

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM
SAÚDE

ESCOLA POLITECNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Abuso Sexual infantil: um estudo sobre a violência intrafamiliar como problema de
saúde pública

Yasmin de Mattos Silva

Orientador: Daniel Groisman (LABORAT)

Rio de janeiro

2013

Yasmin de Mattos Silva

Abuso sexual infantil: um estudo sobre a violência intrafamiliar como problema de saúde pública

(Trabalho de Conclusão de Curso/ Dissertação) apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para (aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Vigilância em Saúde).

Orientador: Daniel Groisman

Rio de janeiro

2013

Yasmin de Mattos Silva

Abuso sexual infantil: Um estudo sobre a violência intrafamiliar como um problema de saúde pública

(Trabalho de Conclusão de Curso/ Dissertação) apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para (aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Vigilância em Saúde).

Orientador: Daniel Groisman

Aprovado em 17/12/13

BANCA EXAMINADORA

Marilda Maria da Silva Moreira- Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio

Daniel Groisman - Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio

Nina Isabel Soalheiro Prata - Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio

RESUMO

Este estudo tem por objetivo principal compreender as conseqüências psicossociais do abuso sexual intrafamiliar durante a infância, com base na literatura referente ao tema: artigos científicos, cartilhas de proteção à criança do governo, Estatuto da Criança e do Adolescente e no questionário aplicado em um hospital especializado no atendimento de crianças, vítimas de violência, pois é necessário compreender quais são os mecanismos de comunicação e emissão de informações entre profissionais de saúde, já que são eles que lidam com os infantes diariamente, desde a ala ambulatorial até o tratamento psicológico. Nessas circunstâncias, entrevistaram-se os profissionais de saúde por meio da aplicação de questionários no IPPMG (Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira). Para potencializar as políticas públicas referentes a violência sexual, também abordaremos na pesquisa a importância do trabalho articulado entre os sistemas de saúde, de educação e judicial em parceria com o governo federal para diminuir o crescimento deste tipo de violência.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA:	6
CONSIDERAÇÕES	9
CAPÍTULO 1: DEFININDO OS SUJEITOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NA DINÂMICA FAMILIAR E POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA O BAIXO DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO PROBLEMA DO ABUSO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	10
1.1 PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DO ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS.....	14
CAPÍTULO 2: INVESTIGANDO ALGUNS PROGRAMAS RESPONSÁVEIS PELO CUIDADO E ATENÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL E COMPROMISSADOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL, A PARTIR DA CRIAÇÃO DO ECA (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE).	17
CAPÍTULO 3: COLETA DE DADOS DO AGRAVO VIOLÊNCIA SEXUAL ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS DO IPPMG- INSTITUTO DE PEDIATRIA E PUERICULTURA MARTAGÃO GESTEIRA-UFRJ	21
CAPÍTULO 4: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DISCUSSÃO DE POSSÍVEIS MELHORIAS NA ESCUTA DE CRIANÇAS SEXUALMENTE ABUSADAS NO CENÁRIO JURÍDICO	25
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICE 1	30
ANEXO 1	31

INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA:

A violência sexual contra a criança é hoje considerada um problema de saúde pública, devido a sua alta incidência epidemiológica e aos sérios prejuízos para o desenvolvimento da vítima, deixando graves seqüelas psicológicas e sociais.

É um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes sociais, etnias, religiões e culturas, caracterizando-se como qualquer ato ou conduta baseado no gênero que cause dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à vítima. Em casos extremos, a morte.

Exemplos do crescimento da violência sexual no Brasil estão nos dados fornecidos pela Secretaria da Justiça e da Segurança do Estado do Rio Grande do Sul, em 2002. 1.400 crianças foram vítimas de violência, destas 872 ou 62%, foram vítimas de violência sexual. Em 2003, 1.763 foram vítimas de violência, sendo 1.166 ou 66,14% casos de abuso sexual. Entre os meses de Janeiro e Julho do ano de 2004, do total de 525 crianças vítimas da violência, 333 ou 63,46% eram oriundas do abuso sexual. (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Apesar do visível crescimento desse problema através das estatísticas analisadas cronologicamente, o abuso sexual muitas vezes não se torna algo perceptível e palpável, pois nem sempre é de fácil identificação, porque muitas vezes não se apresenta acompanhado de violência física aparente. Apresenta-se de inúmeras outras formas e níveis de gravidade, dificultando as possibilidades de denúncia pela vítima e a confirmação por meio de diagnósticos oferecidos pelas medidas legais de averiguação do crime.

É preciso levar em consideração que o abuso sexual ocorre tanto para o sexo masculino, quanto para o sexo feminino, apesar das vítimas pertencerem majoritariamente ao sexo feminino. Uma das teorias utilizadas para explicar o fenômeno é que a mulher ocupa um papel submisso, frágil dentro da nossa sociedade. É por essa razão que nos casos de violência sexual isto é mais “aceitável” tanto para o ato em si como para a denúncia. Nos dados do Programa Rede de Proteção em Curitiba, das 238 notificações de violência sexual, no ano de 2003, 24,4% eram de meninos.

A proteção integral às crianças e adolescentes ganha forças no Brasil através da criação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), de acordo com a Lei Nº 8.069/90, segundo a Constituição Federal de 1988. O Estatuto garante que crianças e adolescentes

devem ser protegidos de toda forma de Negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão.

A partir daí a violência sexual passa a ser melhor caracterizada enquanto um problema de saúde pública, na medida em que se insere o Título II, dos Direitos Fundamentais, capítulo I, do Direito à Vida e a Saúde, quando se torna obrigatória a comunicação de tais ocorrências (suspeita ou confirmação de maus tratos) às autoridades elementares. (Bezerra, Saulo de Castro. *Prevenção à violência contra crianças e adolescentes: Um compromisso de todos nós*. Capítulo I. Estatuto da Criança e do Adolescente: Marco a proteção Integral).

Também foi criado pela Secretaria dos Direitos Humanos, O Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, no ano de 2002, como resposta às demandas do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil. O programa tem por objetivo principal:

Mobilização de redes para integrar um conjunto de programas e ações dos governos, organismos e agências internacionais, universidades e sociedade civil para que sejam desenvolvidas e aplicadas metodologias de intervenção local capazes de desencadear respostas efetivas para a superação da violação dos direitos de crianças e adolescentes. Secretaria de Direitos Humanos. *Disponível em:* <http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao_sexual>. Acesso em 10 nov. 2012.

A coordenação do programa é responsável pela sistematização de dados e informações, pelo apoio às redes e comitês de enfrentamento da violência sexual e pela promoção de campanhas de mobilização. O programa atua na gestão do Disque 100 – Disque Denúncia Nacional, serviço que recebe, encaminha e monitora as denúncias de violência contra criança e adolescentes. Suas ações são realizadas por meio da sua parceria com a Petrobrás e o Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA).

Porém, as leis existentes ou programas introduzidos pelo governo, não irão surtir o efeito desejado se não houver o preparo de profissionais atuantes nas áreas da saúde, da assistência social e nas esferas jurídicas e educacionais. Pois o ato da prevenção e proteção das crianças contra a violência sexual se dá de forma articulada. Nesse sentido, O Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes tenta veicular suas ações.

“A equipe interdisciplinar torna-se indispensável para a eficiência da avaliação, do diagnóstico, do acompanhamento e tratamento da vítima e do grupo familiar.” (AZAMBUJA, 2006).

Os profissionais da área de educação, saúde ou jurídica, estão ligados à criança, mesmo que indiretamente. Seja no ato da denúncia ou simplesmente através do contato com a sua história de vida, podendo analisar as condições socioeconômicas da família. Por exemplo: Uma professora observa um comportamento hipersexualizado em um de seus alunos, imediatamente comunica a seu responsável, geralmente a mãe, logo é feita uma análise psicológica e física da vítima. Descobre-se o abuso. E quem será o abusador? Geralmente um avô, tio, padrasto, etc. Porém a mãe pode depender economicamente deste e por isso não denunciar ou simplesmente se negar a acreditar na acusação. O Caos está instalado. A partir daí os laços afetivos e de confiança são rompidos entre os sujeitos: a criança violentada, o parente que a violentou e o responsável que não o denunciou.

Também se faz necessário a ampliação e o fortalecimento das políticas públicas e da rede de apoio, contemplando-se, inclusive, a abordagem, o atendimento e o tratamento do abusador, para que a criança tenha a chance de restaurar a confiança depositada nele, se possível.

CONSIDERAÇÕES:

Esta pesquisa teve por objetivo geral tematizar o abuso sexual infantil enquanto problema de saúde pública, buscando compreender como essa questão é enfrentada no âmbito das políticas públicas e discutindo as seqüelas psicológicas e sociais geradas por esse tipo de violência.

Para atender as propostas deste estudo, foi necessário compreender como se dá a ação de profissionais de uma unidade de saúde especializada em atenção e saúde da criança. Nessas circunstâncias, entrevistaram-se os profissionais de saúde por meio da aplicação de questionários no IPPMG (Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira-UFRJ).

Foram discutidas as conseqüências psicossociais do abuso sexual intrafamiliar, através de artigos científicos da literatura referente ao tema.

Foram mapeadas nesta monografia, algumas das estratégias criadas pelo governo federal para a prevenção do abuso sexual contra a criança no âmbito familiar, a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

CAPÍTULO 1: DEFININDO OS SUJEITOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL NA DINÂMICA FAMILIAR E POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA O BAIXO DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO PROBLEMA DO ABUSO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Atualmente no Brasil, a violência sexual exercida por pais e responsáveis, contra suas crianças e adolescentes, é considerado pelo Ministério da Saúde, como caso de saúde pública. Por isso se faz necessária à preparação de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, para lidar com a situação quando acreditarem se deparar com um caso de abuso sexual. Devendo-se analisar a criança tanto fisicamente como psicologicamente. Caso a suspeita seja confirmada, não só a vítima, mas também os perpetradores devem receber tratamento psicológico, pois o último sofre uma grave patologia, podemos assim dizer.

Durante muito tempo, não se reconhecia a existência da infância e da adolescência como momento delicado do desenvolvimento humano. Esse processo de reconhecimento só se dá com o avanço da medicina e das ciências humanas, demonstrando através de estudos que a infância é a etapa fundamental do desenvolvimento saudável do indivíduo. É nesta fase da vida que o indivíduo começa a formar sua personalidade, seus valores, seu conhecimento de mundo, etc. Por isso é tão importante que o período da infância seja rigorosamente velado, cuidado.

Segundo Braun (2002), autora do livro *“A violência sexual infantil na família: Do silêncio à revelação do segredo”* somente a partir do século XX, mais precisamente após a Segunda Guerra Mundial, a infância é concebida como “idade com características e necessidades específicas”. Com a criação da escola, a criança passou a ser diferenciada do adulto e a infância começa a ser estudada. Este pode ser um dos aspectos de dificuldade social de percepção das várias situações de violência infantil.

Esta concepção também se encontra presente no livro *“Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes”*: (Lygia Maria Pereira da Silva, 2003).

Em recente estudo SOLER (2000) diz se mostrar necessária a contextualização da violência praticada contra crianças e adolescentes, por seus familiares e responsáveis, considerando o ambiente social, político e cultural como causadores e facilitadores das condições em que se estabelece a violência intrafamiliar.

“Esta questão não deve ser estudada e tratada com uma visão unilinear, de causa e efeito, em que, de um lado está o agressor, motivado por sua “perversidade”, e do outro, sua vítima, esperando ou provocando o ataque. O que realmente se tem como resultado da violência sexual infantil intrafamiliar, são fatores multicausais e interativos de uma dinâmica sociocultural e política que repercute na camada social, fazendo vítimas de maneira indiscriminada.” (FERREIRA, 2002, p.22).

Em vários casos a dinâmica do abuso sexual ocorre motivada por fatores socioeconômicos e culturais. Dentro dos fatores socioeconômicos, um exemplo clássico são as esposas donas de casa que dependem economicamente de seus maridos e por essa razão se calam. Dentro dos aspectos culturais, vemos que cada vez mais esta relação incestuosa da violência sexual é banalizada: Na maior parte dos casos, as mães não acreditam no relato dos filhos, ou tem medo de denunciar o abuso e perder o atual companheiro, e no pior dos casos, culpa o próprio filho pelo abuso, afirmando que seu conjugue foi seduzido.

Estas situações dificultam e muito o encaminhamento do processo à justiça. Este é um dos fatores responsáveis pela ausência de ações governamentais contra o problema.

Para que compreendamos o real significado do termo, se faz necessária uma definição do que seja a violência sexual infantil intrafamiliar:

Configura-se como toda prática sexual ou apenas jogo sexual, dentro de uma relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente tendo por finalidade estimular esta criança ou adolescente sexualmente ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa (AZEVEDO; GUERRA, 1998, p.31).

Para que a situação descrita acima ocorra, o agressor se aproveita da relação de confiança existente entre ele e a criança ou o adolescente e do poder como responsável para uma aproximação maior para praticar atos que a vítima considera, inicialmente, uma demonstração de afeto e interesse. Porém com o tempo, estas abordagens vão se tornando, gradativamente, mais agressivas e violentas no que diz respeito à intimidade entre o abusador e a vítima. Gerando-se então, pouco a pouco, um sentimento de insegurança e dúvida, que pode permanecer durante anos, dependendo da maturidade da vítima, das suas ideias de valores e conhecimento, bem como a idade em que começa a ser violentada: Quanto mais nova for pior serão as seqüelas psicológicas.

A partir do momento em que o agressor percebe que a criança passa a entender suas atitudes como abusivas e anormais, começa a inverter os papéis: impõe a culpa na vítima afirmando que ela não deveria ter aceitado seus carinhos. Usa de sua imaturidade para por em

dúvida o quão importante é para sua família, diminuindo seu amor próprio, mostrando que qualquer queixa de sua parte não terá crédito para seus familiares. Assim é gerado o tal “pacto do silêncio”

Discutiremos agora a origem do comportamento incestuoso no seio familiar, nesta discussão torna-se necessária uma análise psicológica dos sujeitos envolvidos, bem como a interação social entre eles. É importante também, estudar o convívio entre os membros da família, tendo consciência que este fator está profundamente ligado ao plano social, econômico e cultural da sociedade. Sem contar agravantes de qualquer tipo de violência, como:

- Uso de drogas;
- Desemprego;
- Ausência e ineficiência de políticas públicas, responsáveis por garantir a ordem política e respeito à cidadania

Explicaremos o porquê da influência dos fatores citados acima na violência sexual intrafamiliar a seguir, juntamente com as definições de sujeitos da violência sexual propostas.

Vítima: É o sujeito que sofre abuso sexual podendo ou não reproduzi-lo em seus relacionamentos, tanto na condição de criança como na condição de adulto. O assédio sexual se dá através do poder, da coação ou sedução. Neste caso, pelo patriarca da família, aquele que sustenta economicamente os gastos da família e exerce grande poder sobre os demais membros no núcleo familiar. Isso ocorre, pois em nossa sociedade a questão de gênero é um fator preponderante na produção de violência social, interpessoal e familiar. SAFFIOTTI (1999). Mas este não é o único fator que motiva o silêncio da família quando ocorre o abuso: quase sempre é desconfortável tocar no assunto, pois além de se tratar de um ato condenável perante a sociedade, é natural, principalmente em famílias de classes mais abastadas, querer evitar o escândalo.

A criança torna-se incapaz de se estabelecer enquanto indivíduo autônomo, sendo objeto de uso e desejo do abusador. Não possui liberdade para dirigir suas ações e vontades, isto é, com relação à liberdade de expressão e comunicação, que lhe é tirada através de

ameaças vindas do abusador. O abuso sexual pode variar de atos que envolvem contato sexual (com ou sem penetração), desde atos sem o contato sexual, como o voyeurismo.

Vejam agora, os principais sintomas que uma criança apresenta ao sofrer abuso sexual, levando em consideração alterações comportamentais, cognitivas e emocionais:

- a) Alterações Comportamentais: conduta hipersexualizada, fugas do lar, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões de sono e alimentação, comportamentos autodestrutivos, tais como se machucar e tentativas de suicídio.
- b) Alterações Cognitivas: baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar, e crenças distorcidas, tais como percepção de que é culpada pelo abuso, diferença em relação aos pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação.
- c) Alterações Emocionais: sentimento de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade.

Agressor: “Dentre os parentes envolvidos em abuso sexual intrafamiliar, o grande vilão é o pai, conforme aponta pesquisa realizada por Saffiotti (1997) no município de São Paulo sobre abuso incestuoso: 71,5% dos agressores eram pais biológicos e 11,1%, padrastos. Por tanto, pai e padrastos foram responsáveis por 82,6% do total de abusos sexuais” (Saffiotti, 1997, p.183) – ARAUJO, Maria de Fátima. Violência e abuso sexual na família. Psicologia em estudo, Maringá, v.7, nº2, p.3-11, jul./dez. 2002.

Essa passagem confirma algumas teorias a respeito da hierarquização de poder dentro do núcleo familiar: olhamos muitas vezes a formação da instituição família dentro de uma perspectiva machista, ainda muito presente na sociedade brasileira, onde o homem ocupa o lugar de destaque como cuidador, protetor, gerenciador da renda familiar e manipulador dos sujeitos envolvidos: mãe e filhos. Esta perspectiva de gênero, tão comum em nossa sociedade, por vezes, soma-se a uma disfunção psicológica do protetor da família (pai, padrasto, tio avô..) levando-o a cometer atos incestuosos.

Como bem retrata as pesquisas realizadas, os homens ocupam papel de destaque no ranking de violência sexual contra a criança. Mas devemos enfatizar que o gênero feminino também se faz atuante nesse tipo de agressão.

Segundo Gabel (1997), o abuso sexual possui uma difusão/desordenação em três níveis:

- a) Abuso de poder do adulto exercido sobre a criança;
- b) Não correspondência da confiança que a criança deposita no adulto (perpetrador);
- c) Uso inadequado da sexualidade, ou atentado ao direito que todo indivíduo tem sobre seu corpo.

Mãe: Geralmente Vivencia uma situação conflituosa e ambiguidade de sentimentos diante da suspeita de constatação do abuso praticado pelo marido contra seus filhos. Recusando aceitar a traição do marido, frequentemente nega os indícios do abuso e suas próprias percepções. Possui também sentimentos ambivalentes em relação ao filho: ao mesmo tempo que sente raiva e ciúmes, sente-se culpada por não protegê-lo(a mãe culpa a filha pela sedução, uma forma de suportar o impacto, frustração e desilusão diante do desmoronamento da estrutura familiar e conjugal). Outra hipótese é que a cumplicidade silenciosa pode estar relacionada com conflitos sexuais no casamento, em que, geralmente a filha ocupa a função de esposa, amenizando o conflito conjugal. Em outros casos vem a denunciar o abuso às autoridades.

Poder público/ Unidades Básicas de Saúde e profissionais de saúde: A complexidade dos processos envolvidos na dinâmica do abuso sexual, exige uma abordagem multidisciplinar que integre três tipos de intervenção: punitiva, protetora e terapêutica. (FURNISS-1993). O objetivo é integrar estas ações de tal forma que não haja mais danos à criança, situações de exposição e rupturas de laços afetivos no momento da denúncia. Deve-se também prestar atendimento psicológico a toda a família, inclusive ao agressor. Por vezes, devido a alta carga de ansiedade a família tenta escapar do atendimento, sendo muitas vezes necessário o amparo legal para manter o caso em acompanhamento.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DO ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS:

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) o atendimento de qualidade para as vítimas não fatais é de suma importância para a prevenção de novos casos; para a redução de

seqüelas psicológicas de curto à longo prazo e auxílio as vítimas para lidar com a situação em seu cotidiano.

O grande problema é que as maiores partes das instituições brasileiras de saúde não contam com equipes formadas especificamente para o atendimento da vítima, cabendo em muitas situações ao pediatra geral acompanhar a criança e seus familiares, procurar atender as demandas clínicas e orientar a família para solucionar questões sociais e legais. Uma tarefa árdua para um profissional que não contou com tais conhecimentos durante a graduação.

Outro empecilho é a falta de notificação de maus-tratos contra a criança, para compor com mais veracidade as estatísticas. Isto auxiliaria tanto o trabalho do profissional de saúde, como os órgãos governamentais a dirigir suas ações de uma forma integrada, realizando ações preventivas e de ajuda as vítimas de violência física, de negligência, abuso psicológico e sexual.

Segue abaixo, as funções indispensáveis no setor de saúde para compor um sistema de proteção à criança eficaz:

- 1) Identificação e notificação de casos suspeitos (evitar subnotificações)
- 2) Implementação de serviços para diagnóstico e tratamento;
- 3) Interação com agências de proteção à criança;
- 4) Atendimento as demandas jurídicas;
- 5) Identificação e promoção de suporte para famílias com identificação de maus-tratos;
- 6) Desenvolver e conduzir programas de condução primária;
- 7) Providenciar e conduzir programas de atenção multidisciplinar

Outro profissional que atua na dinâmica do abuso sexual é o professor (embora esta participação se dê de forma indireta, pois ele pode ser o agente comunicante da denúncia). Segundo o artigo “Capacitação do Educador acerca do Abuso sexual Infantil” (BRINO; WILLIAMS, 2003, p.1-10), a preparação de professores também se faz necessária nesta área, uma vez que constroem um histórico de convivência com a criança, estabelecendo uma relação de confiança com ela e por essa razão observando seus comportamentos, descobrem o abuso. Mas o ato da denúncia, inúmeras vezes é vetado pela criança através do chamado “pacto do silêncio”.

É recomendável ao profissional que atender uma criança vítima de maus-tratos ter uma atitude acolhedora, não julgar ou punir o caso, mesmo que o agressor esteja presente. Assim, evitam-se reações negativas ou mais sofrimento para a vítima e sua família, além de proporcionar uma relação de confiança mútua. A avaliação do problema se dará de forma mais simples, assim como o planejamento e adesão do acompanhamento psicológico da vítima e familiares.

CAPÍTULO 2: INVESTIGANDO ALGUNS PROGRAMAS RESPONSÁVEIS PELO CUIDADO E ATENÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL E COMPROMISSADOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL, A PARTIR DA CRIAÇÃO DO ECA (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE).

Para dar-se início a listagem de programas, bem como sua origem e modo de atuação, é necessário materializar-se o conceito de políticas públicas, o qual é o ponto de início dos referidos programas de combate ao abuso sexual infantil.

As Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade. Ou seja, o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade. Isto ocorre porque a sociedade não consegue se expressar de forma integral. Ela faz solicitações (pedidos ou demandas) para os seus representantes (deputados, senadores e vereadores) e estes mobilizam os membros do Poder Executivo, que também foram eleitos (tais como prefeitos, governadores e inclusive o próprio Presidente da República) para que atendam as demandas da população. (SEBRAE, 2008)

Segundo esta definição, as questões-alvo das políticas públicas estão relacionadas com o grau de importância e periculosidade que determinado problema representa para a população em geral, que confia ao governo o poder de resolução dos fatores de risco que ameaçam os cidadãos. Cabendo também ao poder público a tomada de medidas de prevenção e combate a estas questões nocivas à sociedade. Este processo também se configura na área de saúde, mas especificamente a saúde mental do indivíduo, que é o tema central deste estudo.

Desta forma, para dar credibilidade a afirmação anterior, citaremos alguns das iniciativas tomadas pelo governo para combater a violência sexual infantil.

São elas:

- Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Proteção e Cuidado para Crianças e Suas Famílias em Situações de Violência –Capítulo 13).

- Viva – Instituto de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências/ Ministério da Saúde, Brasília (DF), 2011.

A violência interpõe-se como uma poderosa ameaça ao direito a vida e a saúde, especialmente, tratando-se de crianças, as quais uma vez submetidas a violência sexual, a violência de natureza física, abandono ou negligência, carregam consigo graves seqüelas psicológicas, sociais e cognitivas (falta de atenção, dificuldade de aprendizado). E é dever de pais, da família, de cuidadores, do poder público e da sociedade, zelar pela sua integridade física e psicológica. Neste sentido é elaborado o caderno de atenção básica.

Desde o ano de 1996 há recomendações da Organização Mundial de Saúde de tratar os diversos tipos de violência citados anteriormente, como problemas de saúde pública.

No ano de 2007, as causas de óbitos por violência em crianças menores de um ano de idade (SIM/SVS/MS) ocupavam a quinta posição no Brasil. Apesar de ser considerada um problema de saúde pública (segundo recomendação da OMS-1996), o grande paradoxo se dá pelo grande número de internações de crianças vítimas de violência e o despreparo para lidar com a ocasião por parte dos profissionais de saúde. Este preparo deve ocorrer tanto na atenção básica para o acompanhamento das crianças, quanto na atenção especializada, pós alta hospitalar.

Segundo o resultado de estudos do componente da Vigilância de Violências e Acidentes (Vivo-Contínuo), no período de 1º de agosto de 2006 a 31 de Julho de 2007, mostra-se que a violência sexual foi a principal causa de atendimentos de crianças nos serviços de saúde, em 27 municípios brasileiros. Dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 (44%) foram por violência sexual, seguida da violência psicológica (36%), da negligência (33%) e da violência física (29%). A residência foi o local de maior ocorrência dos casos de violência contra crianças (MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2008; BRASIL, 2009).

Se formos analisar um recorte de gênero, verificaremos que os meninos estão mais susceptíveis a agressão física, entretanto as meninas estão mais vulneráveis aos diversos tipos de agressões psicológicas, como a violência sexual, exploração comercial sexual e no turismo. Além da negligência nutricional e educacional. Em idade mais avançada, ambos os sexos estão expostos a violência escolar e urbana.

Para que haja um enfrentamento do novo perfil de morbidade, a unidade de saúde deve promover um trabalho mútuo entre profissionais, favorecendo o encaminhamento das informações referentes ao paciente para compor com veracidade as notificações dos sistemas de saúde, evitando as subnotificações. Além de facilitar o encaminhamento do caso ao conselho tutelar, a assistência social e auxiliar o próprio tratamento do paciente. Caso contrário, este se tornará irrelevante para a saúde infantil.

Desta forma, é requerido do profissional da unidade de saúde determinadas competências, tais como:

- Desenvolvimento de ações para a promoção da saúde e a prevenção da violência
- Identificação dos casos suspeitos de violência na comunidade
- Cuidar das crianças acometidas pela violência, procurando ampliar a rede de cuidados e dando-lhes proteção social para tomada de decisões.
- Procurar redes de cuidados e de proteção social no território que apoiem as unidades de saúde para interromper o fluxo repetitivo da violência no local, encaminhando as vítimas para os serviços especializados e de referência no lugar.
- Realização do acompanhamento da criança e da família enquanto não houver alta da unidade de saúde responsável pelo tratamento. Embora o acompanhamento de ambos não seja abandonado, pois haverá necessidade da continuidade do cuidado na rede de proteção social
- Buscar a articulação de políticas públicas governamentais nos serviços de saúde, escolas, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), com órgãos atuantes na comunidade, tais como: associações de moradores, sindicatos, igrejas, entre outros. (SOUZA, 2007; FERNANDES; CURRA, 2007)

Um instrumento que ajuda muito o sistema de saúde no combate e controle da violência é a chamada “FICHA DE NOTIFICAÇÃO” (anexo 2), que possui registros claros e compreensíveis sobre variáveis que auxiliam o processo, tais como: a natureza da violência; sobre o local onde ocorreu a agressão e dados do possível agressor; o sexo e faixas etárias mais susceptíveis à violência; local onde reside a vítima; etc. Assim, podem ser tomadas as devidas providências pelas autoridades de saúde e pelo sistema de defesa e proteção da criança, oferecendo atenção, cuidados e proteção integral a vítima. Além das informações

geradas pelas fichas, que estão compondo o banco de dados dos SIM, SVS, MS, (Sistema de Informação Sobre Mortalidade/ Sistema de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde) para efeito de pesquisa e formação de um quadro epidemiológico, gerando mais ações, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, contra o problema.

Ainda analisando a ficha, nota-se que o agravo à saúde referido (Violência Doméstica, Sexual ou outras violências) vem acompanhado de uma breve descrição do problema, visando introduzir o profissional que irá preenchê-la ao conceito base de violência segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), assim como se mostram explícitas na descrição medidas de ação do trabalhador de saúde ao se deparar com um caso de violência. Essas medidas estão contidas na legislação brasileira.

Sendo assim, elaboração das fichas de notificação do SINAN pelo Ministério da Saúde tem por objetivo facilitar o preenchimento dos campos requisitados, a fim do favorecimento da veracidade das informações coletadas, evitando as subnotificações, pois atrapalham as medidas de intervenção dos governos municipal, estadual e federal no processo de combate à violência. Ajudando a implementação de políticas públicas que realmente satisfaçam a real imagem dos fatos. (ANEXO 1)

Nesta linha de raciocínio, recomenda-se que os dados de anamnese (entrevista utilizada por médicos e psicólogos que possui técnicas para estabelecer uma avaliação e diagnóstico do indivíduo, obtendo informações sobre o seu passado e sua história. São indispensáveis os aspectos da realidade, mas também das representações e do imaginário, da vida interna e da vida externa do sujeito. Geralmente dando mais importância ao aspecto emocional do que o cognitivo, pois no primeiro estão enraizados os conflitos internos do paciente, bem como seus medos e sua vida psíquica), devem ser registrados em prontuários e dos exames físico e complementar, pois o sistema judicial pode solicitá-los à unidade de saúde.

No anexo1, segue um exemplo de FICHA DE NOTIFICAÇÃO que deve ser utilizado.

CAPÍTULO 3: COLETA DE DADOS DO AGRAVO VIOLÊNCIA SEXUAL ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS DO IPPMG- INSTITUTO DE PEDIATRIA E PUERICULTURA MARTAGÃO GESTEIRA-UFRJ

O IPPMG tem como missão, desenvolver atividades de ensino e pesquisa, articuladas à assistência especializada a crianças e adolescentes no Rio de Janeiro, segundo os preceitos do SUS.

De acordo com o site oficial da instituição, o cuidado à criança e ao adolescente, é uma importante atividade acadêmica e relevante às necessidades da sociedade brasileira que estão ligadas à assistência hospitalar e ambulatorial, cujo modelo de gestão está focado na sustentabilidade (valorização e suporte técnico-profissional) e participação e formulação das políticas públicas.

“O IPPMG tem como valor maior a “proteção e salvação da criança brasileira – Futurum Patriae.” Considerando o interesse de preservar a história e os valores institucionais, reafirma-se nesta Carta de Serviços ao Cidadão a validade do Ex-Libris, conforme a definição do Regimento Interno do Instituto de Puericultura de 1957:”

Compromissos do IPPMG/UFRJ no atendimento ao cidadão-usuário:

- Promoção da dignidade humana, dando livre acesso aos serviços oferecidos pela instituição aos cidadãos-usuários, em uma relação de igualdade entre indivíduos, sem qualquer tipo de preconceito;
- O atendimento ao cidadão usuário será feita de forma maneira digna, acolhedora, dialogada, informativa, clara e objetiva, respeitando a confidencialidade, a imparcialidade, a moralidade, a legalidade e o código de ética do servidor público federal;
- O atendimento preferencial respeitará as normas da legislação vigentes, assim como os serviços de assistência à saúde dará prioridade a classificação de risco à saúde do paciente;
- Medidas de segurança: os servidores do instituto devem se valer de crachás que deverão conter nome, foto, número de matrícula funcional e unidade para facilitar sua identificação;

- Eficiência para disponibilização de informações aos cidadãos-usuários por parte da recepção de cada unidade especializada, afim de garantir o seu atendimento rápido e de qualidade;
- O IPPMG/UFRJ se compromete a aprimorar e manter atualizada:
 - a identificação e sinalização das unidades e dos setores do IPPMG/UFRJ;
 - as instalações adequadas aos portadores de necessidades especiais;
 - a acessibilidade geográfica e de comunicação, para facilitar o acesso de usuários prioritários;
- os ambientes de trabalho, incluindo as instalações sanitárias, os quais devem ser limpos e higienizados de acordo com os padrões de saúde, gerando conforto e bem-estar aos usuários.

O IPPMG/UFRJ disponibiliza as seguintes formas de comunicação com os cidadãos-usuários:

- Caixas de críticas e sugestões localizadas, principalmente, nos setores que prestam serviços diretamente ao cidadão:
 - Unidade de Pacientes Internos (UPI) – Enfermarias
 - Unidade de Pacientes Externos (UPE) – Ambulatórios

Segue abaixo, os resultados da pesquisa de campo no IPPMG baseados na experiência de uma profissional de saúde à cerca do abuso sexual infantil:

Roteiro de entrevista com profissional de saúde do IPPMG/UFRJ

Área de formação/atuação do profissional entrevistado: Psicologia

Tempo de trabalho: 6 anos (Ambulatório da Família)

- 1) Como se organiza o trabalho de atendimento às crianças vítimas de violência sexual na IPPMG? Quando começou?
O trabalho de combate à violência na unidade hospitalar teve origem na década de 1990. Recebe-se principalmente encaminhamentos advindos do próprio instituto, da parte de diferentes especialidades, como o setor de emergência e enfermaria. Logo

após é realizado o primeiro atendimento da vítima, pela linha de frente formada por dois médicos e uma enfermeira. Basicamente o ambulatório é composto por dois psicólogos e um (a) assistente social.

- 2) Vocês costumam atender geralmente crianças de que gênero e faixa etária? 0-14 anos. Atende-se desde recém nascidos até grupos de adolescentes.
- 3) Geralmente, quem denuncia a violência? Escola, profissional de saúde (enfermeiros, médicos) ou parentes (quando possui bom relacionamento com estes pode abrir-se gradualmente: às vezes, aproveitando-se de uma cena na televisão faz um comentário suspeito.
- 4) As crianças que chegam até o núcleo de pediatria, além da violência sexual, sofrem outros tipos de maus-tratos? Quais? Abuso físico, negligência, abuso psicológico O último costuma ser mais naturalizado socialmente. É portanto uma situação de degradação e agressão das emoções do indivíduo, prejudicando seu desenvolvimento, ao utilizarem-se palavras pejorativas contra o mesmo (xingamentos, por exemplo).
- 5) Como a vítima costuma encarar o tratamento psicológico? Geralmente não há grande resistência quando há encaminhamento. Através da fala livre ou perguntas abertas nas “escutas” aplicadas, sem pressão ou sugestibilidade, é possível extrair respostas com maior conteúdo informativo, já que o tratamento envolve brincadeiras, jogos, desenho, etc. Formando um vínculo de confiança entre o profissional e o paciente.
- 6) Quais as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, no que diz respeito à integração com os núcleos jurídicos e de educação? As principais dificuldades encontram-se pela dificuldade de estabelecer comunicação (telefonemas/horários de trabalho que não coincidem). Mas costuma funcionar bem já que as pessoas têm interesse nesse trabalho integrado.
- 7) Quais suas sugestões para as campanhas governamentais que lidam com a temática do abuso? Poderia haver mais divulgação dos fatores de risco para as vítimas que sofrem a violência. Além da prevenção do abuso.
- 8) Você nota por parte da vítima algumas características positivas em seu comportamento, após alguns meses de atendimento? Se sim, quais? Sim. Melhoria no convívio social, melhoras na escola, etc.
- 9) Após o tratamento no IPPMG, deve haver algum encaminhamento jurídico? Primeiro encaminhamento da criança ao Conselho Tutela, encaminhamento da família a delegacia policial (se necessário), abertura de algum processo contra o abusador.

10) Em média, quantos casos de violência sexual, o hospital costuma atender por ano? De quais locais há maior índice de casos? Porque você acha que isso ocorre?

Um a cada mês, aproximadamente. Costuma-se atender os casos do entorno: Ilha do Governador, Penha, Bonsucesso, Irajá.

11) Existe na IPPMG alguma trabalho com a família da vítima? Se sim, explique como funciona sua dinâmica.

CAPÍTULO 4: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DISCUSSÃO DE POSSÍVEIS MELHORIAS NA ESCUTA DE CRIANÇAS SEXUALMENTE ABUSADAS NO CENÁRIO JURÍDICO

Para que seja garantida a Proteção Integral da Criança, mediante a revelação do abuso, devido ao IML- Instituto Médico Legal ou a confidência da vítima para um de seus cuidadores, haverá implementação de um processo jurídico contra o abusador.

Nessas circunstâncias, a vítima deve prestar depoimentos ao Sistema de Justiça, embora seja doloroso reviver situações que geram sentimentos de culpa, constrangimento, medo ou ambivalência de posicionamento perante o agressor.

Além da possibilidade de desintegração da família e “institucionalização da criança”, quando os pais devido ao ocorrido perdem a tutela de seus filhos, que serão direcionados a um abrigo infantil.

Dialogar com uma realidade desagradável para a criança e sua família pode desencadear efeitos psicológicos graves na vida de ambos. Por essa razão, a escolha da forma como a vítima será abordada pelo judiciário deve ser muito cautelosa.

O Sistema Judiciário tem como objetivo preservar a justiça social e garantir o direito dos cidadãos. Dessa maneira, a criança violentada será amparada pelos chamados Operadores do Direito, que aplicam a Lei maior, que corresponde à nossa Constituição Federal. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem papel primordial para se fazer garantir a proteção integral à criança e responsabilizar o agressor por seus atos hediondos, levando-o a punição.

Para tanto, a escuta das vítimas envolvidas no abuso sexual vem sendo defendida como um direito fundamental no mundo inteiro. Direito esse que seria acionado mediante a suspeita da violação infantil ou falta de evidências físicas em seu corpo (maus tratos acompanhados de violência física, tais como: machucaduras, queimaduras, manchas roxas espalhadas pelo corpo, cortes, etc) as declarações podem se tornar referências importantes, em alguns casos decisivos para a formação de uma prova judicial.

Entretanto a constituição de uma prova penal que é baseada apenas na inquirição da vítima pode se tornar de difícil acesso: adicionando-se o impacto da violência sofrida pela criança à grande ansiedade pela demora do fim dos processos para a designação de sua oitiva (termo jurídico que indica a ordem em que testemunhas serão interrogadas num processo) pode gerar sofrimento acumulativo (Colacique, 2006).

A dor do trauma e o medo de possíveis represálias podem comprometer o discurso da vítima, tornando o seu testemunho confuso (quanto à precisão da descrição do local, tempo ou recorrência do abuso), com pouca credibilidade por parte do júri, infantil ou falacioso, inviabilizando-o para os magistrados ou juízes de direito.

Por esse razão, poder-se-ia adotar algumas estratégias mais plausíveis para a confirmação do abuso sexual. Levando em consideração a preservação psicológica da vítima. Uma delas seria a implementação da disciplina de educação sexual nas escolas, para que os alunos fiquem mais familiarizados à discussão do termo sexo e suas implicações no cotidiano e conseqüentemente identifiquem com mais facilidade um abuso.

A forma tradicional de realizar uma escuta infantil no âmbito jurídico no Brasil é anterior a Constituição de 1988: Nesse sentido, não há muitas novidades no que diz respeito as características que serão analisadas:

- Idade;
- Maturidade;
- Sofrimento emocional e psíquico advindo da agressão sofrida

As crianças abusadas sexualmente são escutadas de modo semelhante a um adulto que se envolveu em uma situação ilícita (Azambuja, 2006). Característica inadequada tendo em vista o atual processo de transformação e formação da personalidade, por parte da criança, em oposição a total formação psíquica e emocional de um adulto, capaz de analisar em perfeitas condições as suas práticas.

Para a efetiva proteção integral torna-se necessário realizar uma reestruturação das práticas utilizadas na vigência do comando constitucional anterior.

Diante das dificuldades e divergências relacionadas à realização das oitivas infantis, certos países modificaram sua legislação dentro desta questão, visando maior proteção a criança durante a constituição das provas.

Exemplos destes países são:

- Argentina e Espanha: proíbem a escuta da criança pelos juízes de direito e pelas partes;
- África do Sul: Durante a coleta do depoimento, profissionais de saúde acompanham a criança, tentando minimizar o trauma e o abuso secundário;

Brasil: O Projeto de Lei 7.524/2006 propõe como de maior importância a realização da inquirição em local apropriado para o acolhimento da criança, intermediada por determinado profissional designado pela autoridade jurídica. Esta inquirição deverá ser registrada por meio audiovisual para ser componente integrante do processo

Frones, J.P, Ramires, V.R.R (2008), Abuso sexual e judiciário

CONCLUSÃO:

Diante da exposição de dados estatísticos, teoria acadêmica, questionário aplicados em hospitais especializados no atendimento de crianças, verifica-se que o fenômeno da violência sexual cresce num ritmo acelerado e é mais acometido pelo sexo masculino contra o sexo feminino, dentro de um núcleo familiar ou fora dele.

Acredito que muitos casos caem no esquecimento como subnotificações, porque o grupo familiar ainda considera o assunto por demais constrangedor, doloroso e difícil de ser tratado. Em decorrência disso, o número real de casos nem se aproxima do número presente nas fichas de notificação que geraria determinada posição do Ministério da Saúde, que poderia acionar o Conselho Tutelar, para fortalecer as políticas públicas acerca do assunto, tornando-as mais efetivas.

Felizmente tem-se um aparato jurídico em funcionamento, sobretudo com a legislação de proteção integral às crianças e adolescentes, com a criação do ECA, em 1980. Porém o que realmente falta para resolver o problema é uma maior comunicabilidade dos sistemas integrados de profissionais do âmbito jurídico, da saúde, educação, para com a população sobre os riscos psicossociais do abuso para a vítima.

O ato de denunciar precisa ser encorajado para diminuir os números dessa violência, além de termos o dever de fazê-lo como cidadão. É necessário também o apoio psicológico e socioeconômico às famílias que vivenciaram um trauma junto a criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Maria de Fátima. **Violência e abuso sexual na família.** Psicologia em estudo, Maringá, v.7, n.2, p. 3-11, jul./dez. 2002

AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança? **Revista virtual Textos & Contextos.** Nº 5, ano V, nov. 2006. *Disponível em:* <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1022/802>> Acesso em: 20 nov. 2012.

BRAUN, Suzana. **A violência Sexual Infantil na família: Do silêncio à revelação do segredo.** Porto Alegre: AGE, 2002.

BRINO, Raquel de Faria; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. **Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil** – Universidade Federal de São Carlos, Interação em Psicologia, 2003, p.1-10.

CARDOSO, Patrícia: **Orientação para a atenção integral, à saúde de adolescentes, de ambos os sexos, vítimas de violência sexual-** Cartilha de Atenção Básica à Saúde, IPAS, 2010. p. 59. *Disponível em:* <http://www.aads.org.br/arquivos/cartilhaIPAS_completa.pdf> Acesso em: 20 nov. 2012.

FERREIRA, Kátia Maria Maia. **Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes.** Nossa realidade, cap.1, pag22, 2002.

FRONER, Janaina Petry & RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo-RS, Brasil.

GUERRA, Tania: **O Perfil Psicológico do Agressor em um Abuso Sexual Intrafamiliar – Disfunção ou Crime?**-Um estudo de Caso- Monografia do Curso de Pós-Graduação lato sensu de Especialização em Intervenção Psicossocial à Família no Judiciário. Recife: UFPE, 1999.

PFEIFFER, Luci & SALVAGNI, EdilaPizzato: - Visão atual do Abuso Sexual na Infância e Adolescência. *Jornal de Pediatria, Artigo de Revisão, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005. Disponível em:* <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>>. Acesso em: 15 Ago. 2012.

Secretaria de Direitos Humanos. *Disponível em:* <http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao_sexual>. Acesso em 10 nov. 2012.

SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes.** Recife: ED

APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista com profissional de saúde do IPPMG/UFRJ

Área de formação/atuação do profissional entrevistado: Psicologia

Tempo de trabalho: 6 anos (Ambulatório da Família)

- 1) Como se organiza o trabalho de atendimento às crianças vítimas de violência sexual na IPPMG? Quando começou?
- 2) Vocês costumam atender geralmente crianças de que gênero e faixa etária?
- 3) Geralmente, quem denuncia a violência?
- 4) As crianças que chegam até o núcleo de pediatria, além da violência sexual, sofrem outros tipos de maus-tratos? Quais?
- 5) Como a vítima costuma encarar o tratamento psicológico?
- 6) Quais as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, no que diz respeito à integração com os núcleos jurídicos e de educação?
- 7) Quais suas sugestões para as campanhas governamentais que lidam com a temática do abuso?
- 8) Você nota por parte da vítima algumas características positivas em seu comportamento, após alguns meses de atendimento? Se sim, quais?
- 9) Após o tratamento no IPPMG, deve haver algum encaminhamento jurídico?
- 10) Em média, quantos casos de violência sexual, o hospital costuma atender por ano? De quais locais há maior índice de casos? Porque você acha que isso ocorre?
- 11) Existe na IPPMG alguma trabalho com a família da vítima? Se sim, explique como funciona sua dinâmica.

ANEXO 1

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

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	
	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Y09	Data da notificação		
Dados Gerais	4	UF	5	Município de notificação		
					6	
					Código (IBGE)	
Dados Gerais	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7	
					Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	8	Nome do paciente			9	
					Data de nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	1 - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1 - 1º Trimestre 4 - idade gestacional ignorada 2 - Ignorado	2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica	13	
					Raça/Cor	
Notificação Individual	14	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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica					
	15	Número do Cartão SUS		16		
				Nome da mãe		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		
					Código (IBGE)	
					19	
					Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	
					Código	
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)	
					24	
				Geo campo 1		
Dados de Residência	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
					27	
					CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado	
					30	
					País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares						
Dados da Pessoa Atendida	31	Ocupação				
	32	Situação conjugal / Estado civil		33		
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado	8 - Não se aplica 9 - Ignorado		Relações sexuais		
Dados da Pessoa Atendida	34	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		35		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?		1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
					Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento	
Dados da Ocorrência	36	UF	37	Município de ocorrência		
					Código (IBGE)	
					38	
					Distrito	
	39	Bairro		40	Logradouro (rua, avenida,...)	
					Código	
	41	Número	42		Complemento (apto., casa, ...)	
					43	
				Geo campo 3		
Dados da Ocorrência	44	Geo campo 4		45		
					Ponto de Referência	
	46	Zona		47		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado		Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
Dados da Ocorrência	48	Local de ocorrência		49		
	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado			Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
					50	
				A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

