

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Gesiele de Lemos Brito

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO DISTRITO FEDERAL A PARTIR DAS
NOTIFICAÇÕES REGISTRADAS NO SINAN

Brasília

2020

Gesiele de Lemos Brito

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO DISTRITO FEDERAL A PARTIR DAS
NOTIFICAÇÕES REGISTRADAS NO SINAN

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola
Fiocruz de Governo como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde. (Área de concentração).

Orientador: Prof. (a) Dra. Tainá Raiol Alencar

Brasília

2020

B862c

Brito, Gesiele de Lemos

Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal a partir das notificações registradas no SINAN / Gesiele de Lemos Brito. - 2020

77f.: 30cm

Orientador: Profa. Dra. Tainá Raiol Alencar
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Violência Sexual. 2. Crianças e Adolescentes. 3. SINAN.
4. Direito das Crianças e Adolescentes - Garantias. 5. Distrito Federal.
I. Brito, Gesiele de Lemos. II. FIOCUZ Brasília. III. Título

CDD: 362.76

Bibliotecário Responsável: Cleide Nascimento Pimentel – CRB6/3238

Gesiele de Lemos Brito

Caracterização da Violência Sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal a partir das notificações registradas no SINAN

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 11/03/2020.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Tainá Raiol Alencar -Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Danielle Cabrini Mattos -Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dr. Vicente de Paula Faleiros - Universidade de Brasília - UNB

Dra. Tatiana Oliveira Novais -Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento é feito a Deus por ter conduzido até aqui, pela força concedida em dias que pensei em desistir diante das dificuldades e do cansaço de um longa jornada de estudos sem pausa acumulada ao trabalho formal. Obrigado Papaizinho por tudo desde a inscrição...!

Aos meus pais, por ter sido meus grandes companheiros e apoiadores. Obrigada mãe pelo seu colo e amor, bem como por ser minha amiga confidente. O seu olhar acalenta meu coração por meio dele tenho segurança e afeto que tanto preciso. Ao meu pai, obrigado por tido aquela conversa comigo quando ainda era adolescente, o Senhor falou que não poderia dar-me muitos bens materiais com os olhos marejados, mas que faria de tudo para dar-me acesso aos estudos. Hoje, estou aqui formada bacharel em serviço social e especialista em saúde pública, graças a sua dedicação. O alcance desses títulos não significam a questão de mérito pessoal, mas sim de todo conhecimento adquirido nesse percurso e por isso, serei eternamente grata por ser meu maior incentivador.

À minha irmã, Gabriela, pela paciência e pela parceira diária, por ser minha melhor amiga, eu te amo manona.

Aos meus avós e todo restante da minha família, com meus inúmeros tios e tias, primos e primas, por compartilharem os melhores momentos de minha vida.

À Igreja ADS AR 10, por ser minha segunda família com vocês sinto amada e acolhida.

As minhas amigas da biblio, bem como Thaís, Maisa e Keren, por acreditarem em mim e pelo estímulo em horas em que pensei que não conseguiria. Obrigado por vocês existirem em minha vida.

Aos meus amigos da GESPP UIBRA, vocês tornaram os meus dias mais alegres e engraçados. Janaina agradeço pela compreensão e flexibilidade durante o período em que tive aulas, você contribui para continuidade dos meus estudos, minha eterna gratidão.

À equipe da GESPP UIP que nessa fase final deram total apoio e incentivos.

À Fiocruz Brasília pela oportunidade de ingresso concedido por meio da implementação das cotas em seu primeiro edital relacionado ao mestrado profissional.

A minha orientadora Professora Tainá, que me auxiliou na elaboração desse trabalho, com paciência e dedicação. A você, os meus sinceros agradecimentos.

À banca examinadora deste trabalho, Professora Dra. Danielle, Professora Dra. Tatiana e ao Professor Dr. Faleiros, pela gentileza e disponibilidade de participarem dessa banca.

E a todos aqueles que de alguma forma direta ou indiretamente contribuíram na elaboração deste trabalho, em especial, os que no dia 18 de maio de 2018 estiveram comigo e permitiram instalar uma semente de curiosidade a respeito da violência sexual contra crianças e adolescentes na minha mente, meu objeto de estudo.

Gratidão!

*“Quem não se movimenta, não sente as correntes
que o prende” (Rosa de Luxemburgo)*

RESUMO

A violência é um fenômeno imbricado nas relações sociais da população, um problema de saúde pública que afeta o indivíduo e a sociedade, sobretudo crianças e adolescentes vítimas frequentes de violência sexual. Diante de tal complexidade, esse trabalho objetivou analisar a caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal (DF) a partir das notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2012 a 2016, caracterizando um estudo descritivo transversal sociodemográfico da violência sexual contra crianças e adolescentes. No total, entre 2012 a 2016, foram identificadas 4.056 notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no DF. Dessas, 1.423 (35%) contra crianças e 2.633 (75%) contra adolescentes. As vítimas predominantemente foram do sexo feminino e o sexo masculino sobressaiu entre os possíveis autores, tendo vínculo familiar e afetivo próximo da vítima. Referente ao tipo de violência sofrida, o estupro teve maior concentração dos casos tanto contra as crianças quanto contra os adolescentes. Em relação ao acionamento a rede de proteção, o Conselho Tutelar concentrou o maior número de registros de encaminhamentos. Os dados demonstraram que a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma realidade presente do DF, não muito distante do cenário do restante do país, fato consolidado em estudos previamente publicados. Com isso, a vigilância do fenômeno por meio do instrumento da ficha de notificação precisa ser reforçada e aperfeiçoada a fim de identificar e delinear as melhores estratégias para defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescentes que deve ser assegurada pelo Estado em parceria com a família e a sociedade.

Palavras Chaves: Violência Sexual. Crianças e Adolescentes. Ficha de Notificação. SINAN. Distrito Federal.

ABSTRACT

Violence is a phenomenon interwoven in the population's social relations, it is also a public health problem that affects both individual and society, in particular children and adolescents' victims of sexual violence. In face of such complexity, this work aimed to analyze the characterization of sexual violence towards children and adolescents in Distrito Federal (DF), based on registered notifications from the National Disease Notification System (SINAN) from the year of 2012 to 2016. Through these data, it was possible to develop a descriptive cross-sectional sociodemographic study of sexual violence against children and adolescents. Among the years of 2012 and 2016 were identified 4.056 notifications of sexual violence against children and adolescents in Distrito Federal (DF), from this number, about 1.423 (35%) were practiced against children and 2.633 (75%) practiced against adolescents. The victims were mainly female while males highlighted by being the potential offenders having a familiar and affective bond with the victim. Concerning the type of violence suffered, rape was the majority of cases both against children and adolescents. Regarding to the institutions that these people reported to, the Guardianship Council concentrated the majority of records referred. The data showed that sexual violence against children and adolescents is a constant reality in Distrito Federal (DF), not far from the scenario seen in the rest of the country, proofed in studies previously published. Thereby, the phenomenon supervision through the use of notification form needs to be reinforced and improved to identify and outline better strategies to defend and guarantee the rights of children and adolescents which must be assured by the State in partnership with family and society.

Key Words: Sexual Violence. Children and Adolescents. Notification Form. SINAN. Distrito Federal.

RESUMEN

La violencia es un fenómeno internalizado en las relaciones sociales de la población, un problema de salud pública que afecta al individuo y a la sociedad, sobre todo niños y jóvenes víctimas frecuentes de violencia sexual. Delante de tal complejidad, este trabajo tuvo como objetivo analizar la caracterización de la violencia sexual en el Distrito Federal (DF) a partir de las notificaciones registradas en el Sistema de Información de Agravos de Notificación (SINAN), entre los años de 2012 y 2016, caracterizando un estudio descriptivo transversal sociodemográfico de la violencia sexual contra niños y jóvenes. Entre los años de 2012 y 2016 fueron identificadas 4.056 notificaciones de violencia sexual contra niños y jóvenes en Distrito Federal. De ese total, 1.423 (35%) fueron practicadas contra niños, y 2.633 (75%) fueron practicadas contra jóvenes. Las víctimas fueron predominantemente del sexo femenino y el sexo masculino se sobresalió entre los posibles autores de los actos, teniendo vínculo familiar o afectivo cerca de la víctima. Con relación al tipo de violencia sufrido, el estupro tuvo mayor concentración de los casos, tanto contra los niños cuanto contra los jóvenes. Con respecto al accionamiento de la red de protección, el Consejo Tutelar concentró el mayor número de registros. Los datos demuestran que la violencia sexual contra niños y jóvenes es una realidad presente en el Distrito Federal, no muy distinta del escenario observado en el resto del país, lo que fue comprobado en estudios previamente publicados. Por lo tanto, es necesario observar la ocurrencia de ese fenómeno a partir de la utilización de la ficha de notificación, que necesita ser reforzada y perfeccionada a fin de que sirva para identificar y definir estrategias para la defensa y garantía de los derechos de los niños y jóvenes, que deben ser asegurados por el Estado en asociación con la familia y la sociedad.

Palabras Clave: Violencia Sexual. Niños y Jóvenes. Ficha de Notificación. SINAN. Distrito Federal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Tipologia da Violência.....	19
Figura 2 Fluxo dos dados de Vigilância de Violências e Acidentes.....	32
Figura 3 Fluxo de atendimento dos possíveis casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal.....	35
Figura 4 Número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas no SINAN, segundo o sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	46
Figura 5 Sexo do provável autor da violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas no SINAN, segundo o sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	49
Figura 6 Vínculo das crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	50
Figura 7 Vínculo dos adolescentes vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	51
Figura 8 Tipo de violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas no SINAN, segundo o sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	52
Figura 9 Encaminhamento de Crianças para outros setores notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	54
Figura 10 Encaminhamento de Adolescentes para outros setores notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características da cor da pele de crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	46
Tabela 2 Características da zona de residência de crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	47
Tabela 3 Características da cor da pele de adolescentes vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	47
Tabela 4 Características da zona de residência de adolescentes vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	48
Tabela 5 Características do local ocorrência da violência sexual contra crianças notificada no SINAN, segundo sexo, Brasil, 2012-2016.....	53
Tabela 6 Características do local ocorrência da violência sexual contra adolescentes notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

IML - Instituto de Medicina Legal

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAEFI - Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PSF - Programa de Saúde da Família

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

VIIJ - Vara da Infância e Juventude

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 REVISÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO.....	17
1.1.1 Violência sexual contra crianças e adolescentes.....	17
1.1.2 Mecanismos Legais de Proteção no Brasil.....	25
1.1.3 A política de saúde para crianças e adolescentes após ECA e a vigilância de violências e acidentes.....	28
1.1.4 Notificação da Violência Sexual: sua importância e o seu fluxo de funcionamento no Distrito Federal.....	33
2 JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS, METODOLOGIA E DISCUSSÃO	38
2.1 JUSTIFICATIVA.....	38
2.2 OBJETIVOS.....	39
2.2.1 Objetivo Geral.....	39
2.2.2 Objetivos Específicos.....	40
2.3 METODOLOGIA	40
2.3.1 Obtenção dos dados.....	41
2.3.2 Análise dos dados.....	43
2.3.3 RESULTADOS	45
2.3.3.1 <i>Características das vítimas</i>	45
2.3.3.2 <i>Características do possível agressor</i>	48
2.3.3.3 <i>Características da violência Sexual</i>	51
2.3.3.4 <i>Encaminhamentos</i>	54
2.3.4 DISCUSSÃO	55
3 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A	65

APÊNDICE B	66
APÊNDICE C	67
APÊNDICE D	68
APÊNDICE E	69
APÊNDICE F	70
ANEXO A	71
ANEXO B	72
ANEXO C	74
ANEXO D	76

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno social presente nas relações interpessoais da população, traz consequências tanto para os indivíduos envolvidos quanto para suas famílias e é um problema de saúde pública que acarreta custos emocionais, econômicos e sociais para sociedade (1,2).

No Brasil, entre o período de 2011 a 2017, foram registrados 184.524 notificações de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45%) contra adolescentes, ou seja, as duas faixas etárias juntas representam 76,5% dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (3).

O SINAN realiza a coleta, transmissão e disseminação de dados epidemiológicos de doenças e agravos de saúde. Esse sistema é um instrumento importante na vigilância de violências e acidentes, uma vez que possibilita compreender melhor a complexidade de tal fenômeno.

Por exemplo, quando se analisa o cenário nacional dos dados epidemiológicos relacionados à violência sexual contra crianças e adolescentes, o local de ocorrência mais citado foi a residência, em especial, no tocante ao sexo feminino com 71,2% e 58,7%, respectivamente. O estupro concentrou o maior índice dentre os tipos de violência sexual com 62,0% contra crianças e 70,4% contra adolescentes, e os principais autores foram arrolados do sexo masculino com vínculo familiar e amizade/conhecimento com as vítimas (3).

Tais números foram extraídos da base de dados do SINAN que é alimentado pelas informações contidas na ficha de notificação individual, preenchida pelos profissionais nos serviços de saúde quando têm conhecimento de casos confirmados ou suspeitos de violência.

Relativo a crianças e adolescentes, o preenchimento da ficha é obrigatório com o objetivo de proteger e resguardar os direitos das vítimas. Nesse sentido, a notificação representa “um passo importante para a quebra do ciclo de violência a que estão sujeitas as vítimas” (4).

Dada a relevância do tema abordado, observa-se a necessidade de problematizar, contextualizar e aprofundar estudos na área, particularmente no Distrito Federal, onde trabalhos acerca deste problema são ainda muito escassos. A presente dissertação prima para dar visibilidade à violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal como problema de saúde pública perpassado nas políticas públicas. Por isso, este trabalho propõe caracterizar a violência sexual contra crianças e adolescente no Distrito Federal, entre 2012 a 2016, a partir dos dados de notificações registradas no SINAN.

1.1 REVISÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO

1.1.1 Violência sexual contra crianças e adolescentes

O significado da palavra violência vem da palavra *vis*, de origem latina, que significa força e se liga às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. Em seu sentido material, o vocábulo parece neutro porém, quem averigua os eventos violentos nota que esses expõem relações de conflitos de autoridade, de lutas pelo poder e do desejo de domínio do outro ou de seus pertences. Suas expressões são consideradas aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, conforme as normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por mecanismos legais da sociedade (5).

Minayo (5) destaca que é “um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia”. Um fenômeno sócio histórico presente na experiência da humanidade relatado e documentado desde da Antiguidade até os dias atuais com as disputas de poder e o desejo em eliminar ao outro por meio da discriminação, crueldade, autoritarismo, guerras, entre outros, com a interferência no modo de relacionamento e de comunicação dos indivíduos (5).

Segundo Chauí (6),

Violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e intimidação, pelo medo e o terror. A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos e inertes ou passivos.

Ou seja, violência é a objetificação dos seres por meio do uso da força para cercar a liberdade e a vontade do outro com coação, constrangimento e tortura. Representa transgressão aos direitos humanos manifestada sob várias formas, tanto nos espaços públicos quanto nos privados. É uma relação de força com emprego de um poder violento desigual que nega o direito e desestrutura a identidade do dominado em favor do dominante para satisfação das vontades e desejos desse de forma arbitrária (7, 8). Ou seja, “é o exercício de um poder que não se pratica de forma legitimada, socialmente estabelecida pelas normas do respeito mútuo” (9).

Atitudes violentas podem ser categorizadas, de acordo com os traços daqueles que cometem o ato violento, como violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva, e de acordo com a natureza física, sexual, psicológica e privação ou abandono, conforme ilustrado na figura 1. A violência autodirigida subdivide-se entre comportamento suicida, que comporta suicídio, ideias suicidas, tentativas de suicídios, autoabuso, agressões a si próprio e atos de automutilação (10).

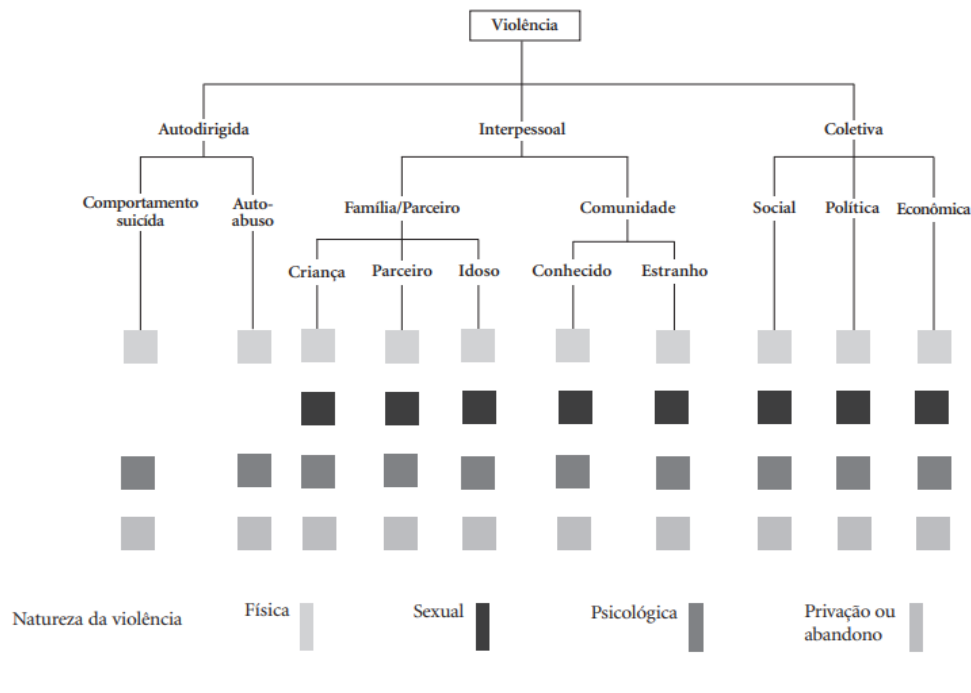


Figura 1- Tipologia da Violência. Fonte: DAHLBERG, DRUG (2007). Observações: A violência primeiro é apresentada como categoria ampla dividida a partir dos traços que cometem o ato violento e as relações dos sujeitos envolvidos na sequência de sua natureza.

A violência interpessoal refere-se a dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário. Violência intrafamiliar ocorre entre os membros da família ou entre parceiros íntimos, habitualmente praticada no ambiente da residência. Violência comunitária acontece no ambiente social em geral, pode ou não envolver pessoas ditas como conhecidas da vítima e usualmente está fora do alcance do lar (5,8,10).

A violência coletiva abrange a violência social, política e econômica cometida por grupos ou por países em razão de motivações múltiplas (5). Na parte social, compreende os crimes realizados por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. Na categoria política, incluem as guerras e conflitos violentos, violência do estado e crimes de multidões. Na área econômica, ataques de grupos e nações com finalidade de dominar e obter lucro (5,10).

Em torno da natureza dos atos, a violência física é o uso intencional da força física, não acidental, com fim de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou até mesmo destruir alguém. A violência psicológica coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem por meio de atitudes de depreciação, discriminação e desrespeito (5,10).

A violência sexual é qualquer tentativa ou ato sexual utilizado de forma não consentida com emprego de violência ou coerção contra a sexualidade de uma pessoa, independentemente da relação com a vítima.

A violência relacionada à privação ou ao abandono, infere-se a ausência, a recusa ou renúncia de cuidados necessário a pessoa que necessitaria receber atenção e cuidados (5,10,11).

Apesar de a violência ocorrer em todas as faixas etárias e segmentos sociais diferentes, conforme Sanchez e Minayo (2), crianças e adolescentes apresentam maiores consequências sobre sua saúde devido ao processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra crianças e adolescentes pode acontecer em variados tipos, seja sexual, moral, emocional, psicológico ou físico (12).

De acordo com Faleiros (9),

Na manifestação da violência sexual estão implicadas tanto as dimensões do poder intrafamiliar, do contexto social e cultural como a dimensão do (ab)uso ou manifestação da sexualidade humana nessas relações [...] A violência expressa uma ameaça à integridade do outro, uma negação do outro, uma imposição de si e de seu poder ao outro [...] Ela é o exercício de um poder que não se pratica de forma legitimada, socialmente estabelecida pelas normas do respeito mútuo.

A violência sexual contra crianças e adolescentes viola os direitos humanos universais e os peculiares à pessoa em desenvolvimento¹, envolve tabus culturais, relações de poder nos lares e culpabilização das vítimas (10). Quando ocorrida no âmbito familiar, viola o direito à sexualidade segura e à convivência familiar protetora. Nega-se o direito delas a sua sexualidade em desenvolvimento, resultante de relações de poder (8,12).

Episódios de tal violência são marcadamente um processo de apropriação e dominação do discernimento e da decisão livre de escolha, uma relação de poder desigual centrada na repreensão, no autoritarismo e na escravidão do outro a si. Este é um poder ilegítimo exercido de forma negativa ou sob ameaça ao outro no usufruto da força física ou do poder moral ou legal. Uma relação de poder exercida por um adulto ou mesmo não adulto com o domínio do outro, tanto no âmbito familiar e doméstico, quanto nas diversas instituições (escola, igreja, polícia), que desestrutura o poder simbólico da proteção do adulto e do adulto pai/parente, dos referenciais culturais da família como geradora de identidade, de socialização e de convivência familiar. Tal violência “ressalta os valores do machismo, do patriarcalismo, da inferioridade de gênero, da idade do patrimonialismo do outro” (12).

A relação de poder não se expressa apenas com o uso da força de adulto, de mais velho

Mas também pelas artimanhas da sedução, da persuasão e do uso imaginário, de tal forma que a criança vitimizada pareça uma preferida. Ela é convidada a dormir com o pai, quando assim é o caso, o que lhe afigura como protetor, socializador. A vitimização inverte a relação de proteção em relação de prejuízo para o outro, causando-lhe trauma (12).

¹ Direito à integridade física e psicológica, ao respeito, à dignidade, ao processo de desenvolvimento físico, psicológico, moral e sexual sadio e à proteção integral (8).

Os papéis sociais e afetivos são invertidos, já que o protetor se faz agressor e o afeto respeitoso disposto ao outro se torna sedução dominadora. O trauma carrega e guarda o sofrimento, a perda de si e a exclusão de possibilidades (12).

Minayo (5) aponta que os casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em sua maioria ocorrem no âmbito familiar sendo os principais agressores pai, padrasto, pessoas conhecidas e do convívio familiar da vítima. No ambiente da rua, adolescentes apontam costumeiramente como agressores policiais e companheiros.

Segundo Faleiros e Faleiros (8), nessa forma de violência se constituiu uma relação que

- a) deturpa as relações sócio-afetivas e culturais entre adultos e crianças/adolescentes ao transformá-las em relações genitalizadas, erotizadas, comerciais, violentas e criminosas;
- b) confunde, nas crianças e adolescentes violentados, os papéis dos adultos, descaracterizando as representações sociais de pai, irmão, avô, tio, professor, religioso, profissional, empregador, quando violentadores sexuais; perde-se a legitimidade da autoridade do adulto e de seus papéis e funções sociais;
- c) inverte a natureza das relações entre adultos e crianças/adolescentes definidas socialmente, tornando-as: desumanas em lugar de humanas; negligentes em lugar de protetoras; agressivas em lugar de afetivas; individualistas e narcisistas em lugar de solidárias; dominadoras em lugar de democráticas; controladoras em lugar de libertadoras; perversas em lugar de amorosas; desestruturadoras em lugar de socializadoras;
- d) estabelece, no ser violentado, estruturas psíquicas, morais e sociais deturpadas e desestruturantes, principalmente nos abusos sexuais de longa duração e na exploração sexual comercial; (8).

Com isso, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual possuem mais chances de desenvolver sintomas de depressão, transtornos de sono, de alimentação, de ansiedade, dissociativos e hiperatividade com sentimentos constantes de culpa, humilhação e raiva. Somam-se os sintomas citados à precocidade na vida sexual e à incapacidade de

diferenciar comportamentos sexuais de afetivos, bem como gravidez precoce e aumento do risco de o indivíduo contrair IST e HIV na vida adulta (1,13).

Como observado, além dessas vítimas terem mais chances de ter problemas de saúde, gera-se custos mais altos de tratamento de saúde e consultas mais frequentes durante o percurso de sua vida, se comparado às que não foram vítimas. Do ponto de vista econômico, as despesas efetuadas aumentam o orçamento anual de tratamentos de saúde (1,10).

O fenômeno da violência sexual é multifacetado com repercussões tanto na vida do indivíduo quanto na sociedade. A sua manifestação ocorre em casos de assédio, estupro, exploração sexual e pornografia infantil por meio de abuso incestuoso, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, *voyeurismo*, manuseio, penetração oral, anal ou genital de forma forçada. Também, lista-se a exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Do mesmo modo caracterizam-se atitudes que, de alguma forma, tentem limitar ou anular a autonomia e o gozo de direitos sexuais e reprodutivos de uma pessoa (14).

O assédio sexual caracteriza-se como

Insistência inoportuna, independentemente do sexo ou da orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual (14).

No Brasil, segundo o Código Penal, a pena prevista para essa conduta é detenção de 1 a 2 anos. Caso as vítimas sejam menores de 18 anos, a pena é acrescida em até um terço.

O estupro é configurado como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” com pena de reclusão de 6 a 10 anos. Contudo, se o crime for contra vítima menor de 18 ou maior de 14 anos, a pena de reclusão será de 8 a 12 anos. Caso acarrete em morte, reclusão de 12 a 30 anos.

A exploração sexual é o emprego de crianças e adolescentes para fins sexuais com intuíto comerciais e lucro no contexto da prostituição, nas redes de tráfico e no turismo com motivação sexual (14). No artigo 218-B do Código Penal, quem “submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos”, está sujeito a uma pena de reclusão de 4 a 10 anos.

A pornografia infantil é “a apresentação, a produção, a venda, o fornecimento, a divulgação e/ou a publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes, utilizando qualquer meio de comunicação” (14). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), artigo 240, prevê que quem “produzir, reproduzir, dirigir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, cena de sexo explícito ou pornográfica”, está sujeito a uma pena de reclusão de 4 a 8 anos e multa.

Desse modo, a violência sexual contra crianças e adolescentes viola o direito à liberdade de escolha e de autonomia de decidirem a respeito dos seus próprios corpos e de suas atitudes. A vítima tem sua sexualidade usada de forma não consentida em favor do outro e tais atitudes acompanham as relações de poder históricas da sociedade. Os mecanismos legais, resultantes de lutas sociais, vieram para desconstrução desse cenário, assim como para tentar prevenir ou garantir o mínimo de direito frente à violação dos mesmos.

1.1.2 Mecanismos legais de proteção no Brasil

Crianças e adolescentes historicamente foram violentadas desde os tempos antigos até os dias atuais, um modo secular de relacionamento das sociedades (2). No Brasil, de acordo com Faleiros e Faleiros (8), crianças e adolescentes “foram inseridos em um processo sócio-político de trabalho precoce, futuro subalterno, controle político, disciplina e obediência vigiada, quadro que, ao olhar de hoje, mostra-se completamente inadequado para o desenvolvimento”.

Seu sobrepujamento ocorre pela estruturação histórica de tentativa de desnaturalização da cultura adultocêntrica, opressora e dominadora da sociedade. Essa construção ganha força com a sociedade moderna em que a infância e a juventude passam a ser conceituadas como sujeitos de direitos em vários países, seguindo um movimento de reconhecimento de cidadania desse grupo social, ratificado em convenções internacionais. O Brasil também acompanha essa mudança social (2).

A consciência moral da humanidade que fez chegar a definições que condenam a violência contra crianças e adolescentes é a mesma que vem construindo e é construída por movimentos sociais pela cidadania, envolvendo reivindicações ativas de múltiplos sujeitos coletivos e grupos sociais específicos, desde o final do século XVIII (2).

O setor de saúde passa a apropriar-se da discussão, em todo o mundo ocidental, em meados da segunda metade do século XX, e torna-se um dos mais ativos no tema de proteção integral das crianças e adolescentes. Quanto ao Brasil, o conteúdo da violência entra na agenda da saúde pública na década de 80.

Os movimentos de prevenção e de atenção especializada surgem em consequência do reconhecimento da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) como um problema muito sério para a atuação do setor de Saúde nos âmbitos primário, secundário e terciário (2).

As pautas “Saúde e violência contra crianças e adolescentes” ganham força e entrelaçam-se com aprovação da Constituição Federal de 1988, a qual atesta a saúde como direito social de todos e dever do Estado, com o propósito de redução do risco de doença e de outros agravos. Também é ressaltado no artigo 227 do mesmo documento que crianças e adolescentes devem estar “a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, com a responsabilidade compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado olhando para eles como sujeitos detentores de direitos que devem ter sua integridade física, psíquica e moral inviolável, embasados na perspectiva de Proteção Integral. Inclusive, endossa o § 4º do art. 227 que “a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”.

Com a aprovação do ECA, em 1990, o posicionamento da proteção integral é reafirmado e se acrescenta uma seara de direitos que vão desde o direito à vida ao direito ao lazer. No art. 5º lê-se: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”, e se fortalece a disposição presente na Constituição de 88. Além do mais, o próprio ECA coloca a violência sofrida como problema de saúde pública que deve ser obrigatoriamente comunicado à autoridade competente² (15).

² Entendimento compilado nos seguintes artigos, art. 13 “Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”, art. 245 “Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-

O Estatuto avança no sentido de perceber que, para o enfrentamento das violências, existe a necessidade do conjunto interligado de esforços das políticas públicas para garantir a proteção integral de crianças e adolescentes, tendo em vista que cada violação demanda intervenções adequadas em conformidade com as características do meio onde ocorre, as particularidades da vítima e o foco na atuação integrada da rede de proteção (16).

A Proteção Integral parte do princípio que crianças e adolescentes são cidadãos plenos, os quais devem ter proteção prioritária por serem pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral e com necessidades específicas, ou seja, uma visão protetiva. Isto é, nas fases da infância e da adolescência dos indivíduos, esses devem ser valorizados, respeitados e protegidos. Este é um posicionamento na contramão do que era imposto no ordenamento jurídico anterior com o Código de Menores³, que tinha um cunho assistencialista interventista para os “menores desajustados” socialmente com a primazia das medidas judiciais, e aos adultos cabiam saber e decidir por eles sem sua escuta e anuência (16,17).

O ECA veio consolidar, no arcabouço jurídico, o olhar diferenciado de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos a serem abarcados pela política de saúde. Para sua construção, ocorreram inúmeras discussões de grupos de intelectuais, associações civis, representantes de movimentos sociais e especialistas da área de infância e juventude, bem como grupos das próprias crianças e adolescentes por meio de atividades realizadas em diversas localidades do país. “Diferentemente de muitas leis que surgem pelas mãos de uns poucos políticos, o Estatuto é resultado de um trabalho coletivo, construído por aqueles que estavam diretamente envolvidos com as crianças e adolescentes” (18).

escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente”, incorre em infração administrativa.

³ Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979.

As mudanças legais buscaram desconstruir uma política histórica de violência e de negação de direitos contra crianças e adolescentes em virtude de serem considerados como objetos do âmbito da vida doméstica, sem o direito de serem reconhecidos como sujeitos dotados de autonomia e de cidadania. Da mesma forma, a violência passa a ser vista como problema de saúde pública a ser enfrentado.

1.1.3 A política de saúde para crianças e adolescentes pós ECA e a vigilância de violências e acidentes

Com os marcos legais de defesa para crianças e adolescentes e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de saúde tentou trilhar ações e programas voltados para a garantia de direitos dos mesmos. A adoção do princípio da descentralização pelo SUS possibilitou uma nova configuração para organização dos serviços, permitindo o acesso a bens e serviços a segmentos sociais mais vulneráveis, como crianças e adolescentes (16).

Os indicadores de saúde das crianças brasileiras tiveram progresso por meio da expansão de acesso à atenção básica em saúde, em especial com as propostas do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),

As ações programáticas relacionadas à imunização, à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e à prevenção e controle das doenças diarreicas e respiratórias são a expressão de ações perenes ao longo das últimas década (16).

Além disso, as ações priorizaram um olhar especial para a redução da mortalidade infantil. Primeiro, surgiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil, em 1995, para incentivar projetos na área de forma articulada com outras políticas e setores. Em 1997, surgiu a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância cujo intuito primou pela redução de taxas de morbimortalidade por desnutrição, diarreias, pneumonias, malária e sarampo, além das dificuldades de acesso ao registro de nascimento (16).

A partir dos anos 2000, com a adoção do Brasil à Declaração do Milênio das Nações Unidas, a redução da mortalidade infantil retorna à pauta. Em 2004, surgiu o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e, em 2005, a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil (16).

Em 2011, houve a criação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, mais conhecida como Rede Cegonha. Essa aprimora a qualidade do pré-natal na Atenção Básica à Saúde e a qualidade da assistência ao parto/nascimento e à criança até dois anos de idade, juntamente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, em 2015 (16).

No tocante aos adolescentes, em 1989 foi criado o Programa de Saúde do Adolescente, um olhar especial para a saúde sexual e a saúde reprodutiva desses com ações educativas voltadas para incentivar e aumentar o acesso aos métodos contraceptivos e à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/AIDS (16).

Outras ações tomadas foram a criação do Plano Nacional da Juventude em 2004, a criação e implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes em 2008, a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências em 2010, e a criação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em 2014, que fortaleceram a saúde dos adolescentes após o ECA (16).

Referente a temática da violência, em 2001, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que abarca a prevenção e proteção de crianças e adolescentes. Ela se volta para uma articulação intersetorial entre as esferas governamentais, organizações não governamentais e setor privado com o estabelecimento de diretrizes e responsabilidades institucionais, tendo como uma de suas prioridades a estruturação de vigilância de violência e acidentes, em especial, a implantação da notificação de violências (16).

Apesar do SINAN ter começado a ser implementado gradualmente desde 1993, a sua regulamentação só ocorre em 1998, quando os municípios, estados e Distrito Federal foram obrigados a alimentar de forma regular a base de dados nacional. Os dados alimentados são de casos de doenças e agravos constantes na lista nacional de doenças de notificação compulsória notificados e investigados com o objetivo de

Coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (19).

Todavia, somente a partir de 2009, o SINAN passou a receber as notificações de violências em casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS com a exigência de comunicação às autoridades-competentes, ocasionando a expansão do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (19).

A Vigilância de Violências e Acidentes foi implementada pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS, a partir de 2006, no escopo de analisar as tendências das violências e dos acidentes por meio da coleta de dados e geração de informações. Em 2009 passou a integrar o SINAN (19).

Pertinente à VIVA, essa é estruturada com a vigilância de violência interpessoal e autoprovocada, VIVA/SINAN, e a vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergências, VIVA Inquérito. Sobretudo, o VIVA/SINAN possibilita conhecer e monitorar os casos de violências com a caracterização do evento, a identificação dos fatores de risco e proteção (20).

Concernente a obrigatoriedade de notificação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, esta já é sinalizada pela Portaria MS/GM nº 1.968/2001 e pelo ECA e só ganha força quando a violência entra no rol de notificação compulsória na lista de doenças, agravos de todos os serviços de saúde em 2011, com a Portaria MS/GM nº 104, sendo reforçada pela Portaria MS/GM nº 1.271/2014. Diante disso, a notificação de violência contra crianças e adolescentes passa a ser de natureza compulsória nos serviços de saúde.

Com isso, os profissionais de saúde, ao tomarem ciência de suspeita ou confirmação de caso de violência contra crianças e adolescentes, em até 24 horas, devem comunicar à autoridade de saúde a situação de forma obrigatória com o devido registro na Ficha de Notificação Individual (Anexo D).

Essa deve conter o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes e suas famílias. Além disso, uma comunicação deve ser feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme preconizado no ECA (14).

O procedimento deve ser feito em duas vias com intuito de uma permanecer na unidade notificadora e da outra ser enviada ao setor municipal encarregado pela Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis para apropriação dos

dados. A Secretaria Municipal de Saúde⁴ é responsável pela implantação da vigilância contínua de violências, que inclui também a digitação, a consubstanciação e a análise dos dados, a disseminação das informações e o envio das bases para as devidas Secretarias de Estado de Saúde e, consecutivamente, ao Ministério da Saúde (14). Em linhas gerais, o fluxo desse percurso está esquematizado na figura 2.

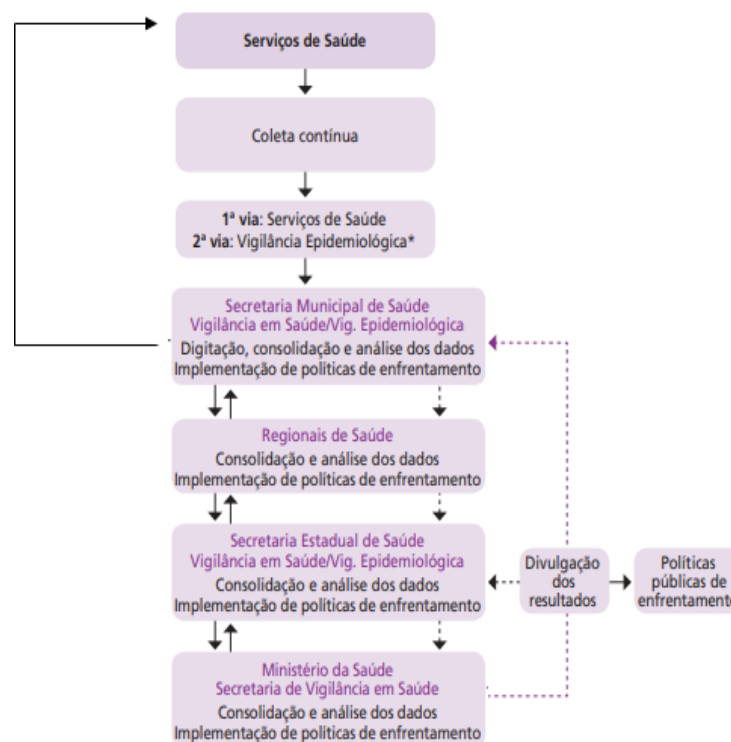


Figura 2- Fluxo dos dados da Vigilância de Violências e Acidentes

Fonte: VIVA/SINAN/SVS/MS, 2016. *Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA). Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011.

⁴ “Compete ao Distrito Federal, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e município” (13).

O uso da notificação é uma das dimensões da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência traz à tona a problemática como instrumento de proteção e de garantia de direitos (20). Além disso, em muitos casos, é o momento em que a violência é revelada, fundante para sua superação (9).

A junção de vários mecanismos legais e a construção do SUS possibilitou um olhar qualificado para saúde de crianças e adolescentes com algumas políticas e ações desenvolvidas. Todavia, inúmeros desafios são postos para a efetivação de direitos, sendo a violência um desses devido ao fato de estar engendrada nas relações históricas e sociais da sociedade. Por isso, a utilização da notificação no sistema de vigilância desse fenômeno torna-se um mecanismo importante, porquanto, os eventos são conhecidos, apreciados e analisados na finalidade de melhor delinear as ações que contribuam para prevenção, proteção e promoção de direitos.

1.1.4 Vigilância da Violência Sexual: sua importância e seu fluxo de funcionamento no Distrito Federal

É necessário notificar

- Para conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “ocultos” nos espaços privados e públicos.
- Para compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no País, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz.
- Para intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência.
- Para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção (21).

Notificar significa buscar compreender melhor o problema com a finalidade de traçar as melhores estratégias para seu combate e auxiliar o Estado na definição e construção de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde. Diante disso, “o trabalho de cada profissional que atende pessoas em situação de violência é estratégico para o fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção” (21).

A rede de saúde do DF conta com 33.097 profissionais e 379 estabelecimentos próprios da rede do SUS. Desse total de estabelecimentos de saúde, 135 unidades notificaram violência interpessoal/autoprovocada no ano de 2017, de acordo com o último Relatório Anual de Gestão (RAG) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) disponibilizado.

No DF, os profissionais são orientados a acolherem de forma humanizada as possíveis vítimas com identificação do tipo de violência para melhor desenhar os desdobramentos dos casos com atuação multiprofissional (Figura 3). Caso seja violência sexual ocorrida em até 72 horas, considerada aguda/ recente, deve ser feita uma avaliação de risco, a profilaxia e exames de sorologia para HIV, sífilis e hepatites com encaminhamento para Unidade de Referência de média e alta complexidade. Se for um caso de mais de 72 horas, crônica, realizar avaliação de risco e solicitar exames de sorologia para HIV, sífilis e hepatites, se necessário encaminhar para o serviço especializado de infectologia. Em ambas as situações, o acompanhamento interdisciplinar deve ocorrer em parceria com a rede intrasetorial e intersetorial tendo em vista que os encaminhamentos devem considerar as particularidades de cada caso e os possíveis desdobramentos com acionamento do máximo de mecanismos institucionais possível para garantia de direitos da vítima.

Na rede intrasetorial, após o acolhimento, o caso deve ser encaminhado para o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) de referência de saúde. Já a rede intersetorial conta com vários atores que podem ser acionados de forma cumulativa, tais

como conselho tutelar, conselho do idoso, centro de referência dos direitos humanos, defensoria pública, delegacia de proteção da criança e do adolescente, IML, VIJ, ministério público, rede de atendimento à mulher, rede de educação, rede de assistência social, entre outros.

Após o preenchimento da ficha de notificação, essa deve ser encaminhada para o PAV de referência e, se forem crianças e adolescentes as vítimas em questão, também ocorre a comunicação ao Conselho Tutelar. Quando chega ao PAV, esse faz cópias em razão de coletar dados para o registro de demanda de atendimento e marcação de acolhimento. Depois, conduz a ficha de notificação original para Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Coordenação de Saúde.

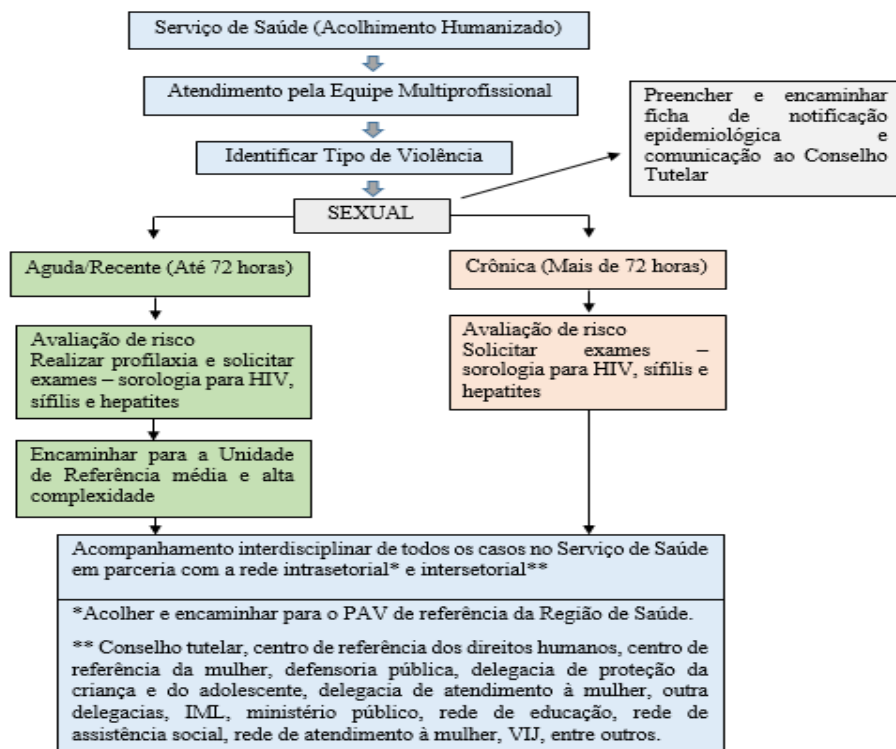


Figura 3 – Fluxo de atendimento dos possíveis casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal. Fonte: Adaptado de SES/DF. Acesso em [24 jan 2020] Disponível em http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/05/FLUXO_atendimento_as_pessoas_em_situacao_de_violencia_REDE_2016.pdf.

O PAV, mecanismo institucional de grande relevância na rede de saúde do DF, foi instituído dentro de sua estrutura organizacional em 2012, pela Portaria Nº 141, para atender às pessoas em situação de violência, articular a rede de atendimento e realizar os encaminhamentos institucionais e intersetoriais de forma interdisciplinar. Todavia, recentemente, passou a ser denominado Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV), por meio da Portaria Nº 942/2019, com atendimento biopsicossocial especializado para vítimas, famílias e autores de violência sexual, física, psicológica, negligência e abandono, localizados em ambulatórios de atenção secundária nos hospitais ou nas policlínicas.

Depois da reestruturação para serviço no âmbito das regiões de saúde, a rede de serviços de atenção integral a pessoas em situação de violência conta com sete Núcleos de Prevenção e Assistência à Violência que auxilia as 16 unidades espalhadas pelas regiões administrativas, “Flores em Rede”, Programas margarida, jasmim, caliandra, primavera, alfazema, flor de lótus, gardênia, flor do cerrado, girassol, tulipa, flor de lis, sempre viva, orquídea, azaleia, violeta e alecrim. Também conta com o programa de interrupção gestacional prevista em lei⁵.

Diante disso, tal mecanismo institucional, além de contribuir com atenção integral às pessoas em situação de violência, também auxilia na vigilância em saúde desse fenômeno no Distrito Federal para melhor delinear ações de prevenção e promoção.

Como visto, a notificação realizada pelos profissionais de saúde vai além do preenchimento da ficha individual, representando a ponta do *iceberg* do problema da violência, mas que é de suma importância para compreender o fenômeno na sociedade e dar visibilidade a temática. Por isso, reafirma-se a importância de experienciar os dados contidos nela e produzir reflexões a respeito, em especial, referente a violência sexual contra crianças e adolescentes,

⁵ Acesso em [03 fev 2020], informações disponíveis em: <http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/>.

segmento tão vulnerável colocado no tecido social em relações sociais obscuras de negação de direitos.

2 JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS, METODOLOGIA E DISCUSSÃO

2.1 Justificativa

O interesse pela pesquisa voltado à violência sexual contra crianças e adolescentes, emergiu a partir da minha experiência profissional como assistente social no município de Planaltina de Goiás, Goiás, no evento de 18 de maio⁶, Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, e no trato com crianças e adolescentes no serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) ofertado pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Ao longo das experiências profissionais, observou-se que a violência era naturalizada e questionamentos em relação ao território do Distrito Federal surgiram. Nesse sentido, havia estudos apresentando números que motivaram uma reflexão crítica sobre o fenômeno da violência sexual.

Após buscas nas bases de dados *PubMed*, *Lilacs*, *Scielo*, não obteve-se um resultado satisfatório. A ausência de trabalhos com a discussão apresentada no DF é apontada em uma revisão sistemática a respeito de registros de violência que identificou a baixa prevalência de estudos na região Centro-Oeste (22).

Tanto na base de dados *Lilacs*, quanto na *Scielo* com a descrição “violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal” foi apresentado somente um artigo como

⁶ O dia em questão foi escolhido para relembrar o “Caso Araceli”, uma menina de 8 anos que foi estuprada e morta por jovens de classe média, os quais não foram punidos, da cidade de Vitória (ES) em 18 de maio de 1973. O dia representa uma bandeira de luta para mobilizar a sociedade em favor da garantia de direitos das crianças e adolescentes.

resultado em ambas as bases. Tal publicação teve como objetivo avaliar o cumprimento das medidas protetivas aplicadas pelo juiz às crianças e aos adolescentes envolvidos em situação de violência sexual. Já em relação a base de dados PUBMED, foi utilizada a seguinte forma: ("Child Abuse, Sexual"[Mesh]) AND "Brazil"[Mesh] com datas de publicações dos últimos 10 anos⁷. Diante disso, foram apresentados 31 resultados e, pela leitura, foram identificados dois trabalhos que trataram a respeito do Distrito Federal. O primeiro destaca os fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. O segundo aborda a prevalência de abuso sexual na população pediátrica do Distrito Federal e discute as dificuldades em interpretar o exame dos genitais nessa faixa etária, tanto pelos clínicos gerais quanto pelos peritos forenses.

Neste contexto, percebe-se lacunas de estudos referentes ao tema citado e, por isso, a importância do trabalho em questão.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é a caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal, a partir das notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2012 e 2016.

⁷ A primeira busca foi realizada no DECS com buscas referentes às palavras “violência sexual”, “crianças e adolescentes” em meio às definições de descritores. Optou-se pela utilização do termo “abuso sexual na infância”, sendo em inglês “child abuse, sexual”. O qual traz no seu rol de sinônimos, as seguintes palavras: abuso sexual de menor, abuso sexual de menores, abuso sexual de adolescente, abuso sexual de adolescentes, abuso sexual de crianças e adolescentes, molestamento sexual da criança, abuso sexual da criança, abuso sexual de criança, abuso sexual infantil, maus-tratos sexuais da criança, maus-tratos sexuais infantis, violação sexual de menor, violação sexual infantil. Além disso, também se utilizou o descritor relacionado ao “Brasil” (Brazil).

2.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no Distrito Federal, apontando o sexo, faixa etária, raça/cor e zona de residência.
- Mapear o evento por meio dos critérios de local da ocorrência e do tipo de violência sexual.
- Verificar características do provável autor com levantamento do sexo e a sua relação com a vítima.
- Analisar os encaminhamentos da situação com a identificação de quais dispositivos da rede de proteção das crianças e adolescentes os profissionais estão acionando.

2.3 METODOLOGIA

Essa pesquisa fundamenta-se em um estudo quantitativo epidemiológico descritivo transversal sociodemográfico da violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas pelos serviços de saúde e registradas no SINAN, no período de 2012 a 2016, no Distrito Federal.

A perspectiva metodológica está centrada nos estudos descritivos que visam indicar

A distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? (...) A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (23).

A epidemiologia descritiva contribui para o melhor delineamento da política de saúde e utiliza tanto os dados secundários (dados pré-existentes) quanto os primários (dados coletados para produção do estudo) para suas análises (23).

Diante disso, embasado nessa metodologia, esse trabalho busca caracterizar e descrever as crianças e os adolescentes vítimas de violência sexual e os prováveis autores, bem como o evento e os encaminhamentos realizados por meio do uso de dados secundários públicos do sistema de vigilância de violência e acidentes do Ministério da Saúde para explicitar a relevância da temática.

A partir dos dados secundários obtidos, ocorreu a extração e agrupamento de acordo com os objetivos do trabalho. Primeiramente, realizou-se uma série histórica com a finalidade de identificar o número de casos registrados entre 2012 e 2016, verificando a flutuação do número de casos no percurso do período.

Optou-se pela escolha dos dados a contar de 2012 devido a universalização da notificação compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados ter ocorrido somente em 2011, encerrando em 2016 em razão da disponibilização das informações, pois os anos de 2017, 2018 e 2019 ainda não tinham sido finalizados e disponibilizados.

Em seguida, os dados do perfil das vítimas, do evento e dos encaminhamentos foram somados para cálculos de médias aritméticas e medidas de dispersão, com o intuito de descrever e interpretar os resultados encontrados.

2.3.1 Obtenção dos dados

Em concordância com a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não serão objetos de registro e de avaliação pelo sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), “pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual”. Diante disso, não existe a necessidade de submissão ao CEP deste estudo, tendo em vista que as informações coletadas são de caráter secundário público do banco de dados e assim se tem a dispensa de avaliação ética amparada de forma legal.

Em um primeiro momento, foi realizada a tentativa de utilização da base de dados TABNET DATASUS SINANET, contudo, esta não permite o acesso de forma conjunta e o cruzamento de todos os dados, já que os filtros para estes fins não estão disponíveis e a ficha de notificação possui uma estrutura complexa de informações.

Desta maneira, as informações obtidas foram solicitadas por meio de demanda *via* Lei de Acesso à Informação (LAI) à base de dados do SINAN, gerenciado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Foi feita a solicitação pelo sistema de acesso à informação para obtenção das informações referentes aos dados de violência sexual contra crianças e adolescentes do Distrito Federal, do período de 2010 a 2016 (perfil das vítimas, abusadores, local de ocorrência, dados de ocorrência, violência sexual).

Dentro do prazo legal, obteve-se as respostas com os dados que podem ser verificados nos Anexos A e B. Contudo, ao comparar os dados nos anos de 2012 e 2013 nas duas respostas de LAI, as informações disponibilizadas não foram idênticas e devido a essa falta de consistência, preferiu-se a utilização dos números da última LAI em virtude de ser mais atualizada.

Em um segundo momento, foi realizada a tentativa de transferência a base de dados do VIVA para melhor autonomia e atualização das informações, todavia, foi negado como pode ser visto no Anexo C.

2.3.2 Análise dos dados

O trabalho propõe uma análise descritiva das características sociodemográficas das vítimas de violência sexual (sexo, cor de pele, zona de residência), das características do evento (local de ocorrência, tipo de violência sexual), das características do provável autor da violência sexual (sexo do agressor, vínculo com a vítima), bem como dos encaminhamentos realizados com base nas notificações preenchidas no SINAN.

Os dados incluídos das vítimas crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19)⁸ foram as variáveis sexo (masculino e feminino), cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena e sem informação), e zona de residência (urbana, rural, periurbana e sem informação). Não foi possível destrinchar a faixa etária das crianças de acordo com sua fase de desenvolvimento devido aos dados terem sido disponibilizados de forma agrupada entre 0 a 9 anos.

No que tange às características do evento, foram analisados o local de ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústria/construção, outros e sem informação) e o tipo de violência sexual, incluindo assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual e outros. Referente às

⁸ Conforme adotado pelo Ministério da Saúde, pautado na convenção da Organização Mundial de Saúde (OMS) (14).

crianças, aparecem outras opções tais como arma de fogo, objeto contundente, força corporal/espancamento, enforcamento/sufocação, ameaça e outros, mas para ficar compatível com as informações dos adolescentes, optou-se pela não utilização desses dados.

Para avaliar os aspectos relacionados ao provável autor, foram avaliados as informações de sexo (masculino e feminino) e o vínculo com a vítima (pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, namorado (a), filho, irmão, cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/ agente da lei, amigos/conhecidos, desconhecido, própria pessoa, outros vínculos familiares, outros parceiros íntimos e outros).

No tocante aos encaminhamentos, foram identificadas as informações sobre a rede de proteção com as opções de conselho tutelar, conselho do idoso, centro de referência dos direitos humanos, defensoria pública, delegacia de proteção da criança e do adolescente, Instituto de Medicina Legal (IML), ministério público, rede de educação e rede de saúde.

No entanto, devido a algumas mudanças das fichas de notificações ao longo dos anos, preferiu-se agrupar alguns dados para melhor sistematizar o trabalho diante das semelhanças e pertencimento a mesma política de atendimento, tais como a Vara da Infância e Juventude (VIJ) com justiça da infância e da juventude, da delegacia de atendimento à mulher com delegacia especializada da mulher.

O centro de referência da mulher foi incluído a rede de atendimento à mulher, bem como a delegacia de atendimento ao idoso a outras delegacias. As alternativas Programa Sentinela, Casa Abrigo, CREAS/ Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) foram agrupados na rede de assistência social.

Com isso, gráficos, por meio de figuras, e tabelas foram elaborados para demonstrar o conjunto de dados explorados na pesquisa conforme o objeto de estudo, para melhor

identificar a caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal.

2.3.3 RESULTADOS

2.3.3.1 Características das vítimas

Entre 2012 e 2016, foram identificadas 4.056 notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal, segundo o sexo, registradas no SINAN, como pode ser observado na figura 4. Dessas, 1.423 (35%) contra crianças entra a faixa etária de 0 a 9 anos, e 2.633 (75%) contra adolescentes, de 10 a 19 anos.

No tocante aos casos contra as crianças, das 1.423 notificações registradas, 450 (32%) foram arroladas com vítimas do sexo masculino e 973 (68%) do sexo feminino. Referente aos adolescentes, das 2.633 notificações registradas, 395 (15%) vítimas foram do sexo masculino e 2.238 (85%) do sexo feminino.

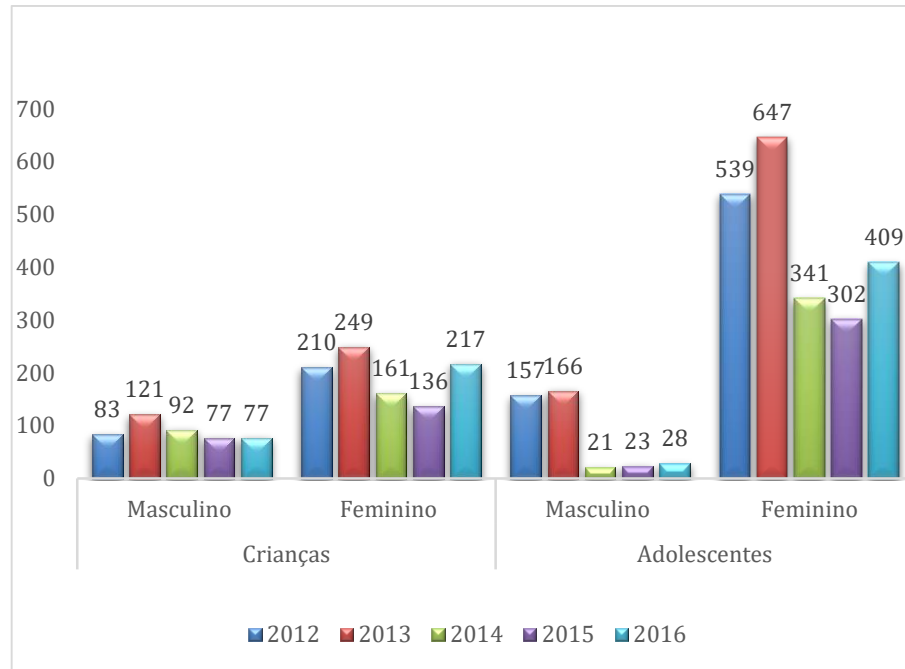


Figura 4. Número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas no SINAN, segundo o sexo, Distrito Federal, 2012-2016. Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria.

Entre as notificações contra crianças, em 659 (46%) não foram registradas a cor de pele, colocadas como sem informação, 386 vítimas (27%) de pele parda, 278 (20%) de pele branca, 83 (6%) de pele preta, 9 (1%) indígena e 8 (1%) amarela (Tabela 1).

Tabela 1. Características da cor da pele de crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016

Crianças						
Características	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Cor da Pele						
Branca	278	0,20	77	0,17	201	0,21
Preta	83	0,06	28	0,06	55	0,06
Amarela	8	0,01	1	0,00	7	0,01
Parda	386	0,27	120	0,27	266	0,27
Indígena	9	0,01	1	0,00	8	0,01
Sem informação	659	0,46	223	0,50	436	0,45

Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria.

Pertinente a zona de residência dessas crianças (Tabela 2), 83% (n=1174) residiam na área urbana do Distrito Federal, 5% (n=66) na área rural, 2% (n=25) na área periurbana e 11% (n=158) consta sem informação.

Tabela 2. Características da zona de residência de crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016

Crianças						
Características	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Zona de Residência						
Urbana	1174	0,83	365	0,81	809	0,83
Rural	66	0,05	15	0,03	51	0,05
Periurbana	25	0,02	10	0,02	15	0,02
Sem informação	158	0,11	60	0,13	98	0,10

Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria.

Relativo aos adolescentes (Tabela 3), 949 (36%) estão sem informação da cor da pele, 891 vítimas (34 %) de pele parda, 531 (20%) de pele branca, 221 (8%) de pele preta, com poucas de pele amarela 31 (1%) e indígena 10 (0%).

Tabela 3. Características da cor da pele de adolescentes vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016

Adolescente						
Características	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Cor da Pele						
Branca	531	0,20	56	0,14	475	0,21
Preta	221	0,08	44	0,11	177	0,08
Amarela	31	0,01	4	0,01	27	0,01
Parda	891	0,34	121	0,31	770	0,34
Indígena	10	0,00	0	-	10	0,00
Sem informação	949	0,36	170	0,43	779	0,35

Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria.

A maior parte dos adolescentes estão situados na área urbana, sendo 2.184 casos (83%), 143 casos (5%) área rural e 44 casos (2%) na área periurbana e 262 casos (10%) sem informação (Tabela 4).

Tabela 4. Características da zona de residência de adolescentes vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016

Características	Adolescente					
	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Zona de Residência						
Urbana	2184	0,83	332	0,84	1852	0,83
Rural	143	0,05	23	0,06	120	0,05
Periurbana	44	0,02	7	0,02	37	0,02
Sem informação	262	0,10	33	0,08	229	0,10

Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria.

2.3.3.2 Características do possível agressor

Aponta-se o predomínio do sexo masculino com 75% (n= 1.063) dos casos registrados das crianças e 79% (n=2.072) dos adolescentes, quando verificado o sexo do provável autor da violência (Figura 5). Em seguida, a opção sem informação 18% (n=257) e 13% (n=349), sexo feminino 4% (n= 62) e 6% (n= 162) e ambos sexos 3% (n=41) 2% (n=50), crianças e adolescentes, respectivamente.

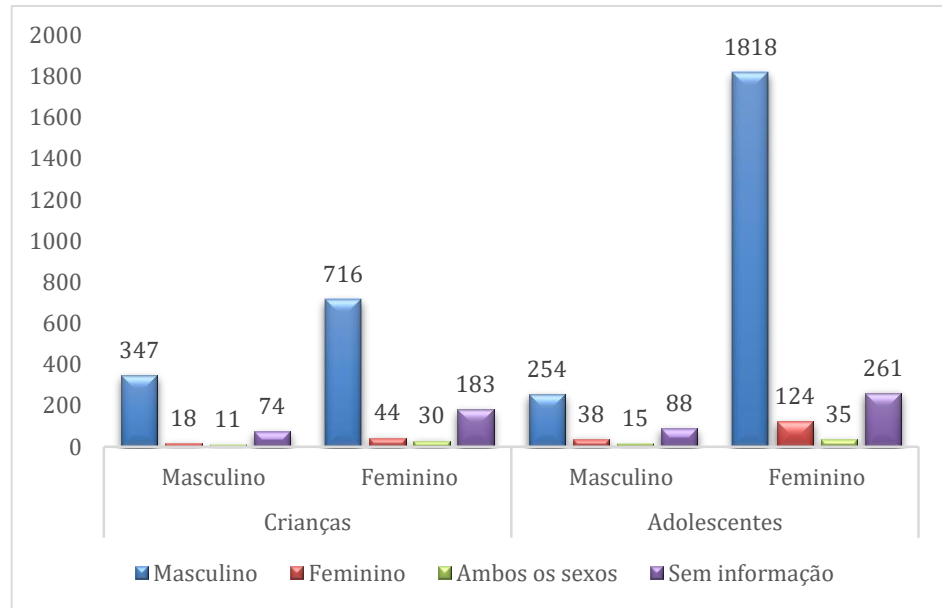


Figura 5. Sexo do provável autor da violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas no SINAN, segundo o sexo, Distrito Federal, 2012-2016. Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria.

Ao verificar o vínculo das crianças com provável autor, nota-se que a violência sofrida pelas vítimas são de pessoas mais próximas do seu convívio social e familiar, sendo 279 (21%) dos casos de amigos/conhecidos, 269 (20%) de outros vínculos familiares, 227 (17%) de pais, 131 (10%) de padrastos, 78 (6%) de irmãos e 56 (4%) de mães (Figura 6). Mais de 70% dos casos estão nessa seara. As crianças do sexo masculino possuem os maiores índices de pessoas identificadas como amigos/conhecidos 109 (25%), com outros vínculos familiares 93 (21%) e da figura paterna 59 (14%). Concernente às crianças do sexo feminino, 176 (20%) de pessoas com outros vínculos familiares, 170 (19%) de amigos/conhecidos, 168 (19%) do genitor e 111 (12%) do padrasto.

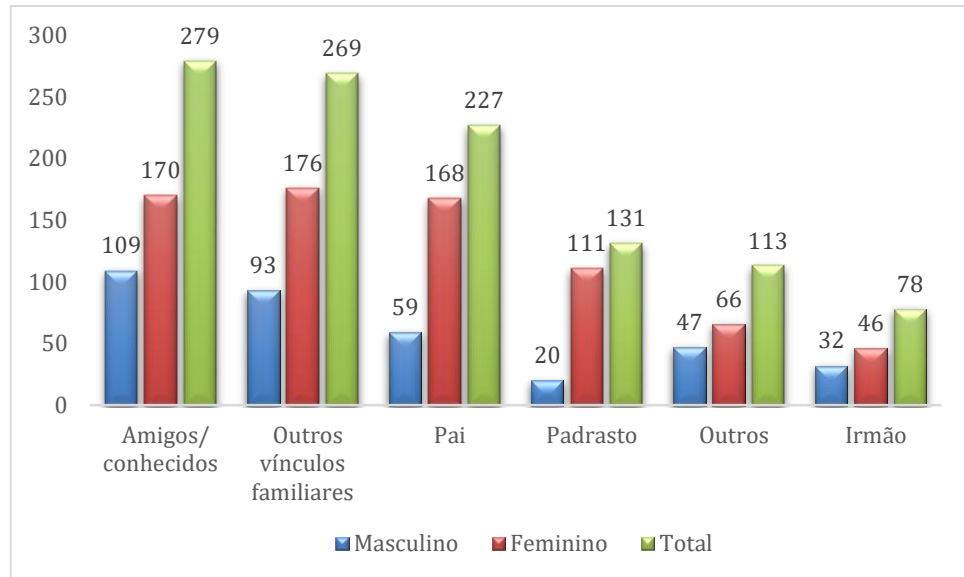


Figura 6. Vínculo das crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016. Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria. Não corresponde a 100% dos casos, pois se trata de uma questão de múltipla escolha. Foram selecionados os seis vínculos mais registrados.

No tocante aos vínculos dos adolescentes com os prováveis autores, como mostrado na Figura 7, pontua-se 499 (26%) dos casos apontados são ponderados de pessoas desconhecidas, desses 482 (96%) contra adolescentes do sexo feminino e 17 (4%) do sexo masculino. Acrescenta-se que 42 (36%) dos casos de adolescentes do sexo masculino mencionados, o vínculo assinalado exposto é de amigos/conhecidos e do sexo feminino 395 (22%). Salienta-se que, dos eventos contra adolescentes do sexo feminino, 246 (14%) foram arrolados dos seus namorados(as). A somatória das figuras do padrasto e pai estampam 277 registros, sendo 266 (96%) do sexo feminino e 11 (4%) do sexo masculino. Além dos 131 casos assinalados de outros vínculos familiares.

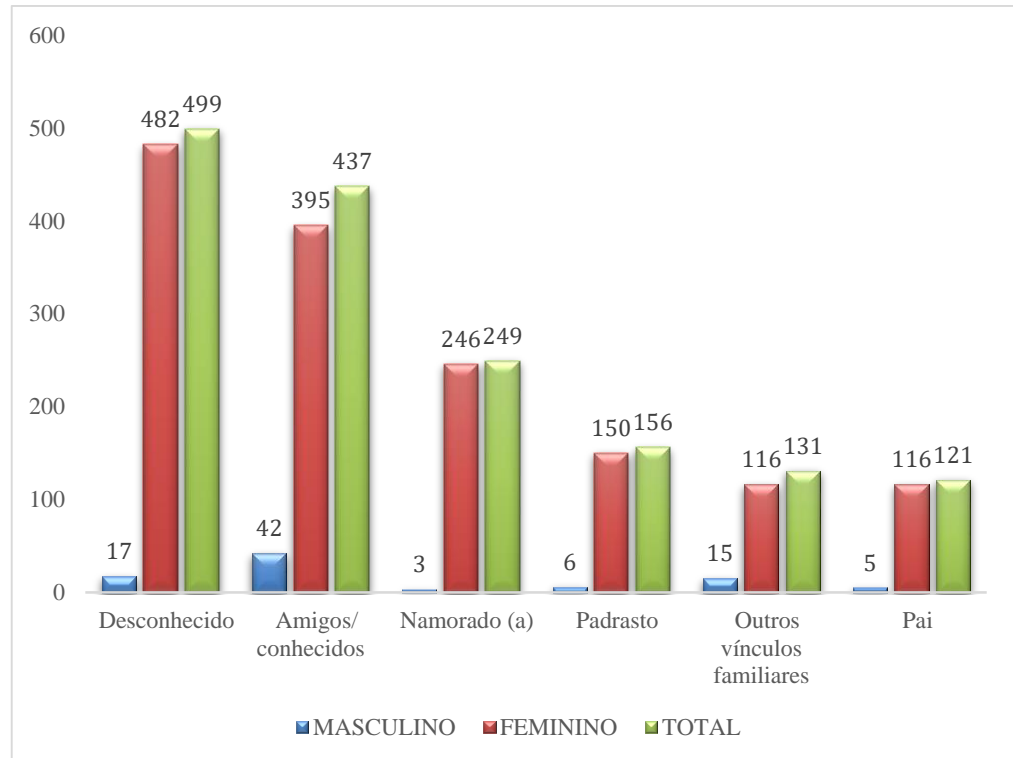


Figura 7- Vínculo dos adolescentes vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016. Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria. Não corresponde a 100% dos casos, pois se trata de uma questão de múltipla escolha. Foram selecionados os seis vínculos mais registrados.

2.3.3.3 Características da violência sexual

Apresenta-se no tipo de violência sexual sofrida (Figura 8), o estupro com maior concentração nos casos tanto nas crianças 902 (64%) quanto nos adolescentes 1.604 (78%) e o assédio sexual em segundo, 335 (24%) e 314 (15%), respectivamente. O estupro chega a condensar 1.510 (78%) dos casos de violência sexual sofrida pelas adolescentes do sexo feminino.

Nas crianças, o assédio sexual agrupa 22% (n=100) no sexo masculino e 25% (n=235) no sexo feminino. A pornografia infantil contra crianças chega a 2% (n= 34) e, contra adolescentes, também 2% (n= 31). A exploração sexual de crianças é de 1% (n= 21) e de

adolescentes, de 2% (n= 46). Outros tipos de violências sexuais sofridas não contempladas nas categorias citadas anteriormente simbolizam 8% (n= 115) entre as crianças e 3% (n= 66) entre os adolescentes.

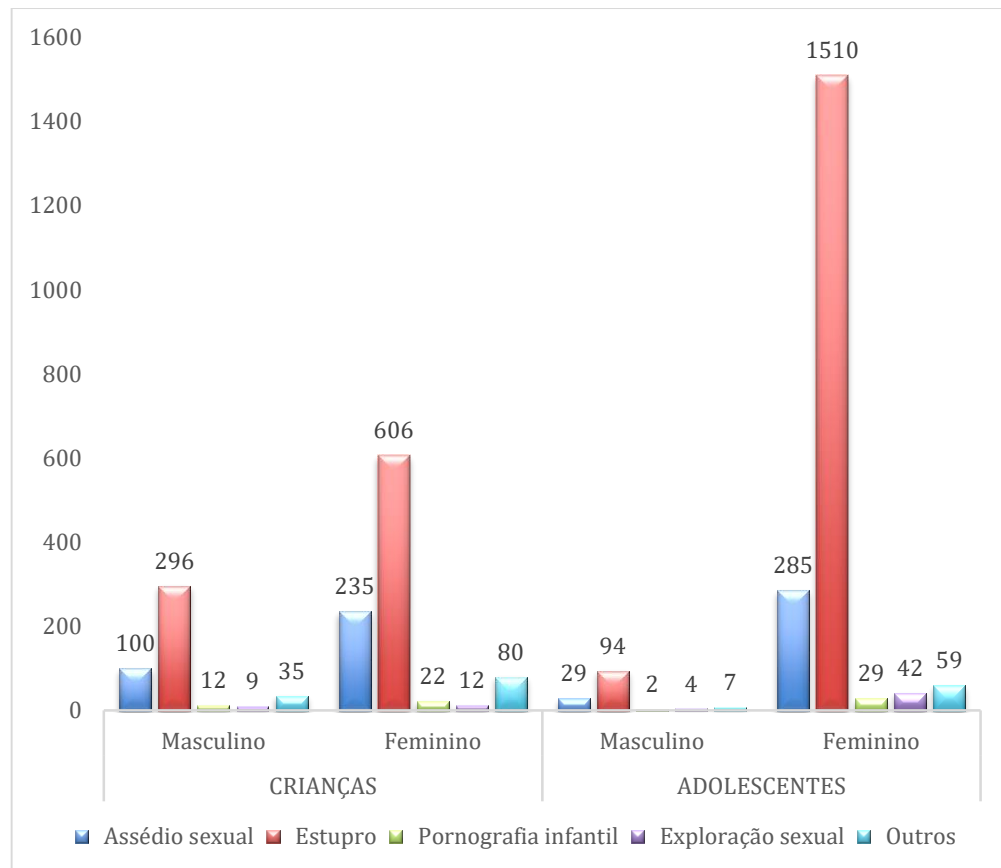


Figura 8 - Tipo de violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas no SINAN, segundo o sexo, Distrito Federal, 2012-2016. Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria. Não corresponde a 100% dos casos, pois pode haver mais de um tipo de violência sexual.

No que tange ao local de ocorrência da violência (Tabelas 5 e 6), a residência desponta 911 (64%) dos registros nos casos das crianças e 1.314 (50%) dos adolescentes. Salienta-se que, referente às crianças, a escola figura com 58 (4%) do total de registros, atrás somente de residência, 911 (64%), sem informação, 301 (21%) e outros, 100 (7%).

Tabela 5. Características do local ocorrência da violência sexual contra crianças notificada no SINAN, segundo sexo, Brasil, 2012-2016

Características	Crianças					
	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Local de Ocorrência						
Residência	911	0,64	282	0,63	629	0,65
Habitação coletiva	12	0,01	6	0,01	6	0,01
Escola	58	0,04	25	0,06	33	0,03
Local de prática esportiva	2	0,00	0	-	2	0,00
Bar ou similar	2	0,00	1	0,00	1	0,00
Via pública	33	0,02	13	0,03	21	0,02
Comércio/ serviços	4	0,00	3	0,01	1	0,00
Indústrias/ construção	0	-	0	-	0	-
Outros	100	0,07	36	0,08	64	0,07
Sem informação	301	0,21	85	0,19	216	0,22

Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria.

A via pública retrata o segundo local com maiores registros dos adolescentes do sexo masculino 88 (22%) e o terceiro do sexo feminino 325 (15%). O campo sem informação representa 588 (22%) dos casos e outros lugares, 182 (7%).

Tabela 6. Características do local de ocorrência da violência sexual contra adolescentes notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016

Local de Ocorrência	Adolescentes					
	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Residência	1314	0,50	176	0,45	1138	0,51
Habitação coletiva	24	0,01	5	0,01	19	0,01
Escola	54	0,02	16	0,04	38	0,02
Local de prática esportiva	12	0,00	4	0,01	8	0,00
Bar ou similar	17	0,01	6	0,02	11	0,00
Via pública	413	0,16	88	0,22	325	0,15
Comércio/ serviços	25	0,01	3	0,01	22	0,01
Indústrias/ construção	4	0,00	0	-	4	0,00
Outros	182	0,07	17	0,04	165	0,07
Sem informação	588	0,22	80	0,20	508	0,23

Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria.

2.3.3.4 Encaminhamentos

Dos casos de violências contra crianças, foram lançados 2.390 encaminhamentos (Figura 9). Desses, 954 (40%) efetuados para o Conselho Tutelar e um outro equipamento acionado foram às delegacias que, agrupadas, representam 535 (23%) casos, em especial a Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente. Apesar da inclusão da rede de saúde no ano de 2014, essa representa 327 (14%) dos encaminhamentos totais e a rede da assistência social figura com 95 casos (4%). Salienta-se que 196 casos (8%) foram encaminhados para outros dispositivos não listados na ficha de notificação.

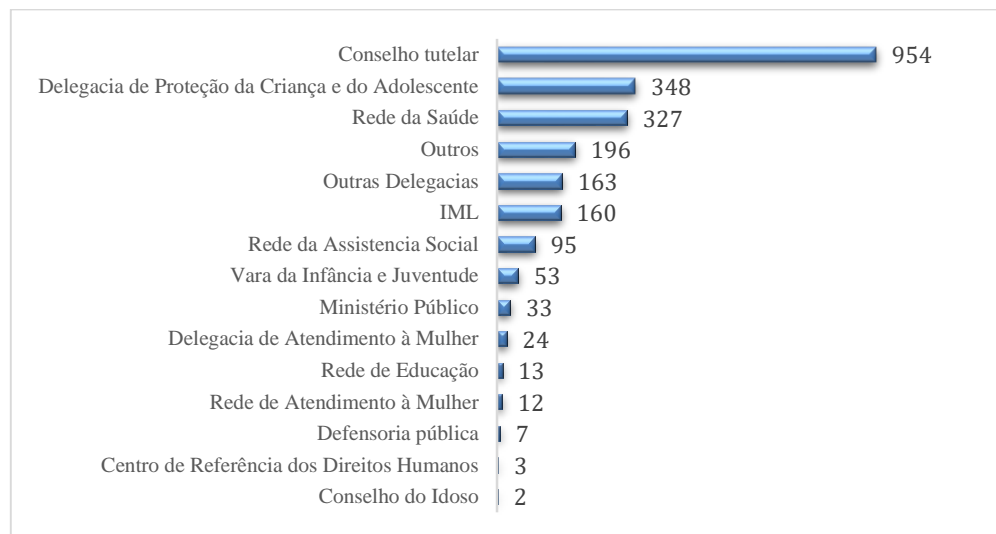


Figura 9- Encaminhamento de Crianças para outros setores notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016. Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria. Não corresponde a 100% dos casos, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

Em relação aos adolescentes (Figura 10), não há muita diferenciação do cenário anterior pois 1.331 casos (37%) foram registrados no Conselho Tutelar e juntados aos casos das delegacias, 780 (22%). A rede de saúde concentra 466 casos (13%) e a rede de assistência social

concentra 210 casos (6%). Outros encaminhamentos não especificados somam 380 (11%) das notificações.



Figura 10- Encaminhamento de Adolescentes para outros setores notificada no SINAN, segundo sexo, Distrito Federal, 2012-2016. Fonte: VIVA/SINAN/MS. Dados extraídos das tabelas disponibilizadas pela LAI em dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Elaboração própria. Não corresponde a 100% dos casos, pois se trata de uma questão de múltipla escolha.

2.3.4 DISCUSSÃO

A violência é um fenômeno social que se reproduz ao longo da trajetória da humanidade, traz consequências tanto no campo individual quanto no coletivo. A violência vai para além dos hematomas visíveis, viola a construção da subjetividade, da identidade e do modo de se relacionar do sujeito em seu meio social.

Quando empregada com o uso sexual, viola o direito à liberdade do sujeito, a vítima, em decidir a respeito de sua própria sexualidade. Isso é algo intrínseco a cada pessoa e ter a sua sexualidade, de forma abrupta, interferida de maneira não consentida invade a sua particularidade e autonomia de indivíduo social.

Ao se tratar de crianças e adolescentes, a violência sexual acarreta custos afetivos, emocionais e psicológicos, além da própria saúde física (1,3,26). Seu enfrentamento passa pela desconstrução de um modo social de relacionar-se pela apropriação da sexualidade de forma autoritária.

No Distrito Federal, no transcurso de 2012 à 2016, foram registrados no SINAN 4.056 notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes nos serviços de saúde, sendo 1.423 de crianças e 2.633 de adolescente.

Apesar do número de registros vinculados às crianças serem menores se comparado aos adolescentes, não significa que esse grupo social sofre menos violência. Tendo em vista que esses possuem uma certa dificuldade na comunicação oral, por estarem em fase de desenvolvimento e, em algumas situações, quando são levados ao atendimento em saúde estão acompanhados dos seus prováveis agressores, o que dificulta a identificação do evento. Outra hipótese levantada é que a dificuldade se dá por eles não terem a quem recorrer em razão de vivenciarem a violência no seu seio social de vínculos próximos e de muitas vezes só conseguirem falar durante a fase da adolescência ou da vida adulta com a manutenção, por anos, desse segredo perverso (3,9,21).

Ainda que os dados do Distrito Federal apresentados tenham números de registros significativos e um processo de notificação considerado mais consolidado em relação a alguns estados do país, em grande parte devido à proximidade com o Ministério da Saúde que o auxilia no desenvolvimento de ações locais, a subnotificação⁹ é uma situação presente no Distrito Federal, pontuada por vários estudos da área (3,24,25)

A subnotificação decorre de variados fatores, conforme Habigzang (26) cita: “sentimentos de culpa, vergonha e tolerância da vítima; a relutância de alguns médicos em

⁹ Em saúde pública está relacionada a baixa notificação de determinado agravo ou situação alusiva à saúde (24).

reconhecê-lo e relatá-lo; a insistência de tribunais por regras estritas de evidência e o medo da dissolução da família, se for descoberto o abuso”. Ainda, acrescenta-se problemas referentes ao despreparo dos profissionais, desde da área da saúde até instituições jurídicas para manusear e atuar de forma adequada nos casos, bem como da própria rede de serviços, das regulamentações técnicas e dos instrumentos legais de proteção dos profissionais incumbidos de notificar (26,27).

Os números evidenciam uma concentração maior de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo feminino, uma violência baseada no recorte de gênero, sendo 68% (n=973) e 85% (n=2.238) dos casos, respectivamente, com o predomínio dos possíveis autores do sexo masculino. Uma violência fundamentada no gênero, com comportamentos prejudiciais dirigidos a mulheres e meninas por motivo do seu sexo, subordinadas a uma relação de desequilíbrio de poder com os homens. São relações desiguais de poder e de gênero que subalternam e perpassam o corpo feminino (1).

Não obstante, o recorte da violência de gênero, as notificações contra as crianças 32% (n=450) e os adolescentes 15% (n=395) do sexo masculino possuem um volume significativo que necessita ser analisado, porquanto “nas violências sexuais os papéis de gênero hegemônicos operam de forma a identificar os homens como agressores e as mulheres como vítimas” (3), acarretando obstáculos para reconhecer também os homens como vítimas.

Revelou-se ainda uma certa dificuldade das pessoas em autodeclarar a cor de pele, dado que tanto nas informações das crianças quanto dos adolescente o campo sem informação foi mais assinalado se comparado as outras opções. Se faz necessário identificar essa variável para melhor compreender o fenômeno.

Predominantemente, a zona de residência urbana foi a mais citada. Todavia, não foi possível identificar a Região Administrativa onde as possíveis vítimas residiam no Distrito

Federal. Tendo em vista que o SINAN aglutina todas as informações concernentes ao Município de notificação à opção Brasília. A especificidade do Distrito Federal, tendo uma configuração particular de ente federativo estabelecido na Constituição Federal de 1998 que veda sua divisão em Municípios e o organiza em Regiões Administrativas, não é observada pelo SINAN. Dessa forma, os dados das Regiões Administrativas não são divulgados e a compreensão do fenômeno e o desenho das estratégias são dificultados, uma vez que cada região possui suas particularidades intrínsecas.

O estupro, ato tipificado pelo código penal brasileiro como crime contra liberdade sexual, teve os maiores índices do tipo de violência sexual sofrido pelas vítimas. No caso das adolescentes do sexo feminino, chega a ser 78% (n=1.604) dos casos registrados. A violência vivenciada nesses períodos etários traz repercussões na saúde física, mental e sexual, bem como o fato de ter sido vítima na infância e na adolescência eleva sua vulnerabilidade na vida adulta às violências (1,3,28).

A residência desponta nos índices de registros do local de ocorrência nas duas faixas etárias, um ambiente onde infere-se ter maior convivência com seus possíveis autores de violências. No caso das crianças, cerca de 90% (n=984) dos registros eram de pessoas próximas do seu convívio social e familiar. Concernente aos adolescentes, permanece o cenário anterior da proximidade do vínculo de pessoas da família e de amigos/conhecidos. Os possíveis agressores se aproveitam do grau de parentesco ou afinidade para praticar os atos.

Consoante com Faleiros e Faleiros (8), os agressores conhecidos da vítima e/ou de sua família valem-se da confiança que possuem, do papel social e do poder que têm, do local de vantagem, “que os põe em contato direto e continuado com a vítima, da cobertura legal e pouco sujeita a suspeitas de que dispõem”. Aproveitam-se da proximidade e do vínculo com a vítima para praticar a violência de forma perversa e intimidatória. Além disso, por conta de ser

um assunto de foro tão íntimo, muitas das vítimas recorrem ao silêncio por medo, culpa, vergonha e intimidação. Todavia, essa atitude implica na reprodução e continuidade das práticas violadoras, bem como dificulta a compreensão do tamanho do problema social.

Cabe mencionar que as adolescentes do sexo feminino tiveram 14% (n=246) de suas notificações vinculados aos seus namorados(as), uma sinalização do modo de se relacionar de forma abusiva em que a vontade do outro não é respeitada, em conformidade com Carvalho, Assis e Pires (28) que apontam o namoro durante a adolescência como uma relação que eleva a vulnerabilidade da violência sexual.

Sobre o sistema de informação SINAN, observa-se que a falta de padronização dos dados disponibilizados, gerada pelas mudanças feitas para aperfeiçoar o instrumental da ficha individual de notificação, dificulta o monitoramento do fenômeno e a sistematização dos dados. A exemplo das situações relacionadas aos encaminhamentos, até o ano de 2013, as opções incluíam vários setores institucionais tais como “CREAS/CRAS”, “Casa Abrigo”, “Programa Sentinela”, “Centro de Referência à Mulher”, entre outros, porém a partir de 2014, adota-se as nomenclaturas de “Rede de Saúde”, “Rede de Assistência Social” e “Rede de Atendimento à Mulher” de forma concomitante com as opções dos setores citados anteriormente, integrantes dessas redes. A título de exemplo, o caso do CRAS/CREAS ser serviço da Rede de Assistência Social.

A respeito dos encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde diante dos casos atendidos contra crianças e adolescentes, não existe uma diferenciação exorbitante, pois as decisões são parecidas. O Conselho Tutelar concentra os maiores registros de encaminhamentos com 954 de crianças e 1.331 de adolescentes, além de serem comunicados de forma obrigatória sobre os casos. Por meio dos dados, a princípio, percebeu-se uma baixa solicitação de atores que não sejam o conselho tutelar, a própria rede de saúde e as delegacias.

Outros dispositivos podem ser acionados, a exemplo da rede de assistência social para melhor atender à vítima e garantir seus direitos em sua totalidade de possibilidades. Contudo, não é possível inferir que os casos foram devidamente acompanhados e acolhidos, posto que o registro da notificação é só um momento inicial e, por se tratar de um fenômeno dinâmico, os desdobramentos podem ser inúmeros, o que dificulta a sistematização e o monitoramento dos casos.

Embora, às vezes, seja o primeiro contato da vítima com algum profissional para tratar da situação e o atendimento seja algo pontual como porta de entrada para as demais demandas, essa etapa inicial é de suma importância para que esse sujeito possa sentir-se acolhido e dar continuidade às ações. Também, a utilização do instrumento de preenchimento da notificação torna-se necessária, mesmo que seja limitada para a melhor compreensão da magnitude do fenômeno e delineamento de intervenções futuras no caso específico e do problema no contexto social. Espera-se que não fique somente em um dado a ser notificado e tabulado, porém que possa refletir a violência sexual da melhor forma possível, para sua prevenção.

3 CONCLUSÃO

A notificação de suspeita ou confirmação da violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal é de suma importância para assegurar espaço de autonomia profissional frente ao caso e autonomia da vítima quando busca atendimento no serviço de saúde, pois, em muitos casos, é o momento em que a vítima consegue romper o silêncio para desconstrução do cenário violento. A notificação também permite aproximar as análises da realidade do problema por meio da produção de dados a exemplo das informações extraídas das fichas de notificações, que resultaram na caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal com o apontamento do perfil das vítimas, dos possíveis agressores, da violência e dos encaminhamentos deste trabalho.

Apesar de suas limitações, a exemplo da subnotificação, do não acesso ao banco de dados e da falta de padronização da própria ficha, reafirma-se a importância do instrumento da notificação nos serviços de saúde pois, além de olhar para o indivíduo dentro do seu próprio caso, o agrupamento e a estimativa dos dados notificados permite visibilizar a temática no âmbito coletivo como fenômeno social a ser respondido pelo Estado na formulação e execução de políticas públicas.

Mesmo que a violência sexual contra crianças e adolescentes não cesse de forma imediata por ser um problema estrutural da sociedade, a vigilância do fenômeno contribui para identificar e delinear as melhores estratégias para seu enfrentamento e prevenção pelo Estado, pelas famílias, pelos indivíduos e pela sociedade civil, com vistas à defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

Conforme, Rosa de Luxemburgo “Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem”.

REFERÊNCIAS

1. Heise, L. Violência e gênero: uma epidemia global. *Cad. Saúde Pública*. 1994, 10 (supl.1): 135-145
2. Sanchez RN, Minayo MCDS. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. *In: Lima CA (Coord.) et al. Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 29-38.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico 27 Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017*. Brasília, 2018.
4. Lins, MZS. *Avaliação do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), com Foco na Notificação de Violência sexual na Região Metropolitana de Fortaleza, no Período de 1999 a 2007*. [Dissertação] [internet]. Fortaleza: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz; 2008. [acesso em 20 fev 2020]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5378>
5. Minayo, MCDS. Violência e Saúde. [Internet] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. [Acesso em 02 fev 2020]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>
6. Chauí M. *Uma ideologia perversa*. [Internet]. Folha de São Paulo, São Paulo, 14 mar. 1999. [Acesso em: 08 fev 2019]. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/fol/brasil500/dc_1_4.htm
7. Sanchez RN. O enfrentamento da violência no campo dos direitos de crianças e adolescentes. *In: Pacto pela paz: uma construção possível*. São Paulo: Fundação Petrópolis, 2003. p. 39-46.
8. Faleiros VDP, Faleiros EV. *Escola que Protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*. [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2007. [Acesso em 20 jan 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-32351>.
9. _____. Abuso sexual de crianças e adolescentes: trama, drama e trauma. *Serviço Social & Saúde*. Campinas, v. 2, n. 2, p. 65-82. [Internet]. 2005 [Acesso em 14 maio 2020]. Disponível em <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8636441/4150>
10. Dalberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (Sup): 1163-1178, 2007.
11. World Health Organization. Sexual violence. *In World report on violence and health*. Geneva, 2002, 149-181.
12. Faleiros VDP. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. *Ser social*, 1998, n. 2, 37-56.

13. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005, v. 21 (3): .341-348.
14. Ministério da Saúde (BR). 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: Ministério da Saúde, 2016.
15. Bezerra SC. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: Lima CA (Coord.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.17-22.
16. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Crianças e do Adolescente (BR). *Relatório Avaliativo: ECA 25 anos, + direitos – redução*. Brasília, 2016.
17. Minayo MCDS. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: Lima CA (Coord.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 13-16.
18. Grandino PJ. *Estatuto da Criança e do Adolescente: O sentido da Lei para as relações intergeracionais*. Programa de Ética e Cidadania- construindo valores na escola e na sociedade. [Internet]. 2008 [Acesso em 15 jan 2020]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Etica/12_junqueira.pdf.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas*. 2. ed. – Brasília, 2007.
20. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
21. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas*. [Recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [Acesso em 03 fev 2020]. Disponível em: http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf.
22. Macedo DM, et al. Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. [Periódico na internet], 2017.
23. Costa MFL, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área de envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003, 12 (4): 189-201.
24. Assis SGD, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TODO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outra violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012, 17 (9): 2305-2317.

25. Rolim ACA, Moreira GAR, Corrêa CRS, Vieira LJEDS. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. *Saúde Debate*. 2014, v. 38 (103): 794-804.
26. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005, v. 21 (3): .341-348.
27. Garbin CAS, Dias IDA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015, 20(6):1879-1890.
28. Carvalho LDS, Assis SG, Pires TDO. Violência sexual em distintas esferas relacionais na vida de adolescentes. *Adolescência & Saúde*. 2017, 14 (1): 14-21.

APÊNDICE A

Tabela 7- Características do tipo de violência sexual e local de ocorrência contra crianças notificada no SINAN, segundo sexo, Brasil, 2012-2016

Características	Crianças					
	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Violência Sexual*						
Assédio sexual	335	0,24	100	0,22	235	0,25
Estupro	902	0,64	296	0,65	606	0,63
Pornografia infantil	34	0,02	12	0,03	22	0,02
Exploração sexual	21	0,01	9	0,02	12	0,01
Outros	115	0,08	35	0,08	80	0,08
Local de Ocorrência						
Residência	911	0,64	282	0,63	629	0,65
Habitação coletiva	12	0,01	6	0,01	6	0,01
Escola	58	0,04	25	0,06	33	0,03
Local de prática esportiva	2	0,00	0	-	2	0,00
Bar ou similar	2	0,00	1	0,00	1	0,00
Via pública	32	0,02	11	0,02	21	0,02
Comércio/ serviços	4	0,00	3	0,01	1	0,00
Indústrias/ construção	0	-	0	-	0	-
Outros	100	0,07	36	0,08	64	0,07
Sem informação	301	0,21	85	0,19	216	0,22

APÊNDICE B

Tabela 8- Características do tipo de violência sexual e local de ocorrência contra adolescentes notificada no SINAN, segundo sexo, Brasil, 2012-2016

Características	Adolescentes					
	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	N	%
Tipo de Violência Sexual*						
Assédio sexual	314	0,15	29	0,21	285	0,15
Estupro	1604	0,78	94	0,69	1510	0,78
Pornografia infantil	31	0,02	2	0,01	29	0,02
Exploração sexual	46	0,02	4	0,03	42	0,02
Outros	66	0,03	7	0,05	59	0,03
Local de Ocorrência						
Residência	1314	0,50	176	0,45	1138	0,51
Habitação coletiva	24	0,01	5	0,01	19	0,01
Escola	54	0,02	16	0,04	38	0,02
Local de prática esportiva	12	0,00	4	0,01	8	0,00
Bar ou similar	17	0,01	6	0,02	11	0,00
Via pública	413	0,16	88	0,22	325	0,15
Comércio/ serviços	25	0,01	3	0,01	22	0,01
Indústrias/ construção	5	0,00	0	-	5	0,00
Outros	182	0,07	17	0,04	165	0,07
Sem informação	588	0,22	80	0,20	508	0,23

APÊNDICE C

Tabela 9- Características do provável autor e do vínculo com crianças vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Brasil, 2012-2016

Características	Crianças					
	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Sexo do provável autor da agressão						
Masculino	1063	0,75	347	0,77	716	0,74
Feminino	62	0,04	18	0,04	44	0,05
Ambos os sexos	41	0,03	11	0,02	30	0,03
Sem informação	257	0,18	74	0,16	183	0,19
Vínculo com a vítima						
Pai	227	0,17	59	0,14	168	0,19
Mãe	56	0,04	23	0,05	33	0,04
Padrasto	131	0,10	20	0,05	111	0,12
Madrasta	5	0,00	2	0,00	3	0,00
Cônjuge	3	0,00	0	-	3	0,00
Namorado (a)	5	0,00	3	0,01	2	0,00
Filho	7	0,01	3	0,01	4	0,00
Irmão	78	0,06	32	0,07	46	0,05
Cuidador	45	0,03	7	0,02	38	0,04
Patrão/ chefe	2	0,00	0	-	2	0,00
Pessoa com relação institucional	25	0,02	12	0,03	13	0,01
Policial/ agente da lei	3	0,00	1	0,00	2	0,00
Amigos/ conhecidos	279	0,21	109	0,25	170	0,19
Desconhecido	75	0,06	20	0,05	55	0,06
Própria pessoa	4	0,00	2	0,00	2	0,00
Outros vínculos familiares	269	0,20	93	0,21	176	0,20
Outros parceiros íntimos	1	0,00	1	0,00	0	-
Outros	113	0,09	47	0,11	66	0,07

APÊNDICE D

Tabela 10- Características do provável autor e do vínculo com adolescentes vítimas de violência sexual notificada no SINAN, segundo sexo, Brasil, 2012-2016

Características	Adolescentes					
	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Sexo do provável autor da agressão						
Masculino	2072	0,79	254	0,64	1818	0,81
Feminino	162	0,06	38	0,10	124	0,06
Ambos os sexos	50	0,02	15	0,04	35	0,02
Sem informação	349	0,13	88	0,22	261	0,12
Vínculo com a vítima						
Pai	121	0,06	5	0,04	116	0,07
Mãe	42	0,02	5	0,04	37	0,02
Padrasto	156	0,08	6		150	0,08
Madrasta	3	0,00	1	0,01	2	0,00
Cônjuge	32	0,02	1	0,01	31	0,02
Ex-Cônjuge	8	0,00	0	-	8	0,00
Filho	6	0,00	0	-	6	0,00
Namorado (a)	249	0,13	3	0,03	246	0,14
Ex-Namorado (a)	39	0,02	0	-	39	0,02
Irmão	41	0,02	10	0,08	31	0,02
Cuidador	8	0,00	1	0,01	7	0,00
Patrão/ chefe	5	0,00	0	-	5	0,00
Pessoa com relação institucional	11	0,01	1	0,01	10	0,01
Amigos/ conhecidos	437	0,23	42	0,36	395	0,22
Desconhecido	499	0,26	17	0,14	482	0,27
Policial/ agente da lei	3	0,00	0	-	3	0,00
Própria pessoa	10	0,01	1	0,01	9	0,01
Outros vínculos familiares	131	0,07	15	0,13	116	0,07
Outros parceiros íntimos	3	0,00	0	-	3	0,00
Outros	81	0,04	10	0,08	71	0,04

APÊNDICE E

Tabela 11- Características do Encaminhamentos contra crianças notificada no SINAN, segundo sexo, Brasil, 2012-2016

Características	Crianças					
	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	n	%	N	%
Encaminhamentos						
Conselho do Idoso	2	0,00	0	-	2	0,00
Centro de Referência dos Direitos Humanos	3	0,00	0	-	3	0,00
Conselho tutelar	954	0,40	322	0,42	632	0,39
Defensoria pública	7	0,00	0	-	7	0,00
Delegacia de Atendimento à Mulher	24	0,01	1	0,00	23	0,01
Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente	348	0,15	119	0,16	229	0,14
IML	160	0,07	42	0,05	118	0,07
Ministério Público	33	0,01	15	0,02	18	0,01
Outras Delegacias	163	0,07	43	0,06	120	0,07
Outros	196	0,08	58	0,08	138	0,08
Rede da Assistência Social	95	0,04	36	0,05	59	0,04
Rede da Saúde	327	0,14	99	0,13	228	0,14
Rede de Atendimento à Mulher	12	0,01	3	0,00	9	0,01
Rede de Educação	13	0,01	6	0,01	7	0,00
Vara da Infância e Juventude	53	0,02	21	0,03	32	0,02

APÊNDICE F

Tabela 12- Características do Encaminhamentos contra adolescentes notificada no SINAN, segundo sexo, Brasil, 2012-2016

Características	Adolescentes					
	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Encaminhamentos						
Conselho do Idoso	1	0,00	1	0,00	1	0,00
Centro de Referência dos Direitos Humanos	2	0,00	0	-	1	0,00
Conselho tutelar	1331	0,37	254	0,51	1077	0,35
Defensoria pública	4	0,00	0	-	4	0,00
Delegacia de Atendimento à Mulher	148	0,04	8	0,02	140	0,05
Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente	325	0,09	62	0,12	263	0,08
IML	227	0,06	16	0,03	211	0,07
Ministério Público	36	0,01	8	0,02	28	0,01
Outras Delegacias	307	0,09	35	0,07	272	0,09
Outros	380	0,11	40	0,08	340	0,11
Rede da Assistência Social	210	0,06	27	0,05	183	0,06
Rede da Saúde	466	0,13	24	0,05	442	0,14
Rede de Atendimento à Mulher	74	0,02	4	0,01	70	0,02
Rede de Educação	13	0,00	1	0,00	12	0,00
Vara da Infância e Juventude	78	0,02	20	0,04	58	0,02

ANEXO A

Dados do Pedido		
Protocolo	25820007751201861	
Solicitante	Gesiele de Lemos Brito	
Data de Abertura	06/12/2018 12:00	
Órgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde	
Órgão Vinculado Destinatário		
Prazo de Atendimento	26/12/2018	
Situação	Respondido	
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)	
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por e-mail)	
Resumo	Dados referentes a violência sexual contra crianças e adolescentes do Distrito Federal	
Detalhamento	Olá, gostaria de ter acesso às informações referente aos dados de violência sexual contra crianças e adolescentes do Distrito Federal do período de 2010 a 2016 (perfil das vítimas, abusadores, local de ocorrência, dados de ocorrência, violência sexual). Pois, pelo SINAN não consigo acessar de forma conjunta e cruzar todos os dados já que os filtros não permite tal possibilidade e não achei documento disponível com alguma tabulação. Tendo em vista que a ficha de notificação é estruturada de uma forma completa.	
Dados da Resposta		
Data de Resposta	26/12/2018 10:56	
Tipo de Resposta	Acesso Concedido	
Classificação do Tipo de Resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC	
Resposta	Prezada, segue em anexo resposta	
Responsável pela Resposta	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde	
Destinatário do Recurso de Primeira Instância:	Secretário De Vigilância Em Saúde	
Prazo Limite para Recurso	07/01/2019	
Classificação do Pedido		
Categoria do Pedido	Saúde	
Subcategoria do Pedido	Participação e controle social em saúde	
Número de Perguntas	1	
Histórico do Pedido		
Data do evento	Descrição do evento	Responsável
06/12/2018 12:00	Pedido Registrado para para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE
06/12/2018 16:35	Pedido Em Andamento	MS – Ministério da Saúde
26/12/2018 10:56	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde

ANEXO B

Dados do Pedido	
Protocolo	25820000468201990
Solicitante	Gesiele de Lemos Brito
Data de Abertura	16/01/2019 15:30
Órgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Órgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	15/02/2019
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por e-mail)
Resumo	Violência Sexual contra adolescentes no Distrito Federal
Detalhamento	Boa tarde, já entrei com um pedido (protocolo 25820007751201861), acabei perdendo o prazo de recurso para obter informações referente a violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal. Gostaria de saber se os dados referente a CARACTERIZAÇÃO DE ADOLESCENTES QUE FORAM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL na faixa etária de adolescentes (10 a 19 anos) do Distrito Federal nos anos de 2012 e 2013 estão disponíveis.

Dados da Resposta	
Data de Resposta	14/02/2019 15:25
Tipo de Resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de Resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC
Resposta	Prezada Cidadã, Em atendimento à sua solicitação, segue anexas as tabelas sobre casos de violência sexual no Distrito Federal para os anos de 2012 e 2013. Atenciosamente, ANEXO: VIVA
Responsável pela Resposta	Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis
Destinatário do Recurso de Primeira Instância:	Secretário de Vigilância em Saúde
Prazo Limite para Recurso	25/02/2019

Classificação do Pedido	
Categoria do Pedido	Saúde
Subcategoria do Pedido	Participação e controle social em saúde
Número de Perguntas	1
Histórico do Pedido	

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
16/01/2019 15:30	Pedido Registrado para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE
05/02/2019 16:56	Pedido Prorrogado	MS – Ministério da Saúde
14/02/2019 15:25	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde

ANEXO C

Dados do Pedido	
Protocolo	25820002777201902
Solicitante	Gesiele de Lemos Brito
Data de Abertura	08/04/2019 15:10
Órgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Órgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	29/04/2019
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Informações enviadas por e-mail)
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por e-mail)
Resumo	Banco de Dados
Detalhamento	Olá. Anteriormente entrei com duas LAI para ter acesso aos dados referente a violência sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal. Todavia, por conta da complexidade das informações e as atualizações. Venho por meio desta solicitar a cessão das bases de dados do VIVA, gerenciado pela (SVS) para extrair informações do SINAN. Pois, estou desenvolvendo uma pesquisa no mestrado com a temática citada.
Dados da Resposta	
Data de Resposta	29/04/2019 10:46
Tipo de Resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de Resposta	Informações enviadas por e-mail
Resposta	Prezada Sra. Em atenção à solicitação de encaminhamento dos dados referentes às notificações de violência no sistema Sinan VIVA, esclarecemos que os bancos de dados referentes aos período de 2009 a 2016 estão disponíveis em: http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoalautoprovocada Esperamos que esse recurso permita acesso aos dados que a senhora necessita para sua pesquisa, nos informe se precisar de outras informações. Atenciosamente,
Responsável pela Resposta	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde
Destinatário do Recurso de Primeira Instância:	Secretário De Vigilância Em Saúde
Prazo Limite para Recurso	09/05/2019
Classificação do Pedido	
Categoria do Pedido	Saúde

Subcategoria do Pedido Participação e controle social em saúde

Número de Perguntas 1
Histórico do Pedido

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
08/04/2019 15:10	Pedido Registrado para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE
29/04/2019 10:46	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde

ANEXO D

República Federativa do Brasil

SINAN

Nº

Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

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

SVS 15.06.2015

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. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
Dados do provável autor da violência	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 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		
	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 _____		
Dados finais	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 _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

Fonte: Ministério da Saúde (BR). [Internet] 2015. Acesso em [21 jan 2020]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf