

# Condições sociais de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual: percepções da equipe multiprofissional\*

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n3.93205>

1 Marimeire Morais da Conceição    4 Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi  
2 Climene Laura de Camargo        5 Maria Carolina Ortiz Whitaker  
3 Maria Luiza Nascimento dos Santos    6 Ranna Danielle Doria de Araújo

## Resumo

**Objetivo:** descrever as condições sociais de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na percepção da equipe multiprofissional de saúde.

**Materiais e método:** estudo qualitativo realizado em 2019, com 30 membros da equipe multiprofissional de um hospital público localizado na Bahia, Brasil. As entrevistas foram interpretadas e analisadas de acordo com Bardin e categorizadas conforme marcadores de vulnerabilidade, à luz do interacionismo simbólico.

**Resultados:** as profissionais atenderam crianças e adolescentes de 0 a 17 anos com relatos de vivência de violência sexual. As vítimas eram de ambos os gêneros, porém a maioria dos casos remete a crianças ou adolescentes do sexo feminino e afrodescendentes. Quanto à origem socioeconômica, na percepção das profissionais, as vítimas estavam submersas na pobreza e eram advindas de localidades periféricas.

**Conclusões:** as interações entre profissionais e crianças ou adolescentes durante o atendimento embasaram as percepções das condições sociais das vítimas. A percepção é relevante, visto que serve para orientar cuidados como o acolhimento, tratamento e acompanhamento das vítimas e seus familiares.

**Descritores:** Saúde da criança; Saúde do adolescente; Violência doméstica; Abuso sexual na infância; Interacionismo simbólico (fonte: DECS, BIREME).

\* Este artigo integra os resultados da dissertação de mestrado da primeira autora intitulada "Violência sexual infantojuvenil: percepções de profissionais da saúde", defendida em junho de 2020 no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Brasil.

1 Universidade Federal da Bahia (Salvador, Bahia, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9568-6468>

Correio eletrônico: [enfuiba2002@yahoo.com.br](mailto:enfuiba2002@yahoo.com.br)

Contribuição: concepção do estudo, coleta, tratamento e análise dos dados, escrita e aprovação do texto para a publicação.

2 Universidade Federal da Bahia (Salvador, Bahia, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4880-3916>

Correio eletrônico: [climenecamargo@hotmail.com](mailto:climenecamargo@hotmail.com)

Contribuição: concepção do estudo, análise dos dados, escrita, análise crítica e aprovação do texto para a publicação.

3 Universidade Federal da Bahia (Salvador, Bahia, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4101-7293>

Correio eletrônico: [ma.luiza.nas@gmail.com](mailto:ma.luiza.nas@gmail.com)

Contribuição: concepção do estudo, coleta, tratamento e análise dos dados, escrita e aprovação do texto para a publicação.

4 Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Redenção, Ceará, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8718-4783>

Correio eletrônico: [monalizamariano@unilab.edu.br](mailto:monalizamariano@unilab.edu.br)

Contribuição: análise dos dados, escrita, análise crítica e aprovação do texto para a publicação.

5 Universidade Federal da Bahia (Salvador, Bahia, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0253-3831>

Correio eletrônico: [carolowitaker97@gmail.com](mailto:carolowitaker97@gmail.com)

Contribuição: análise dos dados, escrita, análise crítica e aprovação do texto para a publicação.

6 Universidade Federal da Bahia (Salvador, Bahia, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8066-543X>

Correio eletrônico: [daniellepaixao22@gmail.com](mailto:daniellepaixao22@gmail.com)

Contribuição: tratamento e análise dos dados, escrita e aprovação do texto para a publicação.

Como citar: Conceição MM; Camargo CL; Santos MLN; Grimaldi MRM; Whitaker MCO; Araújo RDD. Condições sociais de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual: percepções da equipe multiprofissional. Av Enferm. 2022;40(3):p-p.

Received: 00/00/2020

Accepted: 00/00/2021

Published: 00/00/2021

## Condiciones sociales de niños y adolescentes víctimas de violencia sexual: percepciones del equipo multiprofesional

### Resumen

**Objetivo:** describir las condiciones sociales de niños y adolescentes víctimas de violencia sexual desde la percepción de un equipo multiprofesional en salud.

**Materiales y método:** estudio cualitativo realizado en 2019 con 30 integrantes del equipo multidisciplinario en salud de un hospital público ubicado en Bahía, Brasil. Las entrevistas fueron interpretadas y analizadas de acuerdo con los postulados de Bardin y categorizadas según marcadores de vulnerabilidad, a la luz del interaccionismo simbólico.

**Resultados:** el equipo de profesionales atendió a niños y adolescentes de 0 a 17 años con relatos de violencia sexual. Las víctimas eran de ambos sexos, aunque la mayoría de los casos se presentaron en menores de sexo femenino y afrodescendientes. En cuanto al origen socioeconómico, de acuerdo con la percepción de los profesionales, las víctimas estaban inmersas en condiciones de pobreza y provenían de localidades periféricas.

**Conclusiones:** las interacciones entre profesionales y niños/adolescentes durante las jornadas de cuidado proporcionaron la línea base para establecer las percepciones de los primeros en torno a las condiciones sociales de las víctimas. Estas percepciones son relevantes, puesto que permiten orientar cuidados como la recepción, el tratamiento y el acompañamiento a las víctimas y sus familiares.

**Descriptor:** Salud Infantil; Salud del Adolescente; Violencia Doméstica; Abuso Sexual Infantil; Interaccionismo Simbólico (fuente: DECS, BIREME).

## Social conditions of sexually abused children and adolescents: Perceptions by a multiprofessional team

### Abstract

**Objective:** To describe the social conditions of children and teenagers who were victims of sexual violence based on the perceptions of a multiprofessional health team.

**Materials and methods:** Qualitative study conducted in 2019 with 30 members of the multidisciplinary team at a public hospital in Bahia, Brazil. The interviews were interpreted and analyzed according to Bardin and categorized using vulnerability markers, in the light of the symbolic interactionism approach.

**Results:** The professionals treated children and teenagers aged 0 to 17 years with reports of experiencing sexual violence. Although victims were of both genders, most cases referred to female Afro-descendant infants. As for the socioeconomic profile of victims, from the perception of professionals, these were submerged in poverty and came from peripheral locations.

**Conclusions:** Interactions between professionals and children and teenagers during treatment supported the perceptions about the victims and their social conditions. These perceptions are relevant since they allow guiding care actions such as the reception, treatment and monitoring of victims and their families.

**Descriptors:** Child Health; Adolescent Health; Domestic Violence; Childhood Sexual Abuse; Symbolic Interactionism (source: DECS, BIREME).

## Introdução

A violência sexual (vs) é considerada um problema que, muitas vezes, interfere nas relações sociais e na saúde das vítimas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), seu conceito engloba desde insinuações indesejáveis relativas a sexo até ações de comercialização sexual. Abarca ainda tentativas de obter satisfação sexual sem o consentimento do outro e a prática do ato sexual consentida por alguém sem condições emocionais, cognitivas e/ou físicas de fazê-lo (1).

A OMS aponta que as taxas de vs infantojuvenil são maiores em países com baixo índice de desenvolvimento humano (1-3). Resultados semelhantes podem ser identificados em estudos sobre vs contra crianças e adolescentes em países localizados na África, na Ásia e na América do Sul (2-4), mas também alertam para a problemática em países desenvolvidos como o Canadá e os Estados Unidos da América (5, 6). No Brasil, a prevalência de vs contra adolescentes tem aumentado entre populações vulneráveis e é duas vezes maior em meninas que em meninos (7), destacando-se a região Nordeste do país (8, 9).

A vs infantojuvenil pode ocorrer tanto no ambiente familiar quanto no social. Na vs intrafamiliar ou incesto, a vítima e o autor possuem alguma relação de parentesco, ou seja, é praticada com maior frequência por parentes próximos, pessoas com quem a vítima convive e mantém uma relação de confiança. Diversos estudos denunciam que pais biológicos, padrasto, avós, irmãos e primos abarcam o maior percentual de agressores sexuais de crianças e adolescentes e que mais de 50% dos casos ocorrem no domicílio das vítimas (4, 5, 7-9).

Essa conformação da violência sexual infantojuvenil repercute negativamente e dificulta, além da identificação e denúncia dos casos, o combate e prevenção do fenômeno; logo, ocasiona consequências que se constituem de considerável gravidade à vida das vítimas. Estudo sul-africano revela que um em cada dez infanticídios no país tem relação com agressão sexual (10); outro estudo identifica que, além do medo do agressor, a dependência financeira e a cessação do provimento familiar, após o encarceramento, servem de motivos para prorrogar a busca por ajuda e a ocultação dos abusos sexuais (11). Em adição, observa-se a baixa oferta de cuidados às vítimas, que podem sofrer influências como a objeção de consciência de profissionais e questões religiosas (12). Esse cenário mostra que as condições sociais podem interferir na forma como os profissionais e, até mesmo, seus familiares conduzem casos de vs infantojuvenil. Os determinantes sociais da saúde são as condições nas quais os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde (7, 13). Nesse âmbito, os conceitos de gênero, raça/cor (origem étnica), origem geográfica e classe social são usados no Brasil como forma de possibilitar a caracterização da população e geram informação em saúde através dos estudos, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE [14]).

Essa classificação é proveniente de discussões históricas brasileiras que ocorrem de forma coletiva. Elas envolvem movimentos sociais, estudiosos, representantes políticos entre outros segmentos

sociais e que fazem análises das diferenças sócio-históricas dos brasileiros, cuja origem está na colonização e no sistema escravocrata, que geram, na contemporaneidade, desigualdades que refletem na saúde (15, 16). Esses determinantes sociais são cruciais no acesso aos serviços de saúde, já que a vulnerabilidade para vivenciar iniquidades em saúde (que incluem a violência) tem influência das desigualdades socioeconômicas (16, 17). Tais questões têm íntima relação com as condições sociais nas quais os indivíduos vivem (17, 18).

Considera-se que, para exercer o cuidado, é necessário que haja trocas e interações. Por isso, é plausível asseverar que prestar cuidados a crianças e adolescentes vítimas de vs envolve profissionais em memórias peculiares dos casos atendidos. Isso justifica-se porque a memorização depende de outras propriedades psicológicas, como a motivação, a atenção, a percepção e o aprendizado; necessita, ainda, de funções psicológicas, a exemplo da linguagem (18, 19).

Diante do exposto, há necessidade de desvelar as condições sociais em que estão imersas crianças e adolescentes vítimas da vs na perspectiva das pessoas que cuidaram delas. Devido a essa lacuna na literatura, delineou-se a seguinte questão investigativa: quais as condições sociais de crianças e adolescentes vítimas de vs na percepção da equipe multiprofissional de saúde? Para responder a esse questionamento, adotou-se como objetivo descrever as condições sociais de crianças e adolescentes vítimas de vs na percepção da equipe multiprofissional de saúde.

## **Materiais e método**

Trata-se de um estudo qualitativo que se ocupa da investigação dentro das Ciências Sociais de fenômenos traduzidos no universo dos significados, crenças, motivos e valores de um ou mais indivíduos (19, 20). O estudo foi desenvolvido nos meses de junho e julho de 2019, em um hospital-escola localizado na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Esse hospital presta atendimento médico-hospitalar à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) e atende demandas de urgências/emergências, ambulatoriais, clínicas e cirúrgicas, a homens e mulheres nas diversas faixas etárias.

A coleta de dados ocorreu nos três turnos (matutino, vespertino e noturno). Foram abordados e convidados 35 profissionais de saúde durante o período de jornada de trabalho nas unidades de atendimento a crianças e adolescentes, porém somente 30 atendiam aos critérios de inclusão. Nenhum participante foi excluído da pesquisa. Do total de 35, cinco nunca tinha cuidado de vítimas de vs. As unidades visitadas foram Emergência, Unidades Cirúrgicas Pediátricas e Adultas (onde internavam adolescentes com idade acima de 13 anos), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Maternidade, Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico.

Daqueles que aceitavam o convite para participar da pesquisa eram conferidos se estavam dentro dos critérios de inclusão: ser profissional de saúde, estar atuando por, no mínimo, um ano na referida instituição hospitalar e ter atendido crianças/adolescentes que sofreram vs. Foram usados como critérios de exclusão não ser encontrado no ambiente hospitalar durante o período de entrevista.

As entrevistas foram realizadas em horários pré-agendados com os participantes, ocorreram uma única vez e foram feitas pela autora principal e por pesquisadores treinados do Grupo de Estudos sobre Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER), vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. A coleta de dados ocorreu de forma presencial, em salas privativas, e as entrevistas foram gravadas em aparelho celular Android. Após responder a um

questionário sociodemográfico, as participantes respondiam a um questionário semiestruturado que incluía a seguinte questão: “Quais suas percepções sobre as crianças e/ou adolescentes vítimas de vs atendidas?”, seguida de outras interpelações que serviam para melhor compreensão do que estava sendo dito. As entrevistas duraram em média 26 minutos e o encerramento da coleta ocorreu devido à saturação dos dados.

Cumpriram-se as três etapas da técnica de análise de conteúdo de Bardin (21): pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados, bem como inferência. Assim, após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à leitura superficial, depois à leitura minuciosa, em profundidade e reiterada. As transcrições foram sistematizadas, organizadas e interpretadas, o que deu origem a 16 códigos: criança, adolescente, violentou, menina, vagina, lesão, dilacerou, ânus, cor, cacheado, negra, parda, pobre, carente, periférico e periferia. Esses códigos foram validados, confrontados com o diário de campo (registrado após cada entrevista), obedeceram ao consenso de duas pesquisadoras e, após serem agrupados por semelhança de conteúdo, deram origem a temas e/ou destacaram aspectos que levaram às quatro categorias temáticas.

O processo de análise foi finalizado pela composição de categorias temáticas propostas por Bardin (20, 21) com base nos marcadores sociais de vulnerabilidade como gênero, raça/cor (origem étnica), origem geográfica e classe social, visto que estes interferem nas condições de vida do indivíduo (22). Esses termos baseiam-se tanto em condições que têm relação com manifestações da natureza humana (idade, altura, gênero) quanto construções coletivas (classe, religião) que são discutidas no campo das Ciências Sociais (23). A raça/cor (origem étnica) tem seu conceito e classificação baseados na ascendência étnica e na apresentação fenotípica de cada pessoa (ou de um grupo) que deve ser autodeclarada, sendo sintetizada pelo IBGE em raça/cor (origem étnica) branca, negros afrodescendentes (preta, parda) ou indígena (14).

O interacionismo simbólico (IS) foi usado para ancorar as análises das entrevistas. Essa teoria filosófica parte de princípios e conceitos da Sociologia, focalizando processos de influência social mútua que ocorre entre os indivíduos, mediante relações simbólicas. Portanto, o IS mostra-se relevante, visto que aborda três premissas: a) o modo como um indivíduo interpreta os acontecimentos e reage diante deles, depende da significação atribuída a esses acontecimentos; b) o significado é constituído no indivíduo com base em processos interacionais em sociedade; c) os significados podem ser modificados ao longo do tempo (19).

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob Parecer 3.261.813 e com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 03599518.3.0000.5531. Atendendo às normas éticas de pesquisa com seres humanos, conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2012, todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido; além disso, a fim de proteger a identidade, seus nomes foram substituídos pela letra “P” (referente a profissional), seguida dos números de 1 a 30, que indicam a ordem em que foram entrevistadas.

Participaram 30 profissionais atuantes na assistência hospitalar. Destas, 100% referiram ser do sexo feminino (os homens convidados não estavam dentro dos critérios de inclusão), de identidade de gênero mulher cis e com orientação afetivo-sexual heterossexual, 80% se autorreferiram afrodescendentes e a média da idade foi de 40 anos. A maioria era solteira (47%) e tinha um ou mais filhos (63%). No que tange à atuação profissional, 73% tinham mais de 10 anos formadas, 70% tinham

mais de 10 anos de atuação profissional e 57% atuavam há mais de cinco anos na instituição em estudo. Do total, 12 eram técnicas de enfermagem/auxiliares de enfermagem, 10 enfermeiras, três assistentes sociais, três médicas e duas psicólogas.

## Resultados

Os resultados explicitaram quatro temas, descritos a seguir, que exploram as percepções acerca das condições sociais de crianças e adolescentes vítimas de vs.

### **Gênero como marcador social na violência sexual contra crianças e adolescentes**

As profissionais desvelaram 39 relatos de casos atendidos de crianças e adolescentes em idade entre 0 e 17 anos, das quais a maioria era do sexo feminino. Apenas em cinco desses relatos, as vítimas eram do sexo masculino.

Atendemos um caso que foi a óbito na UTI Neonatal. Era um menino, um bebê de um mês que apresentava uma lesão anal. (P29, assistente social)

Atendi um menino de 10 anos na emergência. Ele foi para a casa dos avós a passeio, o tio teve relação anal com ele. (P27, psicóloga)

[...] era uma menina de oito anos que fez uma reconstrução de períneo. Ela estava passando pela rua, o vizinho a abordou e a estuprou. (P8, técnica de enfermagem)

Ela tinha 11 anos, chegou com suspeita de lesão vaginal. A médica teve que sedá-la para examinar a genitália dela. (P17, enfermeira)

As profissionais entrevistadas expressam que as meninas são mais alvo da vs e constatarem o que estudos demonstram, ou seja, que pessoas do gênero feminino são o maior percentual de vítimas, portanto denunciam as desigualdades de gênero nesse fenômeno. Além disso, possibilitam refletir que a vs inclui, no seu arcabouço de vítimas, crianças e adolescentes, população considerada vulnerável (frágil).

### **Percepções de profissionais sobre marcadores sociais de origem étnica de vítimas infantojuvenis de violência sexual**

As profissionais entrevistadas revelaram que a maioria das vítimas atendidas era geralmente afrodescendentes, sendo que apenas uma criança foi descrita como “loira”:

[...] a bebê tinha a cor da pele parda, oito meses de idade, foi trazida ao hospital com lesões no ânus e na vagina. (P25, médica)

Ela era negra, tinha um cabelo blackzinho e dois anos de idade. O médico fez uma reconstrução do órgão genital. (P9, técnica de enfermagem)

[...] era uma menina de três anos, tinha o cabelo cacheado, era meio loirinha. (P019, técnica de enfermagem)



Cuidei de uma adolescente de 16 anos, ela tinha a cor da pele negra, o cabelo cacheado, foi estuprada pelo irmão. (P18, enfermeira)

P9 e P18 aprofundam seus respectivos depoimentos, no que tange à origem étnica das vítimas ao detalharem características físicas das vítimas. Em geral, as participantes apontam a estrutura capilar (“blackzinho”, cacheado) e a cor da pele (parda, negra) para informar que as vítimas atendidas eram afrodescendentes. Ou seja, na percepção das participantes, o cabelo e a cor da pele são símbolos que representavam o fenótipo negroide.

## **Percepção de marcadores de classe social de vítimas infantojuvenis de violência sexual**

De acordo com os relatos, as crianças e adolescentes vítimas de vs pertenciam à classe socioeconômica de baixo poder aquisitivo:

[...] era uma menina muito emagrecida. Pela aparência dela e da família, eles eram de origem bem humilde, eram pobres. (P10, técnica de enfermagem)

O menino estava bastante desnutrido, vestia uma fralda de pano, não era nem uma fralda descartável [...] a fralda estava cheia de sangue na região perianal. A família dele era carente, muito pobre. (P2, auxiliar de enfermagem)

[...] era uma criança de classe social baixa. [...] eu soube que a mãe não teve como pagar uma dívida com o traficante de drogas e esse homem, no dia que foi cobrar a dívida, violentou a criança. A mãe fez a criança de moeda de troca. (P23, auxiliar de enfermagem)

[...] era uma adolescente moradora de rua, estava suja, sem tomar banho, tinha uma aparência maltratada. Os policiais já a conheciam das ruas e trouxeram ela com relatos de agressão sexual. (P24, médica)

P2 e P10 usam palavras como “humilde” e “carente” para retratar a condição econômica das vítimas, além de associarem a situação de pobreza mencionada ao precário estado nutricional das crianças (emagrecida, desnutrido). Também para P2 a vestimenta de tecido da vítima remete ao seu baixo poder econômico, assim como, para P23 e P24, ser trocada por droga, morar na rua e ter precários hábitos de higiene simbolizam a escassez financeira das vítimas. Essas falas evidenciam o que, para as participantes, simbolizava o status de pobreza e de classe social menos abastada das vítimas.

## **Percepções da equipe multiprofissional quanto aos marcadores sociais de origem demográfica das vítimas de violência sexual**

Segundo a descrição das profissionais, algumas vítimas eram provenientes de cidades do interior da Bahia, outras eram advindas de bairros periféricos da capital, Salvador.

A menina fora estuprada pelo padrasto, ela morava no mesmo bairro que eu, um dos bairros periféricos da cidade de Salvador. (P19, técnica de enfermagem)

Essa menina tinha 11 anos, morava na periferia de Salvador. Um vizinho a violentou e a vagina dela ficou dilacerada. (P10, técnica de enfermagem)

[...] o menino que atendi veio de uma cidade do interior da Bahia, estava apresentando um sangramento retal. (P2, auxiliar de enfermagem)

Atendi uma criança que foi transferida do interior para a capital. [...] ela foi violentada e depois foi atendida em um serviço da cidade onde vivia, no interior do estado. Aqui na capital da Bahia temos condições de fazer acompanhamento e nessa cidade do interior não tem. (P28, médica)

Nesses exemplos, as profissionais deixam evidente que, nas suas percepções, tanto as crianças/adolescentes que moram na periferia em áreas urbanizadas quanto aquelas provenientes do interior do estado são alvos da vs. Ao usarem termos como “periférico” e “periferia”, as participantes expressam o que para elas são símbolos de origem demográfica. Além disso, P28 aponta as diferenças de infraestrutura entre a capital do estado e o interior, evidenciada pela necessidade de transferência da criança a fim de provê-la de cuidados.

## Discussão

O fenômeno da vs contra crianças e adolescentes é intrínseco a algumas culturas, porém é repugnado no Brasil, focalizando nos marcadores sociais de gênero. Na Índia, estudo indica que 52,94% das vítimas de vs do país são do sexo masculino (3), porém é necessário analisar como questões de gênero são discutidas e direcionadas pelos nativos desse país a fim de compreender as raízes desse fenômeno nesse local.

Isso posto, a sociedade, ao saber de um crime sexual contra uma pessoa do sexo masculino, coloca em questão a orientação sexual da vítima a partir do momento em que é violentado por outra pessoa do mesmo sexo (3, 24, 25). O que tem forte relação com a naturalizada imposição de força e subordinação perpetrada contra pessoas do sexo feminino em diversas sociedades, tornando a vítima de vs alguém estigmatizada.

Devido a esse caráter distorcido atribuído às vítimas de vs, meninos tornam-se mais vulnerabilizados a não relatar abusos sexuais. Estudos confirmam que questões como estigmas sociais justificam a maior frequência de negação da ocorrência de vs na infância e na adolescência por pessoas do sexo masculino (3, 24, 25). Pesquisas realizadas no Canadá e no Quênia indicam que pessoas do sexo feminino têm maior facilidade em revelar a vs vivenciada na infância (5, 26); por sua vez, meninos ugandenses notificam mais a vs que as meninas (27).

Tais comparações servem para refletir sobre a necessidade de enfrentamento da naturalização da vs atrelada ao gênero da vítima, condição muitas vezes intrínseca à cultura de cada lugar. Essa compreensão ganha suporte na construção social na qual a coletividade tem influência e serve de alicerce, como refletem os interacionistas (19).

Porém, a cultura pode influenciar no combate ou não desse agravo. A exemplo, questões de gênero, embasadas no patriarcado, podem ampliar as condições de vulnerabilidade de meninos à vs e reverberar na não denúncia da prática abusiva, pois eles passam a ocupar o suposto lugar de mulher ao serem alvos desse tipo de violação (3, 24, 28, 29). O que demonstra que a vs encontra suporte no machismo estrutural para permanecer oculta em diversas regiões do mundo e em culturas distintas. Estudos concluem que, conseqüentemente, meninos violentados podem comparecer menos aos serviços de assistência, adquirir prejuízos à saúde, sem o devido acompanhamento (3, 25, 27, 30).



Com relação à questão racial, a maioria das vítimas infantojuvenis de vs foi percebida como afrodescendentes. Este não é um dado incomum, considera-se que o estudo foi ambientado na Bahia, estado onde estima-se que a maioria da população infantojuvenil que sofre esse tipo de violência é preta/parda, como aponta estudo científico (8). Em adição, o hospital lócus do estudo atende, exclusivamente, ao SUS, cujos usuários são também, em sua maioria, afrodescendentes (29).

Somam-se a essas questões vários estudos que apontam que a vs atinge pessoas negras. Estudo realizado em Recife, Brasil, entre 2012 e 2013, aponta que 82% (n = 328) das crianças e adolescentes vítimas de VS são negras (9), enquanto na Bahia, entre 2014 e 2016, essa taxa atinge 69% (n = 2.443) das vítimas infantojuvenis (8). No âmbito internacional, estudo realizado nos Estados Unidos da América destaca que, de 84 adolescentes, mais da metade que sofreu exploração sexual era afrodescendente (30), o que corrobora com outro estudo desenvolvido no mesmo país sobre 115 vítimas do tráfico sexual infantil, cuja maioria (65%) era negra (6).

Não obstante, estudos confirmam a exposição de pessoas afrodescendentes a diferentes tipos de violência, o que é alvo de discussões em diversas vertentes (29-31) e denuncia a vulnerabilidade dessa população às consequências desse agravo. Portanto, as iniquidades em saúde necessitam ser objeto de pensamento crítico e reformulação de políticas públicas, não somente se considera a coletividade, mas também se busca atingir, de forma interseccional, populações que demandam maior acesso a serviços; por conseguinte, possibilita alcançar a integralidade e equidade na assistência (7, 12, 13).

Estudos constataam que, no Brasil, vende-se a imagem de pessoas afrodescendentes como atraentes, sensuais, propícias e disponíveis ao sexo (31-34), o que pode servir como anuência para agressores abusarem sexualmente de crianças e adolescentes afrodescendentes. Dessa maneira, enfatiza-se que a objetificação de afrodescendentes consiste em uma extensão de como esse grupo étnico é reconhecido, independentemente da faixa etária. Essas concepções são retratadas nas artes (como nas letras de músicas, danças, livros, novelas, peças teatrais), nas festas populares e, muitas vezes, em expressões culturais enraizadas no período colonial (16, 32-35).

Desse imaginário popular emergem percepções que tendem a erotizar crianças e adolescentes afrodescendentes e as expõem a diversos tipos de violência, a exemplo da exploração sexual (34, 36, 37), como ocorreu em tempos de escravidão no Brasil e permanece até os dias atuais, por meio da exploração sexual de meninas negras. Isso porque é concebido que essas crianças e adolescentes negras podem ser socialmente emancipadas, por conseguinte, adultizadas e passíveis de violências, como o trabalho infantil e a exploração sexual. Estudos demonstram diversas perspectivas do trabalho e da violência perpetrada contra crianças e adolescentes negras, inclusive a exploração sexual (6, 29, 31, 34, 37, 38). É factível que tais formas de exploração alvejam crianças e adolescentes vulnerabilizadas pelas condições de pobreza que incidem em pouco acesso a serviços como educação, saúde e infraestrutura.

Semelhante ao que foi percebido neste estudo, o abuso sexual de crianças e adolescentes é comum em localidades onde predomina o baixo poder econômico da população. Estudo alerta que as iniquidades sociais são fatores colaborativos para o incremento de notificações de vs entre 2010 e 2014 (7). Igualmente, estudos nacionais e internacionais asseveram que a pobreza tem relação com a ocorrência de vs infantojuvenil (1-3, 6, 26, 39); no Brasil, estudos destacam que, quanto menor a renda e maior a vulnerabilidade de um indivíduo à pobreza, maiores os riscos de sofrer vs (7-9).

Em contraposição, na Nigéria, a probabilidade de crianças de classe social abastada serem vítimas de vs em domicílio foi quase cinco vezes mais alta do que aquelas que vivem em regiões empobrecidas (40). Portanto, a vs infantojuvenil nem sempre está atrelada à pobreza, sendo necessário analisar sua multifatoriedade, o que serve de alerta a todos os que buscam compreender esse fenômeno, o que justifica o uso do IS (19) para embasar os achados apresentados neste estudo.

Algumas vítimas de vs são moradoras de rua e esse é um fato que ocorre, geralmente, nas famílias empobrecidas. Essa situação pode ocorrer tanto por questões financeiras quanto em decorrência da violência intradomiciliar, o que leva o indivíduo a romper os laços com o núcleo familiar, aumenta a fragilidade da vinculação entre seus membros, como demonstra um estudo (11). Tal rompimento aumenta os riscos de exposição da criança ou adolescente a agravos, inclusive a vs (38).

Estudo realizado na África do Sul demonstra a ocorrência de óbitos por traumas sexuais em crianças tanto no interior quanto nas cidades urbanizadas, o que prediz que ambos são locais propensos a esse tipo de violação (10); apesar disso, outro estudo realizado no mesmo país alerta para maior risco de crianças de áreas rurais sofrerem vs (37). Recentemente, em pesquisa realizada na Bahia, demonstrou-se distribuição irregular da ocorrência de casos da vs infantojuvenil notificados na capital e interior do estado (8). De forma similar, em estudo no Recife, pesquisadores demonstraram distribuição espacial heterogênea maior entre bairros periféricos do que imediações centrais (9).

Esse cenário aponta vulnerabilidades às quais está submetida essa parte da população, que, historicamente, foi negligenciada ao longo do processo de colonização até o presente momento, o que gera condições sociais desiguais. Estudiosos apontam que marcadores sociais de vulnerabilidade como gênero, origem étnica e classe econômica influenciam na forma como diferentes agravos atingem a saúde dos indivíduos, sobretudo de crianças e adolescentes (7, 38).

Haja vista a criação de leis, programas e protocolos para os cuidados a vítimas de violência e suas famílias, que são destacados por organismos nacionais e internacionais (1, 40-42), ainda existem obstáculos reconhecidos pelos profissionais de saúde, no que tange à abordagem das vítimas (42, 43). Além disso, estudo realizado em quatro capitais brasileiras aponta que, embora escassos, os serviços especializados pactuam oferta de atendimento às vítimas infantojuvenis. No entanto, há distribuição irregular dos recursos e limitações concernentes aos tratamentos fornecidos às vítimas, visto que alguns profissionais sofrem influências religiosas e políticas (12). Esses fatores podem incidir na não efetivação das práticas assistenciais e, por conseguinte, impactar no não atendimento à equidade.

Acrescenta-se que não existe diálogo e entrelaçamentos entre as políticas públicas brasileiras com vistas a atender as populações vulneráveis nas diversas perspectivas, o que gera déficit no atendimento universal proposto pelo SUS. Corroboram estudos que abalizam as dificuldades encontradas por grupos populacionais vulneráveis como pessoas do sexo feminino, afrodescendentes e empobrecidas, quando necessitam de atendimento em serviços de saúde, bem como dificuldades percebidas por profissionais ou cuidar dos agravos que interferem na saúde dessas populações; problemas que, muitas vezes, iniciam-se ainda no processo de formação em saúde (11, 29, 44-48). Tais dificuldades se sobrepõem quando se trata de vs infantojuvenil e agregam-se às dificuldades enfrentadas para a notificação dos casos (49).

As condições de vulnerabilidade de vítimas de vs infantojuvenil precisam ser compreendidas não somente do ponto de vista conceitual e epidemiológico, mas também podem partir de resultados empíricos, tal qual neste estudo, uma vez que as interações são necessárias ao cuidado (19, 50) e, por conseguinte, à implementação de políticas públicas direcionadas a essa população (12, 13, 49).

# PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Portanto, o atendimento integral e equânime proposto pelo SUS está distante de ser efetivado para as vítimas de vs. Isso alerta a equipe multiprofissional para a necessidade de revisão de protocolos e programas com vistas a discutir as necessidades de saúde da população, para agregar melhorias e articulações entre os já existentes. Ademais, quanto às abordagens acerca da vs infantojuvenil, é plausível considerar que as discussões sejam focalizadas no sentido de consolidar a proteção aos direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (37, 42, 43), para a efetivação do cuidado integral ao público infantojuvenil.

O presente estudo contribui para o estado da arte acerca da temática e a partir dele foi possível comparar seus resultados com estudos nacionais e internacionais. Ainda assim, sugerimos sua replicação em outros cenários (atenção primária à saúde, serviços de saúde especializados no atendimento a vítimas de vs, serviços da segurança/justiça pública, entre outros) para obter contribuições de outros atores sociais (familiares, educadores, profissionais da segurança, justiça, assistência social) e comparar resultados identificados.

Entre as limitações do estudo estão a utilização de um único locus de pesquisa, já que os relatos são somente de mulheres e profissionais da área da saúde. Como foi relatado pelos profissionais abordados, os homens não tinham cuidado de vítimas infantojuvenis da vs; essa condição tem como origem a decisão da equipe multiprofissional por favorecer evitar o sentimento de revitimização das crianças e adolescentes ao aproximarem-se de pessoas do gênero masculino. O tempo e a fase da vida em que cada profissional se encontrava no momento da experiência de cuidado podem ter interferido na memória apreendida, bem como na busca por lembranças, o que pode ter sido refletido nos relatos cedidos no momento da entrevista.

## Conclusão

De acordo com as percepções elencadas, a maioria dos atendimentos a vítimas infantojuvenis da vs é para pessoas do gênero feminino, afrodescendentes e de origem socioeconômica empobrecida, bem como para aquelas advindas de localidades periféricas do estado da Bahia e de áreas marginalizadas da capital, Salvador.

Por fim, os resultados permitem reflexões acerca da vs contra crianças e adolescentes em vulnerabilidade individual, social e programática, e a necessidade de empreender esforços nos cuidados a essa população.

## Financiament

Estudo financiado mediante fornecimento de bolsa estudiantil pela Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (FAPESB), Brasil.

## Referências

- (1) Geneva. World Health Organization (WHO). Global status report on violence prevention 2014. 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- (2) Stark L; Seff I; Hoover A; Gordon R; Ligiero D; Massetti G. Sex and age effects in past-year experiences of violence amongst adolescents in five countries. *PLOS ONE*. 2019;14(7):e0219073. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219073>
- (3) Subramaniyan VKS; Reddy P; Chandra G; Rao C; Rao TSS. Silence of male child sexual abuse in India: Qualitative analysis of barriers for seeking psychiatric help in a multidisciplinary unit in a general hospital. *Indian J Psychiatry*. 2017;59(2):202-207. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_195\\_17](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_195_17)
- (4) Sanchez SE; Pineda O; Chaves DZ; Zhong QY; Gelaye B; Simon GE et al. Childhood physical and sexual abuse experiences associated with post-traumatic stress disorder among pregnant women. *Ann Epidemiol*. 2017;27(11):716-723.e1. <http://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.09.012>
- (5) Gauthier-Duchesne A; Hébert M; Daspe MÈ. Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. *Child Abuse Negl*. 2017;64:79-88. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.008>
- (6) Fedina L; Williamson C; Perdue T. Risk factors for domestic child sex trafficking in the United States. *J. Interpers. Violence*. 2019;34(13):2653-2673. <http://doi.org/10.1177/0886260516662306>
- (7) Silva JV; Roncalli AG. Trend of social iniquities in reports of sexual violence in Brazil between 2010 and 2014. *Rev. bras. epidemiol*. 2020;23:e200038. <http://doi.org/10.1590/1980-549720200038>
- (8) Nery CLPD; Conceição MM; Nery FS; Lopes THCR; Reis RB; Felzemburgh RDM. Caracterização e análise espacial da violência sexual contra crianças e adolescentes na Bahia. *Res. Soc. Dev*. 2020;9(7):e716974661. <http://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4661>
- (9) Sena CA; Silva MA; Falbo Neto GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012-2013. *Ciênc saúde colet* 2018;23(5):1591-1599. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016>
- (10) Abrahams N; Mathews S; Lombard C; Martin LJ; Jewkes R. Sexual homicides in South Africa: A national cross-sectional epidemiological study of adult women and children. *PLOS ONE*. 2017;12(10):e0186432. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0186432>
- (11) Lira MOSC; Rodrigues VP; Rodrigues AD; Couto TM; Gomes NP; Diniz NMF. Sexual abuse in childhood and its repercussions in adult life. *Texto contexto - enferm*. 2017;26(3):e0080016. <http://doi.org/10.1590/0104-07072017000080016>
- (12) Deslandes SF; Vieira LIES; Cavalcanti LF; Silva RM. Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. *Interface*. 2016;20(59):865-877. <http://doi.org/10.1590/1807-57622015.0405>
- (13) Buss PM; Pelegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(9). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>
- (14) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>
- (15) Williams DR; Priest N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*. 2015;17(40):124-174. <https://doi.org/10.1590/15174522-017004004>
- (16) Veliq F; Magalhães P. A colonização é aqui e agora: elementos de presentificação do racismo. *Trans/Form/Ação*. 2022;45(spe):111-128. <https://doi.org/10.1590/0101-3173.2022.v45esp.07.p111>
- (17) Borghi CMSO; Oliveira RM; Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab. educ. saúde*. 2018;16(3):869-897. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
- (18) Mourão Junior CA; Faria NC. Memória. *Psicol. Reflex. Crit*. 2015;28(4):780-788. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528416>
- (19) Charon JM. Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration. 4ª ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1992.
- (20) Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2020.
- (21) Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- (22) Silva DI; Mello DF; Takahashi RF; Hollist CS; Mazza VA; Veríssimo MLOR. Validation of vulnerability markers of dysfunctions in the socioemotional development of infants. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3087. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2736.3087>
- (23) Melo KMM; Malfitano APS; Lopes RE. Os marcadores sociais da diferença: contribuições para a terapia ocupacional social. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2020;28(3):1061-1071. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1877>
- (24) Balbinotti I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. *Rev. ESMESC*. 2018;25(31):239-264. <https://doi.org/10.14295/revistadaesmes.v25i31.p239>
- (25) Said AP; Costa LF. Family dynamics of boys victims of sexual abuse. *Paidéia*. 2019;(29):e2908. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2908>
- (26) Boudreau CL; Kress H; Rochat RW; Yount KM. Correlates of disclosure of sexual violence among Kenyan youth. *Child Abuse Negl*. 2018;79:164-172. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.025>
- (27) Barr AL; Knight L; França-Junior I; Allen E; Naker D; Devries KM. Methods to increase reporting of childhood sexual abuse in surveys: the sensitivity and specificity of face-to-face interviews versus a sealed envelope method in Ugandan primary school children. *BMC Int. Health Hum. Rights*. 2017;17(4). <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0110-2>
- (28) Sousa RF. Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. *Rev. Estud. Fem*. 2017;25(1):9-29. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p9>
- (29) Theophilo RL; Rattner D; Pereira ÉL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc saúde colet*. 2018; 23(11):3505-3516. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>

- (30) Varma S; Gillespie S; McCracken C; Greenbaum VJ. Characteristics of child commercial sexual exploitation and sex trafficking victims presenting for medical care in the United States. *Child Abuse Negl.* 2015;44:98-105. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.04.004>
- (31) Gomes NL; Laborne AAP. Pedagogia da crueldade: racismo e extermínio da juventude negra. *Educ. rev.* 2018;34:e197406. <https://doi.org/10.1590/0102-4698197406>
- (32) Silva GM. Corpo, política e emoção: feminismos, estética e consumo entre mulheres negras. *Horiz. antropol.* 2018;25(54):173-201. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832019000200007>
- (33) Silva ZL. Mulheres negras nos carnavais paulistanos: quem são elas? (1921-1967). *Rev. Estud. Fem.* 2018;26(2):e47409. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n247409>
- (34) Brilhante AVM; Giaxa RRB; Branco JGO; Vieira LJES. Rape culture and ostentatious violence: an analysis from the artifactuality of funk. *Interface.* 2019;23:e170621. <https://doi.org/10.1590/interface.170621>
- (35) Gesser R; Costa CLJ. Menina Mulher Negra: construção de identidade e o conflito diante de uma sociedade que não a representa. *Rev. bras. psicodrama.* 2018;26(1):18-30. <https://doi.org/10.15329/2318-0498.20180010>
- (36) Carmo ME; Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(3):e00101417. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
- (37) Serpa MG; Felipe J. O conceito de exploração sexual e seus tensionamentos: para além da dicotomia vitimização-exploração. *Rev. Estud. Fem.* 2019;27(1):e49509. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n149509>
- (38) Sinhoretto J; Moraes DS. Violência e racismo: novas faces de uma afinidade reiterada. *Rev. Estud. Soc.* 2018;64:15-26. <https://doi.org/10.7440/res64.2018.02>
- (39) Ward CL; Artz L; Leoschut L; Kassanjee R; Burton P. Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and correlates. *Lancet Glob Health.* 2018;6(4):e460-e468. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30060-3)
- (40) Miller GF; Chiang L; Hollis NT. Economics and violence against children, findings from the Violence Against Children Survey in Nigeria. *Child Abuse Negl.* 2018;85:9-16. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.021>
- (41) Souza VP; Gusmão TLA; Neto WB; Guedes TG; Monteiro EMLM. Fatores de risco associados à exposição de adolescentes à violência sexual. *Av. Enferm.* 2019;37(3):364-374. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77050>
- (42) Pinto LSS; Oliveira IMP; Pinto ESS; Leite CBC; Melo AN; Deus MCBR. Women's protection public policies: Evaluation of health care for victims of sexual violence. *Ciênc. Saude Colet.* 2017;22(5):1501-1508. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>
- (43) Paixão ACW; Deslandes SF. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Saude soc.* 2010;19(1):114-126. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100009>
- (44) Melo RA; Roque EMST; Freitas LA; Carlos DM; Aragão AS; Ferriani MGC. Rede de proteção na assistência às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190380. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190380>
- (45) Martins LCA; Silva EB; Dilélio AS; Costa MC; Colomé ICS; Arboit J. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0030. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0030>
- (46) Wijk LB; Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019;24(9):3357-3368. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>
- (47) Silva Junior DV; Belloc MM. Habitar invisível: produção de vida e cuidado na experiência urbana. *Interface.* 2018;22(67):1065-1075. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0452>
- (48) Oliveira PC; Reis ML; Vandenbergh L; Souza MM; Medeiros M. "Sobrevivendo": vulnerabilidade social vivenciada por adolescentes em uma periferia urbana. *Interface.* 2020;24:e190813. <https://doi.org/10.1590/interface.190813>
- (49) Silva PA; Lunardi VL; Ribeiro JP; Oliveira AMN; Vasquez TCS. Notification of domestic violence against children and teens by health professionals in Brazil. *Av. Enferm.* 2015;33(1):142-150. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.40585>
- (50) Utzumi FC; Lacerda MR; Bernardino E; Gomes IM; Aued GK; Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto contexto - enferm.* 2018;27(2):e4250016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>