



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

interface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de

Mesquita Filho

Brasil

de Souza Lima, Jeanne; Ferreira Deslandes, Suely

A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os
dispositivos americanos e brasileiros

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 15, núm. 38, julio-septiembre, 2011

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119940029>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros

Jeanne de Souza Lima¹
Suely Ferreira Deslandes²

LIMA, J.S.; DESLANDES, S.F. Mandatory notification of sexual abuse against children and adolescents: a comparison between American and Brazilian mechanisms. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*

Mandatory notification of cases of violence is an instrument capable of mobilizing a network of protection for children and adolescents and constituting an information system aimed at planning public policies to deal with such cases. This paper aimed to: (a) describe the historical context of combating sexual violence against children and adolescents and the notification process in Brazil and the United States; and (b) establish parameters for comparison between Brazilian and American realities. For these aims, a document investigation on laws, ordinances and regulations relating to mandatory notification of sexual abuse against children and adolescents was conducted, complemented by national and international literature on this matter. It could be seen that while the notification process in the United States is detailed, with distribution across the states, studies in Brazil still require further detailing on this issue, especially with regard to regional initiatives.

Keywords: Mandatory reporting. Child sexual abuse. Sexual violence against children and adolescents.

A notificação compulsória dos casos de violência é um instrumento capaz de mobilizar a rede de proteção às crianças e adolescentes e de compor o sistema de informação, visando ao planejamento de políticas públicas para seu enfrentamento. O trabalho tem como objetivos: (a) caracterizar o contexto histórico de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, e o seu processo de notificação, no Brasil e nos Estados Unidos (EUA); (b) estabelecer parâmetros de comparação entre a realidade brasileira e americana. Para tanto, realizou-se uma pesquisa documental de leis, portarias e normativas sobre a notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes, complementadas pela literatura nacional e internacional acerca da questão. Pode-se observar que, enquanto nos EUA o processo de notificação é detalhado e distribuído por seus estados, no Brasil os estudos ainda requerem maior aprofundamento sobre a temática, sobretudo no que diz respeito às iniciativas regionais.

Palavras-chave: Notificação de abuso. Maus-tratos sexuais infantis. Violência sexual contra crianças e adolescentes.

¹ Elaborado com base em pesquisa documental e bibliográfica resultante de tese de doutorado em andamento (Lima, 2008-2012).

¹ Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Rio de Janeiro. Av. Afonso Cavalanti 455, 801, Cidade Nova. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20.211-110. jeanne.limas@gmail.com

² Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

A discussão em torno do abuso sexual de crianças e adolescentes inicia-se na década de 1970 nos EUA e na Europa Central a partir dos anos de 1980. No Brasil, foi a partir da segunda metade dos anos de 1980 que essa problemática começou a preocupar defensores de direitos humanos e trabalhadores na área de atenção à criança e ao adolescente, ligados, sobretudo, a organizações não governamentais e aos meios acadêmicos. Neste sentido, o repúdio à violência sexual reflete, de um lado, as mudanças acerca das concepções que as sociedades construíram da sexualidade humana e, de outro, a posição e o status da criança nas sociedades (Azevedo, Guerra, 2000).

Com a institucionalização do Estatuto da Criança e do Adolescente é constituído um novo paradigma de proteção integral, determinando o reconhecimento de crianças e adolescentes brasileiros enquanto sujeitos de direitos, concebidos na condição de pessoas em desenvolvimento. Com o advento dessa Lei, prevenir a ameaça ou violação de direitos contra crianças e adolescentes se configura um dever de cada um e de toda a sociedade de modo geral. No entanto é inegável a posição privilegiada de algumas categorias profissionais, especialmente da educação e da saúde, em razão da sua atuação cotidiana com esse segmento (Bezerra, 2004).

A notificação compulsória da violência pela saúde pública demonstra o compromisso legal e assume sua responsabilidade na proteção integral de crianças e adolescentes, sendo compreendida como um instrumento disparador de ações, permitindo adotar medidas imediatas para interferir no ciclo da violência. A atuação deve se dar de forma diferenciada, em conjunto com a rede de proteção, com definição de atribuições no âmbito da prevenção, do atendimento e do acompanhamento dos casos (Ferreira, 2002; Gonçalves, Ferreira, 2002).

Observa-se que a notificação da violência contra crianças e adolescentes é recente na realidade brasileira. Pouco se conhece o contexto político e institucional e os padrões adotados para sua efetiva operacionalização. Tampouco se conhece amplamente sobre seus fluxos e qual a mobilização de recursos efetivamente desencadeados pela notificação compulsória realizada pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivos caracterizar e comparar o processo de notificação das violências contra crianças e adolescentes, com foco no abuso sexual, nas sociedades brasileira e americana. O confronto da experiência brasileira com a realidade dos EUA, uma das pioneiras no mundo, visa destacar os desafios, as potencialidades de aprendizado, e buscar estratégias para melhor implementação desta prática em nosso país.

Material e método

Para este estudo, foi realizada uma pesquisa documental (Gil, 1991) de leis, portarias e normativas sobre a notificação compulsória das violências contra crianças e adolescentes, com foco no abuso sexual. O acervo dos documentos foi complementado pela pesquisa bibliográfica (Marconi, Lakatos, 2009) da literatura nacional e internacional acerca da questão.

As fontes de pesquisa foram: 1 documentos disponíveis nos sites oficiais do Brasil e EUA (descritos a seguir); 2 artigos científicos publicados em periódicos de saúde pública e disponíveis nas bases de dados Scielo (www.scielo.org) e Bireme (www.bireme.br/php/index.php), que correspondem às Ciências da Saúde em Geral (Lilacs, Medline, Cochrane, Scielo, áreas especializadas, dentre outras) e portais de periódicos SCOPUS (www.scopus.com/home.url) e ISI (www.isi.com); 3 portais Teses e dissertações em Saúde Pública (www.thesis.cict.fiocruz.br) e Teses Fundação Oswaldo Cruz (www.teses.cict.fiocruz.br). Foi feita ainda a consulta no buscador de informação científica SCIRUS (www.scirus.com). O período de busca correspondeu aos últimos dez anos.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados para a consulta em bases bibliográficas foram: notificação compulsória, abuso sexual contra crianças e adolescentes, sistemas de informação e suas expressões equivalentes. Os portais ISI e SCOPUS foram consultados com os conectores de busca: notification OR subnotification AND abuse sexual AND information systems. Foram levantados 184 documentos, selecionados 27 artigos, uma dissertação e uma tese. Os artigos que não se referiam às

realidades brasileira e americana, bem como os textos que se distanciavam do objeto de estudo foram excluídos da pesquisa.

Para o acesso aos documentos e informações oficiais dos EUA foram consultados os sites governamentais: *Child Welfare Information Gateway* (www.childwelfare.gov), *Centers for Disease Control and Prevention* (www.cdc.gov), *Department of Health and Human Services* (www.hhs.gov) e o *Department of Justice* (www.justice.gov). As informações sobre a rede de apoio às situações de violência sexual foram obtidas pelos sites de organizações não governamentais: *Rape, Abuse and Incest National Network Hotline* (www.rainn.org); *National Sexual Violence Resource Center* (www.nsvrc.org); *Violence Against Women Network* (www.vawnet.org); *Prevention Connection* (www.preventconnect.org); *Stop it Now* (www.stopitnow.org); *Rape Crisis Center* (<http://rapecrisis.com/index.php>); *Sexual Assault Centers* (<http://www.sacenter.org/index.php>).

Para se obterem informações sobre as leis e os documentos brasileiros, foram acessados os sites governamentais do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) e da Secretaria Especial de Direitos Humanos (http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/spdca/). Buscou-se, ainda, informações sobre a rede de apoio, artigos e publicações disponíveis em sites de organizações não governamentais, sendo estes: o Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes – Cecria (<http://www.cecria.org.br>) e o Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância – CRAMI (<http://www.crami.org.br>).

A análise dos documentos oficiais pautou-se no seguinte roteiro investigativo: data de institucionalização da notificação compulsória da violência sexual contra crianças e adolescentes; descrição das formas de notificação nos dois países; principais diretrizes para sua utilização; categorias profissionais mais envolvidas neste processo; utilização dos registros de notificação como um componente do sistema de informação, visando à formulação de políticas públicas para o enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes.

A análise percorreu as seguintes etapas: classificação do tipo de texto (classe de documento/artigo); leitura e fichamento dos textos; categorização temática segundo as categorias previamente fixadas no roteiro investigativo e aquelas que emergiram do acervo (Minayo, 2008); descrição e análise dos conteúdos sobre a realidade nacional e americana separadamente; análise comparativa.

Foram estabelecidos alguns parâmetros para a comparação do processo de notificação compulsória da violência sexual contra crianças e adolescentes entre o Brasil e os EUA: contexto político e institucional (marcos legais), existência de mecanismos de formalização da notificação; práticas adotadas em função da notificação; existência de protocolos específicos para a violência sexual associados à notificação.

Resultados

A visibilidade do abuso sexual: a experiência pioneira americana

A experiência dos EUA é reconhecida como uma iniciativa estatal pioneira em regular ações públicas para o enfrentamento da violência intrafamiliar (Finkelhor, 1979). Foram criadas, na década de 1970, várias instituições e programas destinados ao enfrentamento da negligência e do abuso sexual contra crianças e adolescentes: o *National Center for Child Abuse and Neglect* e o *Center for the Prevention and Control of Rape*, ambos de Washington e filiados ao *Department of Health Education and Welfare* (www.hhs.gov); já o *National Law Enforcement Administration* constituiu-se um ramo do *United States Department of Justice* em Washington (www.justice.gov).

O *Child Welfare Information Gateway* foi criado em 1974, em Washington. É um serviço do Departamento de Saúde dos EUA que disponibiliza publicações, sites, bancos de dados e de pesquisa. O material cobre uma gama de temas sobre a notificação dos maus-tratos contra crianças nos estados americanos; a prevenção das situações de abuso e negligência contra crianças e o cuidado com o seu bem-estar; a adoção; além da divulgação das ações oferecidas nos estados americanos para os casos de abuso e negligência contra crianças (www.childwelfare.gov).

A preocupação com o abuso sexual tomou tão grande vulto nos Estados Unidos que a Divisão de Prevenção da Violência do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) propôs que este fosse considerado um problema de saúde pública, devido à alta incidência sobre as crianças no referido país, às implicações imediatas e futuras para a saúde das vítimas, e pela possibilidade da replicação do fenômeno em futuras gerações (Alvarez et al., 2005). Ao se tomar o abuso sexual como um problema de saúde pública, pode-se aumentar a atenção para o problema, acelerar esforços para compreendê-lo, ampliar o espectro das estratégias para enfrentá-lo, e estabelecer ações de prevenção (Basile, Saltzman, 2002).

No final da década de 1970, qualquer pessoa, em qualquer localidade do país, podia obter informações de que necessitasse sobre o problema do abuso sexual doméstico de crianças e adolescentes, sem ter de se identificar, bastando telefonar para a instituição local de proteção à família, ou à criança, ou a um centro de aconselhamento familiar (Armstrong, 1978).

Atualmente, cada estado americano tem, pelo menos, uma agência oficial autorizada a investigar casos suspeitos, e toda cidade oferece algum tipo de serviço de proteção à criança. O *Rape Crisis Center* - RCC (www.rapecrisis.com/index.php) foi fundado em 1975, voltado para a prestação de serviços às vítimas de violência sexual e suas famílias. O Centro desenvolve ainda estratégias de prevenção primárias voltadas para estudantes. O RCC possui serviço de aconselhamento, através de telefone, que funciona 24 horas. A linha direta assegura que as vítimas da violência sexual possam falar sobre a sua problemática e receber orientação sobre os serviços de apoio. O *Sexual Assault Centers* (www.sacenter.org/index.php) foi criado em 1978, visando proporcionar tratamento para crianças, adultos e famílias afetadas por este problema, através de serviços de aconselhamento e educação. Os *Rape Crisis Center* e *Sexual Assault Centers* surgiram independentemente ou dentro de organizações feministas, de unidades de enfrentamento ao crime sexual (estatais e municipais) e hospitais. Desde então, inúmeros estudos foram desenvolvidos para: dar visibilidade ao fenômeno; evidenciar a natureza complexa do problema, e demonstrar as graves consequências para as vítimas (Douglas, Finkelhor, 2005; Finkelhor, 1994; Finkelhor, 1984; Finkelhor, 1979).

A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes no contexto americano

Desde o final da década de 1970, todos os estados americanos já haviam estabelecido a notificação compulsória dos casos de violência contra crianças, no entanto essa ação tinha ampla variação no país. Médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, entre outros profissionais, em oito estados americanos, estavam obrigados a notificar o abuso quando dele tomassem conhecimento. Em sua maioria, os casos deveriam ser notificados ao departamento de Serviços Sociais. Em alguns estados, como o de Maryland, podia ser, alternativamente, à Polícia ou ao Departamento de Serviços Sociais. Em outros, como o da Califórnia, era obrigatório notificar à polícia (Brieland, Lemmon, 1977).

Atualmente, todos os cinquenta estados e territórios americanos possuem leis e políticas que especificam os procedimentos para notificação compulsória de casos suspeitos de abuso sexual contra crianças. O relatório deve ser feito de forma imediata em caso suspeito ou confirmado (U.S., 2008a).

Os padrões para se fazer uma notificação variam de estado para estado. Em todas as jurisdições, o relatório inicial pode ser feito por via oral, através dos serviços de proteção à criança (*Child Protective Services* - CPS), ou a uma agência de aplicação da lei. O propósito da notificação/relato oral é facilitar a proteção imediata das crianças e prevenir possíveis agravos de saúde. Em vinte estados, além dos territórios de Samoa Americana, Guam e Porto Rico, a notificação compulsória deve ser feita por escrito após o relato oral. Em oito estados, Distrito da Columbia e Ilhas Virgens, o relatório por escrito só pode ser requisitado pelo departamento ou agência que recebeu a notificação inicial (U.S., 2009).

A maioria dos estados oferece números de telefone gratuitos para receber as denúncias de abuso ou negligência. Os relatos podem ser feitos anonimamente para a maioria desses números. Vários estados e territórios exigem do notificante fornecer o nome e o contato, quer no momento inicial do relato oral ou como parte de um relatório escrito. Em Wyoming, o(a) notificante não tem de fornecer a sua identidade como parte do relatório escrito, mas se a pessoa tem provas, como vídeos, fotografias ou raios-x da criança, o seu nome deve ser fornecido (U.S., 2009).

Todas as jurisdições têm disposições legais para manter a confidencialidade dos registros de abuso e negligência. A identidade do(a) notificante é protegida contra a divulgação em 39 estados e cinco territórios americanos. Essa proteção é mantida mesmo quando outras informações do relatório são divulgadas. A liberação da identidade do/a notificante é permitida em algumas circunstâncias específicas e ordenada pelo tribunal, tais como: quando há uma razão convincente para sua revelação ou sob uma constatação de que o(a) notificante fez um relatório falso. Em algumas jurisdições, o(a) notificante pode renunciar à confidencialidade e autorizar a liberação de seu nome (U.S., 2008e).

Em 31 estados, além dos territórios de Samoa Americana, Guam, o Norte das Ilhas Mariana e Porto Rico, existem procedimentos específicos que devem ser seguidos em casos de morte suspeita de crianças, especialmente por exposição a substância química. Em geral, os estatutos orientam que a notificação compulsória deve ser feita a um legista. Para os Estados que não possuem esta especificação, serão adotados os procedimentos padrões de notificação. O *Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA)* obriga os estados a adotarem políticas e procedimentos para atenderem às crianças expostas a substâncias químicas, especialmente em casos de abuso ou negligência (U.S., 2008d).

De acordo com as informações do documento *Mandatory Reporters of Child Abuse and Neglect: Summary of States Laws* (U.S., 2008a), quase todos os estados americanos possuem legislação específica designando as profissões cujos membros são obrigados a notificar casos de maus-tratos, sendo os mais comuns: assistentes sociais; professores e outros responsáveis pelo estabelecimento escolar; médicos, profissionais de saúde mental e outros trabalhadores responsáveis pelo cuidado de saúde; prestadores de cuidados infantis; médicos legistas. Somente os estados de Nova Jersey e Wyoming exigem que todas as pessoas notifiquem os casos de maus-tratos contra criança, sem especificar a profissão.

Outras profissões frequentemente são requisitadas a notificarem casos de maus-tratos contra crianças, como as ligadas aos filmes comerciais e fotografias. Em 26 estados, os membros do clero, os praticantes da Ciência Cristã ou curandeiros religiosos são incluídos entre os profissionais obrigados a notificar casos suspeitos de maus-tratos. Na maioria das instâncias, eles são considerados como um tipo de provedor de cuidados de saúde (U.S., 2008c).

Cerca de 40 estados, o Distrito de Colúmbia, Samoa Americana, Guam e Porto Rico possuem centrais de registro para investigação dos casos de abuso e negligência contra crianças e adolescentes. As centrais de registro são normalmente utilizadas para auxiliar as agências de serviços sociais na investigação, no acompanhamento e na prevenção de casos de abuso, além de manterem as informações estatísticas para a equipe e fundamentarem ações específicas para o enfrentamento da violência contra crianças (U.S., 2008b).

Em vários estados, os registros são usados para resguardar as pessoas que serão responsáveis pelo cuidado das crianças. A maior parte dos estados requisita uma verificação na central de registros do estado ou território, como parte da investigação de antecedentes para os candidatos a pais adotivos ou os indivíduos que desejam se tornar prestadores de cuidados de crianças ou adolescentes. A informação é disponibilizada ao setor de cuidados infantis, às escolas e à rede de saúde (U.S., 2008b).

O tipo de informação contida nas centrais de registro varia de estado para estado, mas, geralmente, inclui: o nome da criança e o endereço, o nome da mãe, do pai ou guardião/responsável, o nome dos irmãos, a idade da criança, as condições do domicílio onde a(s) criança(s) reside(m), a natureza dos danos causados à criança; o nome do suposto autor e as conclusões das investigações. Alguns estados mantêm todas as denúncias de abuso e negligência nos seus registros centrais, outros mantêm apenas os relatórios. O acesso às informações mantidas nos cadastros ou registros e o tempo de permanência das informações também variam entre os estados (U.S., 2008b).

As leis e políticas em todas as jurisdições especificam procedimentos para dar respostas iniciais às notificações encaminhadas às agências. O propósito final do sistema de notificação é garantir a segurança e o bem-estar da criança. Todos os estados exigem que os serviços de proteção à criança iniciem a investigação em até 72 horas. Em grande parte dos estados, se exige que as investigações se iniciem imediatamente, em menos de duas horas e não mais de 24 horas quando houver motivos razoáveis para acreditar que uma criança está em perigo iminente. As abordagens adotadas para responder as notificações variam de estado para estado, mas quase todos utilizam um tipo de avaliação de segurança e gravidade que determina quais as que requerem respostas imediatas (U.S., 2009).

Os estados de Arizona, Delaware, Kentucky, Louisiana, Minnesota, Nevada, Oklahoma, Texas, Vermont, Virginia e Wyoming usam diferentes sistemas de respostas; os casos mais graves são designados para serem investigados policialmente, e os casos menos graves para atendimento e avaliação das famílias. Quase todos os estados categorizam os relatórios de acordo com a gravidade dos casos de violência contra crianças, e atribuem respostas às situações de violência em momentos diferenciados (U.S., 2009).

As investigações podem ser conduzidas pelos centros de proteção à criança, por uma agência de aplicação da lei, ou por ambas as agências; as avaliações da família são conduzidas pelos serviços de proteção à criança. Os casos que envolvam abuso físico ou sexual ou conduta criminosa podem ser investigados por uma agência de aplicação da lei em, aproximadamente, 15 estados e nas Ilhas Virgens. Em nove estados, os relatórios são encaminhados para as agências de aplicação da lei quando o provável autor da violência é uma pessoa diferente dos pais ou de outros cuidadores. A maioria dos estados também exige que as informações sejam cruzadas entre as entidades profissionais. Geralmente, os relatórios são compartilhados entre as agências de serviços sociais, as agências de aplicação da lei e o Ministério Público (U.S., 2009).

Todos os estados americanos, o Distrito da Columbia e o governo federal possuem registros de atos sexuais criminais conhecidos como Leis de Megan (*Megan's Laws*). Estas leis foram denominadas após a morte de Megan Kanka, uma menina de sete anos que foi violentada e assassinada, em 1994, por um vizinho com histórico de condenações anteriores por delitos sexuais contra crianças, cujo antecedente criminal era desconhecido pela família da criança (Kamoie et al., 2003). Nesse sentido, os estados são obrigados a publicar em seus registros on-line, com acesso fácil e imediato, informações sobre os agressores na internet, na imprensa, em panfletos disponíveis ao público, nas reuniões de bairro. O propósito afirmado é proteger o público dos potenciais danos futuros que podem ser causados pelo agressor (Kamoie et al., 2003; Myers, 1996).

A visibilidade do abuso sexual na sociedade brasileira

A partir dos anos de 1970, emerge, no cenário brasileiro, a inclusão de demandas sociais, até então inexistente, como ponto de pauta dos movimentos sociais, ampliando reivindicações para além da esfera capital/trabalho. Essas demandas são reivindicadas por novos atores sociais, representados pelo Movimento de Reforma Sanitária, pelo Movimento Feminista, pelo Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), pela Pastoral do Menor, pelas Entidades de Direitos Humanos, Organizações Não Governamentais (ONG), entre outros (Sanchez, Minayo, 2004). Estes atores sociais se envolveram com processos mobilizatórios internacional e nacional para estabelecerem um novo paradigma de atenção à infância e adolescência: o da proteção integral.

Nesta lógica, no campo da saúde, foram criados, pioneiramente, pela sociedade civil, alguns serviços de atendimento psicossocial às crianças e adolescentes vítimas de violência: o Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), datado de 1985, na cidade de Campinas em São Paulo; e a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), criada em 1988, na cidade do Rio de Janeiro - tendo como objetivos atender crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, exploração sexual e no trabalho, e estabelecer ações de prevenção (Lins, 2008).

Os profissionais de saúde, em especial os pediatras, foram responsáveis, em grande parte, por denunciar as situações de violência contra crianças e adolescentes que chegavam às unidades de saúde. Nesse sentido, várias ações foram estabelecidas para a assistência às vítimas, que contribuíram para o aumento da visibilidade dessas situações, tais como capacitações e a elaboração do Guia de Atuação frente a maus-tratos na Infância e na Adolescência, contendo orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005).

Foi somente no final dos anos de 1990, que o Ministério da Saúde, por meio de pressão do movimento feminista e de entidades nacionais e internacionais ligadas à garantia dos direitos humanos, implementou políticas e normatizou ações de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, elaborada em 1998 e atualizada em

2005, pela área técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, busca organizar a assistência nos serviços públicos de saúde, normatiza o atendimento clínico, os cuidados médicos e de enfermagem, a coleta de material para identificação do agressor, a anticoncepção, a quimioprofilaxia das DST/HIV/Aids, os procedimentos para interrupção da gravidez, além do apoio psicológico e social (Brasil, 2005).

Outros avanços podem ser observados na atenção às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. É importante acrescentar o lançamento do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, em 2000. Vale destacar que o Estado do Rio de Janeiro estabelece seu Plano de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes em 2004. No entanto vários estados brasileiros ainda não formularam seus documentos, o que impede o estabelecimento de ações articuladas que permitiriam a intervenção técnica, política e financeira para o enfrentamento da violência sexual; e, mesmo os estados que possuem o referido documento, ainda aguardam que os municípios formulem seus respectivos planos e se comprometam com o enfrentamento da violência sexual, como é o caso do município do Rio de Janeiro, que até a presente data não o oficializou.

Todos esses passos citados são importantes para a legitimação da política de enfrentamento da violência sexual, embora não sejam suficientes, pois podem se restringir, apenas, a formas institucionalizadas de tratar o problema, "confinando-o nos tentáculos da burocracia" em lugar de torná-lo uma questão de debate público e de ações efetivas (Minayo, 2006, p.64).

O contexto brasileiro para a notificação da violência sexual contra crianças e adolescentes

Vale destacar que, até o final dos anos de 1990, não existia um instrumento que pudesse servir de base de dados para dar visibilidade às situações de violência contra as crianças e adolescentes e, consequentemente, não se dispunha de maior planejamento para o estabelecimento de ações para o enfrentamento dessa problemática. As poucas fontes de dados disponíveis se referiam às informações coletadas nos serviços que atendiam crianças e adolescentes nesta situação, como: o CRAMI-Campinas, o CRAMI do ABCD, a ABRAPIA no Rio de Janeiro e, posteriormente, o Programa de Atenção à Vítima de Abuso Sexual (PAVAS) e o Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual (CEARAS), ambos vinculados à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, entre outros (França-Junior, 2003).

A obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar, nos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos na respectiva localidade, é prevista no ECA, através do artigo 13. Observa-se que o tempo levado para institucionalização da notificação compulsória varia de acordo com cada realidade, e seu processo será marcado pela compreensão dos profissionais e gestores envolvidos acerca dessa problemática e de suas repercussões para a saúde pública, os recursos materiais e humanos disponíveis, a rede de atendimento e o investimento orçamentário (Brasil, 2008). A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ), por exemplo, implantou, em 1996, a ficha de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes, com o propósito de atuar, em parceria com os Conselhos Tutelares e demais órgãos de apoio, atendendo a observância dos preceitos legais contidos no ECA. No estado do Rio de Janeiro, a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes foi instituída pela Secretaria de Estado de Saúde em 1999, através da Resolução nº 1.354/1999.

Somente em 2001, o Ministério da Saúde institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no Sistema Único de Saúde, através da Portaria Nº 1968 - MS/GM de 26/10/2001. Esta apoia-se no Art. 87, inciso II, da Constituição Federal; no Capítulo I, do Título II da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, em sua determinação de que casos suspeitos ou confirmados deste agravo deverão ser comunicados ao Conselho Tutelar, prevendo penalidade para médico e responsável por estabelecimento de saúde que não o realizem; e nos termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em sua diretriz sobre o monitoramento das violências (Brasil, 2004, 2002, 2001a, 2001b).

A normatização, no setor saúde, da comunicação ao Conselho Tutelar padronizou o instrumento a ser utilizado em todo território nacional, ampliou a obrigatoriedade a todos os profissionais no âmbito do

SUS e estabeleceu o fluxo para a ficha no âmbito da saúde. Segundo a Portaria MS/GM nº 1.968/2001, o profissional de saúde deverá preencher a ficha em duas vias, sendo uma delas encaminhada ao Conselho Tutelar da área de moradia da criança ou adolescente atendido, e a segunda à Secretaria Municipal de Saúde, que deverá enviar, posteriormente, à Secretaria Estadual de Saúde (Brasil, 2001a).

Ao longo dos últimos vinte anos, desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o setor saúde, através de sua função estratégica na rede de proteção de criança e adolescente, tem desempenhado papel fundamental, não só na prevenção, detecção e atenção às crianças e adolescentes em situação de violência, mas na construção de informação sobre este fenômeno.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo e aperfeiçoando os sistemas nacionais de informações existentes que permitem o monitoramento das situações para fins de vigilância epidemiológica. Este monitoramento é realizado por meio da análise dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais públicos, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), constituindo importante ferramenta para o conhecimento de parte considerável das situações de violência no país. Os dados referentes a esses sistemas estão disponíveis na internet e têm auxiliado o trabalho dos gestores e profissionais para a tomada de decisões e na melhoria dos serviços oferecidos.

Considerando as limitações do SIM e SIH/SUS em descrever as características apenas dos casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação, respectivamente, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de obter dados e divulgar as informações sobre violências e acidentes, o que permitirá conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde. O sistema VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA contínuo), implantada em serviços de referência para as violências; e 2) vigilância sentinelas de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA sentinelas). A vigilância epidemiológica de violências e acidentes vem complementar as análises epidemiológicas já realizadas com os dados dos sistemas de mortalidade e de morbidade hospitalar (Brasil, 2009).

Devido às suas especificidades no que se refere ao caráter compulsório das notificações de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, e no sentido de viabilizar a articulação e integração com a rede de atenção e proteção social às vítimas das violências, a coleta de dados se torna universal e contínua e passa a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), permitindo sua consolidação em todo o território brasileiro. Deste modo, a partir de 2009, o componente de vigilância contínua do sistema VIVA foi incorporado ao Sinan Net, adequando-se às suas normas específicas, no que diz respeito à padronização de coleta e envio de dados (Brasil, 2009).

Cabe destacar que a notificação compulsória, encaminhada para o Conselho Tutelar, das situações de violência contra crianças e adolescentes atenderia ao primordial propósito de acionar a rede de proteção social, a fim de cessar as formas de abuso e restituir seus direitos. Por sua vez, a notificação no âmbito do setor Saúde permite a análise epidemiológica dos casos, fornecendo subsídios para a organização dos serviços e a formulação de políticas públicas de saúde. Trata-se de propósitos distintos que se complementam no enfrentamento das violências contra a infância e adolescência.

Discussão

EUA e Brasil: alguns parâmetros de comparação

A notificação da violência contra crianças e adolescentes, sobretudo o abuso sexual, e sua institucionalização, depende primeiramente de um conjunto de ações de ordem legal, política, cultural, ética e teórica. No campo político, tanto nos EUA como no Brasil estiveram presentes os movimentos sociais representados, especialmente, pelo Movimento Feminista; entretanto há diferença no tempo de inclusão da referida problemática na agenda da política pública. Como refere Minayo (2006), o reconhecimento da violência na pauta da saúde no Brasil vem se dando de forma "fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva" (Minayo, 2006, p.53).

Foi possível observar que, em ambos os contextos, há uma legislação que obriga os profissionais a notificarem casos suspeitos ou confirmados de negligência e abuso contra crianças. Em vários estados americanos foram criadas legislações que obrigam a comunidade religiosa a notificar casos de violência contra crianças dos quais tomem conhecimento. Os professores e a comunidade escolar foram citados como importantes notificadores nos estados americanos (Smith, Lambie, 2005; Kenny, 2004). Há uma definição no calendário escolar, especialmente nos cursos universitários, do mês de conscientização do abuso sexual, com a veiculação de informações e da rede de apoio. Diferentemente da realidade brasileira, onde se observa que a comunidade escolar apresenta dificuldades e resistência para a notificação da violência contra crianças e adolescentes, sendo esta realidade um campo fértil para investigação e pesquisa.

Em ambos os contextos, foram observados, através da literatura, que muitos profissionais se veem num dilema ético, uma vez que, em muitas situações, o princípio da integridade familiar se contrapõe ao princípio dos melhores interesses da criança (Alvarez et al., 2005; Ferreira, Schramm, 2000). No entanto, a notificação dos casos de violência deve ser reconhecida como um recurso necessário para a proteção de crianças e adolescentes e um dever do profissional. Observa-se que, mesmo nos EUA, onde a notificação é amplamente utilizada há aproximadamente quarenta anos, ainda persistem dificuldades no que se refere ao preparo dos profissionais para reconhecerem os indicadores de abuso, sendo premente uma maior sensibilização e envolvimento de educadores, profissionais de saúde e outros atores-chave comprometidos com a quebra do ciclo de violência e a prevenção de possíveis agravos de saúde (Smith, Lambie, 2005). Esta questão também é um problema a ser enfrentado, com seriedade, no contexto brasileiro.

No Brasil desde 2001, o Ministério da Saúde vem progredindo em termos de implantação de uma ficha padronizada de notificação para melhor conhecer a magnitude e gravidade dos casos de violência intrafamiliar e sexual, capilarizando, para todas as unidades públicas de saúde do país, a possibilidade de notificação. Nota-se que a introdução da notificação para as situações de violência se insere no contexto brasileiro tardivamente, no entanto, a padronização das informações para todo o território permitirá caracterizar a violência ocorrida, os encaminhamentos realizados, entre outras informações, de acordo com suas especificidades regionais. Diferentemente dos EUA, onde há uma profusão de fichas e mecanismos diferenciados para o enfrentamento das violências, dificultando a caracterização padronizada dos casos.

Outra diferença é que, nos EUA, os registros de violência estão vinculados aos serviços de proteção à criança, o que pode facilitar o acesso à rede de apoio. Nesse sentido, grande parte dos investimentos é destinada à rede de serviços sociais. Já no Brasil os principais esforços vêm se dando na área da saúde. Contudo, no que concerne às situações de abuso sexual, ainda se observa que os procedimentos que padronizam o atendimento são aqueles voltados aos casos agudos (Brasil, 2005). Nas situações de violência crônica com o mesmo agressor, situação frequente no abuso sexual intrafamiliar, não há orientação específica. Nota-se, ainda, que o atendimento está centrado na figura do médico, por conta da prescrição do protocolo das doenças sexualmente transmissíveis/aids.

Os serviços de referência na saúde, nos estados americanos, para as situações de violência sexual, disponibilizam kit de profilaxia e de coleta de sêmen para identificação do agressor. A preocupação é de acumular provas em vistas à punição do(a) agressor(a), neste caso, a criminalização. De acordo com as informações disponíveis, há ligação efetiva dos serviços de saúde com os centros de apoio à criança, ao adolescente, à família e à polícia.

Em relação aos materiais e equipamentos para as situações de violência sexual, são previstos, na Norma Técnica brasileira, equipamentos adicionais, como aparelho de ultrassonografia e equipamentos fotográficos para registro de eventuais lesões físicas. Esses registros poderiam servir como provas materiais no caso de futuras investigações, entretanto é de conhecimento que os serviços de referência no atendimento à violência sexual na área da saúde não funcionam na forma como é prevista. Nota-se, portanto, que a realidade americana prioriza, em suas ações, a punição criminal, e a brasileira até reconhece a importância de responsabilização legal, mas não implementa mecanismos efetivos para isto.

Identificou-se, nos documentos oficiais americanos, uma preocupação com a preservação da identidade do(a) notificante, o que contribui para a sua segurança e a legitimidade do processo,

viabilizando, assim, a notificação dos casos de negligência e abuso contra crianças e adolescentes; diferentemente da realidade brasileira, onde, ainda, prevalecem muitas dúvidas sobre a sua resolutividade, equívocos nos procedimentos adotados em função da notificação, a atuação dos Conselhos Tutelares e fragilidade da rede de apoio às situações de violência contra crianças, adolescentes e suas famílias. Nessa perspectiva, nos estados americanos, as leis são cumpridas de forma heterogênea. No Brasil, há um avanço considerável na proposição de leis, políticas, portarias e planos voltados para as situações de violências. Contudo, ainda prevalece, na prática cotidiana, o descumprimento de muitos destes preceitos.

Observou-se, ainda, nos documentos oficiais, ações por parte dos estados americanos voltadas para o atendimento ao provável autor da agressão. Diferentemente da realidade brasileira, onde os serviços de atendimento ao(à) provável autor(a) são escassos e oferecidos por organizações não governamentais.

Em relação aos sistemas de informação, no Brasil, ainda há grande dificuldade de comunicação entre os sistemas existentes voltados para as situações de violência, especialmente o Sistema de Informação de Agravos Notificados (Sinan) e o Sistema de Informação para Infância e Adolescência (Sipia), que ainda carece de investimento para sua sustentabilidade e credibilidade.

Ambos os contextos corroboram que o atendimento às vítimas de violência sexual deve se dar de forma interdisciplinar e intersetorial, buscando uma articulação com a rede de atendimento às crianças, adolescentes e famílias, além de serviços de atendimento ao(à) provável autor(a) da violência, pois as iniciativas isoladas não permitirão um impacto positivo na vida das crianças e adolescentes.

Vale destacar que a detecção de casos, por parte dos serviços, varia, ainda, de acordo com um grande número de fatores, tais como: presença e gravidade de lesões resultantes do abuso, circunstâncias familiares e comunitárias que bloqueiem a comunicação, visibilidade da instituição, e a sensibilidade de profissionais de saúde e educação para a detecção de abusos, entre outros (França-Junior, 2003).

É de suma importância o investimento na descrição do processo de notificação da violência, visando extraer do empírico as lógicas e arranjos presentes no cotidiano das instituições de saúde, além de conhecer e partilhar as experiências dos profissionais envolvidos com a notificação. Parte-se da premissa de que a notificação é uma informação que vai desencadear medidas de proteção à criança, ao adolescente e de apoio à família. Neste processo estão previstas etapas que vão desde a abordagem da criança, do adolescente e de sua família, até o acompanhamento do caso, demandando a mobilização de recursos materiais e humanos e o trabalho em parceria com a rede de apoio.

Em ambos os contextos, a notificação foi percebida como um disparador do sistema de proteção à criança e adolescente, além de permitir a implantação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento e a prevenção da violência. O presente estudo apresenta limitação no que se refere à proporção do exercício crítico, uma vez que foram enfatizadas as limitações do contexto brasileiro por maior conhecimento dessa realidade.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- ALVAREZ, K.M. et al. The process and consequences of reporting child maltreatment: a brief overview for professionals in the mental health field. *Agression Viol. Behav.*, v.10, n.3, p.311-31, 2005.
- ARMSTRONG, L. *Kiss daddy goodnight*: a speak-out on incest. New York: Hawthorne Books, 1978.
- AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. Políticas sociais e a violência doméstica contra crianças e adolescentes: breves incursões no panorama internacional. In: _____ (Orgs.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 2000. p.246-75.
- BASILE, K.C.; SALTZMAN, L.E. **Sexual violence surveillance**: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2002.
- BEZERRA, S.C. Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral. In: BRASIL. (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.17-22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA**: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Temático prevenção de violência e cultura de paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Norma Técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.167).
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, n.206, Seção 1, p.86, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 maio 2001b. n.96, Seção 1E.
- BRIELAND, D.; LEMMON, J. **Social work and the law**. St. Paul: West Publishing, 1977.
- DOUGLAS, E.M.; FINKELHOR, D. **Childhood sexual abuse fact sheet**: crimes against children. New Hampshire: Research Center University of New Hampshire, 2005.
- FERREIRA, A.L. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual**: avaliação de um serviço público. 2002. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002.
- FERREIRA, A.L.; SCHRAMM, F.R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev. Saude Publica*, v.34, n.6, p.659-65, 2000.
- FINKELHOR, D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect.*, v.18, n.5, p.409-17, 1994.
- _____. **Child sexual abuse**: new theory research. Nova Iorque: Free Press, 1984.

- FINKELHOR, D. **Sexually victimized children.** Nova Iorque: Free Press, 1979.
- FRANÇA-JUNIOR, I. Abuso sexual: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. **Interface – Comunic., Saude Educ.**, v.7, n.12, p.23-38, 2003.
- GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.18, n.1, p.315-9, 2002.
- KAMOIE, B.; TEITELBAUM, J.; ROSENBAUM, S. Law and the public's health. **Pub. Health Rep.**, v.118, n.4, p.379-81, 2003.
- KENNY, M.C. Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment. **Child Abuse Neglect.**, v.28, n.12, p.1311-9, 2004.
- LIMA, J.S. **Análise da implantação da ficha de notificação da violência sexual contra crianças e adolescentes.** 2008-2012. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 2008-2012.
- LINS, M.Z.S. **Avaliação do Sistema de Informação para Infância e Adolescência (SIPIA), com foco na notificação de violência sexual na região metropolitana de Fortaleza, no período de 1999 a 2007.** 2008. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2008.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- _____. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- MYERS, J.E.B. Societal self-defense: new laws to protect children from sexual abuse. **Child Abuse Neglect.**, v.20, n.4, p.255-8, 1996.
- SANCHEZ, R.N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: BRASIL (Org.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.29-38.
- SMITH, T.W.; LAMBIE, G.W. Teachers' responsibilities when adolescent abuse and neglect are suspected. **Middle School J.**, v.36, n.3, p.33-40, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência.** 3.ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça, 2005.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES ADMINISTRATION FOR CHILDREN AND FAMILIES ADMINISTRATION ON CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES CHILDREN'S BUREAU. Child Welfare Information Gateway. **Making and screening reports of child abuse and neglect:** summary of state laws. Washington: Child Welfare Information Gateway, 2009.
- _____. Child Welfare Information Gateway. **Mandatory reporters of child abuse and neglect:** summary of state laws. Washington: Child Welfare Information Gateway, 2008a.
- _____. Child Welfare Information Gateway. **Establishment and maintenance of central registries for child abuse:** summary of state laws. Washington: Child Welfare Information Gateway, 2008b.
- _____. Child Welfare Information Gateway. **Clergy as mandatory reporters of child abuse and neglect:** summary of state laws. Washington: Child Welfare Information Gateway, 2008c.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES ADMINISTRATION FOR CHILDREN AND FAMILIES ADMINISTRATION ON CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES CHILDREN'S BUREAU. Child Welfare Information Gateway. **Parental drug use as child abuse**: summary of state laws. Washington: Child Welfare Information Gateway, 2008d.

_____. Child Welfare Information Gateway. **Disclosure of confidential child abuse and neglect records**: summary of state laws. Washington: Child Welfare Information Gateway, 2008e.

LIMA, J.S.; DESLANDES, S.F. La notificación obligatoria de abuso sexual contra niños y adolescentes: una comparación entre los dispositivos de Estados Unidos y de Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**

Este artículo tiene por objetivos describir el contexto histórico de afrontamiento a la violencia sexual contra niños y adolescentes y su proceso de notificación oficial en Brasil y en los Estados Unidos da América (EUA), además de establecer parámetros de comparación entre las dos realidades. Para tal, hubo una investigación de leyes y documentos sobre dicha notificación, complementada por literatura nacional e internacional sobre la materia. En EUA tal proceso de notificación se presenta detallado y distribuido por estados, mientras en Brasil, los estudios requieren aún más profundidad de temática, principalmente respecto a las iniciativas regionales.

Palabras clave: Notificación obligatoria. Abuso sexual infantil. Violencia sexual contra niños y adolescentes.

Recebido em 18/11/10. Aprovado em 26/01/11.