



SENTIMENTOS DE FAMILIARES DE VÍTIMAS DO ABUSO SEXUAL INFANTIL: PERCEPÇÕES DURANTE ATENDIMENTO DE SAÚDE¹

FEELINGS OF FAMILIES OF VICTIMS OF CHILD SEXUAL ABUSE: PERCEPTIONS DURING HEALTH CARE

Marimeire Morais da Conceição²

Climene Laura de Camargo³

Maria Luiza Nascimento dos Santos⁴

Ises Adriana Reis dos Santos⁵

Camila Tahis dos Santos Silva⁶

Maria Carolina Ortiz Whitaker⁷

Resumo: Desvelar os sentimentos demonstrados por familiares durante o atendimento à saúde de crianças/adolescentes abusadas sexualmente, sob a óptica de profissionais. Estudo qualitativo, realizado em 2019 com 30 profissionais atuantes em um hospital público da Bahia, Brasil. Os dados foram coletados mediante roteiro de entrevista, analisados segundo conteúdo temático e interpretados sob à luz do Interacionismo Simbólico. Surgiram quatro categorias temáticas. Familiares de crianças e adolescentes que sofreram abusos sexuais demonstram abalo emocional configurado por meio do estado de choque, desespero e indignação. O sofrimento moral interno dos familiares é manifestado por sentimentos como preocupação e culpa, enquanto o sentimento de resposta à sociedade se desvela na percepção do constrangimento expresso por familiares. O estado emocional de resposta consciente é percebido por expressões de medo e de sofrimento. Os sentimentos elencados foram captados a partir das interações, sendo, portanto, expressos de forma verbal e não verbal durante o atendimento.

Palavras-chave: Percepção; Abuso Sexual na Infância; Família; Saúde; Serviços de Atendimento.

¹ Estudo extraído da Dissertação de Mestrado “Violência sexual infantojuvenil: percepções de profissionais de saúde”, defendida pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. 2020.

² Mestra e Doutoranda em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador-Bahia, Brasil. E-mail: enfufba2002@yahoo.com.br

³ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Titular da Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador-Bahia, Brasil. E-mail: climenecamargo@hotmail.com

⁴ Bacharel Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: ma.lu.nas@gmail.com

⁵ Mestra e Doutoranda em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador-Bahia, Brasil. E-mail: ises.adriana.reis@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador-Bahia, Brasil. E-mail: camila_tahis@hotmail.com

⁷ Doutora em Ciências da Saúde (Área Enfermagem) pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador-Bahia, Brasil. E-mail: maria.ortiz@ufba.br



Abstract: Uncover the feelings demonstrated by family members during health care for sexually abused children and adolescents, from the perspective of professionals. A qualitative study was carried out in 2019 with 30 professionals working in a public hospital in Bahia, Brazil. Data were collected using an interview guide, analyzed according to thematic content, and interpreted in the light of Symbolic Interactionism. Four thematic categories emerged. Family members of children and adolescents who have suffered sexual abuse demonstrate emotional distress characterized by a state of shock, despair, and indignation. The internal moral suffering of family members is manifested by feelings such as worry and guilt, while the feeling of response to Society is revealed in the perception of embarrassment expressed by family members. The emotional state of conscious response is perceived by expressions of fear and suffering. The feelings listed were captured from interactions and were therefore expressed verbally and non-verbally during the service.

Keywords: Perception; Child Abuse, Sexual; Family; Health; Health Services.

1 Introdução

O Abuso Sexual Infantil (ASI), ou violência sexual infantojuvenil, é um agravo que acomete crianças e adolescentes em todas as culturas do mundo. Estudos apontam registros deste agravo que datam a idade média (Ariès, 2018; Rizvi *et al.* 2022; OMS, 2016). Sabe-se que este fenômeno ocasiona repercussões de diversas ordens (sociais, econômicas, de saúde, etc.) que são consideradas negativas e perniciosas às vítimas, suas famílias e toda a sociedade (Rizvi *et al.* 2022; OMS, 2016).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) contabiliza que, em todo o mundo, uma em cada três meninas, com idade entre 12 e 18 anos incompletos, é alvo de abusos (OMS, 2016). Estudo aponta que, entre mulheres mexicanas (n= 1.058), 14% a 66% sofreram pelo menos um episódio/tipo de abuso sexual ao longo da infância, sendo que o primeiro episódio ocorre entre 6 e 12 anos (Rueda *et al.* 2021).

Sabe-se que predominam familiares agressores do sexo masculino, conforme aponta vasta literatura científica publicada em países como México, Etiópia, França e Filipinas (Rueda *et al.* 2021; Gerke *et al.* 2021) (Marotta, 2021) (Alemayehu; Tafesse; Chanyalew, 2022; Dayan; Creveuil; Bapt-Cazalets, 2022; Cordero, 2023), embora seja real a existência de mulheres (especialmente genitoras) que abusam sexualmente de seus filhos (Gerke *et al.* 2021). O que pode estar relacionado à possível exposição à violência na infância pela agressora.

Esta realidade, muitas vezes, é incrementada pelo risco 2,6 vezes maior de uma criança sofrer abuso sexual quando há história de vitimização na infância de seus parentes (Assink *et al.* 2019). O que pode ser justificado porque pessoas vitimizadas, mesmo que adultas, têm dificuldades para ressignificar as experiências negativas e interromper sozinhas o ciclo da violência, como demonstram pesquisas internacionais (Both; Favaretto; Freitas, 2019; Papalia; Mann; Ogloff, 2019), desta forma, permanecem



vulneráveis. Estes dados potencializam a intergeracionalidade no ASI, fator dificultador para o enfrentamento ao problema.

Por outro lado, existem dificuldades concernentes às características da forma de agir de agressores sexuais deste público. À exemplo, um caso emblemático de abuso sexual incestuoso crônico (ocorrido na Áustria) demonstra empenho do genitor em manter os demais membros familiares afastados física e emocionalmente da vítima (Salter, 2013). Este fato é confirmado por estudo que demonstra que os agressores se cercam de cuidados para evitar que outros adultos da família flagrem seus atos libidinosos (Naidoo *et al.* 2021). Tais comportamentos dificultam que outros parentes da vítima tenham conhecimento da ocorrência de ASI, especialmente, quando há ameaças e coações que induzem as vítimas a manterem sigilo.

Estudos revelam que, quanto maior a aproximação e parentalidade com o agressor, menor a probabilidade de crianças e adolescentes revelarem as agressões sofridas (Bicanic *et al.* 2015; Yurteri *et al.* 2021). Contudo, em quase todos os contextos de cuidados a crianças/adolescentes, sobretudo no ASI, é necessário ao profissional da saúde ouvir o relato de familiares e/ou responsáveis. Esta condição está presente em cenários onde são realizados cuidados a pessoas com idade inferior a 18 anos cuja responsabilidade social e legal é atribuída à família (Castro; Macedo, 2019; Ibiapina, 2015).

O conceito de família é definido por um grupo de pessoas que estabelecem laços afetivo-parentais entre si (Pereira Neto; Ramos; Silveira, 2016; Castro; Macedo, 2019). A família, especialmente os genitores, são responsáveis pelos cuidados a crianças/adolescentes, porém, uma vez que estas necessitam de atendimento nos serviços, destaca-se o cuidador profissional (Castro; Macedo, 2019). Para estabelecer relações de cuidado, os profissionais da saúde fazem uso de suas percepções, pois, comportamentos, atitudes, sensações e sentimentos que os indivíduos apresentam em situações diversas são mediados por estas percepções e sofrem influência da convivência em sociedade (Morris, 2010).

Ao tomar conhecimento de um caso de ASI, um conjunto de comportamentos e atitudes são expressos pela sociedade (Papalia; Mann; Ogloff, 2019). Estes comportamentos e atitudes são denominados pela Psicologia Social como respostas comportamentais que expressam sentimentos e sensações experienciados a partir de um fato. Assim, os sentimentos dos indivíduos são expressos por meio da fala, formas de demonstração de satisfação ou insatisfação que são notados mediante interações e interpretados a partir de expressões corporais e atitudinais (Morris, 2010).



Haja vista estas constatações, os estudos sobre violência sexual infantojuvenil limitam-se a realizar descrições dos perfis das vítimas, dos agressores, analisar as redes de apoio social e de atendimento, bem como as repercussões para a saúde das vítimas. Portanto, evidenciam lacunas do conhecimento que possibilitam a seguinte questão de pesquisa: quais sentimentos são demonstrados por familiares durante o atendimento à saúde de crianças/adolescentes abusadas sexualmente?

Este estudo **objetiva** desvelar os sentimentos demonstrados por familiares durante o atendimento à saúde a crianças/adolescentes abusadas sexualmente, sob a óptica de profissionais. Logo, sua relevância está na possibilidade de guiar a conduta profissional no atendimento a crianças, adolescentes e suas famílias, na intenção de alcançar a integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde.

2 Método

Pesquisa qualitativa, apresentada a partir da ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), recentemente validada para o idioma português utilizado no Brasil (Souza *et al.* 2021).

Trata-se de um recorte extraído de uma dissertação produzida no Mestrado vinculado a uma universidade pública. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2019 (junho e julho) pela mestrandia (autora principal), com suporte de bolsistas e enfermeiras voluntárias, todas integrantes de um Grupo de Pesquisa, devidamente qualificadas na temática e no desenvolvimento de pesquisas qualitativas.

O estudo está embasado no referencial filosófico do Interacionismo Simbólico (IS), teoria fundamentada em conceitos da Psicologia Social, que focaliza processos sociais intermediados pelas interações entre indivíduos/grupos, respaldados em relações simbólicas. O IS tem três premissas: 1) O modo como as pessoas interpretam os acontecimentos e agem diante deles depende da significação que este lhe é atribuído; 2) A significação é construída por meio de processos interativos sociais; e 3) As significações podem sofrer mudanças ao longo do tempo (Morris, 2010).

O local de estudo foi um hospital público geral, localizado na capital da Bahia, Brasil. A instituição realiza atendimento para todas as faixas etárias e de ambos os sexos, bem como é referência em todo o estado no atendimento a crianças e adolescentes com diversos quadros clínicos decorrentes de patologias e agravos, inclusive aqueles



resultantes da violência sexual. A pesquisa ocorreu em setores como clínica médica, cirúrgica, unidades de urgência/emergência, Terapia Intensiva e bloco cirúrgico.

O projeto foi apresentado previamente à diretoria geral e às coordenações das unidades. A aproximação com o campo de pesquisa foi mediante a atuação profissional da autora principal como enfermeira na referida instituição. Os profissionais de saúde eram escolhidos aleatoriamente, foram abordados no ambiente de trabalho e convidados, em particular, a integrar a pesquisa. Aqueles que aceitavam participar era verificado o atendimento aos critérios de inclusão: estar atuando há pelo menos um ano no hospital em estudo e ter assistido pacientes vítimas de abuso sexual infantil. Foram critérios de exclusão: estar ausente do serviço no período da coleta por qualquer motivo e laborar exclusivamente em unidades de apoio diagnóstico.

Foi dado tempo para os convidados optarem por participar da pesquisa. Após aceite do convite, era explicado o objetivo do estudo e a entrevista era agendada, conforme disponibilidade do participante. As entrevistas foram gravadas em celular e tiveram duração média de 45 minutos. Não houve nenhuma recusa ou desistência de integrar a pesquisa.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado (para levantamento do perfil das participantes) e um roteiro semiestruturado, contendo sete questões, dentre elas: como você percebia os familiares das vítimas durante o atendimento à saúde dessas crianças/adolescentes? Durante os relatos, algumas perguntas foram feitas para melhor compreensão e elucidação dos fatos narrados.

Para estabelecer o ponto de saturação teórica, recorreu-se a identificar o grau em que os códigos e/ou temas identificados eram exemplificados pelas participantes, desta maneira foi determinada a saturação teórica indutiva, ou seja, quando cessou o surgimento de novos códigos e/ou temas, conforme relacionam estudiosos nacionais e internacionais do campo qualitativista (Saunders *et al.* 2018; Nascimento *et al.* 2018). Portanto, a saturação temática dos dados foi observada na 25ª pessoa convidada e confirmada após outras cinco entrevistas, somando-se 30 participantes com discursos que se tornaram frequentes em seus conteúdos.

As entrevistas foram transcritas em computador com o uso do *software Microsoft Word* versão 2016, corrigidas pela pesquisadora voluntária que estava presente no momento das entrevistas e devolvidas para correção/validação textual das participantes.

Após esta etapa de organização dos dados, a pesquisadora responsável importou as entrevistas para o *software Nvivo* versão 12, onde procedeu as análises. Utilizou-se a



técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016) e composta de três fases: 1) pré-análise: os relatos foram lidos reiteradamente; 2) exploração: o material foi organizado sistematicamente no NVivo versão 12, depois foi elaborado de forma manual um diagrama (utilizado como árvore de codificação), desenhado em cartazes de papel cartolina com canetas hidrográficas e lápis coloridos a partir de um painel, tal qual sugerem Nascimento *et al.* (2018); e 3) tratamento e inferência: os dados foram organizados e interpretados.

Estas etapas cumprem o aporte metodológico proposto por Bardin (2016), deram origem a 24 unidades de registro sob consenso de três pesquisadoras codificadoras e resultaram em oito códigos agrupados em quatro categorias temáticas. Para encontrar os temas, as autoras realizaram leituras flutuantes, seguidas de leituras aprofundadas das entrevistas digitadas, confrontaram essas informações com o diário de campo (registro feito pelas pesquisadoras após cada entrevista) e aprofundação das análises interpretativas sob a óptica do Interacionismo Simbólico (Morris, 2010).

Por fim, na tentativa de garantir a confiabilidade aos dados, foi realizada uma apresentação do diagrama (árvore de codificação) às professoras orientadoras do trabalho e às estudantes de enfermagem que colaboraram com a realização das entrevistas. Além disso, a fim de validar, adequar e consolidar os achados da pesquisa, foi feita uma reunião com cinco das 30 entrevistadas para apresentar o resultado da pesquisa. Assim, foi realizada a triangulação dos dados, pois relacionou-se as perspectivas sobre os dados tanto de pesquisadoras quanto das participantes e da re-leitura da bibliografia publicada sobre a temática, tal qual propõem Santos *et al.* (2020) e Ferreira (2023) com vistas na sustentação do rigor metodológico proposto na análise de conteúdo temática.

Em respeito às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida na Plataforma Brasil, teve os aspectos éticos analisados e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Logo, respeitou-se os quatro referenciais éticos da pesquisa com seres humanos: não-maleficência, beneficência, justiça e autonomia, explicitados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todas as participantes leram e assinaram o TCLE, foram entrevistadas no horário de trabalho das profissionais. Cada participante cedeu uma única entrevista, que ocorreu em sala localizada na instituição, em espaços da instituição que garantissem privacidade e sigilo, foram conduzidas pela pesquisadora responsável, em presença exclusiva de uma bolsista, graduanda de enfermagem. Para preservar o anonimato, os nomes das participantes foram substituídos por “E” (que representa entrevistada) e um número



arábico, que indica a sequência da entrevista realizada: (E1), (E2) ... (E30). Participaram 30 profissionais da equipe de saúde, com as características elencadas na tabela abaixo:

Tabela 1: Perfil sócio-demográfica das participantes do estudo. Salvador, Bahia, Brasil, 2019

Características	Total (N=30)	f (%)
Idade		
Idade média	40	
Idade mínima	25	
Idade máxima	65	
Raça/Cor		
Preta	9	30,0
Parda	15	50,0
Branca	5	16,7
Amarela	1	3,3
Estado civil - n (%)		
Solteira	14	46,7
Casada	11	36,7
Separada	1	3,3
Divorciada	3	10,0
Viúva	1	3,3
Filhos - n (%)		
Nenhum	11	36,7
Um ou mais	19	63,3

Fonte: autoria própria

Com base no questionário estruturado, delineou-se as características profissionais das participantes, conforme descreve a Tabela 2 a seguir:

Tabela 2: Perfil profissional das participantes do estudo. Salvador, Bahia, Brasil, 2019.

Características	Total (N=30)	f (%)
Ocupação na Instituição pesquisada - n (%)		
Enfermeira	10	33,3
Técnica/Auxiliar em Enfermagem	12	40,0
Assistente Social	3	10,0
Psicóloga	2	6,7
Médica	3	10,0
Tempo de Formação		
1 > 5 anos	3	10,0
5 > 10 anos	5	16,7
10 > 20 anos	14	46,7
20 > 30 anos	7	23,3
30 anos ou mais	1	3,3
Tempo de Exercício profissional		
1 > 5 anos	4	13,3
5 > 10 anos	5	16,7
10 > 20 anos	15	50,0
20 > 30 anos	4	13,3
30 anos ou mais	2	6,7
Tempo de atuação na instituição		
1 > 5 anos	13	43,3
5 > 10 anos	5	16,7
10 > 20 anos	12	40,0

Fonte: autoria própria



3 Resultados

Emergiram cinco categorias temáticas e suas subcategorias. Os quadros apresentados a seguir demonstram as falas das participantes, as unidades de registro identificadas na análise, seus significados e as subcategorias (ou significante) que estão representadas pelo conjunto de informações fornecidas e compiladas.

A **categoria temática 1** sintetiza as expressões de abalo e/ou desorganização de cunho emocional, expresso por familiares de crianças e adolescentes por meio de choque, desespero e indignação. Segundo as participantes, esses eram sentimentos expressos diante do diagnóstico e/ou suspeição de violência sexual, que foram percebidos como demonstra o Quadro 1:

Quadro 1: Abalo emocional apresentado por familiares nas percepções das profissionais em estudo. Salvador. Bahia, Brasil, 2019.

Fala das participantes	Unidades de registro	Significante	Significado
Os pais estavam chocados, pois a menina chegou no hospital com um sangramento vaginal intenso e eles não sabiam o que tinha ocorrido. (E2, Auxiliar de Enfermagem) Era um menino de quase dois anos que foi a óbito e a equipe suspeitou de violência sexual. A mãe não tinha condições de ver o corpo porque estava abalada emocionalmente. (E27, Psicóloga) A família ficou em choque, muito abalada, porque o suspeito era o pai e se isso se comprovasse [os abusos contra a filha] implicaria no rompimento da relação familiar por quebra de confiança. (E20, Psicóloga)	Chocar-se Abalar-se	Aquele que demonstra ou sente grande perturbação emocional a ponto de se manter paralisado, estático.	Choque
O avô estava assustado. Dizia repetidas vezes que o ânus do neto não era dilatado daquele jeito e queria saber da avó se ninguém tinha visto o estado do ânus da criança. (E27, Psicóloga) Acompanhei a família para reconhecer o corpinho do bebê e, quando disse que a gente tinha suspeita de violência sexual, a reação da mãe foi muito desesperadora [...] (E29, Assistente Social)	Sentir-se assustado Desesperar-se	Estado emocional de extrema tensão.	Desespero
[...] a mãe estava revoltada. Ela tinha uma revolta por conta da situação. (E10, Técnica de Enfermagem) O agressor [o tio] estuprou o menino, a mãe estava realmente muito indignada com tudo que tinha acontecido. (E27, Psicóloga)	Revoltar-se Indignar-se	Sentimento de cólera (ou desprezo) experienciado em situações de injustiça.	Indignação

Fonte: autoria própria.

Ao perceber sentimentos de desespero, indignação e choque, as participantes ressaltam não somente o que presenciam, mas também evocam informações que compõem sua forma de enxergar o mundo. Esta percepção corrobora a visão interacionista, pois confirmam que os significados atribuídos aos fatos são essenciais para



a formação da percepção humana. Neste caso, as profissionais acrescentam significados e refletem consensos construídos a partir, não somente da experiência individual, mas em consonância com papéis sociais e pensamentos formados coletivamente.

Desta maneira, estas expressões de sentimento que traduzem o abalo emocional apresentado por familiares são representativas. Ou seja, tais sentimentos são significativos na percepção das profissionais entrevistadas, posto que, em consenso com a sociedade atual, o abuso sexual na infância é algo que impacta no emocional de pessoas envolvidas nos cuidados às vítimas.

A seguir, estão agrupadas na **categoria temática 2** os elementos que compõem expressões de sofrimento moral interno de familiares das vítimas, resumidas em sentimentos como preocupação e culpa, segundo observam as profissionais (Quadro 2):

Quadro 2: Sofrimento moral interno expresso por familiares na óptica de profissionais da saúde. Salvador, Bahia, Brasil, 2019.

Fala das participantes	Unidades de registro	Significante	Significado
[...] os pais estavam preocupados em saber o porquê do sangramento vaginal. Ficavam na porta do Centro Cirúrgico querendo saber informações (E2, Auxiliar de Enfermagem) Lembro de uma adolescente que foi encontrada desacordada na rua e quando a família chegou aqui, e soube da suspeita de ASI, ficou muito preocupada. (E24, Médica)	Preocupar-se	Sentimento no qual o indivíduo se envolve em uma dada situação, ou seja, afligir-se, inquietar-se;	Preocupação
A avó achava que tinha culpa do que a menina tinha sofrido porque tinha que trabalhar e deixar a bebê sozinha com o avô e os tios (E22, Enfermeira) Atendi um caso em que a criança tinha dez anos e a mãe demonstrava sentimento de culpa por ter permitido que a criança fosse para casa da avó, onde ocorreu o abuso (E27, Psicóloga) A mãe não aceitava não ter percebido o que o agressor fazia com a filha dela. Ela se culpava por não perceber que estava acontecendo isso [vitimização sexual] com a menina de 10 anos. (E14, Enfermeira)	Culpar-se Não aceitar	Sinônimos de arrependimento frente alguma atitude que tomou ou que não tomou.	Culpa

Fonte: autoria própria.

A preocupação dos familiares percebida pelas colaboradoras em estudo alinha ao entendimento social de que os genitores (ou outros cuidadores familiares) são responsáveis pela manutenção da vida das crianças e adolescentes. As relações familiares devem ser pautadas na proteção à criança e ao adolescente, desta maneira, compreende-se a vitimização sexual na infância como uma falha no que tange à vigilância e aos cuidados com a criança/adolescente.



Ao falhar, esses familiares (especialmente a genitora) são abarcados pelo sentimento de culpa. As falas das participantes remontam sentimentos expressos e apreendidos durante as interações de cuidado.

De forma similar, a **categoria temática 3** evidencia o constrangimento sentido pelos familiares das vítimas. Assim, esta categoria diz respeito às percepções das participantes acerca do expresso sentimento de resposta à sociedade, demonstrado no Quadro 3:

Quadro 3: Sentimento de resposta à sociedade de familiares segundo a óptica de profissionais da saúde. Salvador, Bahia, Brasil, 2019.

Fala das participantes	Unidades de registro	Significante	Significado
A família estava muito constrangida e cercada de sigilos. [...] a adolescente de 12 anos estava grávida e suspeita-se que o agressor era alguém da família. (E7, Técnica de Enfermagem) [...] era uma criança de quatro anos que tinha uma perfuração no ânus, a mãe não conseguia encarar a gente, parecia constrangida (E1, Técnica de Enfermagem) [...] quando a equipe suspeitou de abuso sexual, o pai ficou extremamente constrangido, deixou de vir ao hospital acompanhar a menina, porque ele se tornou o foco de tudo! [...] (E20, Psicóloga)	Sentir-se constrangido Ter vergonha	Sentimento de incômodo perante alguma situação considerada vexatória	Constrangimento

Fonte: autoria própria.

Segundo o Dicionário de Sociologia (2010) e a Psicologia Social (Morris, 2010), o constrangimento é um sentimento percebido a partir da exposição de um problema refutado pela sociedade. Ou seja, para haver constrangimento, necessariamente precisa haver interação entre os indivíduos e sentimento de pertença a um determinado grupo social.

Desta maneira, a apreensão da profissional, ao identificar o constrangimento apresentado por familiares, condiz com sua concepção interna de sentir-se constrangida e com o alinhamento destes com as interações sociais que resultam no sentimento que também é percebido no outro. Assim, a partir do aprendizado em sociedade, evocam que o abuso sexual na infância prediz a expressão deste sentimento entre os familiares das vítimas.



Na **categoria temática 4**, as profissionais apontam que percebem o estado emocional de resposta dos familiares das vítimas durante o atendimento à saúde, como sintetiza o Quadro 4 abaixo:

Quadro 4: Estado emocional de resposta consciente de familiares de acordo com as percepções de profissionais da saúde. Salvador, Bahia, Brasil, 2019.

Fala das participantes	Unidades de registro	Significante	Significado
[...] como não era a primeira vez que a adolescente sofria violência sexual, a mãe já estava com medo da situação se repetir outra vez e queria mudar de cidade. (E13, Enfermeira) A mãe não quis contar ao marido que a menina foi violentada, porque ela disse que estava com medo porque, se contasse, ele ia matar o agressor na mesma hora. (E14, Enfermeira)	Ter medo	Receio frente a pessoa, situação ou objeto	Medo
[...] a mãe e a avó também passam por um processo de sofrimento, ao ver a criança que foi estuprada nesse estado (E12, Assistente Social) A mãe estava triste com toda a situação. O vizinho a violentou, tentou matá-la e a mãe desabava de chorar contando a situação. Essa mãe estava sofrendo muito (E10, Técnica de Enfermagem)	Desabar Sofrer	Sentimento de dor física ou moral que pode ser traduzido verbalmente por meio do desabafo	Sofrimento

Fonte: autoria própria.

4 Discussão

Durante o atendimento a vítimas infantojuvenis da violência sexual, as profissionais percebem que os familiares desenvolvem estados emocionais complexos. Assim, foram percebidos os seguintes sentimentos: choque, desespero, indignação, preocupação, culpa, constrangimento, medo e sofrimento.

O abuso sexual infantil é uma conduta socialmente reprovada, considerando que, para além da faixa etária, a vivência deste agravo é considerada incongruente com relação às concepções modernas de sociedade a qual estamos inseridos. A representação social de crianças, ainda hoje segue os moldes daquelas encontradas nos séculos XV e XVI, quando a criança passou a ser vista como alguém inocente, pura e casta (Ariès, 2018), motivo pelo qual as profissionais mencionam a percepção de estado de choque em que se encontravam familiares das vítimas, ao tomar conhecimento da invasão precoce da sexualidade da criança/adolescente.

Em adição, as colaboradoras mencionam preocupação como sentimento expresso pelos familiares. Pode-se inferir que, a percepção destes sentimentos tem relação com a premissa de que a responsabilidade social de cuidado é obrigação legal de proteção às crianças e aos adolescentes cabe à família (Castro; Macedo, 2019). Realidade distinta do



que ocorria na Idade Média quando, logo após o nascimento, crianças eram enviadas para serem cuidadas por outras pessoas e só retornavam ao seio familiar após completarem sete anos (Ariès, 2018).

Embora isto não ocorra mais como processo cultural aceitável desde a era moderna, período cujas ideias de teóricos interacionistas desafiavam o modelo de sociedade do século XVIII (Morris, 2010), hoje observa-se a concentração de responsabilidades sobre a figura materna, no sentido de provocar-lhes culpabilização e estigmas, em detrimento da responsabilidade de cuidar atribuída a toda a sociedade.

Este comportamento tem caráter comunitário e converge para a ideia do que é “ser criança”, “ser adolescente”, ao mesmo tempo que reflete na inserção e no papel que estes indivíduos desempenham na estrutura social, por conseguinte, em como eles são tratados pelos integrantes da comunidade em que vivem. Por isto, infere-se que os mecanismos de proteção legal em voga ainda não foram capazes de incorrer em redução da vulnerabilidade individual, social e programática que este grupo etário enfrenta ainda que em espaços de cuidado, panorama constatado em estudos prévios (Castro Macedo, 2019; Conceição *et al.* 2022; Santos *et al.* 2022).

Logo, ao apresentar preocupações com a criança/adolescente, os familiares podem estar expressando reconhecimento à sua falha na proteção às vítimas (Mcelvaney; Nixon, 2021), o que é considerado inaceitável na atualidade e apreendido socialmente como mencionam os interacionistas (Morris, 2010). Isto porque, na concepção moderna de cuidado a crianças e adolescentes, estabelece a família como cerne do apoio social e responsável pela preservação e efetivação de direitos infantojuvenis como: viver livre de violências (Castro; Macedo, 2019). O mesmo pode e deve ocorrer nas escolas e demais locais onde a criança/adolescente estabelece relações sociais (Esteves *et al.* 2017).

Ao contrário, a vivência de abusos sexuais revela a desobediência a estes direitos, pode ser considerado, inclusive, premissa para a perda do “poder familiar”, ou seja, da posse da guarda dos filhos estabelecida por lei (Castro; Macedo, 2019; Ibiapina, 2015) e gerar medo especialmente nos genitores. Além disso, estudo recente afirma que a perda do poder familiar por pais e mães separados altera a dinâmica de comunicação e inter-relação coparentais (Mendes; Almeida; Melo, 2022), o que ocorre também no abuso sexual incestuoso, como observa estudo europeu (Salter, 2013).

É fato que, uma vez que a criança e/ou adolescente é vitimizada, há uma tendência da sociedade a opinar e responsabilizar os genitores (em especial a mãe) por não preservarem a vítima deste tipo de ocorrência. Ao contrário, estudo com 154 pais e mães



não agressores identifica que estes atribuem níveis de falhas de proteção à vítima a ambos, de forma idêntica (Zagrodney; Cummings, 2021).

Ao responsabilizar os genitores, profissionais de saúde mantêm atitudes congruentes com os significados sociais estabelecidos (Morris, 2010), posto que estes são atribuídos atualmente ao papel social de proteção (Castro Macedo, 2019; Ibiapina, 2015), entretanto, podem gerar nos genitores o sentimento de culpa pela vitimização. Sobre isto, estudo internacional aponta que genitores (ao buscarem dar sentido ao abuso sexual vivenciado por seus filhos) concentram-se em pensar nos motivos pelos quais a vítima não revela a eles a vivência de abusos (Mcelvaney; Nixon, 2020), corroborando o sentimento de culpa percebido a partir de interações (Morris, 2010) estabelecidas no atendimento à saúde das vítimas, como demonstraram as entrevistadas.

Também, há possibilidade de culpabilização dos genitores, pelos profissionais que estão prestando cuidados às vítimas. Tais condutas são contraindicadas (Campos, 2016), mas que podem ser inevitáveis, considerando que estes profissionais têm em si construções que refletem a sociedade na qual estão inseridos (Morris, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), em consonância com a OMS, prescreve-se como forma de enfrentamento ao ASI a ação de profissionais da saúde (BRASIL, 2010; OMS, 2021), que incluem a necessidade de empatia e apoio aos pais após a vitimização sexual de crianças e adolescentes (Mcelvaney; Nixon, 2020).

Há de se observar e acompanhar estes familiares, considerando que estudo realizado na América do Norte identifica que, após a revelação da violência sexual sofrida por seus filhos, 40,8% das genitoras e 14% dos genitores não agressores apresentam sintomas psicoemocionais, além disso, devido ao sofrimento psicológico, desenvolvem transtornos como TEPT e depressão, identificados como significativamente prevalentes entre as genitoras. O mesmo estudo revela que metade das genitoras e mais da metade dos pais avaliaram como excelente sua saúde física antes de saberem que a criança/adolescente foi vitimizada, no entanto, a revelação do ASI ocasionou aumento de mais de 10% das mães e pais vendo sua saúde em estado de declínio; nenhum efeito de gênero foi observado (Cyr *et al.* 2016).

De fato, a vitimização sexual de uma criança ou adolescente ocasiona impacto substancial nos genitores não agressores e em toda a família. Por isto, as atividades de cuidados desenvolvidas por profissionais da saúde abarcam não somente as vítimas (Brasil, 2010). Estas recomendações corroboram orientações do INSPIRE, programa da OMS que estabelece ações como: suporte por meio de serviços de assistência social;



identificação de casos; e intervenções terapêuticas não medicamentosas como o acolhimento da família (Brasil, 2010; OMS, 2016; OMS, 2021).

Pesquisas revelam que, frente a uma história de vitimização sexual da(o) filha(o), os genitores podem sentir-se inseguros para prover de cuidados e educação a criança/adolescente vitimizada, uma vez que sua proteção se mostrou ineficaz diante dos abusos vivenciados (Campos, 2016; Trombeta; Ferret, 2018; Said; Costa, 2019; Mcelvaney; Nixon, 2020). Portanto, assevera-se a relevância de profissionais da saúde criarem estratégias que revertam esta insegurança, no intuito de que pais e filhos readquiram autoconfiança e possam recuperar-se do trauma (Campos, 2016; Trombeta; Ferret, 2018; Said; Costa, 2019).

Sabe-se que a VS contra crianças e adolescentes, geralmente, acontece de forma silenciosa, contexto que dificulta e, muitas vezes, impede a denúncia (Salter, 2013; Naidoo *et al.* 2021). Assim, destaca-se a Educação em Saúde como importante instrumento para profissionais de saúde, a ser utilizado para fornecer informações acerca da VS contra crianças e adolescentes, podendo ser usado em qualquer nível da assistência à saúde, mas destaca-se no Brasil o Programa de Saúde na Escola (Brasil, 2017), visto que as escolas são campos profícuos de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes (Esteves *et al.* 2017).

No presente estudo, algumas participantes relataram que familiares das vítimas manifestaram sentimentos de raiva e revolta (em reflexo à indignação), ao serem comunicados sobre a situação da criança/adolescente. Tais manifestações corroboram outros estudos (Cunha; Dutra, 2019; Said; Costa, 2019) e denotam a consternação/angústia, transformando-se no desespero expressos por familiares ao tomarem conhecimento da perpetração do ASI.

Embora não seja resultado do presente estudo, alguns familiares podem não demonstrar sentimento de indignação, o que pode gerar incômodo nos profissionais, pois contraria o esperado, como denominam os interacionistas (Morris, 2010). Isto porque, o fato destes parentes manterem-se passivos frente à situação, pode gerar nos profissionais outros julgamentos que são empecilhos ao acolhimento às famílias de crianças e adolescentes vitimizadas, considerando a importância da família na recuperação da vítima (Brasil, 2010; Campos, 2016; Trombeta; Ferret, 2018) e da preservação da identidade dos pais como protetores (Mcelvaney; Nixon, 2020).

Como foi relatado neste estudo, os casos que envolvem abusos sexuais incestuosos podem suscitar constrangimento aos parentes da vítima. Deste modo, as participantes



inferem que tais abusos deixam perceptíveis as fragilidades que envolvem a família das vítimas, visto que, de acordo com o último relatório mundial da OMS, os principais agressores sexuais de crianças e adolescentes são os parentes do sexo masculino e membros próximos ao núcleo familiar (OMS, 2015).

Por fim, o presente estudo limita-se a investigar as percepções de mulheres da equipe multiprofissional da saúde, porém buscou embasamento no Interacionismo Simbólico. Corroborando com o estudo internacional (Mcelvaney; Nixon, 2020), há poucos estudos qualitativos realizados com familiares de vítimas de ASI, portanto, dentre as recomendações, estão: replicar este estudo com outros grupos sociais, especialmente com genitores e outros familiares não agressores.

Esta condição significa uma lacuna importante na literatura científica, visto que todos os membros da família, principalmente as genitoras, são afetados quando uma criança ou adolescente é agredida sexualmente. Além disso, possivelmente, essas pessoas tornam-se cerne da recuperação das vítimas, sendo alicerces importantes no cuidado a estas, motivo pelo qual deve-se atentar não somente para a assistência à vítima, mas também a seus familiares, que podem ser classificadas como vítimas indiretas do ASI, diante dos agravos à saúde que podem surgir em caso de não atenção aos sentimentos emergentes (listados neste estudo) e ao enfrentamento das repercussões emocionais e sociais, tanto para a vítima, quanto para a família.

Embora tenha respeitado de forma rigorosa o cumprimento metodológico proposto, ressalta-se a necessidade de novos estudos que investiguem a temática. Assim, propõe-se o desafio de buscar métodos qualitativos distintos para fins de comparação com estes dados ou de elucidação de fatos, bem como cobertura das lacunas apontadas e/ou complementação desses resultados. Sugere-se também a realização de estudos quantitativos com vistas na identificação de outros elementos que podem incidir e/ou estar associados à saúde desses familiares. Por fim, recomenda-se estudos de coorte para acompanhar o estado de saúde mental desta parcela da população.

5 Considerações finais e implicações para a prática

Familiares expressam, durante o atendimento à saúde das vítimas de ASI, sentimentos de desespero, preocupação, choque, indignação, constrangimento, culpa, medo e sofrimento.



Os resultados revelados com alicerces do Interacionismo Simbólico possibilitam revisitar sentimentos humanos que são projetados à sociedade por familiares de crianças e adolescentes que sofreram violência sexual. Assim, este estudo indica a necessidade de refletir sobre a temática, além de fomentar discussões no campo das relações sociais, do atendimento humanizado e da integralidade da atenção à saúde, pois alerta que o ASI provoca sofrimento intenso nos familiares das vítimas.

A partir destes resultados, é importante destacar que profissionais dos campos de atenção a crianças/adolescentes (saúde, educação e segurança pública) precisam direcionar e conduzir o atendimento a casos de ASI com base no suporte emocional e na escuta aos familiares. Ou seja, há necessidade de transpor as influências sociais premeditadas e atuar com base no sentimento de empatia.

Portanto, este estudo tem sua relevância no sentido de nortear o aprimoramento de ações de cuidado no atendimento às vítimas e suas famílias. Neste contexto, cabe lembrar que a atuação profissional em saúde abarca não somente o desenvolvimento de habilidades técnico-científicas, mas também há necessidade em acolher sentimentos e compreender comportamentos humanos dos indivíduos por ele assistidos.

Ao abordar sobre os sentimentos expressos por familiares das vítimas, recomenda-se que profissionais da saúde busquem agir com compreensão e empatia como sentimentos que influenciam na manutenção de relações humanas saudáveis, visando o cuidado e a promoção da saúde de crianças e adolescentes vitimizados.

Portanto, o estudo serve de apoio a material didático, na preparação de estudantes e profissionais dos diversos campos do saber que possam ser/estar envolvidos no atendimento às vítimas e suas famílias. Outrossim, recomenda-se a leitura textual do presente estudo, além do seu confronto e/ou adaptação às realidades e contextos de labor profissional no embasamento para construção coletiva de estratégias que sirvam para dirimir temores ou mesmo acalantar as famílias das vítimas.

Referências

ALEMAYEHU, B.; TAFESSE, N.; CHANYALEW, E. Magnitude of child sexual abuse and its associated factors among children treated in public hospitals of Addis Ababa Ethiopia. **Adoles health, med and ther** [internet], Auckland, v. 13, p. 67–76, jul. 2022.

<https://doi.org/10.2147/AHMT.S363699>.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LCT, 2018.



ASSINK, M.; VAN DER PUT, C.E.; MEEUWSEN, M.W.C.M.; DE JONG, N.M.; OORT, F.J.; STAMS, G.J.J.M.; HOEVE, M. Risk factors for child sexual abuse victimization: a meta-analytic review. **Psychol Bull [internet]**, Washington, v. 145, n. 5, p.459-489, fev. 2019. <https://doi.org/doi: 10.1037/bul000018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 16 mar. 2023

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BICANIC, I. A.; HEHENKAMP, L. M.; VAN DE PUTTE, E. M.; VAN WIJK, A. J.; DE JONGH, A. Predictors of delayed disclosure of rape in female adolescents and young adults. **Europ Journal of Psychotraumatology**, Londres, v. 6, n. 25883, p. 1-9, maio. 2015. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25883>.

BOTH, L.M.; FAVARETTO, T.C.; FREITAS, L.H.M. Cycle of violence in women victims of domestic violence: qualitative analysis of OPD 2 interview. **Brain Behav.**, San Diego, v. 9, n. 11, p. e01430, nov. 2019. <https://doi.org/doi: 10.1002/brb3.1430>.

CAMPOS, J. L. Criança vítima de violência sexual: Recortes de um caso atendido na Abordagem Centrada na Pessoa. **Psicólogo informação**, São Bernardo do Campo, ano 20, n. 20, p. 25-47, dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v20n20p25-47>.

CASTRO, E.G.; MACEDO, S.C. Estatuto da Criança e Adolescente e Estatuto da Juventude: interfaces, complementariedade, desafios e diferenças. **Rev Direito Práx [Internet]**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 1214-1238, jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40670>.

CYR, M.; FRAPPIER, J. Y.; HÉBERT, M.; TOURIGNY, M.; MCDUFF, P.; TURCOTTE, M. È. Psychological and Physical Health of Nonoffending Parents After Disclosure of Sexual Abuse of Their Child. **Journal of child sexual abuse**, Londres, v. 25, n. 7, p. 757–776, jun. 2016. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1228726>.

CONCEIÇÃO, M. M.; WHITAKER, M. C. O.; GRIMALDI, M. R. M.; SILVA, L. L. P.; SILVA, L. S.; OLIVEIRA, M. M. C.; CAMARGO, C. L. Child and adolescent victims of sexual violence: aspects of physical and emotional development. **Rev Bras Enferm [Internet]**, Brasília, v. 75, n. Suppl 2, p. 1-9. 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0584pt>.

CORDERO, D. A. Letter re: child sexual abuse in the philippines during the COVID-19 pandemic. **Am Surg**, [internet], Atlanta, v 89, n. 11, p. 5040–5041, fev. 2023. <https://doi.org/doi:10.1177/00031348231157820>.

CUNHA, G. G.; DUTRA, E. M. S. Um olhar fenomenológico para mães de crianças vítimas de abuso sexual: uma revisão de literatura. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 25, n. 1, p. 103-110, jan./abr. 2019. <https://doi.org/10.18065/RAG.2019v25.1>.



DAYAN, J.; CREVEUIL, C.; BAPT-CAZALETS, N. Enuresis and encopresis: association with child abuse and neglect. **L'Encephale**, [internet], Paris, v. 48, n. Suppl 1, p. S30–S33, set. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.08.005>.

DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/praxis/482/5023019-DICIONARIO-DE-SOCIOLOGIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jan 2023

ESTEVES, M. R.; FERRIANI, M. das G. C.; BESERRA, M. A.; CARLOS, D. M.; OLIVEIRA, A. J.; RODARTE, B. C. A rede social no enfrentamento da violência nas escolas de ensino médio. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 66–81, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/78>. Acesso em: 14 jan. 2023

FERREIRA, S. A análise de conteúdo: um método para a análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 11, n. 26, p. 202–224, jan./abr. 2023. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.26.502>.

GERKE, J.; LIPKE, K.; FEGERT, J.M.; RASSENHOFER, M. Mothers as perpetrators and bystanders of child sexual abuse. **Child Abuse Negl**, [internet], Oxford, v. 117, n. 105068, p. 1-9, jul. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105068>.

IBIAPINA, B. **Pátrio Poder X Poder Familiar**. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/35295/patrio-poder-x-poder-familiar>. Acesso em: 05 jan 2020

MAROTTA, G. Child sexual abuse by members of the catholic church in Italy and France: a literature review of the last two decades. **Journal of child sexual abuse**, [internet], Londres, v. 30, n. 8, p. 911–931, jul. 2021. <https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1955790>.

MCELVANEY, R.; NIXON, E. Parents' Experiences of Their Child's Disclosure of Child Sexual Abuse. **Fam Process**, Baltimore, v. 59, n. 4, p. 1773-1788, dez. 2020. <https://doi.org/doi:10.1111/famp.12507>.

MENDES, A. A. J.; ALMEIDA, M. P.; MELO, G.V. L. R. Percepção de Pais/Mães Separados(as) Sobre Guarda e Convivência Durante a Pandemia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 38, p. e3838424. out. 2022. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38424.pt>.

MORRIS, C.W. (org). **Mente, self e sociedade**. Tradução Maria Sílvia Mourão. Aparecida: Idéias & Letras; 2010.

NAIDOO, L.; VAN HOUT, M.C. Child sex offender mind-set and grooming strategies: a discourse analysis of sex offender narratives from South Africa. **Journal of child sexual abuse**, Londres, v. 30, n. 5, p. 616-635, mar. 2021. <https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1890296>.

NASCIMENTO, L.C.N.; SOUZA, T.V.; OLIVEIRA, I.C.S.; MORAES, J.R.M.M.; AGUIAR, R.C.B.; SILVA, L.F. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev Bras Enferm [Internet]**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-33. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **INSPIRE**: seven strategies for ending violence against children. Geneva, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207717>. Acesso em: 21 jul. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.). São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>.



Acesso em: 12 jun. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **INSPIRE**: Guide to Adaptation and Scale Up. Geneva, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/inspire-guide-to-adaptation-and-scale-up>. Acesso em: 20 jul. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Escritório Regional para a África. **Relatório de situação de 2020 sobre a prevenção da violência contra as crianças na região Africana da OMS**. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África. Brazzaville, 2022. Disponível: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352479>. Acesso em: 20 jul. 2022

PAPALIA, N.; MANN, E.; OGLOFF, J.R.P. Child sexual abuse and risk of revictimization: impact of child demographics, sexual abuse characteristics, and psychiatric disorders. **Child Maltreat**, Thousand Oaks, v. 26, n. 1, p. 74-86, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077559520932665>.

PEREIRA NETO, É.F.; RAMOS, M.Z.; SILVEIRA, E.M.C. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 03, p. 961-979, jul-set. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300013>. Acesso em: 21 jul 2022

RIZVI, M.B.; CONNERS, G.P.; RABINER J. New York State Child Abuse, Maltreatment, and Neglect. In: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, [internet], January 9, 2023. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351402/>>. Acesso em: 14 jul 2023

RUEDA, P.; FERRAGUT, M.; CERESO, M.V.; ORTIZ-TALLO, M. Child Sexual Abuse in Mexican Women: Type of Experience, Age, Perpetrator, and Disclosure. **Int J Environ Res Public Health**. [internet], Basileia, v.18, n.6931, p. 1-11, jun. 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph1813693>.

SAID, A.P.; COSTA, L.F. Family dynamics of boys victims of sexual abuse. **Paidéia**, Ribeirão Preto v. 29, n.1, p. 1-9. 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2908>.

SALTER, M. Grace's Story: prolonged incestuous abuse from childhood into adulthood. **Violence Against Women**, Washington, v. 19, n. 2, p. 146-165, fev. 2013. <https://doi.org/10.1177/1077801213476459>.

SANTOS, A. C. P. O.; CAMARGO, C. L.; VARGAS, M. A. O.; CONCEIÇÃO, M. M.; WHITAKER, M. C. O.; MACIEL, R. C. M.; BAPTISTA, S.C.O.; ESPÍRITO SANTO, M.R. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre a violência institucional à criança hospitalizada. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 43, p. e20210244. 2022. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210244.pt>.

SANTOS, M. C. R.; QUEIROGA, D. E. U.; SILVA, I. A. P.; FERREIRA, S. M. S. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 655-664, fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>.

SAUNDERS, B.; SIM, J.; KINGSTONE, T.; BAKER, S.; WATERFIELD, J.; BARTLAM, B.; BURROUGHS, H.; JINKS, C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Quality & quantity**, Padova, v. 52, n. 4, p. 1893-1907, set. 2018. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>.



SOUZA, V.R.; MARZIALE, M.H.; SILVA, G.T.; NASCIMENTO, P.L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>.

TROMBETA, N. C.; FERRET, J. C. F. Da palavra ao acolhimento: a escuta qualificada com vítimas de violência sexual. **Uningá Review**, Maringá, v. 28, n. 3, p.180-184, dez. 2016. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1878>. Acesso em: 20 jul 2018.

YURTERI, N.; ERDOĞAN, A.; BÜKEN, B.; YEKTAŞ, Ç.; ÇELİK, M. S. Factors affecting disclosure time of sexual abuse in children and adolescents. **Pediatr Int**, Carlton South, v. 64, n. 1, p. e14881, jan. 2022. <https://doi.org/10.1111/ped.14881>.

ZAGRODNEY, J.L.; CUMMINGS, J.A. Examining Parental Expectations and Fault Attributions for Child Sexual Abuse. **J Interpers Violence**, Beverly Hills, v. 36, n. 7-8, p. 3732-3754, abr. 2021. <https://doi.org/10.1177/0886260518778262>.

Recebido em: 06 de maio de 2023.

Aceito em: 20 de novembro de 2023.