudo conduzido na Nigéria, onde 97,7% das

vítimas eram do sexo feminino e $\frac{3}{4}$ dos autores da agressão eram conhecidos da vítima, agindo sozinhos em 86,9% das vezes.¹⁴⁴

Em Feira de Santana (Bahia), dentre as notificações de violência sexual do VIVA contra a população infantojuvenil, observou-se também que em 62,8% dos casos os autores eram conhecidos da vítima; em 37,2%, familiares; e na sua quase totalidade (95,5%) eram do sexo masculino.¹⁹⁵

No que se refere à infância, dados epidemiológicos indicam que a maioria dos autores da agressão se caracterizam como pessoas que mantêm com a vítima algum laço de afeto, coabitação, dependência ou vizinhança, mesmo nas ocorrências fora de sua moradia.^{41, 43}

Em decorrência disso, quando se avalia a gravidade e o risco da violência para com a criança, essa característica deve sempre ser levada em conta. Apenas uma pequena parcela dos casos de violência extrafamiliar nessa faixa etária acontece com a participação de estranhos à vítima, habitualmente já na adolescência tardia, em quadros associados à violência urbana.^{41, 43}

A metanálise conduzida por Seto *et al.*, (2015) comparando autores de agressão de violência sexual contra a criança, intrafamiliares (6.605) e extrafamiliares (10.573), demonstrou que os do primeiro grupo são habitualmente mais sociáveis, têm menor interesse em prática sexual atípica, menor risco de reincidência, habitualmente são os pais biológicos ou sociolegais, são casados ou têm união estável, têm maior inteligência, apesar de apresentar menor nível de escolaridade. Além disso também apontam que os abusadores intrafamiliares têm maior chance de ter sofrido violência sexual na infância, maus-tratos, negligência familiar e pobre vínculo parental, especialmente ter recebido menos afeto materno.²⁰⁷

Na China, ao avaliar tipos de abusadores contra menores, Hu; Liang & Huang (2017) mostraram que na totalidade os abusadores eram do sexo masculino e íntimos da vítima (68,6%): conhecidos ou familiares.²⁰⁸ O mesmo foi observado em Marrocos por Essabar; Khalqallah & Dakhama (2015), onde na totalidade dos casos o autor da violência era do sexo masculino, em 70,0% era conhecido das vítimas e em 7,0% houve múltiplos perpetradores.¹⁴⁹

A metanálise de Plummer & Cossins (2018) evidenciou que as meninas com mais frequência são abusadas por pessoas do sexo masculino e geralmente parentes. Já as vítimas do sexo masculino, mais frequentemente são abusadas por não parentes.²⁰²

A prevalência de pais como perpetradores da violência sexual foi relatada em 4,0% na amostra de Almuneef; Alghamdi & Saleheen (2016), na Arábia Saudita. 34,0% das vítimas foram abusadas por outros familiares, distintos dos pais, com vítimas na faixa etária média de 7,8 anos. Inferem ainda que o pai como o agressor associa-se ao fato de ele estar desempregado e ter um nível de educação inferior.¹³⁷

Já Jong & Dennison (2017), analisando dados policiais e judiciais dos Países Baixos, mostraram que fatores ambientais familiares são mais importantes para explicar a perpetuação de violência sexual infantil, das vítimas de abuso do sexo masculino, e que esses fatores sozinhos não são suficientes para explicar a perpetuação da violência sexual de vítimas do sexo feminino.²⁰⁹

São apontados na literatura como fatores que contribuem para o risco de os pais perpetrarem a violência sexual infantil a seus filhos, o abuso de substâncias pelos pais, um histórico parental de abuso sexual infantil e problemas psiquiátricos dos pais. São citados também como riscos substanciais a vitimização de familiares próximos, como irmãos e mudanças frequentes de residência. Os resultados dessa revisão com metanálise de Assink *et al.*, (2019) mostram que o risco de vitimização de violência sexual infantil pode ser melhor avaliado a partir de uma perspectiva multifatorial, o que significa que os riscos relacionados à criança, pais e família merecem atenção nos instrumentos de avaliação de risco. Os autores ainda afirmam que pais e mães são igualmente responsáveis por promover e manter ambientes de cuidado em que as crianças possam atingir seu pleno potencial de desenvolvimento sem serem prejudicadas por qualquer forma de abuso ou negligência.²¹⁰

Treinadores e colegas de esportes também são associados como perpetradores de violência sexual. Na revisão sistemática de Bjørnseth & Szabo (2018), em 6 dos 7 artigos selecionados, o treinador era o perpetrador de violência sexual infantil, sendo os atletas *fellow* os mais apontados como perpetradores do que os treinadores. Relata ainda que atletas de alto nível de competição estão em maior risco para violência sexual infantil perpetrada pelo seu treinador.¹⁶⁵

De outra forma, ao avaliar o comportamento de pedófilos, foi evidenciado que aproximadamente metade dos perpetradores de violência sexual infantil têm atração infantil e são mais propensos a abusar de estranhos e conhecidos casuais do que de membros da família. Os “infratores fixos”, ou seja, aqueles que perpetraram com frequência a violência sexual contra crianças, tendem a abusar mais de meninos (42,0%) do que os “casuais” (àqueles que vitimizam crianças esporadicamente, “casualmente”), têm 16,0% como vítimas, crianças do sexo masculino. Ambos os tipos, porém, utilizam ameaça ou intimidação (49,0%), ou sedução ou charme (30,0%), para atrair suas vítimas. Vinte por cento desses agressores são violentos ou brutos. Ambos os tipos também tendem a manter uma preferência quanto à faixa etária e ao gênero de suas vítimas bem como o tipo de abuso perpetrado (carícias versus penetração). Abusos por “infratores fixos” parecem ser mais frequentemente planejados e envolvem mais vítimas do que os “infratores casuais”, que costumam agir por impulso.²¹¹

Katz (2020) avaliou dados forenses de 30 crianças abusadas por seus pares (intervalo etário entre elas de 2 anos). As análises descritivas da amostra indicaram que tanto meninos quanto meninas eram propensos a abusar sexualmente de seus pares, mas que a maior parte dos incidentes ocorreu apenas uma vez e que a maioria deles foi caracterizada como tendo partes íntimas tocadas sob as roupas.²¹³

Pela dimensão mundial do problema e as graves implicações físicas e sociais que a vivência de agressões gera nas crianças, depreende-se que são necessários mais investimentos para ações de combate à violência em todos os níveis: prevenção, acolhimento e assistência, sistema de notificação e vigilância e em pesquisas sobre o tema.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentado o percurso metodológico que será adotado para o desenvolvimento da presente pesquisa, por meio do delineamento do estudo, da população de referência e do local onde será realizada, bem como a definição das variáveis e suas características, do método de coleta, processamento e análise dos dados e dos aspectos éticos da pesquisa.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal, descritivo e analítico.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo trata das violências sexuais contra crianças notificadas pelos profissionais de saúde com o preenchimento e inserção no SINAN das Fichas de Notificação de Investigação,¹²⁷ no período compreendido entre janeiro de 2009 a dezembro de 2019, no estado de Santa Catarina. A delimitação do período a partir de 2009 ocorreu em função de as informações no banco do SINAN estarem completas em conformidade com o instrutivo da ficha desde 2008.

Santa Catarina possui extensão territorial de 95.730.921 km², sendo o 20º maior estado do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em seu último censo de 2012, Santa Catarina era o 11º estado brasileiro em tamanho da população, com 6.248.436 habitantes, porém a população estimada em 2019 era de 7.164.788 habitantes, sendo de 842.530 a população de crianças (menores de 10 anos).²¹⁴

Ressalta-se que juntamente com o Distrito Federal e o estado de São Paulo, Santa Catarina possuía, em 2017, IDH-M classificado como muito alto.²¹⁵

O número de Centros de Saúde/ Unidade Básica de Saúde em Santa Catarina, segundo os dados do DATASUS, de 20 de julho de 2020, era de 1.585.²¹⁶ Destaca-se que toda a unidade de saúde deve notificar os casos de violência sexual no SINAN. O registro dos Serviços Especializados de atendimento às pessoas em situação de violência sexual, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), deu-se em 2013. Em 22 de outubro de 2020,

o número de serviços cadastrados, até o mês de dezembro de 2019, era de 71 em Santa Catarina.²¹⁶

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Notificações de violência sexual contra crianças (de 0 a 10 anos de idade incompletos), ocorridas em Santa Catarina de 2009 a 2019. A delimitação etária deve-se ao fato de que essa é a faixa de idade definida pela Organização Mundial de Saúde para criança.⁵ A faixa etária será estratificada, segundo Marcondes *et al.* (2002), como lactente: 29 dias a 2 anos de idade, exclusive; pré-escolar: 2 anos a 6 anos de idade, exclusive; escolar: 6 anos a 10 anos de idade, exclusive.²¹⁷

4.3.1 Critérios de Inclusão

Serão incluídas todas as notificações dos casos de violências sexuais contra crianças até 9 anos, 11 meses e 29 dias de idade, ocorridas em Santa Catarina e digitadas no sistema SINAN, nos anos de 2009 a 2019.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Serão excluídas as notificações de violência sexual contra crianças com idade igual ou superior a 10 anos.

4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

As informações da Ficha de Notificação do SINAN (Anexo C) foram obtidas pelo profissional responsável pela notificação, quando do atendimento às vítimas segundo o que foi referido pela criança e pelo seu acompanhante.

A fonte de dados provém das notificações do SINAN VIVA Contínuo, um Sistema de Informação em Saúde, com acesso público liberado por meio de trâmite no Serviço de

Informação ao Cidadão da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do MS.²¹⁸ Para uma das análises da qualidade do banco, foi solicitado junto à Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), da Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV), da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), o acesso ao banco de dados nominais de violência sexual em março de 2020 com fornecimento desses dados em abril de 2020.

Os dados de interesse deste estudo serão coletados do SINAN, mediante o Instrumento de Coleta de Dados I da Pesquisa (Apêndice E) e trabalhados em planilhas eletrônicas, sendo avaliados e agrupados segundo os aspectos discriminados a seguir.

4.4.1 Variáveis relacionadas às vítimas

- a) Idade - em anos completos no momento da notificação, referida e conferida no documento de identificação da criança. Estratificada segundo Marcondes *et al.* (2002) como lactente: 29 dias a 2 anos de idade, exclusive; pré-escolar: 2 anos a 6 anos de idade, exclusive; escolar: 6 anos a 10 anos de idade, exclusive;²¹⁷
- b) Sexo – conforme documento civil apresentado (masculino ou feminino);
- c) Raça ou cor – característica observada pelo profissional que preencheu a ficha ou informada pelo responsável quando da notificação, com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena;²¹⁴
- d) Presença ou não de deficiência/transtorno. Em caso afirmativo, as opções são: deficiência física, intelectual, visual, auditiva, transtorno mental, transtorno de comportamento, outras deficiências/transtornos. As deficiências/transtornos serão agrupados, gerando a variável “deficiência”, que será dicotomizada em presença ou ausência.

4.4.2 Variáveis relacionadas à agressão

Ocorrência:

- a) Local: se residência, habitação coletiva, escola, local da prática desportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústrias/construção. Os locais residência e habitação coletiva serão agrupados, gerando a variável “residência” e os demais locais

serão agrupados na variável “qualquer lugar”;

- b) **Número de vezes:** em números inteiros. Será agrupado em “uma vez”, ou seja, caso isolado, e “duas ou mais vezes”, gerando a variável “violência sexual de repetição”. Para efeitos práticos optou-se por utilizar as definições repetição e recorrência como sinônimos.

Tipologia da violência sexual:

A violência sexual foi tipificada em termos da presença ou ausência de assédio sexual, atentado violento ao pudor e estupro, de acordo com o “Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências” do Ministério da Saúde.¹²⁷

Também foi objeto de análise a ocorrência ou não de penetração. Em caso afirmativo, determinou-se qual o tipo: se anal, oral ou vaginal. Mesmo com a Lei Federal Brasileira n. 12.015, de 2009⁹⁴ fundindo em um único artigo os crimes de estupro e atentado violento ao pudor, optou-se por analisar os dois conceitos separados e de forma conjunta, pois a ficha manteve a categorização inalterada até o ano de 2015. A legislação acima citada, definia Atentado Violento ao Pudor como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal” e, estupro como sendo “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”.

- a) Ocorrência de:

Assédio sexual: é a insistência importuna, junto de alguém, independentemente do sexo ou orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras, ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade, ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual;¹²⁷

Atentado Violento ao pudor: ocorre ao se “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal” (Código Penal Brasileiro, Artigo 214).⁹³⁻⁹⁴ Inclui-se nesse caso a penetração pênis-ânus, pênis-boca, toques, manipulação com ou sem objetos. Cabe ressaltar que essa definição esteve em vigor legalmente até 2009.

Estupro (por definição de lei até 2009): ocorre ao se “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça” (Código Penal Brasileiro, Art. 213).⁹³ A conjunção

carnal ocorre quando há penetração pênis-vagina.

Estupro (por definição de lei a partir de 2009): “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Código Penal Brasileiro, Art. 213).⁹³ Inclui conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independentemente da orientação sexual ou sexo da vítima.⁹⁴

Ressalta-se que os dois conceitos de estupro acima apresentados são diferentes, pois referem-se ao disposto em lei.⁹⁴ Entretanto, a ficha de notificação do SINAN só contemplou essa modificação a partir de novembro de 2014. Para fins da análise deste estudo, os dois conceitos foram analisados separados e conjuntamente.

Pornografia infantil: Pornografia infantil é a apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e/ou publicação, por qualquer meio de comunicação, inclusive a rede mundial de computadores (Internet), de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes;¹²⁷

Exploração sexual: caracteriza-se pela utilização de pessoas, independentemente da idade, sexo ou identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição), a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (*strip-tease*, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas (em revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet). É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários (agenciamento direto, indução, facilitação).¹²⁷

4.4.3 Variáveis relacionadas ao Autor da Agressão

- a) Número de envolvidos;
- b) Sexo do autor - informado pelo acompanhante/vítima;
- c) Suspeita do uso de álcool - informada pelo acompanhante/vítima;
- d) Vínculo/grau de parentesco com a vítima - informado pelo acompanhante/vítima, se pai, mãe, padrasto, madrasta, namorado, ex-namorado, irmão, amigos, cuidador, amigo, desconhecido, pessoa em relação institucional ou outros (especificado). Serão analisados separadamente cada um e também agrupados, gerando a variável “conhecido”. Esse grupo “ser conhecido da vítima” será composto pelos seguintes “autores”: pai, mãe, padrasto, madrasta, namorado, ex-namorado, irmão, amigos,

cuidador, amigo, pessoa em relação institucional. “Os outros” entrarão nesse grupo quando, ao ser analisados individualmente, forem conhecidos da vítima, como por exemplo, primo, avô, meio-irmão, dentre outros;

- e) Ciclo de vida do provável autor da violência– informado pelo acompanhante /vítima, se criança (0 a 9 anos), adolescente (10 a 19 anos), jovem (20 a 24 anos), pessoa adulta (25 a 59 anos), pessoa idosa (60 anos ou mais) ou ignorado.

As variáveis utilizadas para a análise da violência sexual de repetição contra a criança são apresentadas no quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 - Variáveis analisadas, com suas classificações e categorias

Variável	Tipo	Mensuração
VARIÁVEL DE DESFECHO		
VS de repetição	Catagórica Dicotômica	“Caso isolado” ou “duas ou mais vezes”, sendo a primeira referência.
VARIÁVEL DE EXPOSIÇÃO		
Tipo de violência sexual	Catagórica Politômica Nominal Dicotomizada para análise multivariada, apresentada abaixo.	“Assédio sexual”, “Atentado violento ao pudor”, “Estupro”, “Pornografia infantil” e “Exploração sexual” “não” e “sim”, sendo a primeira referência. Para fins de análise e adequação à legislação atual, “Atentado violento ao pudor” e “Estupro” foram agrupados gerando a categoria “ <i>Estupro*</i> ”, “não” ou “sim”, sendo a primeira referência.
Penetração	Catagórica Dicotômica	Em “não” ou “sim”, sendo a primeira referência.
O local	Categorizada como Politômica Nominal, dicotomizada para fins de análise.	A residência ou habitação coletiva foram agrupadas na categoria “residência” e as categorias restantes, “escola”, “local da prática de esporte”, “bar ou similar”, “via pública”, “comércio/serviços”, “indústrias/construção” constituíram a categoria “qualquer outro lugar”. Essa segunda foi considerada referência
Vínculo com o autor	Categorizada como Politômica Nominal, dicotomizada para fins de análise.	Serão analisados separadamente cada um e também agrupados, para fins de análise na categoria “conhecido” - “não” “sim”, sendo a primeira referência. As categorias “pai”, “mãe”, “padrasto”, “madrasta”, “namorado”, “ex-namorado”, “irmão”, “amigos”, “cuidador”, “amigo”, “pessoa em relação institucional” foram agrupados na categoria “conhecido”.
Uso de álcool pelo autor	Catagórica Dicotômica	“não” e “sim” , sendo a primeira referência.
Número de envolvidos	Catagórica Dicotômica	“um” e “dois ou mais”, sendo a primeira referência.
Sexo da vítima	Catagórica Dicotômica	Feminino e Masculino, sendo a primeira referência.
Sexo do autor	Catagórica Dicotômica	Feminino e Masculino, sendo a primeira referência.
Ciclo de vida do provável autor	Categorizada como Politômica Nominal, dicotomizada para fins de análise.	Se criança (0 a 9 anos), adolescente (10 a 19 anos), jovem (20 a 24 anos), pessoa adulta (25 a 59 anos), pessoa idosa (60 anos ou mais) ou ignorado. Para posterior análise de regressão logística, devido a idade “25 - 59 anos” ser de risco, todas as demais idades serão agrupadas, gerando a categoria “todas as outras”, sendo a segunda referência.

Continua...

Variável	Tipo	Mensuração
Idade da vítima	Variável discreta, categorizada de forma politômica para descrição. Dicotomizada para análise multivariada.	“Em anos”, categorizados segundo Marcondes, em 0 -2 anos, 2 -6 anos, 6 -10 anos. Para posterior análise de regressão logística, devido a idade “6 - 10 anos” ser de risco, todas as demais idades serão agrupadas, gerando a categoria “todas as outras”, sendo sexta, a referência
Raça e/ ou Cor da pele da vítima	Catégorica Politômica Nominal dicotomizada para fins de análise.	“Branca” e “Não branca”, sendo formada pelo agrupamento das categorias “Parda”, “Preta”, “Amarela” e “Indígena”. A primeira será referência.
Vítima com deficiência	Catégorica Politômica Nominal dicotomizada para fins de análise.	As deficiências/ transtornos foram agrupados, gerando a variável “deficiência” “não” e “sim”, sendo a primeira referência.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: VS: violência sexual

4.5 PROCESSO DE ANÁLISE DA QUALIDADE DO BANCO DE DADOS

Os dados dos Sistemas de Informação em Saúde são muito utilizados para a produção do conhecimento. Para a sua efetiva utilização, no entanto, é essencial assegurar que sejam válidos e confiáveis. (GIRIANELLI *et al.*, 2018, p. 318).³⁵

Será analisada a qualidade das informações do banco de dados em relação às dimensões de *não duplicidade*, *completitude* e *consistência*. Objetiva-se assim verificar o banco quanto à presença de duplicidades, ser completo (conter todos os campos preenchidos), e ter consistência das informações nos campos,²¹⁹ critérios que medem a qualidade da informação em uma base de dados.^{36, 219-220}

Define-se *Não duplicidade* como o grau em que, no conjunto de registros, cada evento do universo de abrangência do sistema de informação é apresentado uma única vez.²¹⁹ Nesse quesito, a avaliação no SINAN ocorrerá a partir da exportação de relatório para o *Tabwin* dos casos, selecionando variáveis de: número da notificação, data da ocorrência, sexo, data de notificação da violência, unidade notificadora, município e unidade federativa da notificação. As informações referentes ao nome/sobrenome da vítima, data de nascimento e o nome da mãe, importantes para a análise dessa dimensão, não estão disponíveis no banco de dados de acesso público.

Processar-se-á a análise dos casos possivelmente duplicados, caso a caso. Confirmando-se a duplicidade, um será excluído. O percentual aceitável para duplicidade de até 5% será o mesmo adotado por Delziovo *et al.* (2018) e Abath *et al.* (2014),^{34, 120} pois não há padrão apresentado pelo Manual do Ministério da Saúde.

A **completitude** é definida como o grau em que os registros do sistema de informação apresentam valores não nulos. Para essa análise, os campos considerados incompletos são os preenchidos como ignorados e em branco.²¹⁹ Para análise do grau de completitude das variáveis, serão adotados o escore de Romero & Cunha (2007): excelente ($\geq 95\%$), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ($< 50\%$).²¹⁸

A **consistência** é definida pelo Ministério da Saúde, nos manuais do SINAN,²¹⁹ como o grau em que variáveis relacionadas apresentam valores coerentes e não contraditórios. Entende-se por consistência a coerência entre as categorias assinaladas em dois campos relacionados. Para a análise do grau de consistência será empregado o parâmetro utilizado por Abath *et al.*, (2014) e Souza *et al.*, (2010): excelente, para resultados iguais ou superiores a 90,0%; regular, de 70,0 a 89,0%; e baixa inferior, de 70,0%.^{120, 221}

Para a análise do banco de dados quanto a sua completitude e consistência; serão selecionadas variáveis que atendem critérios de ser de preenchimento obrigatório, ser considerada pelo Ministério da Saúde como essencial à análise epidemiológica e operacional e ser importante na análise da violência sexual para a construção do perfil do caso. Essas variáveis da Ficha de Notificação de Violências; incluídas na análise de completitude e consistência para este estudo seguirão os critérios do Ministério da Saúde e de Abath *et al.* (2014), adaptados para a violência sexual contra crianças.^{120, 219}

Para a análise da **completitude** neste estudo serão selecionadas 26 classes importantes de variáveis: Idade; Sexo, Raça / Cor; Escolaridade; Possui Deficiência / Transtorno; Município de residência; Local de Ocorrência; Ocorrência de Repetição; Tipo de Violência Sexual: Outra Violência Sexual, Exploração Sexual, Pornografia, Estupro, Assédio Sexual; Vínculo com a criança Agredida: Outros vínculos, Policial, Institucional, Cuidador, Conhecido, Irmão, Desconhecido, Filho, Padrasto, Mãe, Pai; Número de Agressores; Sexo autor da agressão; Autor Alcoolizado (Quadro 3). Todas as variáveis serão analisadas quanto à sua completitude, para os anos de 2009 a 2019, calculando o percentual e a média de campos completos em cada ano.

A seguir, complementando a análise de completitude, para verificar se houve diferença na proporção de campos preenchidos como ignorados e em branco, nos anos estudados, será realizado o teste de tendência linear no programa estatístico Stata (*StataCorp College Station, Estados Unidos*) versão 13.0. Irá se testar as mesmas variáveis em relação ao ano de ocorrência.

Quadro 3 - Variáveis da Ficha de Notificação de Violências incluídas na análise de completude

Bloco de Notificação	Nome da variável	Campos da variável	Critério
Notificação Individual	Idade	Único	Obrigatório
	Sexo		Obrigatório
	Raça/Cor		Essencial
	Escolaridade		Essencial
Dados da Pessoa Atendida	Apresenta algum tipo de deficiência ou transtorno	Único	Essencial
Dados da Ocorrência	Local da ocorrência	Único	Essencial
	Ocorreu outras vezes		
Violência Sexual*	Tipo de Violência Sexual	*	
Dados do provável agressor	Vínculo/grau com a pessoa agredida	†	Essencial
	Sexo do provável autor da agressão	Único	Obrigatório
	Número de envolvidos	Único	
	Uso de álcool pelo agressor		
	Ciclo vida provável autor da agressão		

Elaborado a partir de Delziovo.³⁴

*Tipo de violência sexual: assédio sexual; estupro; exploração sexual; pornografia infantil; outros; † Vínculo com a pessoa atendida: pai; mãe; padrasto; madrastra; filho; irmão; amigo/conhecido; desconhecido; cuidador; patrão/chefe; pessoa com relação institucional; policial/agente da lei; outros; || Critérios: Campo de Preenchimento Obrigatório é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no Sinan;¹²⁷ Campo Essencial é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.¹²⁷

Com relação à **consistência**, serão analisadas as combinações possíveis entre os campos considerando o banco de notificações de violências sexuais contra crianças de até 10 anos, apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Combinação de Variáveis da Ficha de Notificação de Violências selecionadas na análise de consistência

ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA		
Variável	X	Variável
Idade (< 10 anos)	X	Escolaridade (5 ou mais anos)
Violência Sexual (sim)	X	Tipo de Violência Sexual (não para todos os tipos)
Gestante	X	Idade (< 10 anos)
Sexo Autor Agressão (masculino)	X	Vínculo (mãe)
Deficiência/transtorno (não)	X	Qualquer deficiência assinalada
Número de envolvidos (um)	X	Sexo do autor da agressão (ambos)
Idade (< 10 anos)	X	Violência associada ao trabalho
Idade (< 10 anos)	X	Vínculo patrão
Sexo (masculino)	X	Gestante
Violência Sexual (sim)	X	Lesão autoprovocada

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados das notificações de violência sexual contra crianças serão analisados por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção (%) segundo variáveis relacionadas à criança agredida (idade, sexo, raça ou cor autorreferida, presença ou não de transtorno/deficiência); à violência sexual sofrida (local de ocorrência, tipo, se foi violência de repetição ou não); ao autor da agressão (sexo, número de envolvidos, vínculo com a criança agredida e suspeita de uso de álcool). Será realizado teste do qui-quadrado, e as diferenças com um valor “p” igual ou inferior a 0,05 serão consideradas estatisticamente significativas. Serão calculados percentuais e os intervalos de confiança de 95% (IC95%).

À análise bivariada, a associação entre o desfecho “violência sexual de repetição” e variáveis independentes será testada utilizando teste de qui-quadrado. Todas as variáveis que apresentarem associação com $p < 0,2$ serão consideradas elencáveis para serem incluídas na análise multivariada.

A associação entre as variáveis de exposição e o desfecho “violência sexual de repetição”, se presente ou ausente, serão testadas por meio da regressão logística anterógrada não-condicional, pelo método de verossimilhança, os valores expressos em razão de chance e os respectivos intervalos de confiança; será testado o ajuste do modelo pelo teste de ajuste de *Hosmer and Lemeshow*, assim como determinado o poder de explicação dos resultados pelo modelo.

Todas as análises descritivas e de associação serão realizadas no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, Chicago, EUA), versão 17.0 para Windows 7 (Santa Rosa – USA, 2009).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados aqui apresentados fazem parte das grandes bases de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), amplamente divulgadas e disponibilizadas no sítio do DATASUS, sem permitir o conhecimento da identidade das vítimas cujos registros constam dos bancos analisados.

O banco completo foi fornecido pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) (Anexo A), da Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV), da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), após tramitação de processo, cujo um dos pré-requisitos era

a aprovação do projeto no CEP da Instituição de origem da pesquisadora, o qual foi aprovado sob Parecer Consubstanciado n 3.615.628, de 10/10/2019 (CAAE: 18203919.8.0000.0121) (Anexo B).

Os riscos da pesquisa estão relacionados à quebra da confidencialidade e/ou privacidade dos dados identificáveis coletados do banco acima descrito.

Como se trata de tema onde a confidencialidade dos dados é absolutamente necessária para evitar o risco de revitimização, a pesquisadora se comprometeu a anonimizá-los no momento de transcrevê-los, de forma que não foi possível a identificação dos participantes e seus familiares. Somente ela teve acesso aos “dados brutos” que são identificados. Comprometeu-se também a iniciar a coleta dos dados somente após a aprovação do CEP, e mantê-los pelo período de cinco anos em arquivo próprio sob os cuidados dos pesquisadores e depois adequadamente descartá-los.

A pesquisadora ainda comprometeu-se a seguir as diretrizes de ética em pesquisa que envolvem os seres humanos emanados da Resolução n. 466/2012 do CNS/MS.

Como serão utilizados dados secundários, de acesso público, os riscos estão relacionados à quebra da confidencialidade e/ou privacidade dos dados coletados. Assim, ponderou-se sobre os possíveis riscos às dimensões "não físicas" dos participantes, procurando manter o sigilo dos dados coletados.

Os resultados encontrados poderão ser publicados em revista científica e apresentados em congressos técnico-científicos, respeitando a garantia de anonimato dos participantes avaliados.

4.8 FINANCIAMENTO

A pesquisa não utilizou fontes externas de financiamento. Todos os custos relacionados à elaboração da pesquisa foram cobertos pela própria pesquisadora.

5 RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados foram elaborados dois artigos.

No primeiro avaliou-se a qualidade do banco de informações sobre violência sexual contra crianças em SC, nas dimensões: completitude, consistência e não duplicidade. Seu título é: “*Avaliação da qualidade do banco de informações SINAN sobre violência sexual contra crianças em Santa Catarina: Completitude, consistência e não duplicidade no período de 2009 a 2019.*” A ser submetido na revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde*.

No segundo artigo, intitulado: “*Características e fatores associados à violência sexual de repetição contra crianças em Santa Catarina*”, descreveu-se os casos de violência sexual contra crianças em Santa Catarina, no período de 2009 a 2019, caracterizando os tipos de violência, os perfis dos sociodemográficos dos participantes envolvidos: vítimas e autores da agressão, verificando o vínculo entre eles, quais fatores se associam à ocorrência de mais de um episódio de violência sexual, com base nas notificações de um sistema de informação de abrangência nacional. A *Revista de Saúde Pública* foi a escolhida para publicitar o artigo.

5.1 ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO BANCO DE INFORMAÇÕES SINAN SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS EM SANTA CATARINA: COMPLETITUDE, CONSISTÊNCIA E NÃO DUPLICIDADE NO PERÍODO DE 2009 A 2019

Avaliação da qualidade do banco de informações SINAN sobre violência sexual contra crianças em Santa Catarina: completitude, consistência e não duplicidade no período de 2009 a 2019

Evaluación de la calidad del banco de información SINAN sobre violencia sexual contra la niñez en Santa Catarina: completitud, consistencia y no duplicidad no período de 2009 a 2019

Quality assessment of the information bank SINAN on sexual violence against children in Santa Catarina: completeness, consistency and non-duplicity during the period from 2009 to 2019

Título Resumido: Avaliação da qualidade do banco de informações sobre violência sexual contra crianças em Santa Catarina

Resumo:

Objetivo: analisar e descrever a consistência, completitude e não duplicidade dos registros de violência sexual contra crianças em Santa Catarina, de 2009 a 2019. **Método:** estudo descritivo e analítico, da qualidade dos dados, nas dimensões completitude, consistência e não duplicidade, das fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultados:** no período foram notificados 3489 casos. A consistência foi excelente em 90,0% e regular em 10,0%. A completitude foi considerada excelente em 34,6% e boa em 57,7%. Os campos que apresentaram menor completitude, relacionaram-se a quesitos em que a recordação do agravo é um fator importante. Não houve registro de duplicidades. **Conclusão:** os dados do sistema de vigilância da violência sexual contra crianças, foram considerados adequados para que as informações sejam utilizadas a fim de orientar as ações de prevenção e controle do agravo. Recomenda-se o monitoramento e a avaliação periódica dos registros e a adoção de estratégias para melhoria do preenchimento das notificações.

Palavras-chave: Violência sexual; Crianças; Vigilância em Saúde Pública; Epidemiologia; Notificação; Sistemas de Informação.

Abstract:

Objective: to analyze and describe the consistency, completeness and non-duplicity of records of cases of sexual violence against children in Santa Catarina, from 2009 to 2019. **Methods:** descriptive and analytical study, of the quality of the data, in the dimensions completeness, consistency and non-duplicity, of the records of the notification forms of the Notifiable Diseases Information System. **Results:** 3489 cases were reported in the period. The consistency was excellent at 90.0% and regular at 10.0%. The completeness was considered excellent in 34.6%, good in most (57.7%). The fields that presented less completeness, were related to items in which the recall of the condition was an important factor. There was no record of duplicity. **Conclusion:** the data from the sexual violence surveillance system against children in Santa Catarina, were considered adequate to guide the prevention and control of the disease; it is recommended to monitor and periodically evaluate the records and adopt strategies to improve the filling of notifications.

Keywords: Sex Offenses; Child; Public Health Surveillance; Epidemiology; Notification; Information Systems.

Resumen:

Objetivo: analizar y describir la consistencia, completitud y no duplicidad de los registros de casos de violencia sexual contra niños en Santa Catarina, de 2009 a 2019. **Métodos:** estudio descriptivo y analítico, de la calidad de los datos, en las dimensiones completitud, consistencia y no duplicidad, de los registros de los formularios de notificación del Sistema de Información de Enfermedades Notificables. **Resultados:** se notificaron 3489 casos en el período. La consistencia fue excelente al 90,0% y regular al 10,0%. La completitud se consideró excelente en el 34,6% y buena en la mayoría (57,7%). Los campos que presentaron menor completitud, se relacionaron con ítems en que recordar el hecho fue es un factor importante. No hubo registro de duplicidad. **Conclusión:** los datos del sistema de vigilancia de la violencia sexual contra la niñez en Santa Catarina, se consideraron adecuados para orientar la prevención y control de la enfermedad; Se recomienda monitorear y evaluar periódicamente los registros y adoptar estrategias para mejorar el llenado de notificaciones.

Palabras chave: Delitos Sexuales; Niño; Vigilancia en Salud Pública; Epidemiología; Notificación; Sistemas de Información.

Introdução

A violência sexual infantil (VSI) é um fenômeno complexo que ocorre por várias razões, de várias maneiras e em diferentes relacionamentos entre familiares, grupos de pares, instituições e comunidades.¹ Ela ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, com a qual ela tem o desenvolvimento incompatível, a que não possa dar consentimento e/ou que viole as leis ou as regras (acordos institucionais) da sociedade.²

A sua real prevalência é de difícil dimensionamento, pois não existe uniformidade conceitual, de legislação, e de metodologia dos estudos e ocorre elevado índice de

subnotificações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em todo o mundo, cerca de 73 milhões (7,0%) de meninos e 150 milhões (14,0%) de meninas com menos de 18 anos são abusados sexualmente todos os anos.³ Dados recentemente divulgados pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) mostram o registro de 32 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no ano de 2018. Desses, "dois terços ocorreram dentro de casa e, a cada 4 casos, em 1 deles os abusadores faziam parte do círculo de amigos ou conhecidos da vítima, em 23,0% era o pai ou padrasto".⁴

A priorização deste tema está nos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) de 2016-2030, da OMS, e culminou na inclusão de duas metas que todos os países devem procurar atingir na sua totalidade, em vez de apenas reduzir: "acabar com o abuso, a exploração, o tráfico, e todas as formas de violência contra as crianças".⁵

No Brasil, nas últimas três décadas, a questão da violência recebeu maior atenção, tanto em pesquisas como nos planos de enfrentamento e intervenção, sendo o monitoramento da violência para fins de vigilância epidemiológica, uma das ações do MS.⁶

O setor saúde, a contar da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tem desempenhado papel fundamental, não só na prevenção, detecção e atenção às crianças e adolescentes em situação de violência, mas também na construção de informações sobre esse triste fenômeno por meio de sua função estratégica na rede de proteção a essa população.⁷

Com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e aferir a magnitude desses graves problemas de Saúde Pública, em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) pelo MS. A partir de 2009, o VIVA passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), compondo a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela⁸ e, em 2011, a notificação de violências no âmbito da saúde, tornou-se compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados. Em 2014, os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima.⁹

Esses registros irão propiciar construir, para as instâncias do setor saúde, o perfil dos problemas referentes à violência, retirando-a da invisibilidade, com reflexo direto na atenção à saúde coletiva.¹⁰ A notificação compulsória dos casos de violência é um instrumento deflagrador de procedimentos que auxiliam na execução de medidas imediatas para romper o ciclo de violência e que mobilizam a rede de proteção às crianças e adolescentes.

Assim, informações claras, completas e adequadas de cunho epidemiológico são fontes de dados essenciais para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de saúde, especialmente em países e regiões de ampla desigualdade socioeconômica,¹¹ bem como

para formulação de hipóteses em estudos epidemiológicos.

Uma base de dados de boa qualidade deve ser completa (conter todos os casos diagnosticados), fidedigna aos dados originais registrados nas unidades de saúde (confiabilidade), sem duplicidades, e seus campos devem estar preenchidos de forma consistente.¹²

Conhecer e promover a qualidade dos dados de violência sexual inseridos no SINAN pode contribuir para o fortalecimento do sistema de vigilância desse agravo. Contudo, são escassos os estudos que analisam a qualidade desses dados, especialmente para a violência.¹³

Em recente revisão bibliográfica sobre o tema, realizada pela autora, identificou somente um estudo, em Santa Catarina, avaliando a qualidade dos registros de violência sexual, com dados relativos à mulheres acima de 10 anos.¹³ Não foram encontrados trabalhos no Estado que analisem a qualidade do registro dos casos de violência sexual contra crianças quanto ao preenchimento dos campos da ficha nas dimensões de completitude, consistência e não duplicidade.

Ressalta-se assim que a vigilância epidemiológica de violências, com dados qualificados, objetiva obter informações mais fidedignas sobre as características desses agravos, fundamentais para subsidiar ações de enfrentamento e condicionantes das causas externas, em uma perspectiva intersetorial, baseada no direito à saúde e à vida.⁶ Nesse contexto, este *estudo objetivou analisar a qualidade do banco de dados de violência sexual contra crianças em um Estado do Sul do Brasil, nas dimensões de completitude, consistência e não duplicidade.*

Metodologia

Estudo transversal, descritivo e analítico com coleta de dados do sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão, que alimenta regularmente a base de dados do SINAN/VIVA contínuo, com as notificações de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência sexual. Foram analisadas as notificações de violência sexual contra crianças (de 0 a 10 anos de idade incompletos), ocorridas no Estado de Santa Catarina, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2019. A delimitação etária deve-se ao fato de que essa é a faixa de idade definida pela Organização Mundial de Saúde para “criança”¹⁴ e a adotada na Vigilância de Violências e Acidentes.¹⁵

Objetivou-se verificar no banco os seguintes atributos: **ter consistência** das informações nos campos, **ser completo** (conter todos os campos preenchidos), e **não ter duplicidade**.¹⁶ Esses critérios medem a qualidade da informação em uma base de dados.¹⁶⁻¹⁸

A **consistência** é definida pelo Ministério da Saúde, nos manuais do SINAN,¹⁶ como o

grau em que variáveis relacionadas apresentam valores coerentes e não contraditórios. Entende-se por consistência a coerência entre as categorias assinaladas em dois campos relacionados. Para a análise do grau de consistência foi empregado o parâmetro utilizado por Abath *et al.* (2014) e Souza *et al.* (2010) de excelente, para resultados iguais ou superiores a 90,0%; regular, de 70,0 a 89,0% e baixa, inferior a 70,0%.¹⁹⁻²⁰ O percentual de inconsistência foi calculado considerando no numerador a quantidade de fichas com inconsistência para determinada categoria, e, no denominador, apenas o quantitativo de fichas de notificação que continham as categorias em análise.²¹

O critério de factibilidade de obtenção de dados de **consistência** foi decisivo para a eliminação das variáveis/campos, por exemplo gravidez em menores de 10 anos. Aqueles que não eram compatíveis e que sofreram mudanças ao longo dos anos também foram eliminados.

A **completitude** é definida como o grau em que os registros do sistema de informação apresentam valores não nulos. Para esta análise, os campos considerados incompletos são os preenchidos como ignorados e em branco. Para análise do grau de completitude das variáveis, foram adotados os critérios utilizados no escore utilizado pelo MS de Romero e Cunha (2007): excelente ($\geq 95\%$), bom (90-95%), regular (70-90%), ruim (50-70%) e muito ruim ($< 50\%$).¹⁶

Na análise de regressão linear, a proporção de completitude para as variáveis foi considerada como variável dependente (y) e os anos do período foram considerados como variável independente (x).

A análise de regressão foi estimada por meio da estatística de *Prais-Winsten*, com correção de *Cochrane-Orcutt*, para corrigir a auto correlação seriada.²²⁻²³

A variação percentual anual e os intervalos de confiança de 95% foram calculados por meio do ajuste da regressão linear ao logaritmo natural das proporções, usando o ano como variável dependente.²⁴ As análises foram realizadas pelo programa estatístico *Stata* (*Stata College Station*, Estados Unidos da América), versão 14.

Para a análise do banco de dados quanto a sua **completitude** e **consistência**, foram selecionadas variáveis que atendem critérios de preenchimento obrigatório, ser considerada pelo MS como essencial à análise epidemiológica e operacional e ter importância na análise da violência sexual contra crianças, para a construção do perfil do caso.¹⁶ Todas as variáveis foram analisadas quanto a sua completitude e consistência para os anos de 2009 a 2019, calculando-se o percentual e a média de campos completos e combinações consistentes em cada ano.

Para verificação da **completitude** foram avaliados os seguintes campos: Idade; Sexo; Raça / Cor; Escolaridade; Possui Deficiência / Transtorno; Município de residência; Local de Ocorrência; Ocorrência de Repetição; Tipo de Violência Sexual: Outra Violência Sexual,

Exploração Sexual, Pornografia, Estupro, Assédio Sexual; Vínculo com a criança Agredida: Outros vínculos, Policial, Institucional, Cuidador, Conhecido, Irmão, Desconhecido, Filho, Padrasto, Mãe, Pai; Número de Agressores; Sexo autor da agressão; Autor Alcoolizado.

As comparações no quadro 1, entre as categorias das variáveis da ficha de notificação, foram analisadas na verificação da consistência.

Quadro 1 - Variáveis utilizadas para a verificação da consistência

VARIÁVEIS UTILIZADAS		
Idade (< 10 anos)	<i>versus</i>	Escolaridade (5 ou mais anos)
Violência Sexual (sim)	<i>versus</i>	Tipo de Violência Sexual (não para todos os tipos)
Gestante	<i>versus</i>	Idade (< 10 anos)
Sexo Autor Agressão (masculino)	<i>versus</i>	Vínculo (mãe)
Deficiência/transtorno (não)	<i>versus</i>	Qualquer deficiência assinalada
Número de envolvidos (um)	<i>versus</i>	Sexo do autor da agressão (ambos)
Idade (< 10 anos)	<i>versus</i>	Violência associada ao trabalho
Idade (< 10 anos)	<i>versus</i>	Vínculo patrão
Sexo (masculino)	<i>versus</i>	Gestante
Violência Sexual (sim)	<i>versus</i>	Lesão autoprovocada

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à **não duplicidade**, definida como o grau em que, no conjunto de registros, cada evento do universo de abrangência do sistema de informação é apresentado uma única vez.¹⁶ A avaliação no SINAN foi realizada a partir da exportação de relatório para o *Tabwin* dos casos, selecionando variáveis de: número da notificação, data da ocorrência, nome/sobrenome da vítima, data de nascimento, nome da mãe da vítima, sexo, data de notificação da violência, unidade notificadora e identificação do agravo, fazendo-se duas combinações distintas entre elas. Combinação 1: número da notificação + data da ocorrência + identificação do município + identificação do agravo + nome do paciente; e combinação 2: nome do paciente + data da notificação + identificação da unidade + data de nascimento + nome da mãe do paciente + número da notificação + data da ocorrência + sexo do paciente.

A análise dos casos possivelmente duplicados foi processada, caso a caso, por verificação manual. Confirmando-se a duplicidade, fez-se a exclusão. O percentual aceitável para duplicidade de até 5% será o mesmo adotado por Abath *et al.* (2014) e Delziovo *et al.* (2018).^{13,19} Esse quesito é importante de ser avaliado no SINAN, pois notificações repetidas podem superestimar a incidência e/ou prevalência do agravo.¹⁷

Para avaliar a relação entre o número de notificações e o número de centros de referencia, foi realizada a correlação de Spearman, sendo utilizado o pseudo-R² da regressão de Poisson para quantificar o percentual de determinação do número de centros sobre número de

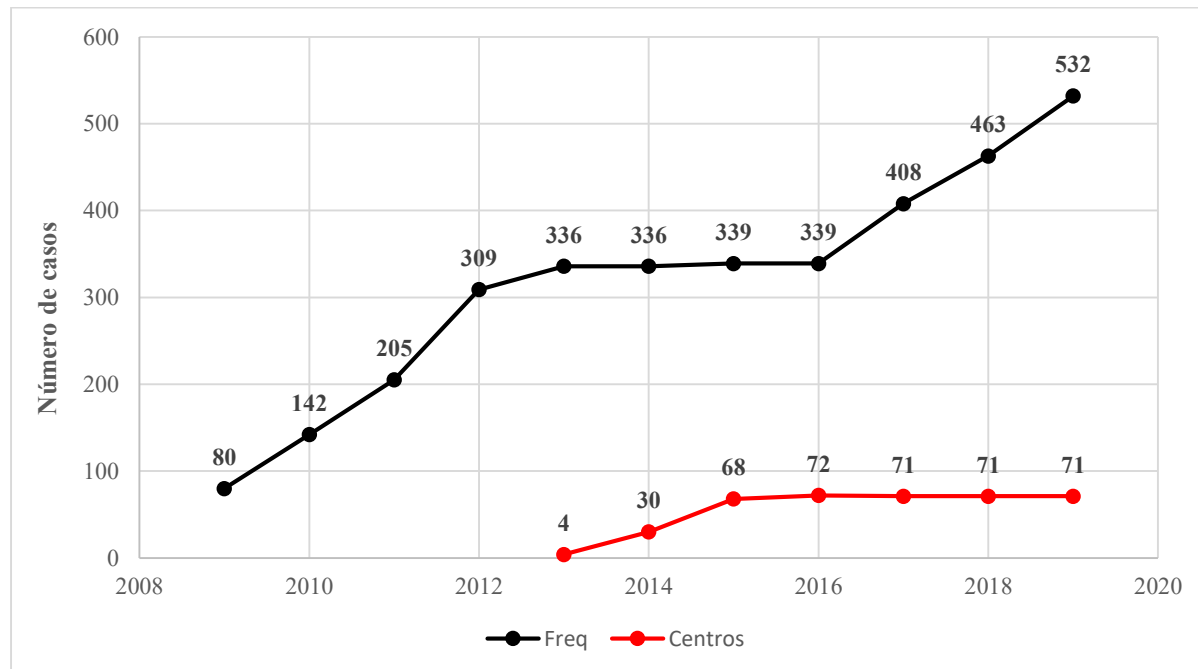
notificações.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem das pesquisadoras (CEPSH – UFSC), sob Parecer Consubstanciado n. 3.615.628, de 10/10/2019 (CAAE: 18203919.8.0000.0121). As pesquisadoras seguiram as diretrizes éticas de pesquisa que envolvem os seres humanos (466/2012 do CNS/MS), mantendo o sigilo e a confidencialidade das informações identificáveis.

Resultados

No período de janeiro de 2009 a dezembro de 2019 foram feitas 3.489 notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência sexual contra crianças em Santa Catarina. Observou-se aumento do número de notificações no período do estudo, em consonância com o aumento do número de centros de referência, de quatro em 2013, para 71, em 2019 (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição por ano do número de notificações no SINAN de violência sexual contra crianças e número de estabelecimentos de saúde especializados em violência sexual cadastrados no CNES, SC, 2009 - 2019 ($n = 3489$).



Fonte: Elaborado pela autora com base no SINAN e CNES.

Nota: SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Por meio de regressão logística verificou-se uma forte correlação ($r=0,89$), estatisticamente significativa ($p<0,001$), entre aumento do número de notificações e o número

de centros de referência, sendo que o aumento do número de centros explica 46,7% da variabilidade no número de casos entre os anos.

A duplicidade foi a primeira dimensão avaliada na qualidade do banco. As informações mostraram que não houve registro de duplicidades, sendo considerado aceitável (maior do que 95%). Foram então analisadas as 3.489 notificações.

O percentual de consistência foi excelente (maior ou igual a 90%) em 9 dos 10 quesitos e regular em um (entre 70 e 89%), quando se cruzou a informação das categorias “idade inferior a 10 anos” com “escolaridade de 5 ou mais anos”, ou seja, em somente 13,4% das vezes em que este cruzamento foi avaliado, a informação estava inconsistente, o profissional que preencheu a ficha não estava a par de que a escolaridade de uma criança com menos de 10 anos de idade não poderia ser superior a cinco anos de estudo (Tabela 1).

A completitude foi classificada como excelente (percentual de preenchimento igual ou maior do que 95%) em 9 variáveis, boa (percentual de preenchimento entre 90 e 95%) em 15, regular (percentual de preenchimento entre 70 e 90%) em uma variável, e ruim (percentual de preenchimento entre 50 e 70%) também em uma.

Assim, a proporção de completitude, tomando-se todas as 26 variáveis, foi de 92,3%, considerada boa. A menor completitude foi observada na variável correspondente a variável do campo 63 (“suspeita de uso de álcool pelo autor da agressão”).

Para 14 variáveis a tendência temporal da completitude foi de aumento ao longo do período, sendo estatisticamente significativa em 12 dessas. Apresentando-se estabilidade nas 9 restantes, nos quesitos: “escolaridade”, “presença de deficiência ou transtorno”, “outras violências sexuais”, “pornografia” “estupro”, “exploração sexual”, “número de agressores”, “sexo do autor da agressão” e “autor da agressão estar ou não alcoolizado” (Tabela 2).

Tabela 1 - Percentual de consistência e avaliação (A) das notificações de violência sexual contra crianças do estado de Santa Catarina, 2009-2019.

Campos de checagem	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total		A
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Idade (<10anos) <i>versus</i> Escolaridade (>=5 anos de estudo)	19/22	86,4	34/36	94,4	46/52	88,5	63/78	80,8	59/70	84,3	83/89	93,3	72/80	90,0	74/84	88,1	77/93	82,8	95/105	82,6	100/123	81,3	722	86,6	R
Violência Sexual (sim) <i>versus</i> Tipo de Violência Sexual (não)	67/80	83,8	125/142	88,0	182/205	88,8	282/309	91,3	303/336	90,2	303/336	90,2	314/339	92,6	311/339	91,7	373/408	91,4	430/463	92,9	497/532	93,4	3187	90,4	E
Gestante <i>versus</i> Idade (<10 anos)	80	100	142	100	205	100	309	100	336	100	336	100	339	100	339	100	408	100	463	100	532	100	3489	100	E
Sexo Autor Agressão (M) <i>versus</i> Vínculo (mãe)	68	100	114/116	98,3	167	100	254/256	99,2	273/277	98,6	284	100	288/291	99,0	270/271	99,6	326/330	98,8	397/399	99,5	446/449	99,3	2887	99,3	E
Deficiência/transtorno (não) <i>versus</i> Qualquer deficiência assinalada	73	100	126/127	99,2	183	100	278/281	98,9	310/312	99,4	315/318	99,1	311	100	324	100	391	100	421/424	99,3	487/488	99,8	3219	99,6	E
Número de envolvidos (um) <i>versus</i> Sexo do autor da agressão (ambos)	58	100	108	100	158	100	241/243	99,2	241/243	99,2	276/277	99,6	265/266	99,6	238/242	98,3	306	100	354/355	99,7	412	100	2657	99,6	E
Idade (< 10 anos) <i>versus</i> Violência associada ao trabalho	78	100	139	100	202	99,5	307	100	332	100	332	100	336	100	339	100	408	100	460	100	528	99,8	3461	99,9	E
Idade (<10 anos) <i>versus</i> Vínculo patrão	77	100	131	100	187	100	294	100	312	100	316	100	330	100	314	100	382	100	446	100	512/513	99,8	3301	100	E
Sexo masculino <i>versus</i> Gestante	25	100	46	100	56	100	102	100	102	100	100	100	90	100	82	100	104	100	112	100	113	100	932	100	E
Violência Sexual (sim) <i>versus</i> Lesão auto provocada	80	100	142	100	205	100	309	100	336	100	336	100	339	100	339	100	408	100	463	100	532	100	3489	100	E

Fonte: Elaborado pela autora.
M: masculino; R: Regular; E: Excelente.

Tabela 2 - Percentual de completitude (C) e tendência das notificações de violência sexual contra crianças do estado de Santa Catarina, 2009-2019.

Campos de checagem	COMPLETITUDE n (%)												C	Variação média anual	T	p*
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL				
	80	142	205	309	336	336	339	339	408	463	552	3489				
Idade (<10anos)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	E	-	NA	
Sexo	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	E	-	NA	
Município residência	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	E	-	NA	
Raça/ cor	96,3	96,5	92,2	94,5	93,2	98,5	96,8	97,6	98,8	98,1	97,2	96,3	E	1,17 (2,11; 0,25)	A	0,04
Escolaridade	90	96,5	93,7	94,5	92,3	93,2	94,15	94,1	97,1	96,5	94	94,2	B	0,39 (-0,19; 0,98)	E	0,29
Deficiência/transtorno	97,5	96,5	95,1	96,2	97	96,7	94,7	96,8	98,3	94,4	95,7	96,3	E	-0,09 (-0,54; 0,36)	E	0,75
Local ocorrência	95	93,7	85,9	91,3	92,9	92,3	91,5	92,9	93,9	92,9	93,6	92,3	B	0,94 (-0,10; 2,00)	E	0,16
Ocorrência de Repetição	63,8	70,4	73,2	75,1	70,8	74,4	74,6	78,2	76	78,4	76,7	73,8	R	2,29 (1,28; 3,31)	A	0,01
Outra Violência Sexual	76,3	78,9	84,9	87,7	94,4	86,9	89,4	89,4	91,2	91,4	91,9	87,5	R	1,92 (-0,49; 4,40)	E	0,21
Pornografia	85	90,9	84,4	89,3	96,7	90,2	90,9	89,4	91,4	91,6	94	90,3	B	1,13 (-0,05; 2,33)	E	0,14
Estupro	78,8	88,7	85,9	92,2	95,8	89,9	91,2	90,9	90,9	92,4	94,4	90,1	B	1,15 (-0,12; 2,43)	E	0,16
Assédio Sexual	83,8	90,1	85,9	93,9	95,8	90,8	94,1	92,6	92,9	93,7	94,4	91,6	B	1,38 (0,30; 2,47)	A	0,06
Exploração Sexual	87,5	90,9	87,3	92,6	97,3	90,2	92,1	91,5	91,7	93,1	94,6	91,7	B	0,86 (-0,23; 1,95)	E	0,26
Outros vínculos	86,3	83,1	88,3	93,5	91,7	92,6	95,6	92,3	92,2	95,3	94,7	91,4	B	2,30 (0,67; 3,96)	A	0,04
Policial	96,3	91,6	90,7	95,5	92,9	94,1	97,4	92,6	93,1	96,1	95,9	94,2	B	0,89 (0,23; 1,55)	A	0,05
Institucional	97,5	95,1	97,6	97,4	98,5	97,6	100	100	100	100	100	98,5	E	1,14 (0,92; 1,36)	A	0,01
Conhecido	93,8	91,6	90,7	93,9	91,4	93,2	95,6	92	92,4	94,4	95,1	93,1	B	0,73 (0,24; 1,23)	A	0,04
Irmão	93,8	90,1	90,2	93,5	92,3	93,2	96,5	92,6	92,9	95,5	95,9	96,2	E	1,26 (0,70; 1,2)	A	0,01
Desconhecido	92,5	90,1	89,8	93,9	91,7	93,2	94,7	92	92,4	94,6	95,1	92,7	B	1,05 (0,55; 1,56)	A	0,01
Filho	96,3	92,3	91,7	94,8	93,2	94,1	97,4	92,9	93,6	96,3	96,4	94,4	B	0,88 (0,31; 1,45)	A	0,03
Padrasto	93,8	91,6	90,7	94,5	92	94,1	95,9	92,3	93,1	95,5	95,5	93,5	B	0,89 (0,39; 1,40)	A	0,02
Mãe	93,8	91,6	90,7	94,5	92	93,2	95,6	92,6	92,7	94,2	95,3	93,3	B	0,70 (0,24; 1,17)	A	0,03
Pai	92,5	90,1	89,8	94,8	91,1	91,7	94,4	92,3	91,9	94,4	95,1	92,6	B	0,94 (0,43; 1,45)	A	0,01
N. de Agr. Env.	87,5	91,6	87,8	91,2	85,7	90,8	92,6	90,3	91,2	91,4	91,7	90,2	B	0,72 (0,16; 1,29)	A	0,06
Sexo do agressor	96,3	93	90,7	92,9	90,5	92,9	93,5	92,6	90,7	92,2	91,9	92,5	B	- 0,06 (-0,58; 0,47)	E	0,86
Autor Alcoolizado	66,3	69,7	67,8	68,9	59,5	67,9	68,7	73,5	70,6	73,7	63	68,1	r	0,82 (-1,70; 3,40)	E	0,6

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: E: excelente; B: bom; R: regular; r: ruim T: tendência; NA: não se aplica; A: aumento; E: estabilidade;

*p: valor de p pela regressão de Prais-Winsten; N. de Agr. Env.: Número de Agressores Envolvidos.

DISCUSSÃO

O presente estudo aponta um aumento de 662,5% no número de notificações de violência sexual contra crianças, em Santa Catarina (SC), no período de 2009 a 2019, que pode relacionar-se em 46,7% das vezes, ao aumento do número de centros de referência ao atendimento das pessoas em situação de violência sexual em SC, com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), iniciado em 2013. Pode-se ainda aventar a hipótese deste aumento do número de notificações ser decorrente do aumento real do número de ocorrências e, à maior sensibilização dos profissionais para a importância da notificação, decorrente do fortalecimento da vigilância da violência sexual no estado pelos serviços de saúde.⁽¹³⁾

Esse efeito pode ser resultante de ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com Ministério da Saúde e municípios, a partir da descentralização do SINAN, bem como as capacitações realizadas pelo estado nesse período, destinadas a sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para a notificação de violências,¹³ percebidas como necessárias e positivas em outros estudos do Brasil.²⁵⁻²⁸

Em Pernambuco, entre 2009 e 2012, houve aumento de 212,0% das notificações de violência contra crianças,¹⁸ e de 283,8% das notificações de violências em todas as faixas etárias.¹⁹ Com dados do SINAN, Veloso *et al.* (2013), referem um aumento de 240,0% do número das notificações de violência em Belém entre os anos de 2009 e 2011, fato justificado pelos autores como decorrente da criação de novos centros notificadores naquela cidade.⁶ Justificativa semelhante foi suscitada por Delziovo *et al.* (2018), quando avaliou as notificações de violência sexual contra a mulher também em SC.¹³

Pela primeira vez, fez-se uma avaliação pormenorizada da qualidade os dados de violência sexual contra crianças em 3 dimensões, do estado de SC. De acordo com Lima *et al.* (2009), o interesse por estudos de avaliação da qualidade de sistemas de informação aumentou nas duas últimas décadas, com incremento de 67% no percentual de publicações a partir do ano 2000,¹⁷ porém nessa temática específica, violência sexual contra crianças não foram encontradas publicações, na revisão realizada pela autora.

A análise de **não duplicidade** foi aceitável, uma vez que o banco não apresentou notificações duplicadas (duplicidade de até 5%), em conformidade com estudos nacionais sobre notificações de violências^{13,19} depreendendo que a rotina de identificação das duplicidades das notificações de violência sexual contra crianças, pelos serviços de vigilância do estado, está adequada.

Em relação à **consistência**, os achados no estudo de majoritariamente ser excelente, estão

em consonância com resultados encontrados por Delziovo *et al.* (2018), quando avaliaram a qualidade dos dados das notificações de violência sexual contra mulheres, também no estado de SC,¹³ e com Abath *et al.* (2014), que analisaram as notificações de violência autoprovocada ou interpessoal em Recife (PE).¹⁹

A única variável que apresentou parâmetro regular da consistência, foi a relacionada ao cruzamento da informação das categorias “idade inferior a 10 anos” com “escolaridade de 5 ou mais anos”. Novamente chama a atenção para a importância de capacitação sobre o preenchimento da ficha de notificação e de tornar o instrutivo de preenchimento da mesma mais acessível,²⁷ de fácil consulta e talvez mais atualizado, tendo em vista que a última versão do mesmo é de 2016¹⁵ e que, na atualidade as crianças iniciam sua vida escolar mais precocemente.

No momento de preenchimento da ficha do SINAN na violência sexual contra crianças, no setor saúde, este ocorre geralmente no serviço de emergência hospitalar, local habitualmente superlotado, com demandas distintas e complexas. Há tanto o estresse emocional para o profissional que está atendendo a criança, quanto para a família que está fragilizada com a revelação e com o cumprimento dos protocolos dos distintos setores de atendimento à violência sexual. Isso tudo dificulta o preenchimento adequado da ficha de notificação²⁷ e a pesquisa no “Quadro de Equivalências entre Nomenclaturas de Ensino”, em relação ao campo escolaridade, orientada no instrutivo, quando de dúvidas pelo profissional, fica inviável/descabida naquele momento.

A dimensão da **completitude** foi classificada em 92,3% como boa à excelente, melhor do que a encontrada em Recife, quando avaliada a violência interpessoal ou autoprovocada, (em todas as faixas etárias),¹⁸⁻¹⁹ e da violência contra a mulher, em SC, onde a classificação foi boa.¹³

Ao longo dos 11 anos estudados, 14 das 23 variáveis analisadas na completitude, tiveram tendência ao aumento do preenchimento, sendo bastante positivo e podendo ser reflexo da criação de mais centros de referência às pessoas em situação de violência sexual.

Observou-se que os campos referentes aos dados do autor da agressão (sexo, uso de álcool), ao local da ocorrência, à tipificação da violência sexual, ser ou não assédio ou exploração sexual; à escolaridade e à presença de deficiência ou transtorno, mostraram estabilidade no preenchimento. Essa tendência à estabilidade de algumas dessas variáveis analisadas talvez possa ser justificada pelos vieses de informação (associado à idade da vítima e de sua capacidade de fornecer informações precisas) e de memória da vítima (tendo em vista que na maioria dos casos de violência sexual contra crianças, a revelação se dá bastante tempo após a ocorrência da violência, dificultando o fornecimento de informações precisas),²⁹ ou

ainda, decorrente da ausência de discernimento suficiente sobre o ocorrido, comprometendo a fidedignidade das informações.

Rates *et al.*, (2015) aventaram a hipótese de viés de informação no quesito completude, quando da coleta de dados junto aos pais ou responsáveis, pois as informações são autodeclaradas, mesmo com a participação ativa dos profissionais na identificação e notificação da violência.³⁰ Ressalta-se ainda que nos casos da violência sexual contra crianças, a maioria dos agressores é do convívio das crianças,³¹ por vezes o provedor da família, podendo existir omissões em relação aos dados da autoria da agressão quando do preenchimento da ficha de notificação.

No tocante à estabilidade sobre a tipificação da violência sexual, como “assédio e / ou exploração sexual”, o não preenchimento pode estar relacionado ao desconhecimento de definições, do desinteresse do profissional de saúde em registrar corretamente os eventos,¹⁷ ou por considerarem o preenchimento das fichas de notificação como uma questão meramente burocrática, não considerando a geração de dados e informações, como ações imprescindíveis ao controle das práticas e serviços,^{27,32-33} e, como no caso da violência sexual, como um meio de proteção da criança.

Há que se pensar também que as definições do campo jurídico, da ficha do SINAN, serem usadas em uma ferramenta da saúde, sendo o mais apropriado, inclusive para poder fazer inferência externa, a utilização do grau de invasividade da violência sexual, como por exemplo, violência com ou sem contato. Nos casos de contato, especificar se houve ou não penetração (oral, anal ou vaginal).^{13,27}

Observa-se também ser importante a padronização e divulgação das definições conceituais dos termos utilizados no processo de avaliação para que a comparação dos resultados dos estudos seja mais fidedigna.¹⁷

É fundamental ter em mente que uma informação de qualidade ruim, prejudica o adequado conhecimento do perfil epidemiológico do agravo, dificultando a análise das intervenções de vigilância, pois torna imprecisa a diferenciação se o não preenchimento foi devido a ações de vigilância insatisfatórias, ou a seu registro.³³

A que se levar em conta a temática estudada, que pode não ser identificada como uma questão de importância para a Saúde Pública, devido a desinformação dos profissionais, ou de pouca iniciativa dos serviços para falar do assunto.¹³

Em um país onde existem tantas desigualdades, dentre elas também a de recursos tecnológicos, de formação de profissionais de saúde e de capacidade dos gestores em analisar as informações, mais estudos, com análises sistematizadas e adequadas às peculiaridades de

cada estado são fundamentais para refletir a situação real do sistema de informação.³⁴

Como ressaltam Delziovo *et al.* (2018), no aprimoramento no preenchimento da ficha de notificação de violências no SINAN, é imprescindível sensibilizar e instrumentalizar o profissional de saúde na geração de informações de qualidade, por meio do desenvolvimento de processos de educação permanente,¹³ bem como é necessário a devolutiva, aos profissionais, das informações construídas a partir dos dados por eles notificados.^{13,19}

Considera-se como limitação deste estudo a também observada por Canto & Nedel (2020): a ausência de preenchimento de todos os campos da ficha utilizada no presente estudo, o que resulta em totais diferentes em cada variável (brancos, *missings* e ignorados).³³ Outra limitação é a não análise diferenciada por município/macrorregião de saúde de SC, a qual auxiliaria a detectar dificuldades pontuais no preenchimento da ficha de notificação e poderia direcionar a ações/capacitações específicas em cada território.

Levando em conta as dimensões analisadas, as notificações de violência sexual no período estudado tiveram percentuais de não duplicidade adequados, de completitude de bom para excelente (92,3%) e de consistência excelentes em 90% dos quesitos avaliados, tornando o banco confiável para inferências futuras.

Almeja-se que este estudo colabore no sentido de corroborar o potencial do SINAN como ferramenta de vigilância para a violência sexual contra crianças, contribuindo com o planejamento e a avaliação das políticas públicas e também sensibilizando gestores, profissionais, acadêmicos e docentes da área da Saúde para a importância da adequada notificação, visando a ampliação da visibilidade e do enfrentamento da violência sexual contra as crianças.

Referências

1. Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma Violence Abuse* [online]. 2019 [Citado 2020 Abr 12];20(2):131-48. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1524838017738726>. Doi: <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
2. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (AAPCCAH). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* [online]. 2005 [Citado 2020 Abr 12];116(2):506-12. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16061610>. Acesso em: 15 jan. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1336>.
3. World Health Organization (WHO). Violence and Injury Prevention. Prevention of child maltreatment: WHO scales up child maltreatment prevention activities [online]. Geneve: WHO; 2013 [Citado 2020 Jun 24]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/.

4. Universo Online. Ministério da Saúde registra recorde de abusos sexuais infantis no Brasil [online]. Mar. 2020; [Citado 2020 Maio 28]. Disponível em: https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/03/02/ministerio-da-saude-registra-recorde-de-abusos-sexuais-infantis-no-brasil.htm?utm_source=twitter&utm_medium=social-media&utm_content=geral&utm_campaign=noticias.
5. Deslandes SF, Mendes CHF, Luz ES. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2014 [Citado 2020 Maio 28];19(3):865-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00865.pdf>. Doi: 10.1590/1413-81232014193.06012013.
6. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2013 [Citado 2020 Maio 28];18(5):1263-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>
7. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011 [Citado 2020 Maio 28];15(38):819-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop4111.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000040>.
8. Brasil. 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 [online]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [Citado 2020 Maio 28]; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Boletim Epidemiológico* [online]. 2018 [Citado 2020 Maio 28];49(27):1-17. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>.
10. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2010 [Citado 2020 Maio 28];15(2):481-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a25.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025>.
11. Oliveira G, Pinheiro RS, Coeli CM, Codenotti S, Barreira D. Linkage entre SIM e SINAN para a melhoria da qualidade dos dados do sistema de informação da tuberculose: a experiência nacional. *Cad Saúde Colet* [online]. 2010 [Citado 2020 Maio 28];18(1):107-11. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%2010-a.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: volume único [recurso eletrônico]. 7th ed. Brasília, DF: Ministério da

- Saúde; 2009 [Citado 2020 Jun 11]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf.
13. Delzियो CR, Bolsoni CC, Lindner SR, Coelho EBS. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol Serv Saúde* [online]. 2018 [Citado 2020 Ago 12];27(1):e20171493. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e20171493.pdf>. Doi: 10.5123/S1679-49742018000100003.
 14. World Health Organization (WHO). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneve: WHO; 2017 [Citado 2020 Ago 12]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1>.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2th ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [Citado 2020 Ago 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autopr_ovocada_2ed.pdf.
 16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Roteiro para uso do Sinan Net: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: violência doméstica, sexual e/ou outras violências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019 [Citado 2020 Ago 12]. Disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf.
 17. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública* [online]. 2009 [Citado 2020 Ago 12];25(10):2095-109. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/02.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>.
 18. Silva LMP, Santos TMB, Santiago SRV, Melo TQ, Cardoso MD. Análise da completude das notificações de violência perpetradas contra crianças. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018 [Citado 2020 Ago 12];12(1):91-100. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23306/25900>. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23306p91-101-2018>.
 19. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Ser Saúde* [Online]. 2014 [Citado 2020 Ago 12];23(1):131-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00131.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>.
 20. Souza VMM, Brant JL, Arsky MdLS, Araújo WN. Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da Leptospirose-Brasil, 2007. *Cad Saúde Colet* [online]. 2010 [Citado 2020 Ago 12];18(1):95-105. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%

20UFRJ%209-a.pdf.

21. Reis Girianelli V, Pacheco Ferreira A, Besserman Vianna M, Teles N, Carvalho Erthal RM, Barros de Oliveira MH. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cad Saúde Coletiva* [online]. 2018 [Citado 2020 Ago 12];26(3):318-326. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201800030075.pdf>. Doi: 10.1590/1414-462X201800030075.
22. Prais SJ, Winsten CB. Trend estimators and serial correlation. Cowles Commission discussion paper: statistics n. 383 [online]. Chicago; 1954 [Citado 2020 Ago 12]. Disponível em: <https://cowles.yale.edu/sites/default/files/files/pub/cdp/s-0383.pdf>.
23. Antunes JLF, Waldman EA. Trends and spatial distribution of deaths of children aged 12-60 months in São Paulo, Brazil, 1980-98. *Bull World Health Organ* [online]. 2002 [Citado 2020 Ago 12];80(5):391-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/bwho/2002.v80n5/391-398/>.
24. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, et al (eds). SEER cancer statistics review, 1975-2002 [online]. National Cancer Institute. Bethesda, MD; 2002 [Citado 2020 Ago 12]. Disponível em: https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2002.
25. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IdS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2014 [Citado 2020 Ago 12];19(10):4267-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4267.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.17052013>.
26. Lima MCCA, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev Baiana Saúde Pública* [online]. 2011 [Citado 2020 Ago 12];35(Supl 1):118-137. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2303.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a151>.
27. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Sexual violence against children: authors, victims and consequences. *Cien Saude Colet* [online]. 2018 [Citado 2020 Ago 12];23(4):1019-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1019.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>.
28. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJÍ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2015 [Citado 2020 Ago 12];20(6):1879-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.
29. Lalor K, McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma Violence Abuse* [online]. 2010 [Citado 2020 Ago 12];11(4):159-77. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524838010378299?journalCode=tvaa>.

Doi: 10.1177/1524838010378299.

30. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2015 [Citado 2020 Ago 12];20(3):655-65. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00655.pdf. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014>.
31. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Neste Dia Laranja, OPAS/OMS aborda violência sexual e suas consequências para as vítimas [Internet]. Brasília, DF: OPAS/OMS; Jul 2018 [Citado 2020 Ago 12]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5720:neste-dia-laranja-opas-oms-aborda-violencia-sexual-e-suas-consequencias-para-as-vitimas&Itemid=820.
32. Lírio M, Santos NP, Passos LAR, Kritski A, Galvão-Castro B, Grassi MFR. Completude das fichas de notificação de Tuberculose nos municípios prioritários da Bahia para controle da doença em indivíduos com HIV/AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2015 [Citado 2020 Ago 12];20:1143-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01143.pdf. Doi: 10.1590/1413-81232015204.00672014.
33. Canto VB, Nedel FB. Completude dos registros de tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, Brasil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saúde* [online]. 2020 [Citado 2020 Ago 12];29(3):e2019606. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n3/e2019606/pt>. Doi: 10.5123/S1679-49742020000300020.
34. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Violência contra crianças e adolescentes: análise de cenários e propostas de políticas públicas. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos; 2018 [Citado 2020 Ago 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf>.

5.2 ARTIGO 2: VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS EM SANTA CATARINA: CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DE REPETIÇÃO

Violência sexual contra crianças em Santa Catarina: características e fatores associados à violência de repetição

Sexual violence against children in Santa Catarina: characteristics and factors associated with repetitive violence

Violencia sexual contra los niños en Santa Catarina: características y factores asociados a la violencia repetitiva

Resumo:

Objetivo: Caracterizar a violência sexual contra crianças, notificada no estado de Santa Catarina, no SINAN, e os fatores associados a sua repetição.

Métodos: Estudo descritivo e analítico, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de 2009 a 2019. Sexo, raça, faixa etária da vítima e sexo, ciclo de vida do autor da agressão, uso de álcool pelo mesmo, bem como número de envolvidos, grau de relacionamento entre vítima e agressor e tipologia da violência foram as variáveis avaliadas. Para verificar os fatores associados com a violência de repetição, foi realizada análise de regressão logística multivariada e obtida a razão de chance (RC) e seus respectivos IC95%. Foi considerado significativo aquelas com valor $p < 0.05$.

Resultados: Foram notificados 3489 casos de violência sexual - (73,3%) do sexo feminino e a idade de 6 a 10 anos (a mais prevalente), (51%) dessas de violência de repetição. A maioria das agressões teve envolvimento de somente um autor (85,6%) e quando a violência teve dois ou mais envolvidos na autoria, a proporção de ocorrência foi mais elevada para os meninos (17,0% para os meninos e 13,1% para meninas). Foram listados os seguintes fatores de risco para a violência sexual de repetição: local da ocorrência ser a residência, com risco de 1,8 vezes maior do que quando a violência ocorre em qualquer outro lugar, o autor da violência estar alcoolizado (risco 1,7 vezes maior do que quando não alcoolizado), ser o padrasto (risco 3,3 vezes maior), o irmão (risco 2 vezes maior) e o pai (risco 1,7 vezes maior), e a criança ter idade entre 6 e 10 anos, quando comparadas às outras idades, independente do sexo.

Conclusão: Observa-se que os autores da violência sexual contra crianças são os de convívio doméstico, e quando essa é de repetição, os padrastos, pais, irmãos, são mais frequentemente relacionados à autoria da violência. Quando essa informação está associada ao local de ocorrência ser a residência, a vítima ter entre 6 e 10 anos e o autor da agressão estar alcoolizado, o profissional que está realizando o atendimento dessa criança, deve suspeitar da violência de repetição, e investigá-la, pois tem uma possibilidade de acerto de praticamente 60,0% de que a violência sofrida é de repetição. Nossos resultados apresentam um perfil e fatores que auxiliam a identificação da violência sexual por repetição em crianças.

Palavras-chave: Violência sexual; Criança, Recorrente; Epidemiologia; Notificação.

Abstract:

Objective: To characterize sexual violence against children, reported in the state of Santa Catarina, at SINAN, and the factors associated with its repetition.

Methods: Descriptive and analytical study, using data from the Notifiable Diseases Information System in the period from 2009 to 2019. Gender, race, age group of the victim and sex, life cycle of the perpetrator of the aggression, use of alcohol by him, as well as number of people involved, degree of relationship between victim and perpetrator and typology of violence were the variables evaluated. To verify the factors associated with repetitive violence, multivariate logistic regression analysis was performed and the odds ratio (OR) and its respective 95% CI were obtained. Those with a p-value <0.05 were considered significant.

Results: 3489 cases of sexual violence were reported - (73.3%) females and the age of 6 to 10 years (the most prevalent), (51%) of those of repetitive violence. The majority of aggressions involved only one author (85.6%) and when violence involved two or more authors, the proportion of occurrence was higher for boys (17.0% for boys and 13.1 % for girls). The following risk factors for recurrent sexual violence were listed: place of occurrence being the residence, with a risk of 1.8 times greater than when the violence occurs elsewhere, the perpetrator of the violence is drunk (risk 1, 7 times greater than when not drunk), being the stepfather (3.3 times greater risk), the brother (2 times greater risk) and the father (1.7 times greater risk), and the child being aged between 6 and 10 years, when compared to other ages, regardless of gender.

Conclusion: It is observed that the perpetrators of sexual violence against children are those of domestic coexistence, and when this is repeated, stepfathers, parents, siblings, are more often related to the authorship of the violence. When this information is associated with the place of occurrence being the residence, the victim is between 6 and 10 years old and the perpetrator of the aggression is drunk, the professional who is providing care for this child, should suspect repeated violence, and investigate it, as it has a 60% chance of success that the violence suffered is repetitive. Our results present a profile and factors that help the identification of recurrence of sexual violence in children.

Key words: Sex Offenses; Child; Recurrence; Epidemiology; Notification.

Resumen:

Objetivo: Caracterizar la violencia sexual contra la niñez, denunciada en el estado de Santa Catarina, en el SINAN, y los factores asociados a su repetición.

Métodos: Estudio descriptivo y analítico, utilizando datos del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación en el período de 2009 a 2019. Género, raza, grupo de edad de la víctima y sexo, ciclo de vida del autor de la agresión, consumo de alcohol por el mismo, así como número de personas involucradas, grado de relación entre víctima y agresor y tipología de violencia fueron las variables evaluado. Para verificar los factores asociados a la violencia repetitiva, se realizó un análisis de regresión logística multivariante y se obtuvo el odds ratio (OR) y su respectivo IC del 95%. Aquellos con un valor de p <0,05 se consideraron significativos.

Resultados: Se reportaron 3489 casos de violencia sexual - (73,3%) niñas y la edad de 6 a 10 años (la más prevalente), (51%) de los de violencia repetitiva. La mayoría de las agresiones involucraron a un solo autor (85,6%) y cuando la violencia involucró a dos o más autores, la proporción de ocurrencia fue mayor para los niños (17,0% para los niños y 13,1% para las niñas). Se enumeraron los siguientes factores de riesgo de violencia sexual recurrente: el lugar de ocurrencia es la residencia, con un riesgo 1.8 veces mayor que cuando la violencia ocurre en otro lugar, el autor de la violencia está ebrio (riesgo 1, 7 veces mayor que cuando no está ebrio), siendo el padrastro (3,3 veces mayor riesgo), el hermano (2 veces mayor riesgo) y el padre (1,7

veces mayor riesgo), y el niño entre 6 y 10 años, en comparación con otras edades, independientemente del sexo .

Conclusión: Se observa que los perpetradores de la violencia sexual contra los niños son los de la convivencia doméstica, y cuando esta se repite, los padrastros, padres, hermanos, son más frecuentemente relacionados con la autoría de la violencia. Cuando esta información se asocia a que el lugar del hecho es la residencia, la víctima tiene entre 6 y 10 años y el autor de la agresión está ebrio, el profesional que atiende a este niño debe sospechar violencia reiterada e investigarla, ya que existe una posibilidad de un acierto de casi el 60.0%, de los cuales la violencia sufrida es repetitiva. Nuestros resultados presentan un perfil y factores que ayudan a identificar la violencia sexual por repetición en niños.

Palabras clave: Delitos Sexuales; Niño; Recurrencia; Epidemiología; Notificación.

Introdução

A violência sexual é identificada como uma violação dos direitos humanos e sexuais, pois impossibilita que crianças e adolescentes possam usufruir de uma sexualidade compatível com seu estágio de desenvolvimento, livre de discriminação ou coerção¹.

Identifica-se uma dinâmica específica nesse fenômeno doentio da violência sexual, sendo insidioso no início e tornando-se mais intrusivo à medida que o autor da agressão ganha a confiança de suas vítimas. Diversos autores evidenciam a triste realidade de a violência sexual contra crianças ser perpetrada mais frequentemente por familiares, inclusive descrevendo uma ordem decrescente de incidência: pais, irmãos, mães e outros cuidadores² ou em uma ordem semelhante, de pai, padrasto e outros parentes próximos, como irmão/tio/primo e mãe/madrasta³⁻⁷.

No Brasil, 58.030 crianças foram vítimas de violência sexual no período de 2011 a 2017, com predominância de vítimas do sexo feminino (74,2%), segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS-BR)⁸. Em 2018, foram registrados 32 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo o maior número desde 2011, apontando que são registrados mais de três casos por hora. Desde 2011, os números somam 177,3 mil notificações. Dentre esses casos, registrados pelo Ministério da Saúde, dois terços ocorreram dentro de casa. A cada 4 casos, em 1 deles os abusadores faziam parte do círculo de amigos ou conhecidos da vítima, sendo que, em 23% desses, o pai ou o padrasto foi o autor da agressão⁹.

A violência sexual contra crianças acarreta a elas uma série de sequelas, e que são piores se essa violência for de repetição¹⁰⁻¹¹. Porém sua real prevalência não é conhecida, com taxas, em levantamentos distintos, em torno de 35% em dois estudos internacionais¹¹⁻¹².

Trabalhos publicados sobre o tema ressaltam que a violência sexual de repetição, seja a

mais frequente¹³, repercutindo de forma impactante e negativa na vida das vítimas, podendo ocasionar desde transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) até tentativa de suicídio^{11, 13-19}.

Em revisão de 10 anos de atendimento em um centro pediátrico, Mei-Hu *et al.*, (2018) encontraram maior risco (razão de chance (RC) de 4,46) de comorbidades nas crianças vítimas de violência de repetição, em relação àquelas que sofreram violência sexual somente uma vez. O risco de desordens psiquiátricas, tentativa de suicídio, necessidade de tratamento com drogas antipsicóticas e decréscimo do rendimento escolar foi de 3,18; 4,23; 5,57 e 4,81 respectivamente, no primeiro grupo em relação ao segundo¹¹.

A condição de dependência de menores, em relação aos seus familiares, sobretudo aos genitores e residentes no mesmo domicílio deve, possivelmente, contribuir para a maior ocorrência desse tipo de violência e sua subnotificação²⁰.

São apontados como mediadores do impacto dessa violência para o desenvolvimento psicoemocional das crianças fatores como: duração, frequência, condições nas quais a violência sexual ocorre (com ou sem a presença de ameaças e/ou violência), idade da criança, relacionamento com os autores, reação dos cuidadores diante da revelação e ausência de figuras parentais protetoras²¹. São sinais de pior prognóstico as formas mais intrusivas de violência, estupros mais violentos, longos períodos de violência sexual e relação íntima entre o perpetrador e a vítima²².

Entretanto, nem sempre a relação da violência sexual de repetição e o grau de ligação da vítima com o autor da violência podem ser mensurados. Uma das razões pode dever-se à dificuldade em documentar e notificar a violência sexual intrafamiliar, visto haver o pressuposto social de que a criança deve ser protegida pela família. Há ainda a possibilidade de as vítimas serem obrigadas a desmentir as acusações de violência impetrada por parentes, por medo ou receio de perder o contato com esse “ente querido” ou temor do que venha a acontecer com ele²³ ou, ainda, devido à privação do suporte financeiro, caso seja o agressor seja o provedor da família.

Conhecer as características e fatores de risco relacionados à violência sexual de repetição contra crianças é importante, auxiliando tanto os profissionais que atendem essas crianças e nas medidas que podem ser tomadas nos sistemas de proteção e justiça para prevenir a recorrência. Principalmente porque as vítimas de violência sexual têm risco de sequelas físicas e/ou psicológicas mais severas, então, a identificação e atendimento precoces de um caso, podem melhorar a capacidade de avaliar o risco de violência sexual futuro, entre as crianças identificadas. Diante do exposto, este estudo objetivou caracterizar a violência sexual contra crianças e os fatores associados à “violência sexual de repetição”, notificados no estado de Santa Catarina.

Método

Foi realizado um estudo transversal que avaliou todos os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual contra crianças, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2019, notificados no estado de Santa Catarina/Brasil, no SINAN. Esse estado é o 20º maior do Brasil, com população estimada, em 2019, de 7.164.788 habitantes, sendo de 842.530 a população de crianças (menores de 10 anos)²⁴.

As variáveis de exposição, relacionadas ao perfil da vítima foram a idade, o sexo, a raça (ou cor) e a presença ou não de deficiências ou transtornos físicos e/ou mentais. A idade foi registrada em anos completos, calculada pela data de nascimento e categorizada, nas seguintes faixas etárias: 0 a 2 anos (exclusive), 2 a 6 anos (exclusive), 6 a 10 anos (exclusive), conforme Marcondes.²⁵ Para análise de regressão logística, a idade foi dicotomizada em menores de 6 anos e 6 a 10 anos (exclusive). O sexo em feminino ou masculino. A raça (ou cor) registrada foi categorizada em branca, preta, amarela, parda ou indígena²⁴. As deficiências ou transtornos físicos e/ou mentais foram classificados em visual, auditivo, mental, físico e de comportamento. Eles foram agrupados, gerando a variável “deficiência”, que também foi dicotomizada em presença ou ausência. O local da ocorrência da violência sexual foi categorizado em residência (residência e habitação coletiva) e demais locais.

Categorizou-se o provável autor da violência sexual quanto ao sexo (se masculino, feminino ou múltiplos autores e de ambos os sexos), ao número de envolvidos (um envolvido ou mais de um), à suspeita do uso de álcool (se sim ou não), ao ciclo de vida (se criança, idade de 0 a 9 anos; adolescente, idade de 10 a 19 anos; se jovem, idade de 20 a 24 anos; se pessoa adulta, idade de 25 a 59 anos; se pessoa idosa, 60 anos ou mais). Para posterior análise de regressão logística, devido a idade “25 - 59 anos” ser de risco, todas as demais idades foram agrupadas, gerando a categoria “todas as outras idades”. Foi categorizado também em relação ao vínculo ou grau de parentesco com a vítima (se pai, mãe, padrasto, madrasta, namorado, ex-namorado, irmão, amigo, cuidador, desconhecido, pessoa em relação institucional ou outros). Os outros (tio, primo, avôdrasto, ou seja, novo companheiro da avó; avô, avó, enteado do pai/mãe), listados na ficha, foram categorizados e também analisados. As variáveis que apresentaram frequência $n > 50$ foram analisados em separado, os com $n < 50$, agrupados. Para fins de análise foi gerada a categoria “conhecido”. Este grupo, “ser conhecido da vítima”, foi composto pelos seguintes “autores”: pai, mãe, padrasto, madrasta, namorado, ex-namorado, irmão, amigos, cuidador, amigo, pessoa em relação institucional e outros (tio, primo, avôdrasto, avô, avó, enteado do pai/mãe).

A violência sexual foi tipificada em termos da presença ou ausência de assédio sexual, exploração sexual, pornografia, atentado violento ao pudor e estupro. Ressalta-se que mesmo com a Lei Federal Brasileira n. 12.015, de 2009²⁶, que fundiu em um único artigo os crimes de estupro e atentado violento ao pudor, optou-se, neste estudo, por analisar os dois conceitos separados e conjuntamente, pois a ficha de notificação se manteve inalterada até o ano de 2015. Assim, foi gerada uma nova variável (“estupro novo”) que contemplou a junção dos casos de estupro e atentado violento ao pudor notificados até 2015 e os de estupro, notificados após esta data. Também foi averiguada a ocorrência ou não de penetração, e, em caso positivo, listada.

A variável desfecho, “violência sexual de repetição” foi determinada pela ocorrência de mais de um episódio de violência sexual (“duas ou mais vezes”) e foi categorizada em “uma vez”, traduzindo um caso isolado e “duas ou mais vezes”, os casos em que houve repetição da violência sexual. Ela foi determinada pela ocorrência de mais de um episódio de violência sexual. Para o presente estudo, optou-se por utilizar as definições repetição e recorrência como sinônimos.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva em frequências relativas e absolutas e intervalos de confiança (IC) de 95%. Adicionalmente, a comparação da caracterização das vítimas e autores e suas especificações de acordo com o sexo foi realizada pelo teste de qui quadrado e teste de Fisher. À análise bivariada, a associação entre as variáveis independentes e “violência sexual de repetição” foi determinada pelo teste de qui quadrado, teste exato de Fisher e regressão logística.

Primeiramente foi realizada regressão logística multivariada, com entrada de variáveis pelo procedimento *backward*, realizada para identificar a associação do perfil da vítima e perfil do autor com “violência sexual de repetição”, considerando a variável de relação ao vínculo ou grau de parentesco com a vítima (conhecido ou desconhecido), não sua especificação. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise ajustadas e aquelas que apresentaram multicolinearidade foram excluídas do modelo. As análises foram ajustadas por: estupro novo e deficiência (Ajuste 1) e estupro novo, deficiência, sexo e raça (Ajuste 2). Os resultados foram expressos em razão de chance (RC) e os respectivos IC 95%. A qualidade de ajuste do modelo foi testada pelo índice de qualidade de *Hosmer and Lemeshow* para a robustez do modelo.

Posteriormente foi investigada a relação especificada da criança com o autor da violência sexual (ou seja, pai, avô, tio, padrasto, entre outros) por meio de regressão logística multivariada, com entrada de variáveis pelo procedimento *backward*. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise ajustadas e aquelas que

apresentaram multicolinearidade foram excluídas do modelo. As análises foram ajustadas por: número de envolvidos e deficiência (Ajuste 1) e número de envolvidos, deficiência, sexo e raça (Ajuste 2). Os resultados foram expressos em razão de chance (RC) e os respectivos IC 95%. A qualidade de ajuste do modelo foi testada pelo índice de qualidade de *Hosmer and Lemeshow* para a robustez do modelo.

Os dados obtidos foram extraídos das planilhas eletrônicas do SINAN no formato Microsoft Excel[®], avaliados por dois observadores. As análises estatísticas foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS); versão 23.0 (SPSS Inc., 2015, Chicago, EUA). Para todas as análises, o valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem das pesquisadoras (CEPSH – UFSC), sob Parecer Consubstanciado n. 3.615.628, de 10/10/2019 (CAAE: 18203919.8.0000.0121). As pesquisadoras seguiram as diretrizes éticas de pesquisa que envolvem os seres humanos (466/2012 do CNS), mantendo o sigilo e a confidencialidade das informações identificáveis.

Resultados

Nos anos de 2009 a 2019 foram notificados 3489 casos de violência sexual - contra crianças de até 10 anos, no SINAN. O banco de dados utilizado foi previamente avaliado pela autora (dados no momento não publicados) e não possuía duplicidades, sendo a consistência dos dados adequada e a completude das informações, de boa à excelente.

Em relação às características das crianças abusadas, majoritariamente eram do sexo feminino (73,3%), brancas (83,4%), não possuíam deficiência (96,9%) e sofreram violência na residência (77,8%). Das notificações com registro do número de vezes ($n=2620$), em 51% dos casos, a violência sexual foi de repetição. A idade ($p < 0,008$) e a presença de deficiência ($p < 0,006$) apresentam diferença significativa de acordo com o sexo da vítima ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Na tipificação da violência, observou-se que o estupro (contemplando a definição atual, que abrange desde atentado violento ao pudor à conjunção carnal), foi quase três vezes mais frequente no sexo feminino, comparado ao masculino, porém quando a violência sexual foi mais invasiva, acompanhada de penetração (especificada em campo distinto na ficha de notificação), a maior prevalência ocorreu com o sexo masculino. O assédio sexual, a existência de penetração anal, apresentaram diferença significativa de acordo com o sexo da vítima ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das vítimas e tipologia de VSI segundo o sexo, notificadas no SINAN, SC, 2009 – 2019 (*n*= 3489).

Variáveis	Total	Feminino		Masculino		p-valor ¹
	n (%)	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
n		2557 (73,3)	–	932 (26,7)	–	
Idade†						0,008
<2 anos	317 (9,1)	253 (9,9)	8,8-11,1	64 (6,9)	5,4-8,7	
2 -- 6anos	1738 (49,8)	1280 (50,1)	48,1-52,0	458 (49,1)	45,9-52,4	
6 -- 10 anos	1434 (41,1)	1024 (40,0)	38,2-42,0	410 (44,0)	40,8-47,2	
Cor/Raça* (n=3372)						0,561 ²
Branca	2825 (83,8)	2064 (83,4)	81,8-84,8	761 (84,9)	82,4-87,1	
Parda	353 (10,4)	263 (10,6)	9,5-11,9	90 (10,0)	8,2-12,2	
Preta	146 (4,3)	111 (4,5)	3,7-5,4	35 (3,9)	2,8-5,4	
Indígena	36 (1,1)	30 (1,2)	0,8-1,7	6 (0,7)	0,3-1,5	
Amarela	12 (0,4)	8 (0,3)	0,2-0,6	4 (0,5)	0,2-1,2	
Deficiência* (n=3341)						0,006
Ausência	3219 (96,3)	2369 (96,9)	96,1-97,5	850 (94,9)	93,2-96,1	
Presença	122 (3,7)	76 (3,1)	2,5-3,9	46 (5,1)	3,9-6,8	
Número de Vezes* (n=2620)						0,950
1 vez	1287 (49,1)	936 (49,2)	46,9-51,4	351 (49,0)	45,4-52,7	
2 ou mais	1333 (50,9)	968 (50,8)	48,6-53,1	365 (51,0)	47,3-54,6	
Assédio sexual* (n=3236)						<0,001
Sim	1463 (45,2)	1117 (47,3)	45,3-49,3	346 (39,6)	36,4-42,9	
Não	1773 (54,8)	1245 (52,7)	50,7-54,7	528 (60,4)	57,1-63,6	
Pornografia* (n=3182)						0,150
Sim	125 (3,9)	84 (3,6)	2,9-4,5	41 (4,7)	3,5-6,4	
Não	3057 (96,1)	2233 (96,4)	95,5-97,0	824 (95,3)	93,6-96,5	
Exploração Sexual* (n=3224)						0,098
Sim	121 (3,8)	96 (4,1)	3,4-5,0	25 (2,8)	1,9-4,2	
Não	3103 (96,2)	2250 (95,9)	95,0-96,6	853 (97,2)	95,8-98,1	
Estupro ** (n=3212)						0,633
Sim	2459 (73,9)	1717 (73,5)	71,7-75,3	656 (74,9)	71,9-77,7	
Não	839 (26,1)	619 (26,5)	24,7-28,3	220 (25,1)	22,3-28,1	
Outras §* (n=3245)						<0,001
Sim	1578 (48,6)	1199 (49,4)	48,6-52,6	379 (43,2)	39,9-46,4	
Não	1667 (51,4)	1168 (50,7)	51,3-51,4	499 (56,8)	53,5-60,0	
Penetração* (n=928)						<0,001
Sim	526 (56,7)	303 (48,6)	44,7-52,6	223 (73,1)	67,8-77,8	
Não	402 (43,3)	320 (51,4)	47,4-55,3	82 (26,9)	22,2-32,2	
Tipo de Penetração*						
Anal (n=1031)						<0,001
Sim	305 (29,6)	75 (10,7)	8,6-12,3	230 (69,3)	64,1-74,0	
Não	736 (70,4)	624 (89,3)	86,7-91,4	102 (30,7)	26,0-35,9	
Oral (n=1013)						0,008
Sim	107 (10,6)	61 (8,8)	6,9-11,2	46 (14,3)	10,9-18,6	
Não	906 (89,4)	631 (91,2)	88,8-93,1	275 (85,7)	81,2-89,1	
Vaginal (n=682)						NA
Sim	281(24,3)	281 (41,2)	37,6-44,9	NA	-	
Não	878 (75,7)	401 (58,8)	55,1-62,2			

Fonte: Elaborado pela autora.

IC95% : intervalo de confiança de 95%; ¹ Teste qui quadrado; *Dados sem informação de todos os registros; ² Teste Exato de Fisher; †Estratificação segundo Marcondes; ‡Associação de Atentado Violento ao Pudor e Estupro; §Associação de assédio sexual, pornografia e exploração sexual; VSI: Violência sexual infanti; SC: Santa Catarina; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

A maioria (92,0%) dos autores da violência sexual contra crianças, eram homens e destes, o maior percentual (94,1%), conhecidos das vítimas. A maioria das agressões teve

envolvimento de somente um agressor (85,6%) e quando a violência teve dois ou mais envolvidos na autoria, a proporção de ocorrência foi mais elevada para os meninos (13,1% para meninas e 17,0% para os meninos), sendo essa diferença estatisticamente significativa (Tabela 2).

O uso de álcool e o ciclo de vida do autor da agressão apresentaram diferença significativa de acordo com o sexo da vítima ($p < 0,05$). Mesmo que a maioria (84,1%) dos agressores sexuais não estivessem alcoolizados quando vitimizaram sexualmente as crianças (Tabela 2).

Os principais vínculos dos autores da agressão foram pais (21,8%), padrastos (12,2%) e tios (8,6%). As vítimas do sexo feminino foram mais frequentemente abusadas do que as do sexo masculino por todos os vínculos de autoria descritos, com exceção quando este vínculo foi o cuidador, o vizinho, o primo e o irmão, que vitimizaram mais as do sexo masculino. Porém essa associação da autoria da agressão por sexo da vítima, foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando o vínculo com a vítima era pai, padrasto, primo e avó.

Tabela 2 - Caracterização dos autores de VSI, segundo o sexo das vítimas, notificados no SINAN, SC, 2009 – 2019 ($n=3215$).

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		p-valor ¹
	n (%)	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%		
n		2557 (73,3)	–	932 (26,7)	–		
Sexo*							0,408
Masculino	2956 (84,7)	2150 (92,0)	90,8-93,0	806 (91,8)	89,8-93,4		
Feminino	134 (3,8)	92 (3,9)	3,2-4,8	42 (4,8)	3,6-6,4		
Ambos	125 (3,9)	95 (4,1)	3,3-4,9	30 (3,4)	2,4-4,8		
Conhecido da vítima[†] ($n=3064$)							0,083
Sim	2880 (94,1)	2085 (93,5)	92,4-94,5	795 (95,2)	93,5-96,5		
Não	184 (5,9)	144 (6,5)	5,5-7,6	40 (4,8)	3,5-6,5		
Uso de álcool* ($n=2378$)							0,004
Não	2000 (84,1)	1412 (82,8)	80,9-84,5	588 (87,5)	84,8-89,8		
Sim	378 (15,9)	294 (17,2)	15,5-19,1	84 (12,5)	10,2-15,2		
Ciclo de vida** ($n = 1854$)							< 0,001
Outras idades	688 (37,1)	448 (32,3)	29,9-34,8	240 (51,5)	46,9-56,0		
20 – 59 anos	1166 (62,9)	940 (67,7)	65,2-70,1	226 (48,5)	44,0-53,1		
Número de envolvidos* ($n=3158$)							0,011
1	2702 (85,6)	1981 (86,5)	85,1-87,9	721 (83,0)	80,3-85,3		
2 ou mais	456 (14,4)	308 (13,5)	12,1-14,9	148 (17,0)	14,7-19,7		
Pai* ($n=3244$)							<0,001
Sim	706 (21,8)	554 (23,5)	21,8 - 25,2	152 (17,2)	14,9 - 19,9		
Não	2536 (78,2)	1807 (76,5)	74,8 - 78,2	731 (82,8)	80,1 - 85,1		
Mãe* ($n=3264$)							0,241
Sim	120 (3,7)	93 (3,9)	3,2 - 4,8	27 (3,0)	2,1 - 9,8		
Não	3144 (96,3)	2284 (96,1)	95,2 - 96,8	860 (97,0)	95,6 - 97,9		
Padrasto* ($n=3276$)							0,005
Sim	400 (12,2)	315 (13,2)	11,9 - 14,6	85 (9,6)	7,8 - 11,7		
Não	2876 (88,8)	2072 (86,8)	85,4 - 88,1	804 (90,4)	88,3 - 92,2		
Madrasta* ($n=3287$)							0,227
Sim	15 (0,5)	13 (0,5)	0,3 - 0,9	2 (0,2)	0,1 - 0,8		
Não	3272 (99,5)	2381 (99,5)	99,1 - 99,7	891 (99,8)	99,1 - 99,9		

Continua...

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		p-valor ¹
	n (%)	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%		
Irmão* (n=3272)							0,050
Sim	156 (4,8)	103 (4,3)	3,6 - 5,2	53 (6,0)	4,6 - 7,7		
Não	3116 (95,2)	2280 (95,7)	94,8 - 96,4	836 (94,0)	92,3 - 95,4		
Desconhecido* (n=3251)							0,051
Sim	210 (6,5)	165 (6,9)	6,0-8,1	45 (5,1)	3,8 - 6,7		
Não	3041 (93,5)	2201 (93,1)	91,9 - 94,0	840 (94,9)	96,2 - 93,3		
Tio* (n=3489)							0,483
Sim	300 (8,6)	225 (8,8)	7,8 - 10,0	75 (8,1)	6,5 - 10,0		
Não	3189 (91,4)	2332 (91,2)	90,0 - 92,2	857 (91,9)	90,0 - 93,5		
Primo* (n=3489)							<0,001
Sim	146 (4,2)	85 (3,3)	2,7 - 4,1	61 (6,5)	5,1 - 8,3		
Não	3343 (95,8)	2472 (96,7)	95,9 - 97,3	871 (93,5)	91,7 - 94,9		
Avó* (n=3489)							0,004
Sim	114 (3,3)	97 (3,8)	3,1 - 4,6	17 (1,8)	1,1 - 2,9		
Não	3375 (96,7)	2460 (96,2)	95,4 - 96,9	915 (98,2)	97,1 - 98,9		
Avô* (n=3489)							0,597
Sim	67 (1,9)	51 (2,0)	1,5 - 2,6	16 (1,7)	1,1 - 2,8		
Não	3422 (98,1)	2506 (98,0)	97,4 - 98,5	916 (98,3)	97,2 - 98,9		
Avodraço*§ (n=3489)							0,917
Sim	66 (1,9)	48 (1,9)	1,4 - 2,5	18 (1,9)	1,2 - 3,0		
Não	3423 (98,1)	2509 (98,1)	97,5 - 98,6	914 (98,1)	97,0 - 98,8		
Cuidador (n=3257)							0,445
Sim	112 (3,4)	78 (3,3)	2,6 - 4,1	34 (3,8)	2,8 - 5,3		
Não	3145 (96,6)	2293 (96,7)	95,9 - 97,4	852 (96,2)	94,7 - 97,2		
Relação Inst.* (n=3282)							0,197
Sim	30 (0,9)	25 (1,0)	0,7-1,5	5 (0,6)	0,2-1,3		
Não	3282(99,1)	2368 (99,0)	98,5-99,3	884 (99,4)	98,7-99,8		
Vizinho* (n=3489)							0,279
Sim	41 (1,2%)	27 (1,1)	0,7 - 1,5	14 (1,5)	0,9 - 2,5		
Não	3448 (98,8)	2530 (98,9)	98,5- 99,3	918 (98,5)	97,5 - 99,1		

Fonte: Elaborado pela autora.

IC95% = intervalo de confiança de 95%; ¹ Teste qui quadrado; *Dados sem informação de todos os registros; † junção das categorias pai, mãe, padrasto, madrastra, namorado, ex-namorado, irmão, amigos, cuidador, amigo, pessoa em relação institucional e outros (tio, primo, avodraço, avô, avó, enteado do pai/mãe); ‡ junção das faixas etárias: idade de 0 a 24 anos e de 60 anos ou mais; § companheiro da avó; || Relação Inst.: relação institucional VSI: Violência sexual infantil; SC: Santa Catarina SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

A violência sexual de repetição, foi verificada em 1333 casos, representando 75,1% do total de notificações. Sobre o local da ocorrência da violência sexual contra crianças, 92,4% notificaram o local. Em 77,8% o local foi na residência, do autor ou da vítima.

No entanto, ao analisar a especificação da notificação sobre do autor da violência sexual, na análise multivariada, após ajuste para número de envolvidos, deficiência, sexo e raça (Tabela 3), a violência sexual de repetição tem 3,3 vezes maior chance de ocorrer quando a autoria está vinculada ao padrasto, 2 vezes mais quando ao irmão e 1,7 vezes, quando este era o pai. Enquanto a chance diminui em 0,3 vezes se o autor da violência for um desconhecido. Nesta análise, o local da violência ser a residência, a vítima ter idade entre 6 e 10 e o uso de álcool pelo autor da agressão, também se associaram à violência de repetição, com riscos de 1,4; 2 e 1,7 vezes, respectivamente.

Quando o modelo foi ajustado por número de envolvidos (um ou mais de um) e presença ou não de deficiência pela vítima (Ajuste 1), o teste de *Hosmer & Lemeshow*, que mede a acurácia do modelo, foi de 0,96, explicando 58,3% dos dados positivos, ou seja, quando as variáveis descritas no modelo estiverem presentes, pode-se afirmar com 58,3% de certeza de que a violência sexual seja de repetição. No ajuste 2, quando além das duas variáveis descritas acima, o modelo foi ajustado também por sexo (masculino e feminino) e raça (branco, preta, amarela, parda e indígena), essa estimativa foi de 58,0% (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre perfil da vítima e autor com a violência sexual de repetição nos casos de VSI notificados no SINAN, SC, 2009 – 2019.

Variável	Nao ajustada		Ajuste 1		Ajuste 2	
	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p
Autor Pai						
Não	1		1		1	
Sim	1,44 (1,19-1,75)	<0,001	1,68 (1,29-2,17)	<0,001	1,68 (1,29-2,19)	<0,001
Autor Padrasto						
Não	1		1		1	
Sim	2,97 (2,27-3,88)	<0,001	3,27 (2,35-4,55)	<0,001	3,26 (2,34-4,55)	<0,001
Autor Desconhecido						
Não	1		1		1	
Sim	0,21 (0,14-0,30)	<0,001	0,30 (0,18-0,51)	<0,001	0,30 (0,17-0,52)	<0,001
Autor Irmão						
Não	1		1		1	
Sim	1,96 (1,33-2,89)	0,001	2,00 (1,30-3,07)	0,002	1,95 (1,26-3,00)	0,003
Autor Tio						
Não	1		1		1	
Sim	1,28 (0,98-1,69)	0,074	1,39 (0,99-1,96)	0,059	1,41(0,99-2,00)	0,056
Autor Avôdrasto[†]						
Não	1		1		1	
Sim	1,66 (0,95-2,90)	0,076	2,06 (1,00-4,23)	0,049	2,04 (0,99-4,20)	0,053
Autor Primo						
Não	1		1		1	
Sim	1,32 (0,91-1,92)	0,139	1,41 (0,89-2,24)	0,148	1,47 (0,91-2,35)	0,112
Local						
Qualquer local	1		1		1	
Residência	2,05 (1,69-2,49)	<0,001	1,39 (1,08-1,79)	0,011	1,44 (1,11-1,87)	0,006
Idade da vítima						
< 6 anos	1		1		1	
6 a 10 anos	2,03 (1,74-2,38)	<0,001	2,02 (1,66-2,45)	<0,001	2,02 (1,66-2,47)	<0,001
Autor - uso de álcool						
Não	1		1		1	
Sim	2,02 (1,58-2,59)	<0,001	1,69 (1,28-2,23)	<0,001	1,65 (1,24-2,19)	0,001

Fonte: Elaborado pela autora.

*Dados sem informação de todos os registros; IC95% = intervalo de confiança de 95%; RC = razão de chance; VSI: Violência sexual infantil; SC: Santa Catarina; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação N.= número; [†] companheiro da avó; Ajuste 1: número de envolvidos (1 a >1) e deficiência (sim e não); Ajuste 2: número de envolvidos (1 a >1) e deficiência (sim e não); sexo (masculino e feminino) e raça (branco, preta, amarela, parda e indígena); *Hosmer e Lemeshow*: Ajuste 1: 0,960 (1x = 58,1; + de 1x = 66,4; global = 62,3) ; Ajuste 2: 0,825 (1x = 58,0; + de 1x = 67,0; global = 62,6).

Discussão

Pela primeira vez, fez-se uma avaliação dos dados da violência sexual contra crianças no estado de Santa Catarina, com a caracterização do perfil da vítima, de seu agressor e dos fatores que se associam a repetição dessa violência. Majoritariamente as vítimas eram do sexo feminino, brancas, não possuíam deficiência e sofreram a violência na residência. O estupro foi o tipo mais frequente nas vítimas do sexo feminino, mas a maior invasidade (presença de penetração), foi observada no sexo masculino. Os autores da agressão na quase totalidade eram homens e conhecidos das crianças abusadas. Praticamente na metade dos casos (51%) a ocorrência não foi única, identificando-se nesses, o seguinte perfil: vítimas com idade entre 6 e 10 anos, violência ocorrendo na residência, o autor da violência sendo conhecido, principalmente padrasto, pai ou irmão, e, estando sob efeito de álcool.

Pretendeu-se neste estudo avaliar quais fatores se relacionavam à violência sexual de repetição, ou seja, episódio ocorrido mais de uma vez. Para tanto a informação “se ocorreu outras vezes”, do campo 53 da ficha de notificação, era imprescindível. No período estudado, em 75,1% do total, ele foi preenchido. Percentual semelhante ao encontrado por Sinanan (2011), em estudo realizado em 7 estados dos Estados Unidos¹², e superior ao de Machado *et al.* (2005), em estudo realizado no Brasil²⁷. Há que se considerar, para o não preenchimento desta informação na sua totalidade, a possibilidade de o viés de memória da faixa etária estudada e o fato da revelação e da notificação serem eventos distintos e muitas vezes ocorrerem anos após a violência, dificultando a informação quanto ao número de vezes do ocorrido²⁸⁻²⁹. Outro fator é que este dado é repassado ao profissional que notifica, por um adulto responsável pela criança, que pode desconhecer o fato ou querer omitir a informação precisa, quer seja por vergonha pelo ocorrido ou por estar protegendo o autor da agressão.

No presente estudo, a prevalência de recorrência foi de 50,9%. Não há consenso na literatura sobre essa prevalência, talvez pelos fatores acima apresentados ou mesmo pelas diferenças metodológicas entre os estudos ou ainda pelo pequeno número de estudos que abordam esta temática. Em um dos 3 estudos encontrados sobre o tema, HU *et al.* (2018), em Taiwan, cuja recorrência foi definida também por mais de um episódio experienciado pela mesma criança, analisando 91 atendimentos de violência sexual em um centro pediátrico, ela foi de 35,2%¹¹. No segundo estudo, de Palusci *et al.* (2020), nos Estados Unidos, avaliando um novo episódio na mesma criança, após 5 anos, a recorrência foi de 3,56%³⁰. O terceiro estudo, de Sinanan (2011) não abordou a prevalência¹². Assim urge que existam mais estudos para dimensionar este triste agravo que acomete todas as sociedades do mundo, não poupando sexo,

idade e classe social, e que apresenta, índice de subnotificação em torno de 30%³¹.

Em relação às características gerais das crianças notificadas como vítimas de violência sexual em Santa Catarina no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2019, crianças do sexo feminino foram quase 3 vezes mais acometidas do que as do sexo masculino, em consonância com o apontado na prevalência global internacional de violência sexual infantil, de 15,0-20,0% para meninas e 5,0-10,0% para meninos³¹. A faixa etária mais frequente foi a do pré-escolar, divergindo da literatura que aponta a escolar - como a mais frequentemente vitimizada³²⁻³³, seguida da pré-escolar³⁴.

A faixa etária mais acometida identificada nesta amostra nos leva a refletir em alguns pontos tais como, as crianças menores serem alvos mais fáceis dos abusadores, quer por sua fragilidade física e emocional, quer pelo desconhecimento do cunho da violência, tudo isso possibilitando a repetição da violência e a impunidade do autor da agressão. O segundo ponto é o importante papel do professor já na pré-escola, com seu olhar atento às crianças que por vezes passam o dia inteiro sob o seu cuidado, podendo precocemente identificar sinais de sofrimento emocional, mudança de comportamento ou serem figuras de apoio e suporte, para a qual as crianças revelem a violência sofrida. Eles serão os atores aptos a dar o *start* para desencadear o atendimento em rede do sistema de garantia de direitos.

Apesar dos dados deste estudo serem prévios a março de 2020, como terceiro ponto de reflexão, temos agora o grande desafio de dimensionar a violência sexual, a partir do fechamento das escolas e outros órgãos da rede de apoio, a partir das medidas de restrições impostas em virtude da pandemia pelo novo coronavírus. Segundo a UNESCO, 1,5 bilhões de crianças estão fora dos bancos escolares, longe do olhar e cuidado dos professores, desta rede de proteção e apoio fundamental, principalmente nesta primeira infância³⁵.

Ainda caracterizando as vítimas deste levantamento, a maioria era branca, e não apresentava deficiência ou transtorno. No Brasil possuir cor da pele parda/preta³⁶ é elencado como fator de risco de violência sexual contra crianças, fato não observado em estudo no Sul do Brasil, e justificado pela predominância da população de cor branca na região³⁷, concordando com o presente estudo. Talvez agora, na atualidade, com a presença de imigrantes e refugiados venezuelanos e haitianos no estado de Santa Catarina, esse perfil modifique, principalmente porque são uma população vulnerável, mais suscetível a todas as formas de violência, inclusive a sexual, com prevalência desta forma de violência entre crianças e adolescentes refugiados já identificada na literatura variando de 4,6% a 90,9%³⁸.

Também identificou-se a raça/etnia indígena na amostra, podendo ser explicada pela presença de três povos em território catarinense: Guarani, Kaingang e Xokleng²⁴.

A presença de deficiência intelectual é apontada como fator de risco para violência sexual^{3, 20, 39}, com risco relativo de 4 a 8 vezes maior nas crianças com deficiência intelectual em relação às não deficientes, em estudo na Dinamarca⁴⁰, fato não observado neste estudo e também por Platt *et al.*, (2018)³⁷ e Von Hohendorff *et al.*, (2014)⁴¹. Dados possivelmente justificados pela dificuldade das vítimas com deficiência de comunicar o fato e pelo desconhecimento da violência sexual.

Sobre a tipologia e invasidade da violência sexual contra crianças, os resultados divergem na literatura, tendo em vistas as diferenças metodológicas dos estudos e a não uniformidade de conceituação da violência. Pesquisas internacionais utilizam a informação da violência ser sem ou com contato, esta última, especificando o tipo, se carícias ou presença de penetração, o que facilita a comparação entre esses estudos.

Neste estudo, o estupro foi o mais prevalente (70,5%), sendo a presença de penetração mais frequente no sexo masculino (73,1% *versus* 48,6% no sexo feminino), como no estudo de Platt *et al.* (2018)³⁷, porém divergindo de outros autores que elencam a violência sexual com penetração, ser mais frequente no sexo feminino^{3, 41}. Em estudo no Brasil sobre violência sexual contra crianças foram tipificados como atos libidinosos (7,0%), penetração anal (3,2%), vaginal (1,6%) e outros (0,3%)⁵. Há que se considerar as definições jurídicas utilizadas na ficha de notificação, onde o estupro contempla desde carícias até a conjunção carnal, dificultando por vezes as inferências externas desses achados. Outro quesito que deve ser levado em conta é o de que carícias e manipulações não deixam marcas, e por vezes não são reconhecidas e tampouco computadas como um tipo de violência sexual (estupro). Talvez devido o desconhecimento das nomeclaturas e à grande valorização pela população geral (senso comum) e por alguns profissionais, de que a integridade do hímen no sexo feminino seja sinônimo de ausência de estupro.

Com relação à autoria da violência sexual, embora os perpetradores tenham fatores de risco associados, não foram encontrados estudos descrevendo um perfil padrão dos mesmos. Eles procedem de todas os grupos étnicos e socioeconômicos, divergem de tipo de status marital e educacional e podem não ter história pessoal de psicopatologia, abuso sexual ou registro criminal prévio, embora pareça existir uma associação dos autores de abuso sexual com comportamentos antissociais. Eles podem ainda ser indivíduos depressivos, hostis, com problemas pré-existent de saúde mental ou criminal. Vários, mas não todos, podem ter história de ter sofrido abuso sexual quando crianças e possuírem uma tendência ao abuso de drogas lícitas ou ilícitas⁴².

Diferente do que ocorre quando a vítima é adulta, no caso das crianças, em 85-95% das

vezes, o autor da agressão é conhecido das vítimas, possuindo vínculo com as mesmas^{2, 43-44}. Alguns autores apontam inclusive uma ordem de frequência pai, padrasto, irmão, mãe e outro parente^{2-3, 5-7}. A ordem de frequência deste estudo foi pai, padrasto, tio, irmão e primo, corroborando a literatura nacional e internacional de que os autores da violência sexual são conhecidos das vítimas (94,1%), fazendo parte de seu núcleo familiar, convivendo no mesmo ambiente doméstico^{2-3, 20, 45-47}.

A família é reconhecida como importante rede social de referência para o desenvolvimento humano⁴⁸, considerada como elemento primordial de proteção de seus componentes. Porém na violência sexual contra crianças observa-se um paradoxo: o autor da violência com frequência é um membro da família, que deveria ajudar a proteger essa criança, e não violentá-la. Muitas vezes a própria família silencia toda a violência não denunciando às autoridades o ocorrido, fato considerado estarrecedor.

Ao mesmo tempo a inexistência do convívio familiar (ser órfão, viver em um ambiente familiar não nuclear, viver em família monoparental) é apontada pela literatura como fator de risco à violência sexual contra criança^{47,49-50}. Observa-se assim ser de suma importância conhecer o perfil familiar das vítimas de violência para ajudar a entender melhor esse prevalente agravo em saúde coletiva e fornecer melhores serviços de assistência⁵⁰.

Sabe-se que a maioria dos autores da violência sexual contra crianças é do sexo masculino^{37, 47, 51-53}, assim como observado neste estudo (84,7%), mas as mulheres também são envolvidas na violência sexual contra as crianças (3,8% no estudo), porém sua real prevalência é desconhecida devido à subnotificação envolvendo autoras do sexo feminino⁵⁴.

Quanto ao número de pessoas perpetrando violência, nesta amostra em 85,6% das vezes, relacionou-se a uma só pessoa, que não estava alcoolizada (84,1%), independente do sexo da vítima, em consonância com outros estudos nacionais^{4,37,51}.

Em relação ao ciclo de vida do autor da agressão, segundo informação disponibilizada na ficha de notificação utilizada, a maioria dos autores era adulto, ou seja, possuía entre 24 e 59 anos. Porém os que abusaram das vítimas do sexo masculino possuíam idade divergente a este grupo etário, com significância estatística. Dois estudos que avaliaram a idade dos abusadores, um apontou média etária de 23,3 anos⁴⁷ e outro, que abordou a violência sexual de repetição, ela foi de 46 anos¹¹.

O perpetrador da violência inicialmente fornece atenção especial à criança, ganhando com isso sua confiança. Após um período de tempo a relação começa a ficar sexualizada, com a violação da privacidade da criança por parte do abusador, iniciando conversas e contato de cunho sexual. O abusador procura justificar seu comportamento com a desculpa de que essas

experiências são normais⁴². Com isso os episódios de violência sexual vão se tornando mais repetidos e conseqüentemente mais intrusivos.

A recorrência, quando comparada aos casos sem recorrência, foi significativamente associada à autoria da agressão ser imputada ao padrasto, 3,3 vezes maior risco; ao pai, 1,7 vezes maior risco e ao irmão, 2 vezes maior o risco. Quando a autoria foi vinculada a um desconhecido, a chance de que fosse de repetição, foi 0,3 vezes menor. Para HU *et al.* (2018), essa recorrência associou-se também à autoria da agressão ser um familiar, com 4,5 vezes maior o risco quando comparado a um não familiar¹¹. Na amostra de Palusci *et al.* (2020), estudando também a violência sexual infantil de repetição, um quarto dela teve citado o mesmo abusador, usualmente os pais³⁰. Esses, que são igualmente responsáveis por promover e manter ambientes de cuidado em que as crianças possam atingir seu pleno potencial de desenvolvimento sem serem prejudicadas por qualquer forma de abuso ou negligência⁵⁵.

A literatura tenta explicar os fatores que contribuem para o risco de os pais perpetrarem a violência sexual infantil a seus filhos, citando o abuso de substâncias pelos pais, um histórico parental de violência sexual infantil ou de pobre vínculo parental e problemas psiquiátricos dos pais. Cita também como riscos substanciais a vitimização de familiares próximos, como irmãos e mudanças frequentes de residência⁵⁵.

Assim, pela dimensão desta característica única da violência sexual contra criança, a de ser perpetrada geralmente por familiar, e pelas conseqüências advindas desta violência à criança, como a chance de contrair doenças, a possibilidade de gravidez, de apresentar alterações psicológicas a curto e longo prazos, de perpetrar qualquer tipo de violência, da perda de provimento econômico e do convívio com esse seu responsável e do sentimento de culpa pelo o que possa acontecer com o mesmo; inclusive com a possibilidade de ser acolhida, mudando assim todo a sua rede de convívio (escola, projeto social, unidade de saúde), a violência sexual infantil deve ser abordada a partir de uma perspectiva multifatorial, com equipes multi e inter disciplinares /setoriais.

A grande proporção de autores de violência sexual contra crianças ser de intrafamiliares evidencia sua dimensão histórica, ou seja, relacionamentos familiares podem exacerbar o impacto do abuso, minando a capacidade da vítima de acessar a ajuda de forma aguda, em vista do medo, coerção ou lealdade³.

Em nenhum dos estudos abordando a recorrência deste agravo a informação do uso de álcool pelo agressor foi analisada. No presente estudo, o risco da criança ter sido vítima de violência sexual em mais de uma vez, é de 1,7 vezes por um perpetrador alcoolizado, quando comparada às crianças abusadas por pessoas que não estavam alcoolizadas. Reconhece-se que

o uso de substâncias lícitas e ilícitas seja um fator de risco para cometer violência sexual⁵⁵⁻⁵⁶, mas há que se considerar essa informação quando as vítimas são pequenas e não identificam ou mesmo não verbalizam o uso do álcool por seu violentador.

No tocante ao local da ocorrência, a casa da vítima ou do autor é descrita como local predominante de violência sexual contra as crianças, citada em diversos estudos^{5, 37, 57}, semelhante ao observado nesta pesquisa, sendo o risco 1,4 vezes maior para a violência sexual de repetição, valor inferior ao encontrado por HU *et al.* (2018), cuja razão de chances foi de 3,41¹¹. Esse achado novamente revolta no que concerne à perda do ambiente protetor da residência e sinaliza a permanência da presença da tradicional “barreira privada” entre as esferas doméstica e pública no que diz respeito ao impeditivo à revelação e à notificação.

Quando se analisam as características das vítimas da violência sexual de repetição neste estudo, não foi encontrada associação com sexo da vítima, assim tanto meninas como meninos estão igualmente em risco de que a violência sexual sofrida se torne repetitiva. Entretanto, características como estar na faixa etária de 6 a 10 anos, possuir deficiência e ser de outra raça, que não a branca, associou-se a maior risco. Essa faixa etária também foi de maior risco no estudo de Sinanan e de Palusci^{12, 30}, analisando também violência sexual de repetição. Para Duarte *et al.* (2012), a faixa dos pré-escolares teve mais chance de a violência sexual ser de repetição, envolver sexo oral, e ter maior severidade. A idade jovem da vítima favorece a impunidade do autor por cometer um abuso mais invasivo e a manutenção do segredo por mais tempo⁴⁴. Como já comentado anteriormente, possuir algum tipo de deficiência é fator de risco para violência sexual, que neste estudo foi observada como risco, somente nos casos em que ela foi de repetição. Palusci (2020) também listou a presença de deficiência pela vítima como risco para violência sexual de repetição³⁰.

Devido a violência sexual de repetição impactar negativamente na vida das crianças, principalmente com maior uso do sistema de saúde⁵⁸, com perda da qualidade de vida devido à dor e ao sofrimento⁵⁹, com idade mais precoce de início de atividade sexual, com aumento do número de parceiros, com maior chance de apresentar comportamento sexual de risco e de adição a drogas ilícitas⁵⁸, com baixa autoestima⁶⁰, decréscimo do rendimento escolar¹¹ e grande chance de desenvolver distúrbios psiquiátricos⁶¹, como um mecanismo de proteção contra as emoções perturbadoras e contraditórias provocadas por traumas sexuais recorrentes⁶² e, em virtude da violência sexual nas vítimas crianças habitualmente não se associar a alterações físicas visíveis, características clínico-epidemiológicas definas pelo modelo deste estudo, como, o autor do abuso ser um familiar: o pai, padrasto ou irmão, estar alcoolizado, o local do abuso ser a residência da vítima ou do autor da violência e a vítima ter entre 6 a 10 anos, devem

alertar os profissionais (quer seja médico, enfermeiro, professor, assistente social, agente comunitário, conselheiro tutelar, psicólogo), para a possibilidade de que a criança com a qual estão lidando, possa estar sofrendo violência sexual de repetição, pois tem uma possibilidade de acerto de praticamente 60,0%. Nesses casos estaria indicada uma abordagem multidisciplinar com esse olhar.

Considerações Finais

A violência sexual de repetição contra crianças pode ser mais frequente em casos em que as vítimas têm idade entre 6 e 10 anos, independente do sexo, se ocorrer na residência, sendo seu autor conhecido, principalmente se for o padrasto, o pai ou o irmão, e ele estar sob efeito de álcool".

Este estudo é o primeiro que identificou os fatores de risco potenciais para a recorrência da violência sexual contra crianças partir das notificações no SINAN feitas pelos profissionais da "linha de frente", porta de entrada frequente dos atendimentos às vítimas no setor saúde, assistência e educação. Ele contribui na identificação das crianças em situação de violência sexual e de repetição, pois com as características apresentadas pelo modelo preditor de análise de regressão, a possibilidade deste tipo de agravo estar ocorrendo é de 58,3%.

Urge então que os distintos setores da sociedade, constituintes do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, voltem seu olhar a essa triste chaga da sociedade e procurem efetivamente ações para coibir a violência sexual contra as crianças, protegendo-as da possibilidade de que ela se repita.

Reconhece-se como limitações deste estudo o uso de dados secundários, que se procurou dirimir com a checagem dos campos das variáveis estudadas, um a um, por dois observadores, categorizando novas variáveis para análise; o não preenchimento de alguns campos pela ausência da informação do SINAN; uma segunda pessoa, responsável pela criança, fornecer os dados; o lapso temporal muitas vezes entre o ocorrido e a notificação; e o viés de memória do menor. A utilização de três versões da ficha (2008, 2014 e 2015), com informações omissas em uma das versões, também pode ser citada como limitante.

Referências:

1. Deslandes SF, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM. Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. Interface (Botucatu) [online]. 2016 [Citado em 2020 Mai 28];20(59):865-877. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150405.pdf>. Doi: 10.1590/1807-57622015.0405.
2. Maier T, Mohler-Kuo M, Landolt MA, Schnyder U, Jud A. The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: results from a nationwide agency survey. *Int J Public Health* [online]. 2013 [Citado em 2020 Jan 15]; 58:875-883. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00038-013-0498-6.pdf>. Doi: 10.1007/s00038-013-0498-6
 3. Al-Jilaihawi S, Borg K, Jamieson K, Maguire S, Hodes D. Clinical characteristics of children presenting with a suspicion or allegation of historic sexual abuse. *Arch Dis Child* [online]. 2018 Jun [Citado em 2020 Jan 15];103(6):533-9. Doi: 10.1136/archdischild-2017-313676.
 4. Von Hohendorff J, Patias ND. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. *Barbarói*. 2017 jan/jun [Citado em 2020 Jan 15];(49):239-57. Doi: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.9474>.
 5. Trindade LC, Linhares SM, Vanrell J, Godoy D, CA Martins J, Barbas SM. Sexual violence against children and vulnerability. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online], [Citado em 2020 Jan 15];60, n. 1, p. 70-74, jan./feb. 2014; Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n1/1806-9282-ramb-60-01-0070.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.015>.
 6. Tener D. The secret of intrafamilial child sexual abuse: who keeps it and how? *J Child Sex Abus* [online]. 2018 Jan [Citado em 2020 Jan 15];27(1):1-21. Doi: <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390715>.
 7. Baptista RS, Franca ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta PaulEnferm* [online]. 2008 [Citado em 2020 Jan 15];21(4):602-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a11v21n4.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400011>.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Boletim Epidemiológico* [online]. 2018 [Citado em 2020 Jan 15];49(27):1-17. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>.
 9. Universo Online. Ministério da Saúde registra recorde de abusos sexuais infantis no Brasil. *Universo Online [UOL]*, 02 mar 2020 [Citado em 2020 Jan 15]. Disponível em: https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/03/02/ministerio-da-saude-registra-recorde-de-abusos-sexuais-infantis-no-brasil.htm?utm_source=twitter&utm_medium=social-media&utm_content=geral&utm_campaign=noticias.
 10. Papalia NL, Luebbers S, Ogloff JR, Cutajar M, Mullen PE. The long-term co-occurrence of psychiatric illness and behavioral problems following child sexual abuse. *Aust N Z J Psychiatry* [online]. 2017 Jun [Citado em 2020 Jan 15];51(6):604-13. Doi: 10.1177/0004867416667232.
 11. Hu MH, Huang G-S, Huang J-L, Wu C-T, Chao A-S, Lo F-S et al. Clinical characteristic

- and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. *Medicine (Baltimore)* [online]. 2018 Apr [Citado em 2020 Jan 15];97(14):e0236. Doi: 10.1097/MD.00000000000010236.
12. Sinanan AN. The impact of child, family, and child protective services factors on reports of child sexual abuse recurrence. *J Child Sex Abus.* 2011 [Acesso em 2020 Dez 10];20(6):657-76. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51838969_The_Impact_of_Child_Family_and_Child_Protective_Services_Factors_on_Reports_of_Child_Sexual_Abuse_Recurrence.
 13. Mutavi T, Obondo A, Kokonya D, Khasakhala L, Mbwaiy A, Nhiri F *et al.* Incidence of depressive symptoms among sexually abused children in Kenya. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [online]. 2018 Jul [Citado em 2020 Jan 15];12:40. Doi: 10.1186/s13034-018-0247-y.
 14. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* [online]. 2005 Apr [Citado em 2020 Jan 15];193(4):258-64. Doi: 10.1097/01.nmd.0000158362.16452.2e.
 15. Abajobir AA, Kisely S, Maravilla JC, Williams G, Najman JM. Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* [online]. 2017 Jan [Citado em 2020 Jan 15];63:249-260. Doi: 10.1016/j.chiabu.2016.11.023.
 16. Shrivastava AK, Karia SB, Sonavane SS, Sousa AA. Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: a neurobiological trajectory of pathogenesis. *Ind Psychiatry J* [online]. 2017 Jan-Jun [Citado em 2020 Jan 15]; 26(1):4-12. Doi: 10.4103/ipj.ipj_38_15
 17. Devries KM, Mak JYT, Child JC, Falder G, Bacchus LJ, Astbury J *et al.* Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics* [online]. 2014 May [Citado em 2020 Jan 15]; 133(5):e1331-44. Doi: 10.1542/peds.2013-2166.
 18. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo W-S. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *J Psychiatr Res* [online]. 2018 Apr [Citado em 2020 Jan 15];99:129-141. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.001.
 19. Caravaca Sánchez F, Ignatyev Y, Mundt AP. Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. *Crim. Behav. Ment. Health* [online]. 2019 Feb [Citado em 2020 Jan 15];29(1):18-30. Doi: 10.1002/cbm.2099.
 20. Sena CA, Silva MA, Falbo Neto GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012 - 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2018 [Citado em 2020 Jan 15];23(5):1591-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1591.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016>.
 21. Furniss T. *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia & intervenção legal integrados.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 337p.
 22. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect

- (AAPCCAH). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* [online]. 2005 [Citado 2020 Abr 12];116(2):506-12. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16061610>. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1336>.
23. Kliegman RM, Behrman RE, Marcandante KJ, Jenson HB. *Nelson textbook of pediatrics* [e-book]. 19. ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas da População. Ano 2012*. IBGE: Rio de Janeiro; 2012 [Citado 2020 Abr 12]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=downloads>.
 25. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria básica*. 9. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2002. Tomo I: *Pediatria Geral e Neonatal*.
 26. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.015, de 07 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 de agosto de 2009;(151);Seção 1:1-2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm. Acesso em: 01 abr. 2020.
 27. Machado HB, Lueneberg CF, Régis EI, Nunes MPP. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2005 [Citado em 2020 Jan 15];14:54-63. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500007&lng=pt&nrm=iso.
 28. McElvaney R. Disclosure of child sexual abuse: delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. *Child Abuse Rev* [online]. 2013 Jun [Citado em 2020 Jan 15];24(3):159-69. Doi: <https://doi.org/10.1002/car.2280>.
 29. Morrison SE, Bruce C, Wilson S. Children's disclosure of sexual abuse: a systematic review of qualitative research exploring barriers and facilitators. *J Child Sex Abuse* [online]. 2018 [Acesso em 2019 Jan 15];27(2):176-94. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323465750_Children%27s_Disclosure_of_Sexual_Abuse_A_Systematic_Review_of_Qualitative_Research_Exploring_Barriers_and_Facilitators. Doi: <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1425943>.
 30. Palusci VJ, Ilardi M. Risk factors and services to reduce child sexual abuse recurrence. *Child maltreatment*. 2020 [Citado em 2020 Jan 15];25(1):106-16.
 31. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* [online]. 2016 Mar [Citado em 2020 Jan 15];137(3):e20154079. Doi: [10.1542/peds.2015-4079](https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079).
 32. Silva WS, Ribeiro FM, Guimarães GK, Santos MS, Almeida VPS, Barroso Junior UO. Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. *Ciênc*

- Saúde Coletiva [online]. 2018 Feb [Citado em 2020 Jan 15];23(2):599-606. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0599.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.04932016>.
33. Sodipo OO, Adedokun A, Adejumo AO, Olibamoyo O. The pattern and characteristics of sexual assault perpetrators and survivors managed at a sexual assault referral centre in Lagos. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [online]. 2018 Nov [Citado em 2020 Jan 15];10(1):e1-e5. Doi: 10.4102/phcfm.v10i1.1727.
 34. Malta DC, Bernal RTI, Teixeira BSM, Silva MMA, Freitas MIF. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2017 [Citado em 2020 Jan 15];22(9):2889-98. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2889.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12752017>.
 35. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO): Office in Beirut. Covid-19 educational disruption and response [Internet]. Beirut, Líbano; 2020 Mar 24 [cited 2020 Jun. 24]. Available from: <https://en.unesco.org/news/covid-19-educational-disruption-and-response>.
 36. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Malta DC, Lima CM, Silva MMA. Prevalência de violência sexual e fatores associados entre estudantes do ensino fundamental - Brasil, 2015. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2019 [Citado em 2020 Jan 15];24(2):535-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n2/1678-4561-csc-24-02-0535.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.13112017>.
 37. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2018 Abr [Citado em 2020 Jan 15];23(4):1019-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1019.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>.
 38. Araujo JO, Souza FM, Proença R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* [online]. 2019 [Citado em 2020 Jan 15];53:78. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-78.pdf. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001081>.
 39. Byrne, G. Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among individuals with an intellectual disability: a review of the recent literature. *J Intellect Disabil* [online]. 2018 Sep [Citado em 2020 Jan 15];22(3):294-310. Doi: 10.1177/1744629517698844.
 40. Wissink IB, van Vugt E, Moonen X, Stams G-JJM, Hendriks J. Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): a narrative review. *Res Dev Disabil* [online]. 2015 Jan [Citado em 2020 Jan 15];36:20-35. Doi: 10.1016/j.ridd.2014.09.007.
 41. Von Hohendorff J, Costa LS, Habigzang LF, Koller SH. Documentary analysis of cases of sexual violence against boys reported in Porto Alegre. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 2014 Ago [Citado em 2020 Jan 15];24(58):187-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v24n58/1982-4327-paideia-24-58-0187.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-43272458201406>.
 42. Mills R, Kisely S, Alati R, Strathearn L, Najman J. Self-reported and agency-notified

- child sexual abuse in a population-based birth cohort. *J Psychiatr Res* [online]. 2016 Mar [Citado em 2020 Jan 15];74:87-93. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.12.021.
43. Chiesa A, Goldson E. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* [online]. 2017 [Citado em 2020 Jan 15];38(3):105-118. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0113>. Acesso em: 28 maio 2020.
 44. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev Assoc Med Bras (1992)* [online]. 2012 Nov-Dec [Citado em 2020 Jan 15];58(6):659-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a09.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600009>.
 45. Cartón Duarte J, Cortés Arboleda MR, Cantón-Cortés D. Variables associated with the nature os sexual abuse to minors. *Span J Psychol* [online]. 2012 Jul [Citado em 2020 Jan 15];15(2):571-81. Doi: 10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38868.
 46. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *CiêncSaúde Coletiva* [online]. 2011 [Citado em 2020 Jan 15];16(11):4433-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>.
 47. Hassan MA, Gary FA, Killion C, Lewin L, TottenV. Patterns of sexual abuse among children: Victims' and perpetrators' characteristics. *J Aggress Maltreat Trauma* [online]. 2015 [Citado em 2020 Jan 15];24(4):400-18. Doi: 10.1080/10926771.2015.1022289.
 48. Essabar L, Khalqallah A, Dakhama BSB. Child sexual abuse: report of 311 cases with review of literature. *Pan Afr Med J* [online]. 2015 Jan [Citado em 2020 Jan 15];20:47. Doi: 10.11604/pamj.2015.20.47.4569.
 49. Moré CLOO, Krenkel S. *Violência no contexto familiar* [Internet]. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014 [Citado em 2020 Jan 15]. Disponível em: https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Violencia_Familiar.pdf.
 50. Silva JV, Roncalli AG. Prevalence of sexual violence in Brazil: associated individual and contextual factors. *Int J Public Health* [online]. 2018 Nov [Citado em 2020 Jan 15];63(8):933-44. Doi: 10.1007/s00038-018-1136-0.
 51. Almuneef MA, Alghamdi LA, Saleheen HN. Family profile of victims of child abuse and neglect in the Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2016 [Citado em 2020 Jan 15];37(8):882-8. Doi: 10.15537/smj.2016.8.14654.
 52. Capella C, Lama X, Rodríguez L, Águila D, Beiza G, Dussert D, *et al.* Winning a race: narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. *J Child Sex Abus* [online]. 2016 [Citado em 2020 Jan 15]; 25(1):73-92. Doi: 10.1080/10538712.2015.1088915.
 53. Hu M, Liang B, Huang S. Sex offenses against minors in China: an empirical comparison. *Int J Offender Ther Comp Criminol* [online]. 2017 Aug [Citado em 2020 Jan 15]; 61(10):1099-124. Doi: 10.1177/0306624X15616220.

54. Gallagher B, Bradford M, Pease K. Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. *Child Abuse Negl* [online]. 2008 May [Citado em 2020 Jan 15]; 32(5):517-28. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18513796>.
55. Assink M, Van Der Put CE, Meeuwssen MWCM, Jong NM, Oort FJ, Stams GJJM, *et al.* Risk factors for child sexual abuse victimization: a meta-analytic review. *Psychol Bull* [online]. 2019 May [Citado em 2020 Jan 15]; 145(5):459-89. Doi: 10.1037/bul0000188.
56. Morgan L, Long L. Female perpetrated sexual offences reported to a London sexual assault referral centre. *J Forensic Leg Med* [online]. 2018 Feb [Citado em 2020 Jan 15]; 54:130-135. Doi: 10.1016/j.jflm.2018.02.001.
57. Mohler-Kuo M, Landolt MA, Maier T, Meidert U, Schönbucher V, Schnyder U. Child sexual abuse revisited: a population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. *J Adolesc Health* [online]. 2014 Mar [Citado em 2020 Jan 15]; 54(3):304-11.e1. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.08.020.
58. Matta Oshima KM, Jonson-Reid M, Seay KD. The influence of childhood sexual abuse on adolescent outcomes: the roles of gender, poverty, and revictimization. *J Child Sex Abus* [online]. 2014 [Citado em 2020 Jan 15]; 23(4):367-86. Doi: 10.1080/10538712.2014.896845.
59. Baytunca MB, Ata E, Ozbaran B, Kaya A, Kose S, Aktas EO, *et al.* Childhood sexual abuse and supportive factors. *Pediatr Int* [online]. 2017 Jan [Citado em 2020 Jan 15]; 59(1):10-15. Doi: 10.1111/ped.13065.
60. Yang J, Miller TR, Nhang N, LeHew B, Peek-Asa C. Incidence and cost of sexual violence in Iowa. *Am J Prev Med* [online]. 2014 [Citado em 2020 Jan 15]; 47(2):198-202. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.04.005>.
61. Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM. The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: a comprehensive review. *Sex Med Rev* [online]. 2018 Apr [Citado em 2020 Jan 15]; 6(2):188-200. Doi: 10.1016/j.sxmr.2017.12.002.
62. Sheffield JM, Williams LE, Woodward ND, Heckers S. Reduced gray matter volume in psychotic disorder patients with a history of childhood sexual abuse. *Schizophrenia Research* [online]. 2013 [Acesso em 2019 Jan 15]; 143(1):185-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540174/>.
63. Hébert M, Langevin R, Guidi E, Bernard-Bonnin AC, Allard-Dansereau C. Sleep problems and dissociation in preschool victims of sexual abuse. *J Trauma Dissociation* [online]. 2017 Jul/Sep [Citado em 2020 Jan 15]; 18(4):507-21. Doi: <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240739>.

6 CONCLUSÕES

Nos anos de 2009 a 2019 foram notificados 3489 casos de violência sexual - contra crianças de até 10 anos, um aumento de 662,5% no período. Esse aumento foi gradativo e pode ser associado à expansão do número dos centros de referência (quase 47% dessa associação é justificada por esse fato), pelo aumento real da violência sexual contra crianças, ou ainda, ser resultante de ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com Ministério da Saúde e municípios, a partir da descentralização do SINAN, das capacitações realizadas e destinadas a sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para a notificação de violência.

O banco de dados com as notificações estudadas teve percentual de não duplicidade adequado, de completude de bom para excelente (92,3%) e de consistência excelentes em 90% dos quesitos avaliados, tornando o banco confiável. Infere-se que os dados do sistema de vigilância da violência sexual contra crianças de SC, levando em conta as dimensões analisadas, são adequados para que as informações sejam utilizadas a fim de orientar as ações de prevenção e controle do agravo.

Majoritariamente as vítimas eram do sexo feminino, brancas, não possuíam deficiência e sofreram a violência na residência. O estupro foi o tipo mais frequente nas vítimas do sexo feminino, mas a maior invasidade (presença de penetração), foi observada no sexo masculino. Os autores da agressão na quase totalidade eram homens e conhecidos das vítimas.

Os dados demonstram que, de acordo com a literatura nacional e internacional, vítimas do sexo feminino sofrem mais violência sexual, mesmo as crianças (73,3%). E ainda que uma característica desse ciclo de vida, em relação à violência sexual, é que esta ocorre principalmente na residência (77,8%), perpetrada por conhecido (94,1%), do sexo masculino (92,0%).

Na tipificação da violência, observou-se que o estupro foi quase três vezes mais frequente no sexo feminino, comparado ao masculino, porém quando a violência sexual foi mais invasiva, acompanhada de penetração, a maior prevalência ocorreu com o sexo masculino. Como essas características das vítimas, dos agressores e da violência são semelhantes, tanto em nível nacional como internacional, urge que medidas mais assertivas na prevenção desse triste agravo aconteçam e que as políticas públicas com ações de proteção voltadas para esse público sejam efetivamente implantadas.

A prevalência de recorrência foi de 50,9%, identificando-se nesses casos o seguinte perfil:

vítimas com idade entre 6 e 10 anos, violência ocorrendo na residência, o autor da violência sendo conhecido, principalmente padrasto, pai ou irmão, e estando sob efeito de álcool.

Os resultados apontam que a recorrência da violência sexual, quando comparada aos casos sem recorrência, foi significativamente associada ao fato de a autoria da agressão ser imputada ao padrasto, com chance 3,3 vezes maior; ao pai, 1,7 vezes maior; e ao irmão, chance 2 vezes maior. Quando a autoria foi vinculada a um desconhecido, a chance de que fosse de repetição foi 0,3 vezes menor.

Observaram-se também maiores riscos de recorrência quando houve o uso de álcool pelo autor da agressão (chance 1,7 vezes maior do que quando não estava alcoolizado) e quando a vítima tinha idade entre 6 e 10 anos (chance 1,4 vezes maior do que quando comparada a outra faixa etária), alertando que a idade jovem da vítima favorece a impunidade do autor por cometer um abuso mais invasivo e a manutenção do segredo por mais tempo, principalmente porque ele é um familiar, residindo no mesmo ambiente doméstico.

Aplicando um teste estatístico (*Hosmer and Lemeshow*), pode-se aventar, com praticamente 60,0% de certeza, que as características supracitadas estão relacionadas à violência sexual de repetição, o que pode auxiliar os profissionais (quer sejam médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, agentes comunitários, conselheiros tutelares, psicólogos), que lidam com crianças vítimas de violência sexual suspeitarem da recorrência.

6.1 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA O CAMPO DO CONHECIMENTO E LINHA TEMÁTICA

O contexto “pessoas em situação de violência sexual” estudado, parte de uma situação já referenciada para atendimento previsto em protocolo oficial. Entretanto sabe-se que, por ser um assunto muito estigmatizante, infelizmente muitos casos ficam sem o adequado e necessário cuidado, além de que a maioria dos casos de violência sexual contra a criança ocorrerem no ambiente familiar, dificultando o processo de revelação e de notificação.

Espera-se que esta pesquisa contribua para melhorar o entendimento das características da violência sexual contra as crianças em Santa Catarina e que dê visibilidade à importância da notificação adequada das violências, para que o uso dos dados deste instrumento possa ser utilizado a contento para a elaboração de políticas públicas de prevenção e de assistência às vítimas. Os achados desse estudo podem contribuir para a identificação precoce dos casos e especialmente alertar os profissionais de saúde para a possibilidade de se tratar de violência sexual de repetição.

REFERÊNCIAS

1. VAN STRALEN, C. J.; PENELLO, L. M. Editorial. Saúde e infância: a EBBS e a construção da PNAISC - pesquisa avaliativa. **Divulg. Saúde Debate [online]**, Rio de Janeiro, n. 55, p. 4-9, mar., 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/DIVULGACAO_55-WEB-FINAL.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.
2. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Neste Dia Laranja, OPAS/OMS aborda violência sexual e suas consequências para as vítimas** [Internet]. Brasília, DF: OPAS/OMS; Jul 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5720:neste-dia-laranja-opas-oms-aborda-violencia-sexual-e-suas-consequencias-para-as-vitimas&Itemid=820. Acesso em: 28 maio 2020.
3. KELLOGG, N; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. The evaluation of sexual abuse in children. **Pediatrics [online]**, v. 116, n. 2, p. 506-512, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16061610>. Acesso em: 15 jan. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1336>.
4. KRUG, E. G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002 . Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines**.Geneve: WHO, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 maio 2020.
6. CHEN, L. P. *et al.* Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. **Mayo. Clin. Proc. [online]**, v. 85, n. 7, p. 618-629, Jul. 2010. Doi: 10.4065/mcp.2009.0583.
7. Mathews B. A taxonomy of duties to report child sexual abuse: Legal developments offer new ways to facilitate disclosure. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 88, p. 337-347, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.003>.
8. HILLIS, S. *et al.* Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. **Pediatrics [online]**, v. 137, n. 3, e20154079, 2016. Doi: 10.1542/peds.2015-4079.
9. CHIESA, A.; GOLDSOON, E. Child sexual abuse. **Pediatr. Rev. [online]**, v. 38, n. 3, p. 105-118, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0113>. Acesso em: 28

maio 2020.

10. WIHBEY, J. Global prevalence of child sexual abuse. **Journalist Resource** [Internet], 15 nov. 2011. Disponível em: <https://journalistsresource.org/studies/government/criminal-justice/global-prevalence-child-sexual-abuse/>. Acesso em: 24 Jun. 2020.
11. BARRETO, C. S. L. A.; ARAÚJO, R. P. C.; MARTINS Jr, D. F. M. Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, Bahia, Brasil-2008 a 2012. **Rev. Ciênc. Méd. Biol. [online]**, Salvador, v. 11, n. 2, p. 140-148, mai./set., 2012. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22906/1/4_v.11_2.pdf. Acesso em: 16 jun. 2020.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. **Boletim Epidemiológico [online]**, Brasília, DF, v. 49, n. 27, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.
13. UNIVERSO ONLINE. Ministério da Saúde registra recorde de abusos sexuais infantis no Brasil. **Universo Online [UOL]**, 02 mar. 2020. Disponível em: https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/03/02/ministerio-da-saude-registra-recorde-de-abusos-sexuais-infantis-no-brasil.htm?utm_source=twitter&utm_medium=social-media&utm_content=geral&utm_campaign=noticias. Acesso em: 28 maio 2020.
14. GADELHA, G. *et al.* **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília, DF: CONANDA, Maio 2013. p. 50. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.
15. BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 207 p. (Série legislação; n. 83). Disponível em: http://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18403/estatuto_crianca_adolescent_e_9ed.pdf?sequence=10. Acesso em: 25 maio 2020.
16. BRASIL. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.
17. VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, maio, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.

18. SANTA CATARINA (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). **Informativo Epidemiológico Barriga Verde**. jun. 2019. Ano XVI (Ed Especial). Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/doc_2.pdf. Acesso em: 16 jun. 2020.
19. GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, e00172617, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00172617>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n11/1678-4464-csp-34-11-e00172617.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.
20. FERGUSSON, D. M.; BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. **Child. Abuse Negl. [online]**, v. 32, n. 6, p. 607-619, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18565580>. Acesso em: 15 jan. 2014.
21. SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP); SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência** [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/LIVRO_FINAL-Manual_de_Atendimento_as_Criancas_e_Adolescentes_Vitimas_de_Violencia-compressed.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.
22. SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicol. Soc. [online]**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 328-335, maio/ago., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/13.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000200013>
23. NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias, gêneros e violências: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. *In*: STREY, M. N.; AZAMBUJA, M. P. R.; JAEGER, F. P. (org.). **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre, RS: Ed PUCRS, 2004. p. 149-176.
24. FALEIROS, E. **O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des) caminhos da denúncia**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasil, 2003.
25. HABIGZANG, L. F.; RAMOS, M. S.; KOLLER, S. H. A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. **Psicol Teor Pesqui [online]**. v. 27, n. 4, p. 467-473, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/10.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400010>.
26. FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. **Temas Psicol. [online]**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 727-741, jun., 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a18.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.
27. PAPALIA, N. L. *et al.* The long-term co-occurrence of psychiatric illness and behavioral

- problems following child sexual abuse. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**. [online], v. 51, n. 6, p. 604-613, Jun., 2017. Doi: 10.1177/0004867416667232.
28. FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia & intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 337p.
29. MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
30. GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. **Rev. Assoc. Med. Bras** [online], São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-665, nov.-dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a09.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600009>.
31. SENA, C. A.; SILVA, M. A.; FALBO NETO, G. H. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012 - 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p.1591-1599, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1591.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016>.
32. MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil - 2014. **Saúde Foco**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 2016. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199/178>. Acesso em: 12 ago. 2020.
33. PLATT, V. B. *et al.* Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1019-1031, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1019.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>.
34. DELZIOVO, C. R. *et al.* Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiol. Serv. Saude** [online], Brasília, v. 27, n. 1, art. e20171493, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e20171493.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.
35. REIS GIRIANELLI, V. *et al.* Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cad. Saúde Colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 318-326, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201800030075.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.
36. LIMA, C. R. A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/02.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

37. SANTOS, T. M. B. *et al.* Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 67, p. 216-227, 2017. Doi: 10.1016/j.chiabu.2017.02.006.
38. GUEDERT, J. M. **Vivência de problemas éticos em pediatria e sua interface com a educação médica**. 2012. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2012.
39. DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Cap. 2, p. 43-77. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 de maio de 2001, n. 96-E, Seção 1, p. 3-8.
41. PFEIFFER L. Y. **Método de classificação em níveis de gravidade da violência contra crianças e adolescentes**. 2011. 284f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.
42. DESLANDES, S. F. Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde. Superando a Violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 207-208, jul. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n2/v3n2a17.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691995000200017>.
43. PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr. (Rio J) [online]**. Porto Alegre, v. 81, n. 5-Supl., p. s197-s204, nov. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>. Acesso em: 12 Abr. 2020.
44. BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas**. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.
45. MATHEWS, B.; COLLIN-VÉZINA, D. Child sexual abuse: toward a conceptual model and definition. **Trauma Violence Abuse [online]**, v. 20, n. 2, p. 131-148, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1524838017738726>. Acesso em: 12 Abr. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>

46. MORÉ, C. L. O. O., KRENKEL S. **Violência no contexto familiar**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014. Disponível em: https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Violencia_Familiar.pdf. Acesso em: 12 Abr. 2020.
47. SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 10, Supl., p. 243-253, Dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>. Acesso em: 12 Abr. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500025>.
48. SCHOR, E. L.; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS TASK FORCE ON THE FAMILY. Family pediatrics: report of the task force on the family. **Pediatrics [online]**, v. 111, n. 6-Pt 2, p. 1541-1571, Jun. 2003. Disponível em: https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/111/Supplement_2/1541.full-text.pdf. Acesso em: 12 Abr. 2020.
49. ROSA, E. M.; LIRA, M. O. S. C. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: rede de apoio e superação. **J. Hum. Growth Dev. [online]**, v. 22, n. 3, p. 246-252, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n3/pt_18.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.
50. MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. Bras. Epidemiol. [online]**. v. 20, Supl. 1, p. 142-156, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>.
51. ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 625-631, jul/ago. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.
52. VEENEMA, T. G.; THORNTON, C. P.; CORLEY, A. The public health crisis of child sexual abuse in low and middle income countries: an integrative review of the literature. **Int. J. Nurs. Stud. [online]**, v. 52, n. 4, p. 864-881, Apr. 2015. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020-7489\(14\)00275-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020-7489(14)00275-2). Acesso em: 25 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.017>.
53. BIDARRA, Z. S.; LESSARD, G.; DUMONT, A. Co-occurrence of intimate partner violence and child sexual abuse: prevalence, risk factors and related issues. **Child Abuse Negl.** v. 55, p. 10-21, May 2016. Doi: [10.1016/j.chiabu.2016.03.007](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.007).
54. TENER, D. The secret of intrafamilial child sexual abuse: who keeps it and how? **J. Child. Sex. Abus. [online]**, v. 27, n.), p. 1-21, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390715>
55. MAIER, T. *et al.* The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: results from a nationwide agency survey. **Int. J. Public. Health.** v.

- 58, n. 6, p. 875-883, Dec. 2013. Disponível em:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00038-013-0498-6.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi: 10.1007/s00038-013-0498-6
56. CARTÓN DUARTE, J.; CORTÉS ARBOLEDA, M. R.; CANTÓN-CORTÉS, D. Variables associated with the nature os sexual abuse to minors. **Span. J. Psychol.** [online], v. 15, n. 2, p. 571-581, Jul. 2012. Doi: 10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38868.
57. DREZETT, J. *et al.* Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J. Pediatr. (Rio J.)** [online], Porto Alegre, v. 77, n. 5, p. 413-419, set./out. 2001. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a13.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi:
<https://doi.org/10.1590/S0021-75572001000500013>.
58. BAPTISTA, R. S. *et al.* Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul. Enferm.** [online], São Paulo, v. 21, n. 4, p. 602-608, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a11v21n4.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400011>.
59. Trindade LC, Linhares SM, Vanrell J, Godoy D, CA Martins J, Barbas SM. Sexual violence against children and vulnerability. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], São Paulo, v. 60, n. 1, p. 70-74, jan./feb. 2014; Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n1/1806-9282-ramb-60-01-0070.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.015>.
60. KLIEGMAN, R. M. *et al.* **Nelson textbook of pediatrics [e-book]**. 19. ed. Philadelphia: Saunders Elsevie, 2011.
61. ADED, N. L. O.; DALCIN, B. L. G. S.; CAVALCANTI, M. T. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1971-1975, ago. 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/24.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800024>.
62. GOLDBAUM, M. *et al.* Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, jan. 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/12.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100012>.
63. PRUDÊNCIO, L. S. **Itinerários terapêuticos de quilombolas: um olhar bioético sobre a atenção e o cuidado à saúde**. 2017. 271f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/178311>. Acesso em: 15 jan. 2020.
64. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de

- Janeiro, v. 15, n. 5, p. 22967-2305, Aug. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 15 jan. 2020.
65. CARLOS, D. M. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: olhares sobre a rede de apoio. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**, Porto Alegre, v. 37, n. Spe, e72859, [9f], 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp72859.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72859>.
66. DESLANDES, S. F.; CAMPOS, D. S. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v. 20, n. 7, p. 2173-2182, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2173.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.13812014>.
67. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 485/GM/MS, de 01 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 02 de abril de 2014, n. 63, Seção 1, p. 53-4.
68. AHRENS, K. R. *et al.* Psychosocial pathways to sexually transmitted infection risk among youth transitioning out of foster care: Evidence from a longitudinal cohort study. **J. Adolesc. Health [online]**, v. 53, n. 4, p. 478-485, Oct. 2013. Doi: [10.1016/j.jadohealth.2013.05.010](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.05.010).
69. SANCHEZ, F. M. **Redes de governança: um estudo multicasos no setor público de Santa Catarina**. 2018. 395f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.
70. D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med. [online]**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 134-141, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953/83887>. Acesso em: 25 maio 2020.
71. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.
72. BARAGATTI, D. Y. *et al.* Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 26, e3025, [9f], 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3025.pdf. Acesso em: 25 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2414.3025>.

73. SILVA, L. M. P. **A prevenção da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes, sob a ótica dos membros do Poder Judiciário**. 2010. 215f. Tese (Doutorado) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Doi: 10.11606/T.83.2010.tde-14012011-105445.
74. LORENCINI, B. D. B.; FERRARI, D. C. A.; GARCIA, M. Conceito de redes. *In*: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (org.). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. 4. ed. São Paulo: Ágora, 2002. p. 298-310.
75. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.
76. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.
77. AQUINO, L. M. C. A rede de proteção a crianças e adolescentes, a medida protetora de abrigo e o direito à convivência familiar e comunitária: a experiência em nove municípios brasileiros. *In*: SILVA, E. R. A. (org.). **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil** [Internet]. Brasília, DF: IPEA, 2004. p. 325-365. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=5481. Acesso em: 28 maio 2020.
78. DELZIOVO, C. R. **Violência sexual contra a mulher: características, consequências e procedimentos realizados nos serviços de saúde, de 2008 a 2013, em Santa Catarina, Brasil**. 2015.177f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/169494>. Acesso em: 28 maio 2020.
79. FINKELHOR, D. *et al.* Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth an update. **JAMA Pediat.** [online], v. 167, n. 7, p. 614-621, 2013. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.42.
80. LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 28, n. 9, p. 1749-1758, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a13.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900013>.
81. SIQUEIRA, A. C. **Instituições de abrigo, família e redes de apoio social e afetivo em**

- transições ecológicas na adolescência.** 2006.132f. Dissertação. (Mestrado)- Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2006. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5955/000522590.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 maio 2020.
82. CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>.
83. MCELVANEY, R. Disclosure of child sexual abuse: delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. **Child. Abuse Rev. [online]** v. 24, n. 3, p. 159-169, Jun. 2013. Doi: <https://doi.org/10.1002/car.2280>.
84. HALL, R. C. W.; HALL, R. C. W. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. **Mayo Clin. Proc. [online]**, v. 82, n. 4, p. 457-471, Apr. 2007. Doi: <https://doi.org/0.4065/82.4.457>.
85. PISA, O.; STEIN, L. M. Abuso sexual infantil e a palavra da criança vítima: pesquisa científica e a intervenção legal. **Rev. Tribunais [online]**, v. 96, n. 857, p. 456-477, mar. 2007. Doi: <https://bdjur.tjdft.jus.br/xmlui/handle/tjdft/22546>.
86. SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.
87. MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v. 11, Sup., p. 1259-1267, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.
88. ASSIS, M. S. M. **Estratégias de cuidado intersectorial em saúde mental infantil:** (des) conexões da rede. 2017. 146f. Dissertação (Mestrado Profissional)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/185379>. Acesso em: 28 maio 2020.
89. COELHO, G. J. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes:** o papel do médico da formação à prática profissional. 2002. Monografia (Especialização)- Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2001.
90. FREITAS, M. S. **Vitimização secundária de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual:** estudo sobre a rota crítica do atendimento pelo sistema de garantia de direitos. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Curso de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/4775>. Acesso em: 28 maio 2020.
91. BAPTISTA, M. V. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serv. Soc.**

- Soc. [online]**, São Paulo, n. 109, p. 179-199, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100010>. Acesso em: 28 maio 2020.
92. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Acordos com a ONU devem modernizar Justiça e proteger direitos da infância [Internet]. Brasília, DF, 11 dez. 2018. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/acordos-com-a-onu-devem-modernizar-justica-e-proteger-direitos-da-infancia/>. Acesso em: 28 maio 2020.
93. BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [Código Penal]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 01 abr. 2020.
94. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.015, de 07 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília 10 de agosto de 2009, n. 151, Seção 1, p. 1-2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm. Acesso em: 01 abr. 2020.
95. Brasil. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: Norma técnica. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.
96. DESLANDES, S. F. *et al.* Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. **Interface (Botucatu) [online]**. v. 20, n. 59, p. 865-877, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150405.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: 10.1590/1807-57622015.0405
97. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 de outubro de 2001, n. 206, Seção 1, p. 86.
98. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 09 de junho de 2014, n. 108, Seção 1, p. 7-9.
99. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de

- saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 17 de fevereiro de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 28 maio 2020.
100. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 de setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 28 maio 2020.
101. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)**: 2009, 2010 e 2011 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.
102. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104/MS/GM, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 25 de Janeiro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 28 nov. 2019.
103. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 de dezembro de 2010, n. 251, Seção 1, p. 88-93. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm. Acesso em: 28 nov. 2019.
104. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508/2011/GM/MS, de 28 de junho 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 de junho de 2011, n. 251, Seção 1, p. 88-93. Brasília, 2011.
105. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 14 de março de 2013, n. 50, Seção 1, p. 1-2.

106. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 528/GM/MS, de 01 de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 de abril de 2013, n. 62, Seção 1, p. 41-3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html. Acesso em: 01 abr. 2019.
107. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.845/2013, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 de agosto de 2013, n. 251, Seção 1, p. 88-93. Brasília, 2013.
108. BRASIL. Presidência da República. Lei 12.650/2012. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 18 de maio de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112650.htm. Acesso em: 01 abr. 2019.
109. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 618/GM/MS, de 18 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 22 de julho de 2014, n. 138, Seção 1, p. 82.
110. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.415/GM/MS, de 07 de novembro de 2014. Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 10 de novembro de 2014, n. 217, Seção 1, p. 55.
111. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 288/GM/MS, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília 26 de março de 2015, n. 58, Seção 1, p. 50. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm. Acesso em: 28 nov. 2019.
112. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.662/GM/MS, de 2 de outubro de 2015. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 06 de

outubro de 2015, n. 191, Seção 1, p. 26, 2015.

113. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 05 de abril de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm. Acesso em: 28 nov. 2019.
114. DIGIÁCOMO, M. J.; DIGIÁCOMO, E. **Comentários à Lei no 13.431/2017**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná e CAOPCAE, 2018. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/depoimento_especial/lei_13431_comenta_da_jun2018.pdf. Acesso em: 28 nov. 2019.
115. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 11 de dezembro de 2018, p. 24. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9603.htm. Acesso em: 01 abr. 2019.
116. SANTA CATARINA (ESTADO). Lei n. 17.995, de 02 de setembro de 2020. Institui o Programa de Atenção às Vítimas de Estupro, com objetivo de dar apoio e identificar provas periciais. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 03 de setembro de 2020, n. 21.346. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2020/17995_2020_lei.html. Acesso em: 07 out. 2020.
117. LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Rev. Serv. Público [online]**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015. Doi: <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i2.409>.
- 118 - BRASIL. Caderno de Formação do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro – PAIR. Brasília: Secretária de Estado de Direitos Humanos - SEDH, 2007. Disponível em: <http://www.iin.oea.org/boletines/boletin5/construccion-politicas-publicas-esp/Programa-Nacional.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.
119. DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 11, Supl., p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.
120. ABATH, M. B. *et al.* Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, v. 23, n. 1, p. 131-142. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00131.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020. Doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>.

121. TURSZ, A. *et al.* Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse Negl.* v. 34, n. 7, p. 534-544, 2010. Doi: 10.1016/j.chiabu.2009.12.005.
122. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV/Fiocruz) *et al.* (org.). Pesquisa: “uso integrado de base de dados na avaliação em saúde”: material didático (tutorial). Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008.
123. BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, Jun. 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1512.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200016>.
124. RAMOS DO NASCIMENTO, E. M.; MOTA, E.; NASCIMENTO COSTA, M. C. Custos das internações de adolescentes em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online], Brasília, v. 12, n. 3, p. 137-145, set. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a04.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000300004>.
125. LAGUARDIA, J. *et al.* Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-146, set. 2004. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v13n3/v13n3a02.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000300002>.
126. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico]. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 11 jun. 2020.
127. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 25 maio 2020
128. LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a25.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025>.
129. BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/notificacao_violencias_

interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.

130. SILVA, P. A. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do Sul do Brasil. **Enferm. Global. [online]**. v. 16, n. 2, p. 406-444, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/en_1695-6141-eg-16-46-00406.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.
131. MOREIRA, G. A. R. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4267.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.17052013>.
132. GERMAN, R. R. *et al.* Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems; recommendations from the Guidelines Working Group. **MMWR Recomm. Rep.** v. 50, RR-13, p. 1-35, quiz CE1-7, jul. 2001.
133. OLIVEIRA, G. P. *et al.* Linkage entre SIM e SINAN para a melhoria da qualidade dos dados do sistema de informação da tuberculose: a experiência nacional. **Cad. Saúde Colet. [online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 107-111, jan.-mar. 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%2010-a.pdf. Acesso em: 28 maio 2020.
134. MEINCK, F. *et al.* Risk and protective factors for physical and sexual abuse of children and adolescents in Africa: a review and implications for practice. **Trauma Violence Abuse [online]**, v. 16, n. 1, p. 81-107, 2015. Doi: [10.1177/1524838014523336](https://doi.org/10.1177/1524838014523336).
135. LAHTINEN, H.-M. *et al.* Children's disclosures of sexual abuse in a population-based sample. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 76, p. 84-94, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.011>
136. HERRENKOHL, T. I. *et al.* Mediating and moderating effects of social support in the study of child abuse and adult physical and mental health. **Am. J. Orthopsychiatry [online]**, v. 86, n. 5, p. 573-583, Feb. 2016. Doi: [10.1037/ort0000136](https://doi.org/10.1037/ort0000136).
137. ALMUNEEF, M. A.; ALGHAMDI, L. A.; SALEHEEN, H. N. Family profile of victims of child abuse and neglect in the Kingdom of Saudi Arabia. **Saudi Med. J.** v. 37, n. 8, p. 882-888, 2016. Doi: [10.15537/smj.2016.8.14654](https://doi.org/10.15537/smj.2016.8.14654).
138. SHIELDS, M.; TONMYR, L.; HOVDESTAD, W. E. The decline of child sexual abuse in Canada: evidence from the 2014 General Social Survey. **Can. J. Psychiatry [online]**. v. 64, n. 9, p. 638-646, Sep. 2019. Doi: [10.1177/0706743718818417](https://doi.org/10.1177/0706743718818417).
139. SILVA, J. V.; RONCALLI, A. G. Prevalence of sexual violence in Brazil: associated individual and contextual factors. **Int. J. Public Health [online]**, v. 63, n. 8, p. 933-944, Nov. 2018. Doi: [10.1007/s00038-018-1136-0](https://doi.org/10.1007/s00038-018-1136-0).

140. SANTOS, M. J. *et al.* Prevalência de violência sexual e fatores associados entre estudantes do ensino fundamental - Brasil, 2015. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 535-544, fev. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n2/1678-4561-csc-24-02-0535.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.13112017>.
141. RATES, S. M. M. *et al.* Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655-665, mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00655.pdf. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15242014>.
142. VON HOHENDORFF, J. *et al.* Documentary analysis of cases of sexual violence against boys reported in Porto Alegre. **Paidéia (Ribeirão Preto) [online]**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 58, p. 187-196, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v24n58/1982-4327-paideia-24-58-0187.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-43272458201406>.
143. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence and Injury Prevention. **Prevention of child maltreatment: WHO scales up child maltreatment prevention activities**. Geneve: WHO, 2013. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/. Acesso em: 24 jun. 2020.
144. SODIPO, O. O. *et al.* The pattern and characteristics of sexual assault perpetrators and survivors managed at a sexual assault referral centre in Lagos. **Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med. [online]**, v. 10, n. 1, 1727, nov. 2018. Doi: 10.4102/phcfm.v10i1.1727.
145. ANDERSON, B. *et al.* The prevalence of abnormal genital findings, vulvovaginitis, enuresis and encopresis in children who present with allegations of sexual abuse. **J. Pediatr. Urol. [online]**, v. 10, n. 6, p. 1216-1221, Dec. 2014. Doi: 10.1016/j.jpuro.2014.06.011.
146. HASSAN, M. A. *et al.* Patterns of sexual abuse among children: Victims' and perpetrators' characteristics. **J. Aggress. Maltreat. Trauma [online]**, v. 24, n. 4, p. 400-418, 2015. Doi: 10.1080/10926771.2015.1022289.
147. MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2889-2898, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2889.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12752017>.
148. SILVA, W. D. S. *et al.* Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 599-606, Feb. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0599.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.04932016>.

149. ESSABAR, L.; KHALQALLAH, A.; DAKHAMA, B. S. B. Child sexual abuse: report of 311 cases with review of literature. **Pan. Afr. Med. J.** [online], v. 20, 47, Jan. 2015. Doi: 10.11604/pamj.2015.20.47.4569.
150. MUTAVI, T. *et al.* Incidence of depressive symptoms among sexually abused children in Kenya. **Child Adolesc Psychiatry Ment. Health** [online], v. 12, 40, Jul. 2018. Doi: 10.1186/s13034-018-0247-y.
151. MILLS, R. *et al.* Self-reported and agency-notified child sexual abuse in a population-based birth cohort. **J Psychiatr Res.** [online], v. 74, p. 87-93, Mar. 2016. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.12.021.
152. CAPELLA, C. *et al.* Winning a race: Narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. **J. Child. Sex. Abus.** [online], v. 25, n. 1, p. 73-92, 2016. Doi: 10.1080/10538712.2015.1088915.
153. PEREDA, N. *et al.* The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). **Child. Abuse Negl.** [online], v. 33, n. 6, p. 331-342, 2009. Doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.007.
154. STOLTENBORGH, M. *et al.* A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. **Child Maltreat.** [online], v. 16, n. 2, p. 79-101, May. 2011. Doi: 10.1177/1077559511403920.
155. BARTH, J. *et al.* The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health.* **Int. J. Public. Health** [online], v. 58, n. 3, p. 469-483, Jun. 2013. Doi: 10.1007/s00038-012-0426-1.
156. MA, Y. Prevalence of childhood sexual abuse in China: a meta-analysis. **J. Child. Sex. Abus.** [online], v. 27, n. 2, p. 107-121, Feb.-Mar. 2018. Doi: 10.1080/10538712.2018.1425944.
157. MATTA OSHIMA, K. M.; JONSON-REID, M.; SEAY, K. D. The influence of childhood sexual abuse on adolescent outcomes: the roles of gender, poverty, and revictimization. **J. Child. Sex. Abus.** [online], v. 23, n. 4, p. 367-386, 2014. Doi: 10.1080/10538712.2014.896845.
158. AL-JILAIHAWI, S. *et al.* Clinical characteristics of children presenting with a suspicion or allegation of historic sexual abuse. **Arch. Dis. Child.** [online], v. 103, n. 6, p. 533-539, Jun. 2018. Doi: 10.1136/archdischild-2017-313676.
159. SHATTUCK, A. *et al.* Children exposed to abuse in youth-serving organizations: Results from national sample surveys. **JAMA Pediatr.** [online], v. 170, n. 2, e154493, Feb. 2016. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.4493.
160. TIMMERMAN, M. C.; SCHREUDER, P. R. Sexual abuse of children and youth in residential care: an international review. **Aggress. Violent Behav.** [online], v. 19, n. 6,

- p. 715-720, Nov./Dec. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.09.001>.
161. NICHOLS, J. *et al.* Physical and sexual abuse in orphaned compared to non-orphaned children in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 38, n. 2, p. 304-316, Feb. 2014. Doi: [10.1016/j.chiabu.2013.09.012](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.012).
 162. BLAKEMORE, T. *et al.* The impacts of institutional child sexual abuse: a rapid review of the evidence. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 74, p. 35-48, Dec. 2017. Doi: [10.1016/j.chiabu.2017.08.006](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.006).
 163. BYRNE, G. Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among individuals with an intellectual disability: A review of the recent literature. **J. Intellect. Disabil. [online]**, v. 22, n. 3, p. 294-310, Sep. 2018. Doi: [10.1177/1744629517698844](https://doi.org/10.1177/1744629517698844).
 164. WISSINK, I. B. *et al.* Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): a narrative review. **Res. Dev. Disabil. [online]**, v. 36, p. 20-35, Jan. 2015. Doi: [10.1016/j.ridd.2014.09.007](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.09.007).
 165. BJØRNSETH, I.; SZABO, A. Sexual violence against children in sports and exercise: a systematic literature review. **J. Child. Sex. Abus. [online]**, v. 27, n.4, p. 365-385, May-Jun. 2018. Doi: [10.1080/10538712.2018.1477222](https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477222).
 166. ARAUJO, J. O. *et al.* Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo, v. 53, 78, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-78.pdf. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001081>.
 167. MODELLI, M. E.; GALVÃO, M. F.; PRATESI, R. Child sexual abuse. **Forensic Sci Int. [online]**, v. 217, n. 1-3, p. 1-4, Apr. 2012. Doi: [10.1016/j.forsciint.2011.08.006](https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.08.006).
 168. HÉBERT, M. *et al.* Sleep problems and dissociation in preschool victims of sexual abuse. **J. Trauma Dissociation [online]**, v. 18, n. 4, p. 507-521, Jul.-Sep. 2017. doi: [10.1080/15299732.2016.1240739](https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240739).
 169. TANAKA, M. *et al.* Child sexual abuse in Japan: A systematic review and future directions. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 66, p. 31-40, Apr. 2017. Doi: [10.1016/j.chiabu.2017.02.041](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.041).
 170. MOHLER-KUO, M. *et al.* Child sexual abuse revisited: a population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. **J. Adolesc. Health [online]**, v. 54, n. 3, p. 304-311.e1, Mar. 2014. Doi: [10.1016/j.jadohealth.2013.08.020](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.08.020).
 171. BASSANI, D. G. *et al.* Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. **BMC Public Health. [online]**, v. 9, n. 1, Art. 133, [11f.], 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-133.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. Doi: [10.1186/1471-2458-9-133](https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-133).

172. SILVA, M. C. M. *et al.* Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-12, jul./set. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a05.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-4974201300030000>
173. MIKAEILI, N.; BARAHMAND, U.; ABDI, R. The prevalence of different kinds of child abuse and the characteristics that differentiate abused from nonabused male adolescents. **J. Interpers. Violence [online]**, v. 28, n. 5, p. 975-996, Mar. 2013. Doi: 10.1177/0886260512459377.
174. MALTA, D. C. *et al.* Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1669-1679, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/08.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020. Doi: Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500008>.
175. FERGUSSON, D. M.; MCLEOD, G. F.; HORWOOD, L. J. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 37, n. 9, p. 664-674, Sep. 2013. Doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
176. TRICKETT, P. K.; NOLL, J. G.; PUTNAM, F. W. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. **Dev. Psychopathol. [online]**, v. 23, n. 2, p. 453-476, May 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693773/pdf/nihms466389.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. Doi: doi:10.1017/S0954579411000174.
177. CARAVACA SÁNCHEZ, F.; IGNATYEV, Y.; MUNDT, A. P. Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. **Crim. Behav. Ment. Health [online]**, v. 29, n. 1, p. 18-30, Feb. 2019. Doi: 10.1002/cbm.2099.
178. DEVRIES, K. M. *et al.* Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. **Pediatrics [online]**, v. 133, n. 5, e1331-e1344, May 2014. Doi: 10.1542/peds.2013-2166.
179. NG, Q. X. *et al.* Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: an update meta-analysis. **J. Psychiatr. Res. [online]**, v. 99, p. 129-141, Apr. 2018. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.001.
180. BAYTUNCA, M. B. *et al.* Childhood sexual abuse and supportive factors. **Pediatr. Int. [online]**, v. 59, n. 1, p. 10-15, Jan. 2017. Doi: 10.1111/ped.13065.
181. JENNY, C.; CRAWFORD-JAKUBIAK, J. E. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. **Pediatrics [online]**, v. 132, n. 2, p. e558-e567, Aug. 2013. Doi: 10.1542/peds.2013-1741.

182. SHRIVASTAVA, A. K. *et al.* Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: a neurobiological trajectory of pathogenesis. **Ind. Psychiatry J. [online]**, v. 26, n. 1, p. 4-12, Jan.-Jun. 2017. Doi: 10.4103/ipj.ipj_38_15.
183. MANIGLIO, R. Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder: a systematic review. **Clin. Child Fam. Psychol. Rev. [online]**, v. 17, n. 3, p. 268-282, Sep. 2014. Doi: 10.1007/s10567-013-0161-z.
184. HANNAN, S. M. *et al.* Childhood sexual abuse and later alcohol-related problems: Investigating the roles of revictimization, PTSD, and drinking motivations among college women. **J. Interpers. Violence [online]**, v. 32, n. 14, p. 2118-2138. Doi: 10.1177/0886260515591276.
185. VROLIJK-BOSSCHAART, T. F. *et al.* Psychosocial symptoms in very young children assessed for sexual abuse: a qualitative analysis from the ASAC study. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 73, p. 8-23, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.001>.
186. CUMMINGS, M.; BERKOWITZ, S. J.; SCRIBANO, P. V. Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. **Curr. Psychiatry Rep. [online]**, v. 14, n. 6, p. 599-607, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23011785>. Acesso em: 15 jan. 2019. Doi: 10.1007/s11920-012-0316-5.
187. LÓPEZ, S. *et al.* Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. **Gac. Sanit. [online]**, v. 31, n. 3, p. 210-219, May./Jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2017.v31n3/210-219/es>. Acesso em: 15 jan. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>.
188. PULVERMAN, C. S.; KILIMNIK, C. D.; MESTON, C. M. The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: a comprehensive review. **Sex. Med. Rev. [online]**, v. 6, n. 2, p. 188-200, Apr. 2018. Doi: 10.1016/j.sxmr.2017.12.002.
189. HOWELL, K. H. *et al.* The relationship between types of childhood victimisation and young adulthood criminality. **Crim. Behav. Ment. Health [online]**, v. 27, n. 4, p. 341-353, Oct. 2017. Doi: 10.1002/cbm.2002.
190. MCGRATH, R. J.; LASHER, M. P.; CUMMING, G. F. The Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale (SOTIPS): psychometric properties and incremental predictive validity with Static-99R. **Sex. Abuse [online]**, v. 24, n. 5, p. 431-458, Oct. 2012. Doi: 10.1177/1079063211432475.
191. ABAJOBIR, A. A. *et al.* Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: a systematic review and meta-analysis. **Child Abuse Negl. [online]**, v. 63, p. 249-260, Jan. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.023>.
192. SERBULENT, K.; OZLEM, K.; MURAT, T. Inflammatory parameters in sexually

- abused children. *Saudi medical journal*. 2017;38(12):1213. **Saudi Med. J. [online]**, v. 38, n. 12, p. 1213-1218, Dec. 2017. Doi: 10.15537/smj.2017.12.21463.
193. HU, M. H. *et al.* Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. **Medicine (Baltimore) [online]**, v. 97, n. 14, e0236, 2018. Doi: 10.1097/MD.0000000000010236.
194. FRESNO, A. *et al.* The effect of sexual abuse on children's attachment representations in Chile. **J. Child Sex. Abus. [online]**, v. 23, n. 2, p. 128-145, 2014. Doi: 10.1080/10538712.2014.870949.
195. SOUZA, C. S. *et al.* Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-784, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00773.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18432013>.
196. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES; et al (Ed.). **Red book®: 2009 - Report of the Committee on Infectious Diseases**. 28. ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2009. 984p.
197. ROBERTS, A. L. *et al.* Women's experience of abuse in childhood and their children's smoking and overweight. **Am. J. Prev. Med. [online]**, v. 46, n. 3, p. 249-258, mar. 2014. Doi: 10.1016/j.amepre.2013.11.012.
198. YANG, J. *et al.* Incidence and cost of sexual violence in Iowa. **Am. J. Prev. Med. [online]**, v. 47, n. 2, p. 198-202, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.04.005>
199. SALTER, D. *et al.* Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. **Lancet. [online]**, v. 361, n. 9356, p. 471-476, Feb. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12583946>. Acesso em: 15 jan. 2019.
200. PEREIRA, S. M. P.; LI, L.; POWER, C. Child maltreatment and adult living standards at 50 years. **Pediatrics [online]**, v. 139, n. 1, e20161595, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1595>.
201. MILANIYAK, I.; WIDOM, C. S. Does child abuse and neglect increase risk for perpetration of violence inside and outside the home? **Psychol. Violence [online]**, v. 5, n. 3, p. 246-255, Jul. 2015. Doi: 10.1037/a0037956.
202. PLUMMER, M.; COSSINS, A. The cycle of abuse: when victims become offenders. **Trauma Violence Abuse [online]**, v. 19, n. 3, p. 286-304, Jul. 2018. Doi: 10.1177/1524838016659487.

203. WIDOM, C. S.; MASSEY, C. A prospective examination of whether childhood sexual abuse predicts subsequent sexual offending. **JAMA Pediatr.** [online], v. 169, n. 1, e143357, Jan. 2015. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.3357.
204. REIS, D. C.; BARROS, A. A. S.; CAVALCANTE, L. I. C. Agressor sexual de crianças e adolescentes: uma discussão sobre o gênero dos participantes na literatura. **Psicol. Rev.** [online], Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 252-272, ago. 2015. Doi: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P251>.
205. GALLAGHER, B.; BRADFORD, M.; PEASE, K. Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. **Child. Abuse Negl.** [online], v. 32, n. 5, p. 517-28, May 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18513796>. Acesso em: 15 jan. 2019.
206. MORGAN, L.; LONG, L. Female perpetrated sexual offences reported to a London sexual assault referral centre. **J. Forensic Leg. Med.** [online], v. 54, p. 130-135, Feb. 2018. Doi: 10.1016/j.jflm.2018.02.001.
207. SETO, M. C. *et al.* The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: a meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. **Clin. Psychol. Rev.** [online], v. 39, p. 42-57, Jul. 2015. Doi: 10.1016/j.cpr.2015.04.001.
208. HU, M.; LIANG, B.; HUANG, S. Sex offenses against minors in China: an empirical comparison. **Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.** [online], v. 61, n. 10, p. 1099-1124, Aug. 2017. Doi: 10.1177/0306624X15616220.
209. JONG, R.; DENNISON, S. Recorded offending among child sexual abuse victims: a 30-year follow-up. **Child Abuse Negl.** [online], v. 72, p. 75-84, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.013>.
210. ASSINK, M. *et al.* Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. Psychological bulletin. 2019. **Psychol. Bull.** [online], v. 145, n. 5, p. 459-489, May 2019. Doi: 10.1037/bul0000188.
211. COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (COCAN). Protecting children from sexual abuse by health care providers. **Pediatrics** [online], v. 128, n. 2, p. 407-426, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21708795>. Acesso em: 15 jan. 2019.
212. FRANZIN, L. C. S.; *et al.* Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse Negl.** v. 38, n. 10, p. 1706-1714, 2014. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.003.
213. KATZ, C. "What do you mean the perpetrator? You mean my friend??" Spotlighting the narratives of young children who are victims of sexual abuse by their peers. **Psychol. Violence** [online], v. 10, p. 30-37, 2020. Doi: 10.1037/VIO0000238.

214. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades, Panorama, Santa Catarina. Rio de Janeiro, RJ: IBGE; © 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/>. Acesso em: 25 maio 2020.
215. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Radar IDHM:** evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. Brasília, DF: IPEA: PNUD: FJP, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190416_rada_IDHM.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.
216. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. CNES Net. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde: Santa Catarina [Internet]. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome_Mantenedoras_Com_Mantidos.asp?VEstado=42&VMun=0. Acesso em: 25 maio 2020.
217. MARCONDES, E. *et al.* **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2002. Tomo I: Pediatria Geral e Neonatal.
218. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Tabnet, Violência doméstica, sexual e/ou outras violências, Brasil [Internet], Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 25 maio 2020.
219. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Roteiro para uso do Sinan Net:** análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.
220. SILVA, L. M. P. *et al.* Análise da completude das notificações de violência perpetradas contra crianças. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 1, p. 91-100, jan., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23306/25900>. Acesso em: 25 maio 2020.
221. SOUZA, V. M. M. *et al.* Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da Leptospirose-Brasil, 2007. **Cad. Saúde Colet.** [online], Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.95-105, 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%209-a.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.
222. REICHENHEIM, M. E. *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **TheLancet.com** [Internet]: Séries Saúde no Brasil 5, p, 75-89, 2011. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material_1_violencia_lancet.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

APÊNDICES

Apêndice B - Quadro: Programas e marcos legais de direitos de crianças e adolescentes, no Brasil, por ano.

Ano	Legislação e Ações	Descrição
1948	Declaração Universal de Direitos Humanos	Reconhece o direito de cidadão da criança e do adolescente.
1988	Artigo 227 da Constituição Brasileira	Visa garantir a proteção de crianças e adolescentes pela família, sociedade e Estado.
1990	Lei n. 99710	O Brasil adota plenamente o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, Aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989.
1990	Lei n. 8069	Aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que prevê a criação de conselhos tutelares.
1991	Projeto de Lei n. 8242	Criação do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
1998	Implementação do SIPIA	IPIA- Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência, apoio informativo para os trabalhos dos conselhos dos Direitos da Criança e Adolescentes nos três níveis de gestão.
1999	Normativa n.1354 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.	Norteadora legal que direcionou a legislação que instaurou a notificação obrigatória de abuso infantil.
1999	Norma Técnica (NT)	Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.
2001	Normativa n. 737 do Ministério da Saúde	Regulamenta os Institutos de Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência.
2001	Normativa n.1968 do Ministério da Saúde.	Torna obrigatório para todos os serviços de saúde do país a notificação de casos confirmados ou suspeitos de abuso de crianças e adolescentes.
2002	Programa Nacional de Combate a Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.	Criado como produto do Plano Nacional de Combate a Violência contra Crianças e Adolescentes
2003	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM (piloto)	Programa de suporte de acomodações, para crianças e adolescentes ameaçados, com apoio de assistência social, psicológico, pedagógico, financeiro e legal.
2003	PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual no território nacional (PAIR)
2004	Normativa n. 2406 do Ministério da Saúde	Estabelece o Serviço de notificação, formulários de notificação e fluxos de referência.
2006	Resolução n. 113	Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)
2006	Portaria n. 1356 do Ministério da Saúde	Implanta a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)
2007	Decreto n 6231	Oficialmente estabelece o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), iniciado em 2003
2007	Decreto n. 6286 Art. 4º	Programa Saúde na Escola – PSE, ampliava a atuação das equipes de saúde da família para dentro das escolas.
2009		VIVA passa a integrar o SINAN, integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela.
2009	Lei n. 12015	Altera o título da Parte Especial do Código Penal de 1940, passando a denominar “Crimes contra a Dignidade Sexual”
2010	Projeto de lei que exclui o castigo corporal.	Enviado ao Congresso em 14 de Julho de 2010 em Celebração aos 20 anos do ECA
2010	Plano Decenal do Conanda.	Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes – tem como diretriz a ampliação e articulação de políticas, programas, ações e serviços para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes

Continua...

Ano	Legislação e Ações	Descrição
Continuação		
2010	Portaria n. 4.279 Ministério da Saúde	Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS.
2010	Ministério da Saúde	Implementa a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, objetivando promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes com direitos violados.
2011	Decreto n. 7508	Regulamenta a Lei no 8.080/1990 e orienta a organização de redes de atenção à saúde para o SUS, onde se inclui a rede de serviços de atenção para pessoas em situação de violência sexual
2011	Portaria n. 104 Ministério da Saúde	Universaliza notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-as na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registrados no SINAN.
2012	Lei n. 12.594 Lei do Sist. Nac. Atend.. Socioeducativo SINASE	Regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas aos adolescentes em conflito com a lei, padronizando o atendimento e o processo de apuração das infrações cometidas.
2012	Lei n. 12650 dos crimes contra a dignidade sexual de crianças e adolescentes.	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes.
2012	Lei n. 12.650 – “Lei Joanna Maranhão”	Determina que a contagem para prescrição de crimes sexuais cometidos contra crianças e adolescentes seja calculada a partir de quando as vítimas completam 18 anos e não mais da data de quando o abuso foi praticado.
2012	Atualização da NT de 1999	Objetiva a expansão e qualificação das redes estaduais e municipais de atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de violência e a configuração de uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas de violência sexual.
2013	Decreto n. 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 SUS, orienta uma ação que deverá alterar a atenção integral para pessoas em situação de violência sexual, com a implementação do registro de informações e coleta de vestígios no SUS.
2013	Lei n. 12485	Dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência em todos os hospitais integrantes da rede SUS
2013	Portaria n. 508 Ministério da Saúde	Define as regras para a habilitação e o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.
2014	Portaria n. 1271 Ministério da Saúde	Insera a violência sexual e tentativa de suicídio como agravo de notificação compulsória imediata pelos profissionais de saúde à vigilância epidemiológica.
2014	Portaria n. 485	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.
2014	Portaria n. 618 Ministério da Saúde	Dispõe sobre regras para o cadastramento dos serviços especializados, houve alteração da tabela do Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), para o serviço especializado – Atenção Integral à Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual.
2014	Portaria n. 2415 Ministério da Saúde	Inclui o procedimento “Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência” e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.
2014	Lei n. 13010 - “Lei da Palmada”	Altera a Lei 8069/90 (ECA) para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Educação).
2015	Portaria Interministerial n. 288	Firma orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e do SUS, quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

Continua...

Ano	Legislação e Ações	Descrição
Continuação		
2015	Portaria n. 1662	Define critérios para habilitação à realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no SUS, incluiu habilitação no SCNES e criou procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
2016	Portaria n. 204 do Ministério da Saúde	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.
2016	Lei n. 13257 Marco legal da primeira infância.	Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.
2017	Lei n. 13431 – “Lei do Sistema de Garantia de Direitos”	Normatiza e organiza 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 (ECA).
2018	Decreto n. 9.603	Regulamenta a Lei n. 13431.
2018	Cooperação técnica entre ONU e CNJ	Elaborado o Relatório Técnico para Aprimoramento da informação do sistema judiciário para proteger os direitos das crianças. Objetivou elaborar estratégias, subsídios e insumos necessários para formulação e implementação, na rede de proteção integral, de metodologia de atendimento a crianças e adolescentes em situação de alta vulnerabilidade

Fonte: Adaptado de Reichenheim *et al.*²²²

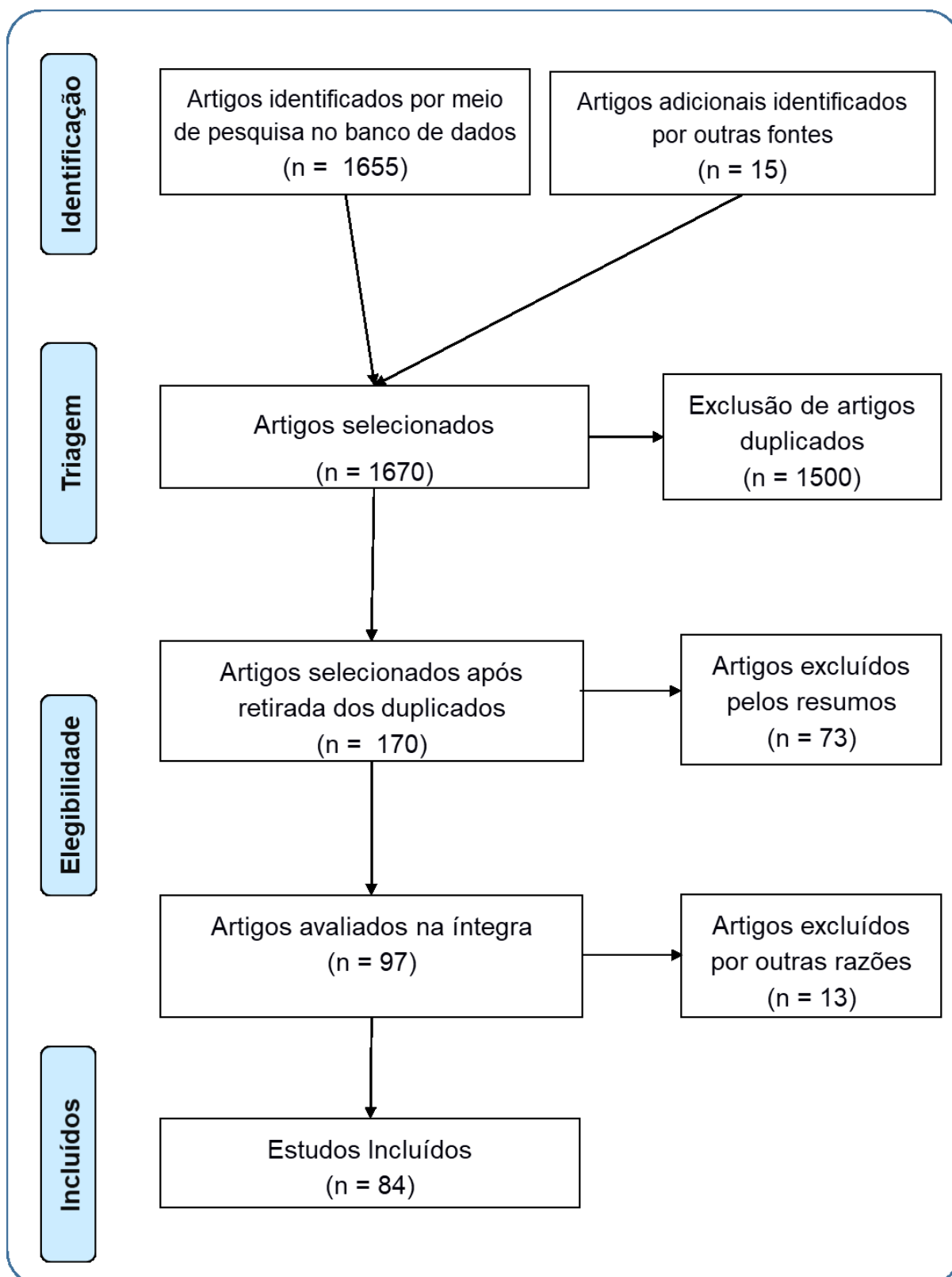
Nota: CNJ: Conselho Nacional de Justiça, ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente; NT: Norma Técnica; ONU: Organização das Nações Unidas; SCNES: Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SUS: Sistema Único de Saúde; VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes.

Apêndice C - Base de dados e Estratégia de busca utilizadas para a revisão da literatura

Base	Estratégia de Busca
PubMed	<p>("Child Abuse, Sexual"[Mesh] OR "Sexual Child Abuse" OR "Child Sexual Abuse" OR "Childhood sexual abuse" OR "Child sexual assault" OR "Childhood sexual assault") OR (("Sex Offenses"[Mesh:NoExp] OR "Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "sexual assault" OR "rape"[MeSH Terms] OR "rape") AND ("child" OR "children" OR "childhood"))</p> <p>"Mandatory Reporting"[Mesh] OR "Reporting" OR "notification"</p>
LILACS	<p>"Sexual Child Abuse" OR "Child Sexual Abuse" OR "Childhood sexual abuse" OR "Child sexual assault" OR "Abuso sexual na infancia" OR "Abuso sexual da criança" OR "Abuso sexual de criança" OR "Abuso sexual infantil" OR "abuso sexual em crianças" OR "violencia sexual na infancia" OR "violencia sexual da criança" OR "violencia sexual de criança" OR "violencia sexual infantil" OR "violencia sexual em crianças" OR "Abuso sexual de niños" OR "Abuso sexual del niño" OR "violencia sexual en los niños" OR "violencia sexual en niño" OR "violencia sexual contra niños" OR "violencia sexual contra niño" OR ("Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "sexual assault" OR "rape" OR "rape" OR "Abuso sexual" OR "violencia sexual" OR "Delito Sexual" OR "Delitos Sexuais" OR estupro* OR "Delitos Sexuales" OR violacion*) AND ("child" OR "children" OR "childhood" OR criança* OR infancia OR infantil OR nino*))</p>
Outras bases de dados	<p>("Sexual Child Abuse" OR "Child Sexual Abuse" OR "Childhood sexual abuse" OR "Child sexual assault" OR ("Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "sexual assault" OR "rape"[MeSH Terms] OR "rape") AND ("child" OR "children" OR "childhood"))</p> <p>"Reporting" OR "notification"</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Apêndice D - Fluxograma referente à Estratégias de busca bibliográfica, nas bases de dados e na literatura cinzenta e respectivos resultados encontrados, período setembro 2014 a setembro de 2019.



Fonte: www.prisma.statement.gov, com dados da autora.

Apêndice E - Instrumento de Coleta dos Dados

Pesquisa: Violência sexual contra crianças em Santa Catarina: características e fatores associados à violência sexual de repetição

Pesquisador: Vanessa Borges Platt

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elza Salema Berger

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carolina Bolsoni

Os dados que serão extraídos da ficha de notificação do participante de pesquisa estão abaixo relacionados:

1. Dados relacionados às vítimas:

a) idade:

b) sexo:

c) raça:

d) presença ou não de deficiência/ transtorno: não() sim()

se presente, qual: _____

e) local de residência (município, bairro, se zona urbana, rural ou periurbana)

2. Da ocorrência:

a) município:

b) bairro:

c) zona urbana() rural () periurbana ();

d) local: habitação coletiva () escolar() local da prática() bar ou similar()

via pública() comércio/serviços() indústrias/construção()

e) horário da ocorrência

f) se ocorreu outras vezes: não() sim() – se sim quantas vezes: _____

3. Da tipologia da violência sexual:

a) assédio sexual() exploração sexual() estupro() pornografia infantil()

b) ocorreu penetração: não () sim ()

se sim, qual o tipo: anal() oral() vaginal()

c) qual o procedimento indicado:

- profilaxia de: IST () HIV () Hepatite B() Tétano()

- coleta de: sangue() sêmen() secreção vaginal()

- contracepção de emergência()

- aborto previsto em lei ()

4. Dados do provável autor da agressão

- número de envolvidos() sexo do agressor – M() F()

- suspeita do uso de álcool: sim() não()

- vínculo/grau de parentesco com a vítima: não() sim() – se sim qual: _____

Apêndice F - Justificativa da Ausência do Termo de Consentimento Livre e esclarecido**JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Pesquisa: *Violência sexual contra crianças em Santa Catarina características e fatores associados à violência sexual de repetição*

Pesquisadora: Vanessa Borges Platt

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elza Salema Berger

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carolina Bolsoni

Resumo: Estudo transversal, observacional descritivo e analítico, realizado com dados das violências sexuais contra crianças notificadas pelos profissionais de saúde com o preenchimento e inserção no SINAN das Fichas de Notificação de Investigação, no período compreendido entre janeiro de 2009 a dezembro de 2018, no estado de Santa Catarina.

A pesquisadora sabe que a Resolução N° 466/2012 é enfática em relação à obtenção do TCLE em seu capítulo IV: “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”. Entretanto, a Resolução 466/2012 reconhece algumas situações especiais (IV.7 e IV.8) em que o TCLE pode ser dispensado, como neste caso, com a utilização de dados secundários provenientes de formulário eletrônico do Ministério da Saúde, de acesso público. A pesquisadora compromete-se em manter sigilo sobre os dados, sendo que em nenhum momento o participante de pesquisa será identificado e que somente as pesquisadoras terão acesso aos dados coletados, assumindo a responsabilidade pelas informações apresentadas.

Florianópolis, julho de 2019.

Apêndice G – Quadro: Resumo da produção nacional sobre a análise da qualidade de dados do SINAN, em três dimensões, 2014-2020

CONSISTÊNCIA					
AUTOR	ANO	PERÍODO AVALIADO	LOCAL	QUALIDADE	AGRAVO
Abath	2014	2009-2012	PE (Recife)	Excelente	Violência
Nozaki*	2015	2011/2012 e 2012/2013	PR	Adequado	Dengue
Silva	2017	2012-2014	BR	Ótima	TB
Delziovo	2018	2008-2013	SC	Excelente	VS contra a mulher
Girianelli	2018	2009-2016	RJ	Inexpressiva	Violência
COMPLETITUDE					
AUTOR	ANO	PERÍODO AVALIADO	LOCAL	QUALIDADE	AGRAVO
Abath	2014	2009-2012	PE (Recife)	Regular	Violência
Nozaki*	2015	2011/2012 e 2012/2013	PR	Regular - excelente	Dengue
Lírio	2015	2001-2010	Bahia	Baixa	TB-HIV/SIDA
Alvares	2015	2007-2011	MG (Betim)	Regular-excelente	Trabalho
Silva	2017	2012-2014	BR	Variável	TB
Delziovo	2018	2008-2013	SC	Boa	VS contra a mulher
Silva	2018	2009-2012	PE (Recife)	Ruim – muito ruim	Violência contra a criança
Fúlvio	2020	2007-2016	SC	Boa - baixa	TB-HIV/SIDA
DUPLICIDADE					
AUTOR	ANO	PERÍODO AVALIADO	LOCAL	QUALIDADE	AGRAVO
Abath	2014	2009-2012	PE (Recife)	Aceitável	Violência
Nozaki*	2015	2011/2012 e 2012/2013	PR	Adequado	Dengue
Silva Jr.	2016	2008-2009	BR	Maior % de registros repetidos na macrorregião NE	Dengue, Hanseníase, Leishimaniose Tegumentar e visceral, Meningite, TB
Delziovo	2018	2008-2013	SC	Aceitável	VS contra a mulher

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: VS: violência sexual; TB: tuberculose; FT: febre tifoide; HIV/SIDA: Vírus da imunodeficiência adquirida/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida *Dissertação; PE: Pernambuco; PR: Paraná; MG: Minas gerais; BR: Brasil, SC: Santa Catarina; NE: Nordeste.

ANEXOS

Anexo A – Ficha do SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual							
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA			Código (CID10)	3	Data da notificação			
					Y09						
	4	UF	5	Município de notificação		Código (IBGE)					
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora	<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros								
	7	Nome da Unidade Notificadora			Código Unidade		9		Data da ocorrência da violência		
	8	Unidade de Saúde			Código (CNES)						
	10	Nome do paciente					11		Data de nascimento		
Dados de Residência	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		13	Sexo	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado				
						14	Gestante				
							<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado				
							15		Raça/Cor		
								<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
	16	Escolaridade									
		<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica									
	17	Número do Cartão SUS			18				Nome da mãe		
Dados Complementares	19	UF	20	Município de Residência		Código (IBGE)		21	Distrito		
		22	Bairro		23		Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
		24	Número	25			Complemento (apto., casa, ...)		26	Geo campo 1	
	27	Geo campo 2		28			Ponto de Referência		29	CEP	
	30	(DDD) Telefone		31		Zona		32		Pais (se residente fora do Brasil)	
						<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social					34			Ocupação	
	35	Situação conjugal / Estado civil									
		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado									
Dados da Ocorrência	36	Orientação Sexual		3-Bissexual		37		Identidade de gênero:			
		<input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica)		<input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual			
		<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		38		39		Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?			
		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência		Código (IBGE)		42		Distrito	
		43	Bairro		44		Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
		45	Número	46		47		Geo campo 3		48	Geo campo 4
	49	Ponto de Referência			50		Zona		51		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
						<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					
	52	Local de ocorrência			07 - Comércio/serviços		53		Ocorreu outras vezes?		
		<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado					<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		54		A lesão foi autoprovocada?
								<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual

Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. péfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____

Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei
------------------	---

Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			

Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
----------------	---

Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento _____		

Informações complementares e observações		
Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:		

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
---	---	---------------------------------------

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função

Anexo B - Parecer Consubstanciado com Aprovação – CEP SH-UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência sexual contra crianças no Brasil: características a partir das notificações do SINAN

Pesquisador: Vanessa Borges Platt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18203919.8.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.615.628

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada, “Violência sexual contra crianças no Brasil: características a partir das notificações do SINAN”, será um estudo transversal, descritivo e analítico com foco nas violências sexuais contra crianças notificadas pelos profissionais de saúde com o preenchimento e inserção no SINAN das Fichas de Notificação de Investigação (BRASIL, 2015), no período compreendido entre janeiro de 2009 a dezembro de 2018, nas cinco Regiões brasileiras.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as características da violência sexual contra crianças e os fatores associados à continuidade do abuso registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no Brasil, no período de 2009 - 2018.

Objetivo Secundário:

- Identificar a violência sexual de acordo com as características das crianças agredidas, da agressão e do autor da agressão;
- Comparar as características da violência sexual contra as crianças nas diferentes regiões do Brasil;
- Estimar a associação entre a “continuidade do abuso” e as variáveis: tipo de abuso, local de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.615.628

ocorrência, vínculo, sexo e uso de álcool pelo autor, número de envolvidos; sexo, idade, cor da pele e presença de deficiência na criança agredida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora sabe que segundo a Resolução 466/2012, II.22 - risco da pesquisa refere-se à "possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Como serão utilizados dados secundários, de acesso público e como se trata de tema no qual a confidencialidade dos dados é absolutamente necessária para evitar o risco de revitimização, a pesquisadora se compromete a anonimizá-los no momento de transcrevê-los, de forma que não seja possível a identificação dos participantes e seus familiares. Somente a pesquisadora terá acesso aos "dados brutos" que são identificados.

Benefícios:

Espera-se que esta pesquisa ajude na edificação de novos conhecimentos que possam contribuir para melhor entendimento deste fenômeno social - das características do abuso sexual contra as crianças no Brasil, ajudando a retirar este tema da invisibilidade e sinalize a necessidade da melhoria na qualidade do preenchimento das notificações contra este agravo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão abrangente sobre o tema estudado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com a legislação vigente.

Apresentam fundamentação para dispensa de TCLE baseada em consulta de banco de dados nacional, anonimizado, e coleta de dados de aproximadamente 40.000 fichas de notificação no SINAN

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.615.628

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEPESH da UFSC está ciente da fragilidade a que estão submetidos os participantes desta pesquisa, entretanto reconhece a necessidade de pesquisas na área, a experiência das investigadoras no campo de estudo proposto e seu comprometimento em anonimizar os dados. Consideramos que seria muito interessante que o próprio Ministério da Saúde já cedesse o banco de dados anonimizado. Considerando as resoluções 466/CNS/12 e 580/CNS/18, a fundamentação do recurso enviado pelas pesquisadoras e a certeza de que o Ministério da Saúde fará a última análise dos riscos do projeto, após aprovação neste CEPESH, somos favoráveis à sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	05/09/2019 15:58:39		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RECURSO.docx	05/09/2019 15:58:27	Vanessa Borges Platt	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1400434.pdf	25/07/2019 11:44:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA.pdf	25/07/2019 11:43:10	Vanessa Borges Platt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	25/07/2019 11:42:51	Vanessa Borges Platt	Aceito
Folha de Rosto	FGRostoPBVanessaPlatt.pdf	23/07/2019 16:54:51	Vanessa Borges Platt	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.615.628

FLORIANOPOLIS, 02 de Outubro de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br