



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Vanessa Borges Platt

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL
NOTIFICADOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE
FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA**

**Florianópolis/SC
2015**

Vanessa Borges Platt

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS E
ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL
NOTIFICADOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE
FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA**

Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia das doenças não transmissíveis e causas externas da mortalidade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isabela de Carlos Back

**Florianópolis/SC
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da
UFSC.

Platt, Vanessa Borges.

P719p Perfil clínico e epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual notificados em um serviço de referência de Florianópolis, Santa Catarina /, Vanessa Borges Platt; Orientadora, Isabela de Carlos Back. - Florianópolis, SC, 2015. 153p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

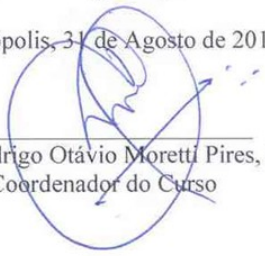
1. Violência Sexual. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Recorrente.
I. Back, Isabela de Carlos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Vanessa Borges Platt

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL NOTIFICADOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA

Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 31 de Agosto de 2015.


Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Coordenador do Curso

BANCA



Prof.^a Isabela de Carlos Back
Giuliano, Dr.^a.
UFSC (Orientador)


Prof.^a Elza Berger Salema Coelho,
Dr.^a.
UFSC


Prof.^a Jucélia Maria Guedert, Dr.^a.
UFSC


Prof. Sérgio Fernando Torres de
Freitas, Dr.
UFSC

Dedico esta dissertação aos meus queridos avós, Moacir e Lourdes, que, com seu exemplo, simplicidade e fé, me ensinam a importância da união familiar.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Isabela de Carlos Back, obrigada por não temer desafios;

À Professora Elza Berger Salema Coelho, meu especial agradecimento pelas palavras de estímulo e acolhida;

Aos demais professores do PPGSC, pelos ensinamentos;

Ao Sr. João Leonardo Oster, secretário do PPGSC, pelas incontáveis ajudas;

À Universidade Federal de Santa Catarina e à Divisão de Pediatria do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, especialmente à Dra Maristela Agostinho dos Santos Vieira, pela liberação para cursar o mestrado;

Ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, na pessoa de seu ex-diretor, Dr Murillo Ronald Capella e Dr Carlos Schoeller, atual diretor, pela liberação para cursar o mestrado;

À querida Dra Jucélia Maria Guedert, excelente profissional, obrigada especial pela motivação e exemplo diários. E que, como diria Bertold Brecht: “por lutar toda a vida, é imprescindível!”;

À Dra Eliane Araújo, amiga relativamente recente de trabalho, exemplo de determinação, carinho aos colegas e principalmente às crianças vitimizadas;

À colega nutricionista e doutoranda Daniela Barbeiri Hauschild, pela enorme paciência e disposição nas análises estatísticas;

Às minhas queridas colegas do PPGSC, Ana Aparecida Tessari e Silvia Mayer Cardoso, por compartilhar os árduos dias de estudo de estatística e epidemiologia e os prazerosos momentos de convívio à volta aos bancos escolares;

Aos biblioteconomistas Luiz Carlos Peres, Maria Gorete Monteguti Savi e Marcelo Ladislau da Silva, pela colaboração dispensada;

Ao meu pai, pelo exemplo da disciplina, e à minha mãe, por me ensinar que a “luta faz parte da conquista”;

Aos meus filhos Pedro Henrique e Guilherme, por existirem na minha vida e pela maturidade que apresentam;

Ao meu companheiro de caminhada, Rogério, “simplesmente” por estar sempre ao meu lado.

PLATT, Vanessa Borges. Perfil clínico e epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual notificados em um serviço de referência de Florianópolis, Santa Catarina. 2015. 153f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabela de Carlos Back

RESUMO

Objetivo: Investigar características e fatores relacionados ao Abuso Sexual Infantil e a associação desses com a continuidade do abuso.

Método: Estudo transversal com dados de notificações de abuso sexual infantil em crianças e adolescentes, utilizando o Sistema de Informação dos Agravos de Notificação, de um serviço de referência regional de Florianópolis/SC, no período de 2008 a 2014. As variáveis categóricas relacionadas à vítima, como sexo, idade, raça/cor da pele, se portadora de deficiência; ao autor, como sexo, grau de relacionamento com a vítima, suspeita de uso de álcool, número de envolvidos no momento do abuso; e, ao tipo e ao local de ocorrência do abuso são apresentadas como prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%. A associação entre elas foi testada pelo teste de qui quadrado. Para testar o desfecho continuidade do abuso, realizou-se regressão logística anterógrada não-condicional com todas as variáveis que apresentaram $p < 0,2$, utilizando-se o teste de bondade de Hosmer & Lemeshow.

Resultados: Houve 489 notificações, predominando a vitimização na própria residência e no sexo feminino. Estupro foi duas vezes mais frequente em meninas/adolescentes e em mais da metade dos casos o autor era homem conhecido da vítima. Doze vítimas contraíram doença sexualmente transmissível, houve 6 gestações, 5 delas interrompidas legalmente. A continuidade do abuso sexual ocorreu em 177 casos. O modelo de maior ajuste para abuso sexual contínuo incluiu o sexo do autor ser masculino (RC:9,82; IC95%:1,13 – 85,25), mais de um autor (RC:2,39; IC95%:1,03 – 5,56), o local da ocorrência ser a residência da vítimas ou do autor (RC:2,32; IC95%:1,08–4,95) e o autor ser conhecido da vítima (RC:1,94; IC95%:1,09–3,46); explicando 63,6% dos casos (78,9% dos positivos e 44,3% dos negativos), com teste de

Hosmer e Lemeshow de 0,858. **Considerações:** Com base na análise de regressão, é importante destacar que os fatores definidos pelo modelo (o autor do abuso ser conhecido da vítima, ser do sexo masculino, o local do abuso ser a residência da vítima ou do autor da violência e ter mais de uma pessoa responsável pela agressão) indicam a possibilidade do abuso ser contínuo em 78,9% dos casos. Os dados da amostra apresentaram características semelhantes às descritas no Brasil, corroborando a necessidade de instrumentos e recursos de Estado que permitam uma abordagem ampla, de assistência às vítimas e de proteção à infância e à juventude, assegurando adequada abordagem interdisciplinar para evitar e/ou minimizar os danos imediatos e futuros.

Palavras-Chave: Violência Sexual. Crianças. Adolescentes. Recorrente.

ABSTRACT

Aim: The study aimed at investigating the characteristics and factors related to child sexual (CSA) abuse and their association with the continued abuse. **Methods:** Cross-sectional study with data of sexual abuse in children and adolescents using the Notifiable Diseases Information System, of a regional referral center of Florianópolis/SC, from 2008 to 2014. Categorical variables related to the victim, such as sex, age, race / skin color, presence of disability; to the author, such as gender, degree of relationship to the victim, suspicion of use of alcohol, number of people involved at the time of the abuse, the type of abuse and place where it happened, are presented as prevalence rates and their 95% confidence intervals. The association between them was tested by chi-square test. To estimate the association of the variables with the outcome of ongoing abuse, antero-grade non-conditioned logistic regression was used. **Results:** There were 489 notifications, predominantly female victims with victimization in their own residence. Rape was twice as common in females and in more than half the cases the perpetrator was male known to the victim. Twelve victims have contracted sexually transmitted diseases, pregnancies were 6, 5 of them stopped legally. The continuity of the sexual abuse occurred in 177 of 347 cases. The biggest adjustment model for continuous sexual abuse included the sex of the perpetrator being male (OR: 9.82; 95% CI: 1.13 to 85.25), having more than one perpetrator (OR: 2.39; 95% CI: 1.03 to 5.56), the place of occurrence being the victim's or perpetrator's residence (OR: 2.32; 95% CI: 1.08 to 4.95) and the perpetrator being known to the victim (OR: 1.94; 95% CI: 1.09 to 3.46); explaining 63.6% of the cases (78.9% of positive and 44.3% of negative) with Hosmer and Lemeshow test of 0.858. **Considerations:** Based on regression analysis, it is important to note that the factors defined by the model (the author of the abuse is known to the victim, being male, the location of the abuse to be the residence of the victim or the perpetrator of the violence and having more than one person responsible for the abuse) indicate ongoing abuse in 78.9% of cases. Due to the fact that CSA characteristics are similar in the different regions of the country, it is mandatory to establish instruments and State resources for a wider approach, for victim assistance and protection to children and youth,

which provide an adequate inter/multidisciplinary approach to avoid or at least minimize immediate and future damage.

Key words: Sexual Violence. Child. Adolescents. Recurrence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estratégias de busca bibliográfica, resultados e seleção dos artigos utilizados na discussão.	39
Figura 2 - Representação esquemática do marco conceitual.	40
Figura 3 - Tipos e natureza das principais formas de violência que atingem as crianças e adolescentes.	42

ARTIGO I:

Figura 1 - Estratégias de busca bibliográfica, resultados e seleção dos artigos utilizados na discussão.	39
Figura 2 - Representação esquemática do marco conceitual.	40
Figura 3 - Tipos e natureza das principais formas de violência que atingem as crianças e adolescentes.	42

ARTIGO II:

Figura 1. Número de notificações/ano de ASI (n=489) do HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.	98
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores para busca do referencial teórico na <i>PubMed</i>	38
Quadro 2 - Tipos e formas de violência.....	41
Quadro 3 - Variáveis analisadas, com suas classificações e categorias.....	70

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I:

- Tabela 1.** Caracterização das vítimas de ASI ($n= 489$), segundo o sexo, notificados pelo HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014. ... 99
- Tabela 2.** Caracterização dos autores ($n=444$) de ASI, segundo sexo da vítima, notificados pelo HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014..... 100
- Tabela 3.** Tipologia dos casos de ASI ($n= 489$), segundo o sexo da vítima, notificados pelo HIJG (SINAN), SC, 2008-2014. . 101
- Tabela 4.** Descrição dos procedimentos realizados ($n=435$) segundo sexo da vítima de ASI, notificados pelo HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014..... 102

ARTIGO II:

- Tabela 1.** Associação entre continuidade do abuso com perfil da vítima e local da ocorrência ($n=347$), das notificações de ASI do HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014. 117
- Tabela 2.** Associação entre continuidade do abuso com perfil do autor, seu vínculo com a vítima e tipo de abuso ($n=347$), das notificações de ASI do HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014. 118
- Tabela 3.** Variáveis de exposição e suas associações com desfecho “continuidade” do abuso ($n= 347$), dos casos de abuso sexual infantil notificados pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão (SINAN), nos anos entre 2008 e 2014. 119
- Tabela 4.** Análise ajustada da continuidade do abuso segundo variáveis de exposição nos casos de ASI notificados pelo HIJG (SINAN), 2008 – 2014. 120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5HTT	- Proteína Transportadora da Serotonina
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APVP	- Anos Potenciais de Vida Perdidos
ART.	- Artigo da Lei
ASI	- Abuso Sexual Infantil
DSTs	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	- Estados Unidos da América
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
HIJG	- Hospital Infantil Joana de Gusmão
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de Confiança
ISPCAN	- <i>International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect</i>
IML	- Instituto Médico Legal
MS	- Ministério da Saúde
MS /GM	- Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	- <i>Polimerase change reaction</i> (reação em cadeia da polimerase)
PPGSC	- Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva
RAIVS	- Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual
RC	- Razão de chance
SCNES	- Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
TEPT	- Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UF	- Unidade Federativa
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	27
1 INTRODUÇÃO.....	31
1.1 JUSTIFICATIVA.....	33
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA.....	34
2 OBJETIVOS.....	35
2.1 OBJETIVO GERAL.....	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	37
3.1 BUSCA SISTEMATIZADA DA LITERATURA.....	37
3.2 ESTABELECENDO OS MARCOS CONCEITUAIS.....	40
3.2.1 Eixo 1.....	41
3.2.1.1 <i>Definições e Tipificação de Violência.....</i>	<i>41</i>
3.2.1.1 <i>O atendimento da criança e do adolescente vítima de</i> <i>violência.....</i>	<i>46</i>
3.2.1.2 <i>Políticas públicas sobre violência contra crianças e</i> <i>adolescentes.....</i>	<i>48</i>
3.2.2 Eixo 2.....	51
3.2.2.1 Prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes.....	51
3.2.2.2 <i>Determinantes da violência sexual contra crianças e</i> <i>adolescentes.....</i>	<i>54</i>
3.2.2.3 <i>Repercussões da violência sexual contra crianças e</i> <i>adolescentes.....</i>	<i>56</i>
3.2.2.3.1 <i>Sequelas.....</i>	<i>56</i>
3.2.2.3.2 <i>Carga de agravos e custos socioeconômicos.....</i>	<i>59</i>
3.2.3 Eixo 3.....	61
3.2.3.1 <i>Perfil das vítimas e dos autores.....</i>	<i>61</i>
4 MÉTODO.....	65
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	65
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	65
4.3 LOCAL DE ESTUDO.....	65
4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	66

4.4.1 Dados relacionados às vítimas.....	66
4.4.2 Da ocorrência	67
4.4.3 Da tipologia da violência sexual.....	67
4.4.4 Das consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação	68
4.4.5 Dados do provável autor.....	69
4.4.6 Encaminhamento da vítima para outros setores.....	69
4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS E SEUS INDICADORES.....	69
4.5.1 Variável Desfecho.....	69
4.5.2 Variáveis de Exposição	70
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	71
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	72
5 RESULTADOS	75
5.1 ARTIGO I: VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE 7 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE FLORIANÓPOLIS/SC.....	76
5.2 ARTIGO II: FATORES DE RISCO PARA ABUSO SEXUAL INFANTIL CONTÍNUO, OBSERVADOS POR MEIO DAS NOTIFICAÇÕES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA PEDIÁTRICO/SC	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS.....	123
APÊNDICES	137
APÊNDICE A: PROTOCOLO PESQUISA.....	139
APÊNDICE B: JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	141
APÊNDICE C: MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA (N= 488) DAS VÍTIMAS DE ASI NOTIFICADOS PELO HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.....	142
APÊNDICE D: MUNICÍPIOS DE OCORRÊNCIA (N= 418) DE ASI NOTIFICADOS PELO HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.....	143

APÊNDICE E: CARACTERIZAÇÃO DOS “OUTROS AUTORES” (N:101) DE ASI NOTIFICADOS PELO HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014	144
ANEXOS	145
ANEXO A: FICHA SINAN	147
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO	149
ANEXO C: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DESTE ESTUDO	154

APRESENTAÇÃO

A temática deste estudo, ao mesmo tempo que é relevante de ser pesquisado e discutido na sociedade, choca e revolta. Ela incita as pessoas que trabalham com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual a se posicionarem criticamente e faz emergir a necessidade de divulgação dos dados epidemiológicos para que todos conheçam um pouco a realidade dessa triste chaga social.

No intuito de fornecer dados sobre a prevalência de abuso sexual infantil (ASI), em uma capital brasileira, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de investigar as características e os fatores associados ao ASI notificados em um serviço de referência regional, no período de 2008 a 2014. Para tanto, foram avaliados os dados das notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ferramenta eletrônica utilizada pelo Ministério da Saúde para notificação de violência doméstica, sexual e outras formas de violência contra crianças e adolescentes.

Este estudo se organiza em várias partes. Na introdução é apresentado o contexto de investigação, a justificativa e a pergunta da pesquisa. A seguir estão definidos os objetivos. A revisão da literatura foi organizada por marcos conceituais, os quais são subdivididos em 3 eixos: 1 – definição de violência sexual, características do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, as políticas públicas norteadoras do problema; 2 – a prevalência do ASI, seus determinantes e repercussões; 3 – o perfil das vítimas e do autores da violência. Na seção que versa sobre o método, caracteriza-se o estudo, descreve-se a população, o local, o instrumento de pesquisa, são definidas as variáveis, seus indicadores e como se dará o processamento e análise estatística dos dados, além de serem elencados os aspectos éticos envolvidos na pesquisa. As seções posteriores tratam respectivamente dos resultados e da discussão, que são apresentados em forma de artigos científicos, conforme norma do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva. Finaliza-se a dissertação com as considerações finais.

PARTE 1 – CONTEXTO DO ESTUDO

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), toda criança tem o direito à saúde e à vida longe da violência. A cada ano, estima-se que milhões de crianças ao redor do mundo são vítimas e testemunhas de violência física, sexual e emocional.¹

Abuso sexual infantil (ASI) ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, com a qual ela tem o desenvolvimento incompatível, e que não possa dar consentimento² e/ou que viole as leis ou as regras (acordos institucionais) da sociedade.²⁻⁵

Pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a criança é definida como a pessoa até doze anos de vida incompletos e o adolescente como aquela entre doze e dezoito anos de idade, sendo essa referência a escolhida para o presente estudo.⁶

O desenvolvimento em direitos humanos, medicina forense e Saúde Pública, nos últimos 20 anos tem resultado em maior visibilidade com relação ao problema de maus tratos infantis (em que se inclui o ASI), porém sabe-se que está longe de ser suficiente para atender às demandas existentes.¹

Lactentes e pré-escolares estão em grande risco de sofrerem maus tratos fatais como resultado de sua dependência, vulnerabilidade e relativa invisibilidade social.¹

Nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 16,0% dos homens e 27,0% das mulheres referem ter sofrido ASI. Entretanto, dados fidedignos sobre a prevalência de ASI variam mundialmente a depender da estrutura social onde ele ocorre.¹

Solterborgh⁷ em seu estudo, afirmam que, apesar de a maioria dos países terem adotado a Convenção dos direitos da criança em 1989, o problema do abuso sexual é mais difundido do que se pensava ser anteriormente, com taxas mundiais variando de 164 a 167/1000 em meninas e 66 a 88/1000 entre os meninos. Os autores sugerem que mais pesquisas sobre o tema beneficiariam os cidadãos e as nações, fornecendo embasamento para planejamento de estratégias preventivas.

ASI tem gerado uma preocupação crescente entre o público, a mídia e vários profissionais nas duas últimas décadas, porém o reflexo dessas mudanças no número atual de ASI é desconhecido. Portanto é

importante tentar determinar a extensão do problema e possíveis mudanças.⁸

Em estudos realizados no Brasil,⁹⁻¹² autores relatam que há uma predominância de casos de abuso sexual em meninas entre 5 e 10 anos. Os meninos também são abusados, porém em menor proporção, principalmente quando o abuso é intrafamiliar.⁴

Um dos poucos estudos realizados sobre o assunto no estado de Santa Catarina (SC), em 2005, com dados obtidos de registros de notificações, tanto do Conselho Tutelar como do Programa Sentinela, do município de Itajaí, do período de 1999 a 2003, mostrou que grande parte das violências sexuais em crianças e adolescentes ocorreram dentro de casa, tendo o pai como autor, envolvendo principalmente crianças entre 7 e 10 anos.¹¹

O abuso infantil, porém, é visto frequentemente como um problema social isolado e não como um problema de Saúde Pública, geralmente afetando os outros, especialmente as pessoas de classes econômicas mais baixas e de menor escolaridade. Isso contrasta com a posição da OMS, que coloca que esse é um problema que afeta todas as culturas e estratos sociodemográficos.¹³

Este tipo de violência contra crianças e adolescentes traz consigo uma série de problemas em curto e em longo prazo. Entre os primeiros podemos citar distúrbios das eliminações (enurese, encoprese, incontinência urinária), distúrbios do apetite (inapetência, bulimia, anorexia), distúrbios do humor (agressividade, depressão), síndrome do estresse pós-traumático, ideação suicida, tentativas de suicídio e alterações do sono. Em longo prazo, são descritos: dificuldades de relacionamento, disfunção sexual, comportamento sexual promíscuo, dificuldade de manter o emprego. Todos esses problemas geram muita demanda ao sistema de saúde (consultas médicas e internações hospitalares).^{1,3,5,14-22}

A primeira exposição ao abuso sexual infantil está relacionada ao aumento de risco futuro de problemas de saúde mental, incluindo depressão, desordem de ansiedade, desordem de personalidade antissocial, consumo de substâncias de abuso e risco de suicídio. Estimativas sugerem que a exposição ao abuso sexual corresponde a 13,1% das causas dessas desordens.¹⁷

Observa-se então que tratar a violência como um ato isolado, sem dar importância ao fato de que ela se cronifica, entendendo-se a dificuldade de enfrentá-la sem uma rede de apoio, principalmente no âmbito das políticas públicas, é sem dúvida contribuir para a manutenção de formas de sociabilidade violentas no interior da família e

sociedade.²³

No Brasil, qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres deve ser notificado por meio da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ficha de coleta da vigilância contínua, apresentada no Anexo A, devendo ocorrer em período integral (24 horas), todos os dias, nos serviços de referência para violências. Assim, de forma articulada e integrada com “Rede de Atenção e de Proteção Social às pessoas em situação de Violências”, essa vigilância contínua objetiva a atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e de proteção e garantia de direitos humanos.²⁴

O uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi regulamentado em 1998, tornando obrigatória a alimentação regular da base nacional de dados pelos municípios, estados e Distrito Federal, visto ser esse um agravo de notificação compulsória. A partir de 2008 foi inserido nesse sistema um “Módulo de Violência” como via de universalização da vigilância contínua, objetivando a cobertura nacional e a consolidação da notificação do SINAN no Sistema Único de Saúde (SUS), a facilitação da expansão do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a garantia da sustentabilidade da notificação de violências.²⁴

O emprego sistemático do SINAN, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, possibilitando o acesso das informações a todos os profissionais de saúde, para que esses as tornem disponíveis à comunidade. Afirma-se como um instrumento importante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções, com o objetivo de contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.²⁴

1.1 JUSTIFICATIVA

Um desafio para pesquisa epidemiológica em ASI deriva do fato de que o crime tende a variar não somente geograficamente, mas também no tempo. O aumento no conhecimento social sobre o assunto resulta em mais notificação às agências sociais e de proteção à criança, dando a impressão de que a vitimização infantil está se tornando mais comum ao longo do tempo.⁸

A OMS reforça a importância do conhecimento sobre os fatores de risco dos maus tratos infantis, sendo que estes provêm de

informações sobre a sua incidência em grupos com diferentes tipos de exposição, havendo portanto necessidade de conhecer a realidade para que comparações e inferências possam ser feitas.²⁰

No Brasil, são escassos os estudos sobre violência sexual infantil e, em Santa Catarina, isso não é diferente.⁹⁻¹²

A inclusão dos dados referentes à violência sexual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é relativamente recente, ocorrendo a partir de 2008.²⁴ Trabalhos utilizando dados desse sistema podem constituir uma estratégia importante para universalizar sua utilização além de propiciar uma análise crítica de seu funcionamento.

Diante desse contexto, busca-se identificar as características do abuso sexual infantil, notificadas em uma capital do Sul do Brasil, hipotetizando que a natureza do ASI (invasividade e continuidade) possa estar associada ao lugar e às circunstâncias nas quais ele ocorre, às características do autor (grau de parentesco com a vítima, gênero e número de autores) e da vítima (gênero, idade, revitimização).

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais as características sociodemográficas e os fatores associados ao abuso sexual de crianças e adolescentes, bem como os determinantes de sua continuidade, notificados por meio de um instrumento eletrônico utilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em um hospital pediátrico de referência nesse tipo de violência?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência de abuso sexual infantil, em uma amostra de casos notificados em um hospital de referência no atendimento das vítimas, contextualizando o perfil das crianças e adolescentes abusados, do autor da agressão e os fatores associados à violência, utilizando registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil das crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual;
- Identificar quais os tipos de ASI registrados no SINAN sofridos pelas crianças e adolescentes;
- Identificar o perfil do autor do ASI das crianças e adolescentes;
- Identificar os fatores associados à violência sexual contra crianças e adolescentes que constam na ficha de notificação;
- Testar a associação entre o desfecho “continuidade do abuso” e as variáveis: tipo de abuso, local de ocorrência, vínculo com o autor, uso de álcool pelo autor, número de envolvidos, sexo da vítima, sexo do autor, idade da vítima, cor da pele da vítima e presença de deficiência na vítima.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BUSCA SISTEMATIZADA DA LITERATURA

Para melhor compreender o abuso sexual infantil foi realizada uma busca sistematizada na base de dados do *PubMed* (*US National Library of Medicine National Institutes of Health*). A busca nesta base foi realizada em dois momentos, inicialmente em outubro de 2013 e, posteriormente, atualizada em outubro de 2014.

No primeiro momento utilizaram-se as seguintes combinações dos termos: “*violence*” and “*children*”, resultando em 24.765 artigos. Quando utilizados os termos “*sexual abuse*” and “*children*”, obtiveram-se 8.635 artigos. A combinação dos termos “*violence AND child sexual abuse AND children*” resultaram em 7.196 artigos. Foram então aplicados filtros como: “data de publicação últimos 5 anos”, que resultaram em 1.206 artigos; “artigos com resumo”, resultando 1.037 artigos; “seleção de idiomas (português, inglês e espanhol)”, emergindo 979 artigos e “tipos de artigos (estudo de caso, artigos clássicos, revisões sistemáticas, estudos comparativos)”, com os mesmos 979 artigos.

Após a exclusão pelo título permaneceram 200 publicações e, após a leitura dos resumos, outras 121 foram excluídas, ficando 79 resumos para busca do texto completo. Desses, foram excluídos outros 15 artigos por não incluir a faixa etária objeto desse estudo e seis por duplicidade. Dessa forma, foram selecionados os 58 artigos para compor o referencial teórico desta dissertação, escolhendo cinco deles (Duarte e cols., Maier e cols., Bassani e cols., Ades e cols. e Gawryszewski e cols.)^{9,25-28} para fins de comparações na discussão. Esta estratégia de busca pode ser observada na Figura 1.

Adicionalmente foram acrescentados ao referencial teórico os manuais do Ministério da Saúde, pois a linha de cuidado às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual faz parte de programas do Ministério da Saúde e de políticas públicas do Governo Federal, sendo importante a sua contextualização a partir desses documentos e normativas.

A segunda busca, realizada em outubro de 2014, obteve 900 referências após o cruzamento de dados com os descritores de língua

inglesa abaixo citados (Quadro 1), e utilizando como filtros adicionais os últimos 5 anos e os idiomas inglês e espanhol.

Com a leitura dos títulos e subtraindo-se os em duplicidade, foram selecionados 41 artigos para enriquecer o referencial teórico. Desses, três (Mohler-Kuo e cols., Silva e cols. e Modelli e cols.)^{12,29-30} foram escolhidos para subsidiar a discussão do estudo; totalizando oito artigos. No Quadro 1 é apresentada a representação esquemática da 2ª busca bibliográfica e seleção.

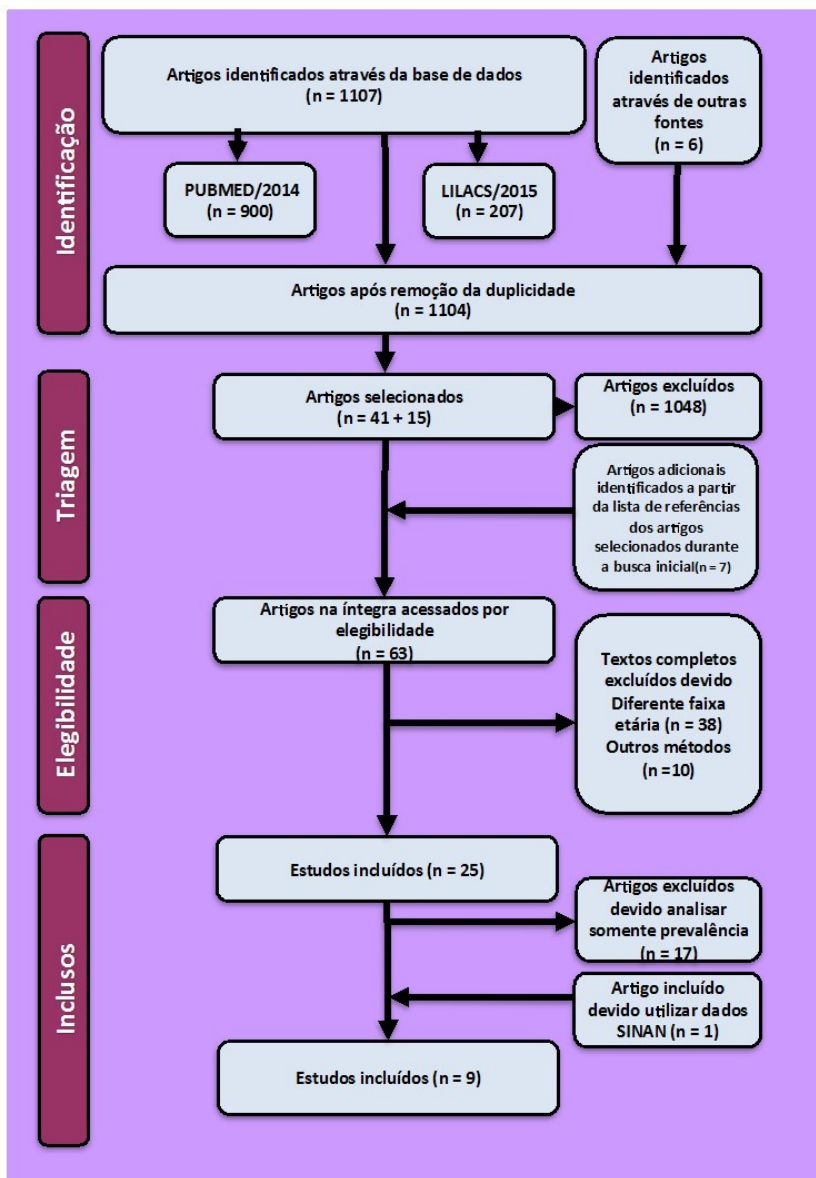
Quadro 1 – Descritores para busca do referencial teórico na *PubMed*.

Estágios	Descritores (palavras chave) em língua inglesa
1º estágio Descritores/palavras-chave conectados com o operador Booleano <i>OR</i>	<i>Sexual violence, Sexual abuse</i>
2º estágio Conjunto de descritores/palavras-chave conectados com o operador booleano <i>OR</i>	<i>Child, children, Adolescent, adolescents, adolescence</i>
3º estágio Conjunto de descritores/palavras-chave conectados com o operador booleano <i>OR</i>	<i>Epidemiology, epidemiological</i>
4º estágio Conjunto de descritores conectados com o operador booleano <i>AND</i>	<i>Descritores/ palavras chave indicados no estagio 1, 2 e 3</i>
5º estágio Conjunto do limite Ano utilizando o operador booleano <i>AND</i>	<i>2009 a 2014</i>
6º estágio Conjunto do limite Idioma utilizando o operador booleano <i>AND</i>	<i>English, Portuguese, Spanish</i>

Fonte: Elaborado pela autora, (2015).

Em 11 de março do corrente ano, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) acessou-se a base de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Utilizaram-se os descritores da primeira busca acima descritos, acrescentando-se “perfil”, “dados”, “saúde pública” e “indicador” para refinar os estudos a serem selecionados. Essa busca resultou em 207 artigos. Desses, 189 foram excluídos após a leitura do título e resumo. Dos 18 artigos que permaneceram, 3 já haviam sido selecionados na busca anterior, quinze foram lidos na íntegra e um (Drezett e cols.)³¹ foi utilizado para a discussão.

Figura 1 – Estratégias de busca bibliográfica, resultados e seleção dos artigos utilizados na discussão.



Fonte: Modificado a partir de Moher.³¹

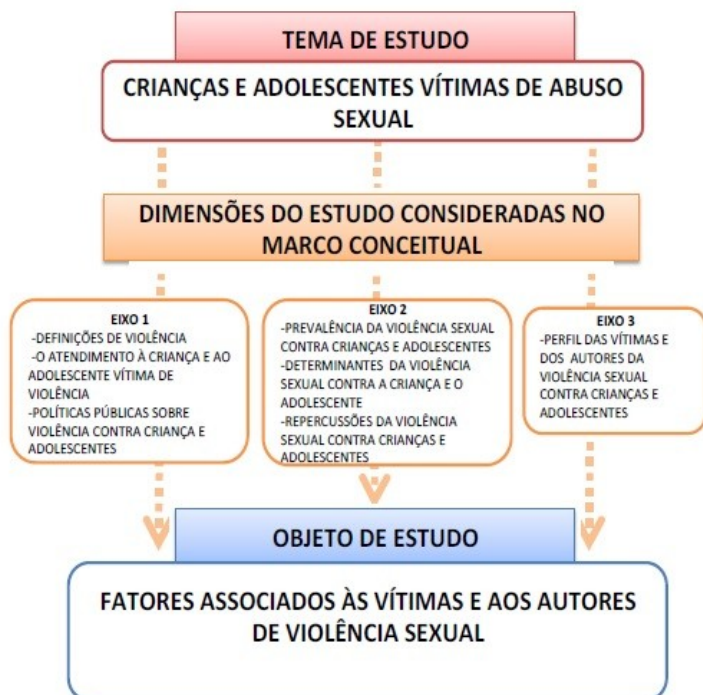
3.2 ESTABELECENDO OS MARCOS CONCEITUAIS

O campo da violência contra criança e adolescente é um universo inesgotável a ser explorado e envolve múltiplas e complexas dimensões, de forma que foi necessário delimitar a abrangência dessa contextualização teórica.

Esquemáticamente representado na Figura 2, o marco conceitual deste estudo foi dividido em três grandes eixos: 1) definições de violência, atendimento das crianças e adolescentes vítimas de violência e políticas públicas sobre violência contra crianças e adolescentes; 2) prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes, seus determinantes e repercussões; e, 3) perfil das vítimas e dos autores da violência sexual infantil.

Os autores escolhidos para compor o marco teórico foram os que mais se aproximaram do objeto do estudo.

Figura 2 – Representação esquemática do marco conceitual.



Fonte: Modificado a partir de Guedert.³²

3.2.1 Eixo 1

3.2.1.1 Definições e Tipificação de Violência

A violência, segundo Minayo³³, pode ser classificada em:

- estrutural – derivada da desigualdade na distribuição da riqueza social, incidindo sobre a condição de vida das crianças;
- cultural – manifesta-se nas relações de dominação entre grupos;
- delinquência – diz respeito à execução de ações criminosas numa sociedade.

A violência pode ser classificada ainda em tipos e formas conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Tipos e formas de violência.

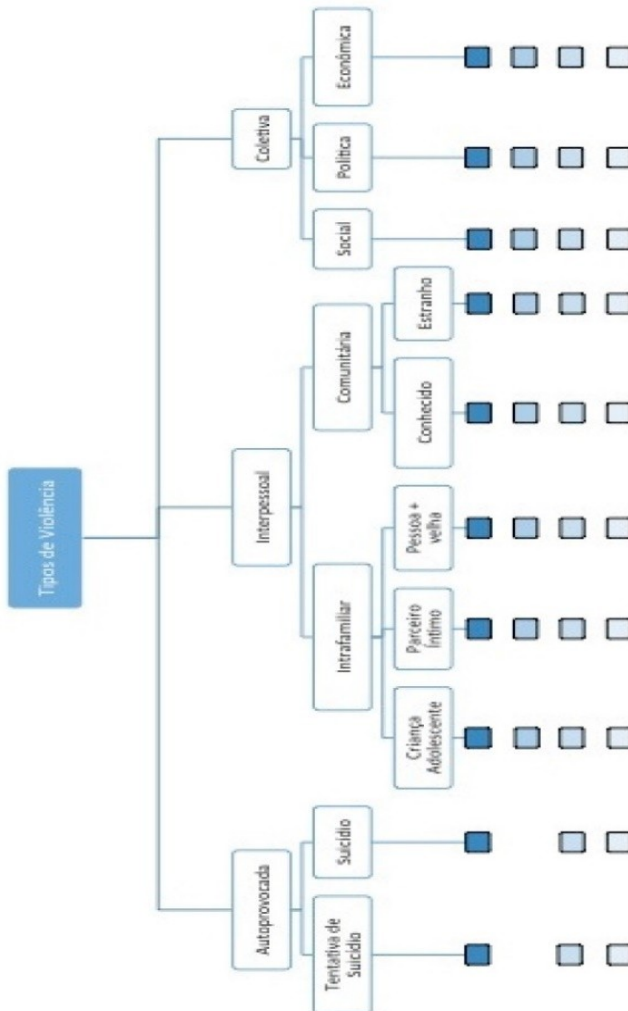
Tipos e formas de violência	
<i>Doméstica</i>	Física Sexual Psicológica Negligência Formas peculiares: <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Munchausen por Transferência* • Cultos ritualísticos
<i>Extrafamiliar</i>	Institucional Social Urbana Macroviolência
<i>Autoagressão</i>	Atividades de risco Provocar lesões em si mesmo Suicídio
<i>Violência entre iguais (bullying)</i>	De acordo com o papel da criança ou adolescente: <ul style="list-style-type: none"> • Autor; • Alvo; • Testemunha. De acordo com a forma: <ul style="list-style-type: none"> • direta • indireta • <i>cyberbullying</i>

Fonte: Waskmann and Hirschheimer.³⁵

Nota: * Caracterizada como a situação na qual o paciente é trazido para cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis. Essa prática impõe sofrimentos físicos ao paciente, como a exigência de exames complementares desnecessários, o uso de medicamentos ou ingestão forçada de substâncias, além de provocar danos psicológicos pelas múltiplas consultas e internações sem motivo.³⁴

Krug e cols.³⁶ elaboraram quadro esquemático com os tipos e a natureza das principais formas de violência que atingem as crianças e adolescentes (Figura 3).

Figura 3 – Tipos e natureza das principais formas de violência que atingem as crianças e adolescentes.



Violência Doméstica: De forma isolada, encontra-se violência dentro das famílias, a agressão mais oculta de todas, porém a mais poderosa, pois desestrutura a personalidade em desenvolvimento da criança e adolescente, impedindo a formação ou destruindo os valores morais positivos, fazendo com que o respeito a si mesmo e ao outro nunca seja aprendido. Propõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança.¹

Violência Sexual: qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que desrespeita o direito de escolha de um dos envolvidos. O direito de escolha pode ser suprimido por coação, ascendência ou imaturidade.

O contato genital não é condição obrigatória para que uma situação seja considerada abusiva. Carícias não genitais, beijos, exibicionismo, voyeurismo e exposição à pornografia podem ser tão danosos quanto as situações que envolvem contato genital.³⁵

A aceitação ou participação da criança em atividades de natureza sexual com adultos também deve ser caracterizada como abusiva. As sensações físicas do contato sexual são geralmente prazerosas e é bastante comum que crianças estimuladas sexualmente por adultos busquem a repetição desses estímulos, quer com adultos quer com outras crianças. É importante frisar que a criança pode não ser consciente das limitações sociais às diversas práticas sexuais, mas é dever do adulto conhecer e respeitar esses limites, e é sempre dele a responsabilidade sobre os atos realizados.³⁵

Abuso Sexual: é uma das formas de violência sexual caracterizada por ter como objeto crianças e adolescentes, ou seja, sujeitos de direitos, imaturos sexualmente e que necessitam de proteção especial por parte da sociedade. Pode envolver práticas diversas do contato genital, tais como carícias, beijos, exposição à pornografia ou a situações sexualizadas.³⁵

Pedofilia: do ponto de vista conceitual trata-se de uma parafilia¹. Nessa, a atração e o prazer sexual de um adulto ou adolescente, homens ou mulheres, com maturidade psicossocial mais adiantada que sua vítima, são buscados nas características da infância, independentemente

¹ **Parafilia:** é caracterizada por anseios, fantasias ou comportamentos sexuais recorrentes e intensos que envolvem objetos, atividades ou situações incomuns, causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional em outras áreas importantes da vida do indivíduo.³⁴

do consentimento e sem levar em conta o dano que causa.³⁴

“Jogos sexuais da infância”: diferenciam-se do abuso sexual quando não se determina um desenvolvimento assimétrico entre os participantes e pela avaliação da natureza do comportamento coercitivo. Assim, quando uma criança nova, no mesmo estágio de desenvolvimento está olhando e tocando (acariciando) a genitália da outra, por interesse mútuo, sem coerção ou intrusão de corpos, é considerado um comportamento normal (não abusivo). Contudo, uma criança de 6 anos de idade que tenta de forma coercitiva ter um intercurso anal com outra de 3 anos de idade está apresentando um comportamento anormal e um encaminhamento deve ser feito para avaliar a origem de tal comportamento a fim de estabelecer e avaliar parâmetros seguros para todas as crianças envolvidas.³

Observa-se porém que a prevalência dos jogos sexuais da infância entre crianças não abusadas sexualmente, com idade entre 2 e 12 anos, é baixa – menos de 1,5% exibem os seguintes comportamentos: colocar as mãos nos genitais, insinuando fazer atos sexuais, imitando intercurso sexual, inserindo objetos na vagina ou no ânus e tocando órgãos genitais de animais.³

Crianças ou adolescentes que exibem comportamento sexual excessivo ou inapropriado podem estar reagindo a sua própria vitimização ou talvez vivam em ambientes com estressores, com problemas de limites, presenciando sexualidade familiar e nudez. Crianças abusadas podem apresentar esses comportamentos, porém há uma grande proporção de crianças abusadas que não apresentam exacerbação do comportamento sexual. Pesquisas demonstram que há duas respostas ao abuso sexual: uma que reflete inibição e outra que reflete excitação, e é nesse último grupo que o comportamento mais sexualizado é observado.³

O sistema de notificação de maus tratos da Espanha considera que conhecimento sexual incompatível com a idade, condutas provocativas, jogos sexuais com bonecas e a masturbação compulsiva ou pública são sinais de possível abuso. Já nos EUA, O *National Center of Child Abuse and Neglet* cita a masturbação excessiva, o conhecimento ou a conduta sexual precoce, a agressividade com outras crianças, a conduta sedutora e a interação de jogos sexuais com bonecas como possíveis indícios de ASI antes dos 10 anos de idade.³⁷

Assédio Sexual: Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função (Código Penal Brasileiro, Artigo 216-A).³⁸

Atentado Violento ao Pudor: ocorre ao se “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”. Inclui-se nesse caso a penetração pênis-ânus, pênis-boca, toques, manipulação com ou sem objetos (Código Penal Brasileiro, Artigo 214).³⁸

Estupro: ocorre ao se “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. A conjunção carnal ocorre quando há penetração pênis-vagina (Código Penal Brasileiro, Artigo 213).³⁸

Atentado violento ao pudor e estupro eram crimes distintos, até 2009. A partir de então, houve mudança no Código Penal Brasileiro. A edição da Lei 12.015 fundiu, em um único artigo, os dois crimes. Antes, o estupro só podia ser caracterizado quando a vítima da violência sexual era mulher. Com a alteração da lei, este crime passou a abranger todo tipo de conjunção carnal ou prática de ato libidinoso resultante de violência ou grave ameaça.³⁸⁻⁴⁰

O abuso sexual é uma transgressão secreta, que viola os limites da intimidade pessoal. O processo é dinâmico e não se resume a seus participantes diretos, mas a todo o núcleo familiar, permeado por sensações de culpa, vergonha e inadequação para a maioria dos envolvidos. A revelação é um processo complexo, carregado de ambiguidades e contradições.³⁵ É um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes sociais, etnias, religiões e culturas e pode ser considerado como qualquer ato ou conduta baseados em gênero, que causem dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à vítima e, em extremos, a morte.³⁴

De maneira esquemática, as situações de violência sexual podem ser divididas em agudas e crônicas, em função das demandas específicas de cada uma das categorias em relação aos serviços de saúde.³⁵

As situações de violência sexual aguda correspondem, na grande maioria, aos “assaltos sexuais”, correlacionados intimamente com a violência urbana e com ocorrência, basicamente, no espaço público. São mais frequentes nos momentos de trânsito entre casa e escola, trabalho ou lazer. As ameaças à vida ou à integridade física são bastante explícitas. Elas estão fortemente associadas à violência física e acometem, principalmente, adolescentes e mulheres adultas. O agressor, geralmente, é desconhecido, sem vinculação com a vítima. O atendimento a esse tipo de situação deve ser realizado o mais rápido possível em serviço de urgência, pela necessidade de avaliação imediata e tratamento de eventuais lesões físicas, e pelos prazos definidos para o início das profilaxias contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)

e gestação indesejada.³⁵

As situações de violência sexual crônica, por sua vez, ocorrem por períodos mais extensos, de maneira progressiva, e são cometidas principalmente contra crianças de ambos os sexos, por pessoas próximas, que contam com a confiança dessas e das famílias. As ameaças são, geralmente, mais veladas e o uso de violência física nem sempre está presente. Existe a possibilidade de contaminação por DSTs ou gestação, mas lacerações e lesões físicas graves são pouco frequentes. O atendimento inicial a esse tipo de situação pode ser feito em serviço ambulatorial,³⁵ com competências para tal.

A gravidade do abuso é geralmente tomada para expressar o espectro que varia de formas de abuso sexual sem contato (por exemplo, convites sexuais verbais, mostrar pornografia), abuso com contato, mas sem penetração (toque), e abuso com contato e com penetração.⁴¹ Essa categorização dos tipos de abuso pelos níveis de invasidade também foi utilizado no estudo de Duarte.²⁵

Dos maus tratos em geral, o abuso sexual se enquadra como uma das principais formas de violência contra crianças e adolescentes, envolvendo um comportamento sexual vinculado ao desrespeito do indivíduo e dos seus limites.⁴

3.2.1.1 O atendimento da criança e do adolescente vítima de violência

Por se tratar de uma fase da vida em que o ser humano requer grandes demandas afetivas e de suporte social, os cuidados prestados à criança, tanto pela família como por toda sociedade, influenciarão decisivamente em suas chances de sobrevivência e na qualidade de sua vida atual e futura, além de refletirem nos valores a ela repassados e na formação da concepção que ela vai ter de si mesma e do mundo.⁴²

A despeito da alta ocorrência dos eventos de violência e da relevância, tanto para a sociedade como para a criança agredida, e do fato de que eles devem ser compulsoriamente notificados, mesmo em se tratando de suspeitos, sabe-se que as notificações estão muito aquém da realidade.⁴²

O atendimento de saúde às crianças vítimas de violência e suas famílias requer a integração com a atenção jurídica: promotorias públicas, delegacias especializadas, varas da justiça, conselhos tutelares e até instituições ligadas às universidades que prestam serviço de advocacia. O papel das instituições de assistência social, responsáveis pelo acompanhamento e adoção de crianças que são colocadas em

abrigos, e a inserção das crianças em famílias acolhedoras e guardiãs também são fundamentais. Ainda, programas sociais de complementação de renda podem ser estratégias a ser pensadas quando se trata de apoiar as famílias vítimas de violência e em situação de vulnerabilidade social⁴², especialmente quando o autor da agressão é o provedor de bens.

Kopelman e cols.⁴³ lembram que “é dever da família, da sociedade e do Estado colocar as crianças e adolescentes a salvo de qualquer negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” e “[...] compete à equipe de saúde, ao atender uma suposta vítima de violência, representar a sociedade nessa relação”.

Para esses autores, o atendimento à criança/adolescente deve se pautar nos princípios da bioética, objetivar maximizar os possíveis benefícios dos cuidados de saúde e neutralizar, na medida do possível, as consequências da violência, buscando prevenir, impedir ou, pelo menos, minimizar os prejuízos que podem advir ao paciente em função do próprio atendimento, evitando causar maior dano à vítima.⁴³

Todo atendimento deve ser registrado no prontuário, assegurando-se que somente terão acesso aos dados “o paciente, seus responsáveis legais, pessoas por ele autorizadas e os membros da equipe que o atendem – todos sob a obrigatoriedade de manter e salvaguardar o sigilo das informações”.⁴⁴

O abuso sexual da criança é tanto uma questão normativa e política quanto clínica. Possui importantes aspectos sociológicos e antropológicos. Para os profissionais, que precisam lidar com as consequências, o abuso sexual da criança é um pesadelo e profissionalmente uma ameaça aos papéis profissionais tradicionais, um desafio às tradicionais estruturas de cooperação e uma constante zona de perigo e fracasso profissional.⁴⁵

Trabalhar com crianças que sofreram abuso sexual e suas famílias é complexo: como problema multidisciplinar genuíno e genérico, requer a estreita cooperação de uma ampla gama de diferentes profissionais com diferentes tarefas; como problema legal e terapêutico, requer, por parte de todos os profissionais envolvidos, o conhecimento dos aspectos criminais e de proteção à criança, assim como aspectos psicológicos. Além disso, envolve as crianças como seres humanos estruturalmente dependentes, que são pessoas com seus próprios direitos, mas que não podem exercê-los elas mesmas, precisando de proteção e do cuidado dos pais.⁴⁵

A revelação do abuso sexual da criança conduz a uma crise imediata tanto nas famílias como nas redes profissionais, gerando a

necessidade de prestar atenção tanto aos processos na rede profissional quanto aos acontecimentos na família.⁴⁵

Toda criança que foi abusada sexualmente deve ser avaliada por um pediatra e por um profissional da saúde mental para verificar a necessidade de tratamento e o nível de suporte familiar. Infelizmente serviços de saúde mental para crianças vítimas de abuso sexual não estão disponíveis universalmente. A necessidade de terapia varia de vítima para vítima, independentemente da cronicidade e das características do abuso.³⁵

Em Florianópolis, Santa Catarina, o hospital onde esse estudo será desenvolvido, é referência no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual desde de 2000, fazendo parte do “Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual do Município de Florianópolis” (Protocolo RAIVS), desde da sua criação, em 2000. Esse protocolo está passando por revisão no corrente ano, informa sobre a normatização do atendimento de saúde imediato à mulher, à criança e ao adolescente vítimas de violência sexual no município, tem padronizada a ficha de atendimento e dispõe sobre a notificação da violência, a rotina da coleta de material biológico da vítima, no caso de violência aguda (ocorrida há menos de 72 horas), sobre os exames laboratoriais, medicações profiláticas contra DSTs e AIDS, sobre a interrupção legal da gestação e sobre os encaminhamentos e seguimentos necessários da vítima.

O hospital pediátrico de referência no atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual em Florianópolis, além de atender as vítimas de violência aguda na emergência, realiza o acompanhamento desses casos e dos de violência sexual crônica, em nível ambulatorial, desde 2000. Está em consonância com as portarias ministeriais do governo brasileiro sobre a linha de cuidado às pessoas em situação de violência, obedecendo a um fluxo determinado de atendimento (ANEXO C).

3.2.1.2 Políticas públicas sobre violência contra crianças e adolescentes

Maus tratos infantis são reconhecidos internacionalmente como um sério problema de Saúde Pública, de direitos humanos e de questões legais e sociais.^{1,30}

Desde 1988 a Constituição Brasileira garante os direitos à dignidade da pessoa humana e ao exercício da cidadania e, em 1990, a

Lei nº 8.069/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assegura esse direito também à população infanto-juvenil.^{4,6}

O ECA é uma adaptação à realidade brasileira da Convenção Internacional dos Direitos da Infância, que foi ratificada pelo Brasil. Ele é a regulamentação do artigo 227 da Constituição Federal, que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente. Resultado de ampla mobilização popular, durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, o ECA entrou em vigência em 14 de outubro de 1990. Nele são ampliados os poderes dos cidadãos e dos municípios, na gestão dos assuntos relativos às crianças e aos adolescentes, permitindo que a sociedade faça valer seus direitos declarados na Convenção Internacional e na Constituição Federal. O princípio norteador do ECA é a doutrina da proteção integral, que considera crianças e adolescentes como cidadãos em desenvolvimento e sujeitos de direitos. Ele determina no seu Artigo 13 a obrigatoriedade de denúncia aos Conselhos Tutelares das respectivas localidades, sem prejuízo de outras providências legais, de todos os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus tratos contra crianças e adolescentes.⁴⁶

Na Legislação brasileira, o Código Penal Brasileiro, Decreto de Lei, nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, recentemente alterado, traz a violência sexual como crime (Título VI, Capítulo I, dos crimes contra a dignidade sexual, no seu Art. 213). Essa lei limita a idade de consentimento para ter relações sexuais em 18 anos, considerando que antes dessa idade a pessoa não pode consentir, pois não tem maturidade para compreender e assumir as consequências de uma relação sexual. O mesmo documento, no Capítulo II, dos crimes contra vulneráveis no Art. 217-A, qualifica como crime de estupro o ato sexual cometido se a vítima não é maior de 14 anos, é portadora de enfermidade ou de deficiência mental, não tem discernimento para a prática do ato ou não pode oferecer resistência.^{4,47}

A Lei 1205/2009 alterou o título da Parte Especial do Código Penal de 1940, passando a denominar “Crimes contra a Dignidade Sexual”. O atentado violento ao pudor passou a ser tipificado como estupro – “constranger alguém mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.³⁹

No âmbito da atenção às pessoas em situação de violências, a Portaria nº 737/GM/MS (Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde), de maio de 2001, aprovou a Política Nacional de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes e Violências.⁴⁸

O Ministério da Saúde (MS) elaborou, no ano de 1999, a Norma Técnica intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, com o objetivo de fornecer subsídio técnico para que os municípios pudessem estruturar uma rede de serviços para o atendimento às vítimas de violência sexual. Diante disso, a Prefeitura Municipal de Florianópolis, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, reuniu profissionais das esferas municipal, estadual, federal e não governamental, representando as áreas da saúde, da segurança pública, da justiça e do desenvolvimento social, e formou uma comissão que reestruturou e ampliou os serviços prestados às vítimas de violência sexual, criando o “Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis”.⁴⁹ Esse protocolo contém orientações para o atendimento e os encaminhamentos necessários às vítimas de abuso sexual.

Em 2001, a Portaria 1.968 do MS, por meio de lei federal, tornou obrigatória a notificação dos casos de abuso ou suspeita, por parte dos profissionais no setor da saúde. Essa lei determina que a comunicação dos casos também deve ser encaminhada para a vigilância epidemiológica.⁵⁰ Nova portaria n°1271, de 6 de junho de 2014, incluiu violência sexual como agravo de notificação compulsória imediata pelos profissionais de saúde à vigilância epidemiológica.⁵¹

Em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a aferir a magnitude desses graves problemas de Saúde Pública (Portaria MS/GM n° 1.356), com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela.⁵²

Em 2010, a Portaria n° 4279/GM/MS estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse ano o MS estabeleceu a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.⁵³

Em 2013, o Decreto 7958 assentou diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual, a serem seguidas pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, bem como as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação.⁵⁴

No mesmo ano, a Portaria do MS n° 528 definiu as regras para a habilitação e o funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.⁵⁵

O ano de 2014 foi significativo, no contexto legislativo, quanto à valorização dos serviços que atendem as vítimas de violência sexual. Passou-se efetivamente a adotar a terminologia “Pessoas em Situação de Violência”, com o estabelecimento de portarias ministeriais, como a de nº 485, de 1º de abril de 2014 (Art. 1º), do MS, que redefiniu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, especificando, no Art. 2º, que esse serviço integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas, tendo como funções principais preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede. Os serviços podem ser ambulatoriais ou de referência na atenção às pessoas em situação de violência sexual. O 12º Art. da portaria citada define como responsabilidade do MS e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios o monitoramento e a avaliação desse serviço.⁴⁴

Em julho de 2014, a edição da Portaria MS nº 618 alterou a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), para o serviço especializado 165 – Atenção Integral à Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual –, dispondo sobre regras para o seu cadastramento.⁵⁶ A Portaria MS nº 2.415/2014 incluiu o procedimento “Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência” e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, considerando a necessidade de qualificar a informação dos serviços a serem cadastrados no SCNES.⁵⁷

Em 25 de março do corrente ano, foi lançada a Portaria Interministerial nº 288 (Secretaria de Políticas para as Mulheres, Ministério da Justiça e Ministério da Saúde), que firmou orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e do SUS, quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.⁵⁸

3.2.2 Eixo 2

3.2.2.1 Prevalência da violência sexual contra crianças e adolescentes

Para identificar a importância dessas políticas públicas, é fundamental conhecer a prevalência do ASI em nível internacional e

nacional.

O abuso sexual em crianças é comum em todas as sociedades, e estudos têm reportado altas taxas (3,0 – 36,0%) entre a população geral. É experienciado aproximadamente por 20% do sexo feminino e 7,4% do sexo masculino²⁵, porém se reconhece a dificuldade de se estabelecer a real prevalência devido às inúmeras subnotificações.¹⁻³

Uma metanálise de 2011, avaliando 217 publicações realizadas entre 1982 e 2008, buscando investigar a prevalência global de ASI, estimou-a em 11,8%. As análises foram baseadas em amostras independentes com um total de 9.911.748 participantes. Analisando por gênero, a estimativa do limite inferior de prevalência foi de 164/1000 para as meninas e de 66/1000 para os meninos, e o limite superior foi de 197/1000 e de 88/1000 para as meninas e meninos respectivamente. Mesmo os limites inferiores são alarmantes, mostrando que o ASI é um fenômeno global que afeta a vida de milhares de crianças.⁷

Segundo o Quarto Estudo sobre a Incidência Nacional de Abuso e Negligência Infantis (NIS 4), as meninas “experimentam” um padrão de abuso sexual com uma taxa 5 vezes maior do que a dos meninos, ou seja, 3,0 a cada 1000 meninas sofrem esse tipo de mau trato comparado com 0,6 a cada 1000 meninos.⁵⁹

Durante a infância, de 5 a 10% das meninas e 5% dos meninos são expostos a ASI com penetração.⁶⁰

A metade de todos os casos são limitados a um ou dois incidentes e a maioria acontece mais frequentemente dentro da casa do autor ou da vítima.²⁵

Nos EUA uma estimativa de 3,3 milhões de crianças foram referidas a serviços de proteção por suspeita de maus tratos em 2009 e aproximadamente 700.000 foram confirmadas como vítimas de abuso.⁶¹

Em 2002, mais de 88.000 crianças sofreram abuso sexual confirmado nos EUA.³

Um estudo longitudinal, realizado na Suíça, com 350 agências de proteção à criança, apontou maior prevalência de abuso com penetração nas vítimas do sexo feminino na faixa etária de 12 a 17 anos. As vítimas do sexo masculino tinham idade entre 6 e 11 anos.²⁶

Dados de violência sexual em países nórdicos mostram a Dinamarca com prevalência de 14,0% nas mulheres e 7,0% nos homens; a Suécia com prevalência global variando de 2,0 a 11,0%; a Noruega com 10,0%; e, na Finlândia, variando de 2,4 a 9,3% para mulheres e de 0,7 a 4,6% para os homens.⁸

Nesses países, ao contrário do que é reportado na América do Norte e na Austrália, é hipotetizado que experiências de ASI sejam mais

frequentemente relatadas por indivíduos jovens do que por mais velhos.⁸

Na Espanha, a prevalência é referida como 18,0% do total da população, sendo 15,2% no sexo masculino e 22,5% no sexo feminino, semelhante a outros países ocidentais e um pouco mais alto para o sexo masculino.²⁵

Na América Latina, análises realizadas em 2010, a partir de dados da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), apontaram que na Nicarágua 26,0% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido abuso sexual antes dos 19 anos, sendo que em 74,0% dessas ele ocorreu antes dos 12 anos, com a idade média do primeiro abuso aos 10 anos. No México 17,0% das entrevistadas referiram ter sofrido abuso sexual, ocorrendo antes dos 15 anos em 50,0% destas.⁶²

Contreras e cols.,⁶² analisando dados de pesquisas de El Salvador, Guatemala e Honduras, observaram que a idade média das vítimas de ASI nesses países era de 10,5 anos.

No Brasil, em um estudo realizado em São Paulo (SP), em 2012, avaliando 4.085 notificações de violência contra crianças e adolescentes realizadas por 429 serviços sentinelas no ano de 2009, a violência sexual isolada veio em segundo lugar, correspondendo a 33,2% das notificações. O sexo feminino foi 2,84 vezes mais acometido do que o masculino e a faixa etária entre 5 e 9 anos foi a mais prevalente entre as vítimas. O local de maior ocorrência foi o domicílio, sendo o abuso de repetição o mais frequente.⁹

Resultados semelhantes ao anterior foram encontrados por De Lorenzi e cols.,¹⁰ em estudo realizado na cidade de Caxias do Sul (RS). Dos 100 casos atendidos no Ambulatório de Maus Tratos desse município, o abuso sexual foi a violência mais prevalente (59,0%), sendo que 77,0% das vítimas eram do sexo feminino. A prevalência de ASI em Canoas (RS) foi de 5,6% em meninas e 1,6% em meninos em estudo de Bassani e cols.²⁷

Já em Brasília (DF), Modelli e cols.¹² avaliaram 3.607 casos de suspeita de abuso sexual ocorridos entre os anos de 2008 e 2009, utilizando dados forenses. Do total (1.762), 48,8% das vítimas tinham menos de 12 anos de idade: 238 (13,5%) eram meninos e 1.524 (86,5%), meninas.

O levantamento realizado por Martins e cols.,⁶³ em Londrina (PR), avaliou 186 notificações de ASI nessa cidade em 2006, e também encontrou maior prevalência das vítimas do sexo feminino (74,2%). Nesse trabalho, a faixa etária de 10 aos 14 anos foi a mais acometida nas meninas e adolescentes e, no sexo masculino, a faixa etária com maior número de notificação de ASI foi a de 5 a 9 anos. Em 52,7% dos casos o

local da violência foi a residência da vítima e em quase 70,0% o autor era conhecido.

No estudo de Campina Grande (PB), os adolescentes foram os mais acometidos por violência sexual, seguidos das crianças com até 6 anos de idade.⁴ No Rio de Janeiro (RJ), Aded e cols.^{28,64} observaram que 81,4% das vítimas tinham entre 0 e 14 anos, sendo que quase 80,0% era do sexo feminino e 44,3% dos autores tinham algum vínculo com a vítima.

Quanto ao vínculo com a vítima, ao analisar os registros nos Conselhos Tutelares de Feira de Santana (BA), foi evidenciado que 23,8% dos autores do ASI foram os padrastos ou “outros familiares”.⁶⁵

No estado de Santa Catarina, estudo realizado no município de Itajaí, com dados de notificações ao Conselho Tutelar e do Programa Sentinela, no período compreendido entre os anos de 1999 a 2003, houve uma prevalência também maior em meninas, sendo o pai na maioria das vezes o abusador e os atos libidinosos a prática mais frequente, principalmente entre as crianças com 7 a 10 anos.¹¹

A OMS enfatiza a importância da existência de bons dados epidemiológicos para que se veja a localização e a fonte do problema do abuso infantil e de estudos experimentais que avaliem as práticas existentes. São poucos os estudos com metodologia adequada, e os relacionados à prevenção existem principalmente na América do Norte. Entre as razões para essa lacuna é citada a falha na avaliação contínua dos programas e os baixos investimentos em prevenção e políticas de seguimento.¹

3.2.2.2 Determinantes da violência sexual contra crianças e adolescentes

A tradicional “barreira privada” entre as esferas doméstica e pública tem inibido a evolução de políticas e instrumentos legais para prevenir a violência dentro da família e a prestação de serviços para aqueles afetados por ela.¹

A OMS tem insistentemente chamado a atenção do mundo para a importância crucial de políticas preventivas envolvendo o setor de Saúde Pública e a necessidade urgente de melhorar a coleta de dados.¹

A Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência Infantil (ISPCAN) combina uma coalisão profissional global multidisciplinar, nas últimas duas décadas, para o desenvolvimento de um grande número de estratégias a fim de

reformular abordagens na tentativa de parar a violência contra as crianças.¹⁻²

Estão associados ao pior prognóstico as formas mais intrusivas de abuso, estupros mais violentos, longos períodos de abuso sexual e relação íntima entre o perpetrador e a vítima.³

O risco de abuso envolvendo contato após os 16 anos é maior para aqueles que foram abusados antes dos 16 anos, com razão de chance (RC) de 9,2. Embora os homens sejam menos abusados na infância do que as mulheres, homens abusados na infância são mais comumente abusados na vida adulta do que as mulheres. RC para a repetição de abuso sexual com contato da vida adulta é de 6,6 para o sexo feminino e 18,3 para o masculino.⁶⁶

Segundo dados da OMS de 2004, as formas fatais de intercurso sexual oral, anal ou vaginal são as menos frequentes, ocorrendo em 6,0% das meninas e 2,0% dos meninos.⁴¹

O risco de abuso fatal é de duas a três vezes mais alto em países de baixa e média rendas do que nos de alta renda. Isso ainda é maior em sociedades com maiores desigualdades econômicas do que naquelas onde a riqueza é melhor distribuída.¹

Os resultados do estudo de Duarte e cols.²⁵ enfatizam a importância de levar em consideração o lugar onde o abuso ocorreu e as circunstâncias relacionadas a ele, quando se estuda a natureza do abuso. Existe um grande risco de invasividade, continuidade e severidade quando o abuso ocorre na intimidade da casa da vítima ou do perpetrador, quando o abuso ocorre durante o namoro/relação romântica ou enquanto o abusador está cuidando da criança.

Os pais das vítimas devem receber tratamento e suporte para lidar com o trauma emocional de seus filhos abusados; pais que sobreviveram a esse tipo de trauma devem ser identificados para assegurar terapia apropriada e otimizar sua capacidade de assistir seus próprios filhos nesse processo de cura.³

Prevenir os maus tratos infantis não é política prioritária, apesar da dimensão do problema e do aumento da conscientização dos altos custos advindos dele. A relativa ausência de políticas pode ser exacerbada pela ausência de entendimento dos impactos dos maus tratos em longo prazo na saúde da criança – seu peso para a sociedade e suas implicações para os custos dos serviços de saúde.¹

Fica implícito que maus tratos infantis são preveníveis – mas não evitáveis – e que os Estados têm a responsabilidade de ambos: reduzir os níveis de maus tratos infantis através de medidas preventivas e promover a proteção, justiça e cuidados às crianças que possam ser

vítimas.¹

3.2.2.3 Repercussões da violência sexual contra crianças e adolescentes

3.2.2.3.1 Sequelas

A violência é, mundialmente, uma experiência devastadora para muitas crianças e traz consequências prejudiciais ao seu desenvolvimento, mas ainda não se sabe a real extensão do problema. É difícil responder às questões relacionadas a aspectos básicos, tais como: “Quais os efeitos da violência nas crianças?”; “Quantas crianças são afetadas pela violência ao redor do mundo?”; e “O que pode ser feito para fazer a diferença?” A repercussão da mortalidade da população jovem traz consequências diretas à expectativa de vida ao nascer. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, no Brasil os anos potenciais de vida perdidos (APVP), devido a causas externas, representam quase 6 anos.^{14,35}

Hillis e cols.⁶⁷ notaram a existência de efeitos, de pequenos a moderados, do ASI no aumento das taxas de gravidez na adolescência, como o início precoce de atividade sexual, aumento nas taxas de aborto e aumento do risco de DSTs. A Academia Americana de Pediatria⁶⁸ afirma que aproximadamente 5,0% das crianças abusadas sexualmente contraem uma DST de seus vitimizadores.

Os efeitos dos maus tratos nos cérebros em desenvolvimento, tanto na infância como na adolescência, começam a dar claras indicações de que cérebros em desenvolvimento podem ser psicologicamente alterados por estresse prolongado, severo e imprevisível, durante a tenra infância. Tais alterações nesse período podem afetar negativamente o crescimento físico, cognitivo, emocional e social da criança.¹

As consequências psicológicas e psiquiátricas agudas e em longo prazo, no desenvolvimento neurológico, cognitivo e emocional e saúde global da criança são extensamente relatadas em vários estudos.^{1,3,14-21}

Associação entre abuso sexual e distúrbios psiquiátricos persistem independentemente do gênero da vítima de abuso e da idade na qual ele ocorreu. História de estupro fortalece associações entre história de abuso e depressão, distúrbios alimentares e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).¹⁵

Os mesmos autores conduziram outra metanálise, avaliando 37 estudos, e encontraram, além das sequelas anteriormente citadas, uma

associação entre história de abuso sexual e várias desordens somáticas, incluindo desordens gastrointestinais funcionais, dor pélvica crônica, convulsões psicogênicas e dor crônica não específica. Para eles, ao se construir essa grande consciência da associação entre história de abuso sexual infantil e múltiplos distúrbios psiquiátricos, pode-se conduzir melhoras no tratamento e nos resultados para os sobreviventes de abuso sexual.¹⁵

Também, abuso envolvendo penetração e tendo como autor o pai ou o padrasto está associado com grande sofrimento em longo prazo.²¹

Os efeitos do ASI incluem comportamentos introspectivos, tais como distúrbios alimentares e do sono, medos e fobias, depressão, vergonha, raiva, hostilidade. Todos estes podem ser “externalizados”, como problemas escolares, ociosidade, desocupação, comportamento sexual inapropriado.²¹

Um estudo de caso e controle realizado no Brasil, em 2011, para avaliar o impacto do ASI nos transtornos alimentares, identificou risco aumentado para anorexia nervosa em indivíduos com antecedentes de abuso, quando comparados ao grupo controle.²²

Cummings e cols.¹⁸ encontraram uma prevalência de TEPT variando de 37,0% a 53,0% entre crianças abusadas. Para eles, o ASI pode lesar ambos, fisiologia cerebral e corporal, e parece não causar uma desordem simples, bem definida, e sim uma ruptura psicológica que pode levar a uma miríade de sintomas e desordens físicas e mentais.

Ainda segundo esses autores, em curto prazo, o ASI entre adolescentes frequentemente leva a sequelas como insatisfação sexual, promiscuidade, homossexualidade e aumento do risco de revitimização. Depressão e comportamento ou ideação suicida foram mais comuns na população por eles estudada quando comparados com controles psiquiátricos normais, não abusados.¹⁸

Um passado de abuso sexual é associado com grande frequência à depressão, ansiedade, abuso de substâncias, desordens de condutas antissociais e ideação e/ou tentativas de suicídio.^{17,21} Outras associações na infância são com baixa autoestima, TEPT, comportamentos regressivos e neuróticos, delinquência e variadas desordens de comportamento. Esses problemas psicológicos permanecem mais comumente nos sujeitos que foram vítimas de abuso sexual na infância.¹⁷

No estudo de Polanczyk e cols.,⁶⁹ o ASI foi o estressor traumático mais citado por 69,0% dos pacientes com TEPT.

Há uma busca por uma teoria atual bem validada para explicar a associação entre a história de abuso e achados psiquiátricos. Evidências

que dão suporte à teoria da interação geneambiental, na qual a vulnerabilidade genética altera a habilidade individual a responder ao stress, vêm crescendo. O gene transportador da serotonina e sua associação com depressão tem sido o foco de muitos estudos.¹⁵

Esse efeito do gene ambiental transportador de serotonina (5-HTT) atinge um nível amplo de desordens psiquiátricas além da depressão. Dados recentes sugerem que o polimorfismo do gene 5-HTT influencia no desenvolvimento de TEPT nos sobreviventes de trauma. Esse polimorfismo no 5-HTT também tem sido implicado no desenvolvimento de ansiedade e sintomas somáticos nas crianças vítimas de abuso sexual.¹⁵

Os efeitos das experiências durante a infância no cérebro em desenvolvimento criam as bases para a expressão de inteligência, emoções e personalidade. Quando essas experiências são primeiramente negativas, as crianças podem desenvolver problemas de aprendizado, emocionais e de relacionamento, que persistem durante sua vida, especialmente se intervenções específicas não existirem. Com isso crianças que experimentaram abuso crônico e negligência durante os primeiros anos de vida podem viver em um persistente estado de hiperexcitação ou de dissociação, antecipando uma ameaça de todos os lados. Suas habilidades de se beneficiar com experiências sociais, emocionais e cognitivas podem ficar prejudicadas. Para aprender e incorporar novas informações, da sala de aula ou novas experiências sociais, o cérebro infantil deve estar em um estado de “calma atenta” – estado este raramente alcançado por cérebros traumatizados.¹

Em longo prazo, têm sido relatadas sequelas que incluem desordens alimentares, obesidade, depressão e tentativas de suicídio. Baixa autoestima, pouca habilidade de enfrentamento, distúrbios de autoidentificação, baixa habilidade interpessoal, falta de apoio social e aumento de vulnerabilidade ao stress são encontrados em adultos sobreviventes de ASI.¹⁸

Uma pesquisa longitudinal com 23 anos de seguimento de mulheres que sobreviveram a abuso sexual intrafamiliar encontrou baixo domínio de várias habilidades biopsicossociais, quando comparadas com controles. Ela também mostrou a perpetuação geracional de padrões de negligência, abuso e disfunção familiar.⁷⁰

Fergusson e cols.,¹⁷ em estudo longitudinal conduzido na Nova Zelândia, reportam que exposição ao abuso sexual, particularmente ao mais severo, está associada com maior risco de desordem psiquiátrica aos 18 anos de idade, mesmo ajustando potenciais fatores de confundimento, como medidas de fatores socioeconômicos familiares,

idade materna, nível educacional dos pais, padrão de vida familiar, *status* econômico, afeto familiar, mudança dos pais, problema com álcool e drogadição dos pais. Essa coorte de base populacional mostrou uma prevalência de 11,0 – 21,0% de tentativas de suicídio nos adultos jovens e adolescentes que experimentaram violência física severa e abuso sexual com penetração, contra 1,0 – 3,0% dos controles.

Na metanálise conduzida por Chen e cols.,¹⁵ ASI foi correlacionado com desordem de ansiedade no adulto, depressão, desordens do apetite, TEPT, desordens do sono e tentativas de suicídio. Vítimas de abuso sexual têm maior risco de vitimização sexual futura na infância e vida adulta. O risco absoluto para as vítimas pré-adolescentes de abuso sexual para algumas dessas consequências de abuso incluem 23,0% de risco para TEPT e risco subsequente de depressão maior na vida adulta. Vítimas de abuso físico e sexual possuem o dobro de risco de suicídio.

O risco de uma criança vítima de abuso sexual se tornar um abusador é mais baixo do que se pensava anteriormente, conforme evidenciou Salter e cols.¹⁶ Todavia, quando este fato ocorre, há uma demanda maior de cuidados especializados, visto serem casos de maior complexidade e severidade. No estudo de Duarte e cols.,²⁵ a prevalência de vítimas se tornando perpetradoras foi de 7,4%.

Uma comparação direta entre os diferentes tipos de maus tratos encontrou que crianças que foram física ou sexualmente abusadas estão mais propensas a carregar armas na adolescência do que as que foram negligenciadas, devido à percepção da necessidade de autoproteção.⁷¹

3.2.2.3.2 *Carga de agravos e custos socioeconômicos*

Embora a vitimização por abuso sexual esteja associada com desenvolvimento de criminalidade e criminalidade violenta, o abuso sexual isolado não está associado com aumento de criminalidade violenta.⁷²

O ônus social, incluindo a saúde, associado aos maus tratos, tem um enorme impacto econômico. Os custos econômicos incluem: gastos médicos diretos, rendimentos perdidos e receitas fiscais decorrentes da morte prematura, educação especial, serviços de psicologia, serviços de proteção, orfanatos, serviços preventivos, criminalidade, reclusão e encarceramento.¹

Há evidências de que mesmo o mau trato tendo ocorrido, intervenções precoces e intensivas podem ajudar a minimizar os efeitos

a longo prazo. Embora, enquanto a intervenção precoce tenha esse efeito, é considerável mais benéfico prevenir a ocorrência dos maus tratos.¹

Os custos em termos econômicos e humanos de tentar minimizar os danos nessas crianças e adolescentes são muito maiores do que os custos com prevenção e assim, é fundamental promover o desenvolvimento saudável do cérebro nas fases iniciais da vida.¹

Os sobreviventes de abuso sexual usam mais o serviço de saúde e aumentam os gastos deste do que pacientes da população geral. Estatísticas mostram que sobreviventes de abuso sexual incorrem em 10,0% a 40,0% mais custos primários e de 13,0% a 43,0% mais custos de cuidados totais de saúde.¹⁵

O maior uso da assistência de saúde reflete em aumento das visitas no setor de emergência, maior número de hospitalizações e mais avaliações do clínico, do subespecialista e do psiquiatra.¹⁵

A recorrência da utilização de serviços de saúde por adultos que foram expostos a abuso sexual na infância ou que sofreram violência pelo parceiro, bem como seu pior estado de saúde, associado à depressão e ao aumento da vitimização por violência interpessoal, foram evidenciados por Cannon e cols.⁷³

Crianças vítimas de abuso sexual, principalmente quando este ocorreu antes dos 12 anos de idade, mais comumente procuram profissionais por problemas de saúde mental, têm pior percepção de seu estado de saúde, quando comparadas às não abusadas²⁷, e mais frequentemente necessitam de hospitalização por doença mental.¹⁹

Adultos sobreviventes ao abuso sexual na infância são mais propensos a se tornarem vítimas de padrão de violência íntima e de estupro. Há um grande risco de desenvolver obesidade, problemas sexuais, síndrome do intestino irritável, fibromialgia e DSTs, incluindo infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Eles utilizam mais os serviços de saúde quando adultos do que aqueles sem histórico de ASI, e são mais propensos a desenvolver adição ao tabaco, drogas ilícitas e álcool.¹⁹

O estudo longitudinal realizado por Fergusson e cols.,¹⁷ na Nova Zelândia, atribuiu 13,0% de carga de doença mental ao abuso sexual, após levar em conta o contexto familiar no qual o mau trato ocorreu.

Crianças e adolescentes que vivenciam atos de violência cotidiana, como vítimas diretas, como testemunhas ou convivendo com pessoas vitimizadas, podem desenvolver uma dessensibilização emocional à violência, podendo passar a percebê-la como componente normal da realidade, deixando assim de reagir negativamente a eventos

dessa natureza e os incorporando aos seus contextos culturais. Essa constatação pode justificar o menor número de notificações em comunidades onde a violência é mais prevalente.⁶⁹

Em todo o mundo, ASI contribuiu de 4,0% a 5,0% da carga global de doença no sexo masculino e de 7,0% a 8,0% do ônus da doença no sexo feminino, para cada uma das condições de depressão, abuso de álcool / dependência e abuso de drogas / dependência de drogas. As frações atribuíveis foram maiores para o transtorno de pânico (7,0% para o sexo masculino e 13,0% para o feminino) e maior ainda para o TEPT (21,0% para o sexo masculino e 33,0% para o feminino). Para tentativas de suicídio as frações atribuíveis foram de 6,0% para os homens e 11,0% para mulheres.⁴¹

3.2.3 Eixo 3

3.2.3.1 Perfil das vítimas e dos autores

Quanto ao perfil das vítimas, sabe-se que o risco de ASI é duas a três vezes maior em meninas do que em meninos. Estudos avaliando diferenças de prevalências entre homens e mulheres, considerando o tipo de abuso sofrido e a idade de início, têm mostrado resultados variados.²⁵ Mulheres tendem a relatar mais abuso do que os homens, o que reflete a alta incidência entre mulheres ou a relutância dos homens em denunciar o abuso.⁷

Duarte e cols.,²⁵ em estudo realizado com 2.375 estudantes da Universidade de Granada (Espanha), mostraram que a maioria das vítimas sofreram abuso sexual durante a pré adolescência, sendo a idade de início do ASI situada entre 9 e 11 anos. Os resultados confirmam de forma parcial que, nas vítimas do sexo masculino, o abuso envolve grande invasividade.

Crianças em idade pré-escolar (versus escolar e adolescência), têm maior risco de sofrer sexo oral, de o abuso ser mais contínuo e de natureza mais séria. Para o autor do estudo, esses resultados não são surpresa, considerando que a idade jovem da vítima possa favorecer a impunidade a cometer um abuso mais invasivo e a manutenção do segredo por mais tempo.²⁵

O diagnóstico, pelo exame físico, nem sempre é possível visto que existem poucos sinais clínicos nas vítimas de ASI, por isso a importância da suspeição diagnóstica. Estudo realizado por Modelli e cols.,¹² utilizando dados forenses do Distrito Federal em Brasília, dos

anos de 2008 e 2009, mostrou que o exame físico dos meninos abusados era normal em 82,0% dos casos. Nas vítimas de estupro (751 casos), somente 16 (2,1%) apresentavam lesões. As alterações mais frequentemente encontradas foram lacerações, fissuras, contusões e dilatações anais. Em 57 casos foram coletadas amostras de secreções, sendo positivas para espermatozoides em somente 5 casos (8,7%). A idade média das meninas vítimas de estupro era maior (10,7 anos) do que das vítimas de atos libidinosos (7,0 anos).

Com relação ao perfil dos autores de ASI, num estudo longitudinal sobre o desenvolvimento de comportamento sexual abusivo em homens vitimizados sexualmente, realizado por Salter e cols.,¹⁶ os autores selecionaram sete riscos mediados pelo ambiente: a) ser vítima de abuso sexual por mulher; b) ter experiência de abuso físico; c) testemunhar abuso intrafamiliar; d) negligência física (falha em prover recursos materiais); e) negligência em supervisão (ausência de supervisão apropriada para cada faixa etária); f) rejeição dos cuidadores (incluindo evidência de abuso emocional); g) descontinuidade do cuidado (associada à separação dos pais, períodos em orfanatos, ou ambos).

Muitas vezes o perpetrador dos maus tratos é também o provedor da família,¹ sendo esse fato um determinante para a resistência em procurar os serviços de proteção.

Na amostra de 911 casos de Maier e cols.²⁶, na Suíça, o autor de abuso sexual mais frequente foi o pai, seguido dos “pares” (amigos, vizinhos e colegas de classe) e de adultos masculinos convivendo com a criança (padrasto, pai adotivo e pai de criação).

Indivíduos do sexo masculino estão mais implicados como autores, porém dados sugerem que ASI cometido por mulheres seja subnotificado. Contudo, agressores adolescentes são mais frequentemente implicados com ASI.⁷⁴

Em relação ao número de autores de ASI, grande parte dos casos do estudo de Duarte e cols.²⁵ eram do sexo masculino, havendo o envolvimento de somente um autor. A presença de mais de um autor na ocasião do primeiro abuso, foi referida por 9,1% dos questionados. Nesse estudo, analisando o ASI cometido por membros de família, observaram que este estava mais frequentemente associado com a continuidade e com maior longevidade.

Uma das explicações possíveis para essa grande severidade dos abusos cometidos por membros da família é a natureza íntima e confiante da relação entre o autor e a vítima. A relação pode ser facilitada por subornos e/ou privilégios e relaciona-se diretamente com

o ente querido da vítima ou com a estabilidade do sistema familiar. Além disso, abuso intrafamiliar iniciado cedo na infância está relacionado a sua maior severidade.²⁵

Essa característica também é relatada por Kellogg e cols.³ Segundo os autores, a prevalência de abuso cometida por estranhos é relativamente baixa.

De outra forma, ao avaliar o comportamento de pedófilos, foi evidenciado que aproximadamente metade dos perpetradores do ASI têm atração infantil. Esses são mais propensos a abusar de estranhos e conhecidos casuais do que de membros da família. Os “infratores fixos” tendem a abusar mais de meninos (42,0%) do que os “casuais” (que têm 16,0% como vítimas crianças do sexo masculino). Ambos os tipos, porém, utilizam ameaça ou intimidação (49,0%), ou sedução ou charme (30,0%), para atrair suas vítimas. Vinte por cento desses agressores são violentos ou brutos. Ambos os tipos também tendem a manter uma preferência quanto à faixa etária e ao gênero de suas vítimas bem como o tipo de abuso perpetrado (carícias versus penetração). Abusos por “infratores fixos” parecem ser mais frequentemente planejados e envolvem mais vítimas do que os “infratores casuais”, que costumam agir por impulso.¹⁴

4 MÉTODO

Neste capítulo é apresentado o percurso metodológico que foi adotado para o desenvolvimento da presente pesquisa, por meio do delineamento do estudo, da população de referência e do local onde foi realizado, bem como a definição das variáveis e suas características, do método de coleta, processamento e análise dos dados e dos critérios éticos da pesquisa.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal, descritivo e analítico, realizado com dados secundários provenientes das notificações em um hospital de referência no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, registrados no SINAN no período compreendido entre janeiro de 2008 a dezembro de 2014, em Florianópolis/SC.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi constituída por crianças e adolescentes (de 0 a 15 anos de idade incompletos). A delimitação etária deveu-se ao fato de que essa é a faixa de idade atendida pelo referido hospital.

A faixa etária foi estratificada, segundo Marcondes⁷⁵: lactente: 29 dias a 2 anos de idade, exclusive; pré-escolar: 2 anos a 6 anos de idade, exclusive; escolar: 6 anos a 10 anos de idade, exclusive; adolescência 10 anos a 20 anos de idade.

Explorou-se também a divisão etária utilizada pelo ECA, que considera criança como a pessoa até doze anos de vida incompletos e adolescente como aquela entre doze e dezoito anos de idade.⁶

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O hospital onde este estudo foi desenvolvido localiza-se em Florianópolis, Santa Catarina. Ele é referência regional no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual desde 2000, fazendo

parte do Protocolo da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual do Município de Florianópolis (RAIVS). Alimenta regularmente a base de dados do SINAN, com as notificações de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes, em conformidade com o instrutivo da ficha desde 2008. Os casos provêm de demanda espontânea ou são encaminhados pelos diversos órgãos de saúde e proteção da infância da região.

4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

As informações da Ficha de Notificação do SINAN (Anexo A) foram obtidas pelo profissional responsável pela notificação, quando do atendimento às vítimas a partir do referido pelo acompanhante e/ou a criança/adolescente.

Os dados de interesse deste estudo constituíram o Protocolo de Pesquisa (Apêndice A), foram exportados do SINAN e trabalhados em planilhas eletrônicas, avaliados um a um por três observadores e, quando de dúvidas ou discordância nos mesmos, realizou-se conferência na própria ficha de notificação ou no prontuário médico e agrupados segundo os aspectos discriminados abaixo.

4.4.1 Dados relacionados às vítimas

a) Idade – referida em anos completos no momento da notificação. Estratificada segundo Marcondes⁷⁵ e pelo ECA,⁶

b) Sexo – conforme documento civil apresentado (masculino ou feminino);

c) Raça ou cor autorreferida – característica observada pelo profissional que preencheu a ficha ou informada pelo responsável quando da notificação, com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena;⁷⁶

d) Presença ou não de deficiência/transtorno. Em caso afirmativo, as opções eram: deficiência física e mental, visual, auditiva, transtorno mental, transtorno de comportamento, outras deficiências/síndromes. As deficiências/transtornos foram agrupadas, gerando a variável “deficiência”, que foi dicotomizada em presença ou ausência;

e) Município de residência e respectiva Unidade Federativa do Brasil – segundo municípios classificados pelo IBGE.⁷⁷

4.4.2 Da ocorrência

a) Nome do município e unidade federativa correspondente – segundo municípios classificados pelo IBGE;⁷⁷

b) Se zona urbana, rural ou periurbana. Urbana: área com características estritamente urbanas; rural: área com características estritamente rurais e periurbana: área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana;

c) Local – se residência, habitação coletiva, escola, local da prática, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústrias/construção. Os locais residência e habitação coletiva foram agrupados, gerando a variável “residência” e os demais locais foram agrupados na variável “qualquer lugar”;

d) Número de vezes – em números inteiros. Foi agrupado em “uma vez”, ou seja, caso isolado, e “duas ou mais vezes”, gerando a variável “continuidade”. Para efeitos práticos optou-se por utilizar as definições continuidade e recorrência como sinônimos.

4.4.3 Da tipologia da violência sexual

Devido ao fato de a legislação ter mudado em 2009, com alterações nas definições de Atentado violento ao pudor e Estupro, foram mantidas as duas definições, de acordo com o “Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências” do Ministério da Saúde tanto de 2008 como de 2009:^{40,78}

a) Ocorrência de:

Assédio sexual: é a insistência importuna, junto de alguém, independentemente do sexo ou orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras, ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade, ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual;

Atentado Violento ao pudor: ocorre ao se “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal” (Código Penal Brasileiro, Artigo 214).^{38,79} Inclui-se nesse caso a penetração pênis-ânus, pênis-boca, toques, manipulação com ou sem objetos. Cabe ressaltar que essa definição esteve em vigor legalmente até 2009.

Estupro (por definição de lei até 2009): ocorre ao se “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça” (Código Penal Brasileiro, Art. 213).³⁸ A conjunção carnal ocorre quando há penetração pênis-vagina.

Estupro (por definição de lei a partir de 2009): “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Código Penal Brasileiro, Art. 213).³⁸ Inclui conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independentemente da orientação sexual ou sexo da vítima.³⁹

Ressalta-se que os dois conceitos de estupro acima apresentados são diferentes, pois referem-se ao disposto em lei.³⁹ Entretanto, a ficha de notificação do SINAN só contemplou essa modificação a partir de 2015. Para fins da análise deste estudo os dois conceitos foram analisados separados e conjuntamente.

b) Ocorrência de penetração – sim ou não. Em caso afirmativo qual o tipo: anal, oral ou vaginal;

c) Qual o procedimento indicado – profilaxia de DST, HIV, Hepatite B e/ ou Tétano; coleta de sangue, sêmen, secreção vaginal, realização de contracepção de emergência; e/ou aborto previsto em lei.

4.4.4 Das consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação

- a) Aborto – se espontâneo, informado pelo acompanhante/vítima ou encaminhado ao serviço de referência para a realização de interrupção legal da gravidez;
- b) Gravidez – diagnosticada pela dosagem urinária de gonadotrofina coriônica humana;
- c) DST – diagnosticada através das sorologias já trazidas pela vítima ou através do resultado positivo do exame coletado no momento da notificação;
- d) Tentativa de suicídio – informada pelo acompanhante;
- e) Transtorno mental/do comportamento – informado pelo acompanhante ou observado pelo profissional que preencheu a ficha;
- f) Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT) – informado pelo acompanhante ou observado pelo profissional que preencheu a ficha.

4.4.5 Dados do provável autor

- a) Número de envolvidos
- b) Sexo do autor – informado pelo acompanhante/vítima
- c) Suspeita do uso de álcool – informada pelo acompanhante/vítima;
- d) Vínculo/grau de parentesco com a vítimas – informado pelo acompanhante/vítima, se pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, irmão, amigos, cuidador, amigo, desconhecido, pessoa em relação institucional ou outros (especificado). Foram analisados separadamente cada um e também agrupados, gerando a variável “conhecido”. Este grupo “ser conhecido da vítima” foi composto pelos seguintes “autores”: pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, irmão, amigos, cuidador, amigo, pessoa em relação institucional. “Os outros” entraram nesse grupo quando, ao ser analisados individualmente, eram ser conhecidos da vítima, como por exemplo, primo, avô, meio irmão, dentre outros.

4.4.6 Encaminhamento da vítima para outros setores

- a) Conselho Tutelar;
- b) Vara da Infância e Juventude;
- c) Casa Abrigo;
- d) Programa Sentinela;
- e) Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente;
- f) Ministério Público;
- g) Instituto Médico Legal (IML);
- h) Outros – citar.

4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS E SEUS INDICADORES (Quadro 3)

4.5.1 Variável Desfecho

Abuso sexual continuado

4.5.2 Variáveis de Exposição

- a) tipo de abuso sexual;
- b) o local;
- c) vínculo com o autor;
- d) suspeita do uso de álcool pelo autor;
- e) número de envolvidos;
- f) sexo da vítima;
- g) sexo do autor;
- h) a idade da vítima;
- i) a cor da pele da vítima;
- j) presença de deficiência ou transtorno pela vítima.

Quadro 3 – Variáveis analisadas, com suas classificações e categorias.

Variável	Tipo	Mensuração
VARIÁVEL DE DESFECHO		
Continuidade	Categórica Dicotômica	“Caso isolado” ou “duas ou mais vezes”, sendo a primeira referência.
VARIÁVEL DE EXPOSIÇÃO		
Tipo de Abuso	Categórica Politômica Nominal Dicotomizada para análise multivariada, apresentada abaixo.	“Assédio sexual”, “Atentado violento ao pudor” e “Estupro”, “não” e “sim”, sendo a primeira referência. Para fins de análise e adequação à legislação atual, “Atentado violento ao pudor” e “Estupro” foram agrupadas gerando a categoria “ <i>Estupro*</i> ”, “não” ou “sim”, sendo a primeira referência.
Penetração	Categórica Dicotômica	Em “não” ou “sim”, sendo a primeira referência.
O local	Categorizada como Politômica Nominal, dicotomizada para fins de análise.	A residência ou habitação coletiva foram agrupadas na categoria “residência” e as categorias restantes, “escola”, “local da prática de esporte”, “bar ou similar”, “via pública”, “comércio/serviços”, “indústrias/construção” constituíram a categoria “qualquer outro lugar”. Essa segunda foi considerada referência
Vínculo com o autor	Categorizada como Politômica Nominal, dicotomizada para fins de análise.	Foram analisados separadamente cada um e também agrupados, para fins de análise na categoria “conhecido” - “não” “sim”, sendo a primeira referência. As categorias “pai”, “mãe”, “padrasto”, “madrasta”, “cônjuge”, “ex-cônjuge”, “namorado”, “ex-namorado”, “irmão”, “amigos”, “cuidador”, “amigo”, “pessoa em relação institucional” foram agrupados na categoria “conhecido”.
Continua...		

Variável	Tipo	Mensuração
Conclusão		
Uso de álcool pelo autor	Catégorica Dicotômica	“não” e “sim”, sendo a primeira referência.
Número de envolvidos	Catégorica Dicotômica	“um” e “dois ou mais”, sendo a primeira referência.
Sexo da vítima	Catégorica Dicotômica	Feminino e Masculino, sendo a primeira referência.
Sexo do autor	Catégorica Dicotômica	Feminino e Masculino, sendo a primeira referência.
Idade da vítima	Variável discreta, categorizada de forma politômica para descrição. Dicotomizada para análise multivariada.	“Em anos”, categorizados segundo Marcondes, em 0 -2 anos, 2 -6 anos, 6 -10 anos, 10 - 15 anos. Para posterior análise, foi dividida em menos de 12 anos (criança) e 12 anos ou mais (adolescentes), segundo o ECA, sendo a primeira referência. Para posterior análise de regressão logística, devido a idade “6 - 10 anos” ser de risco, todas as demais idades foram agrupadas, gerando a categoria “todas as outras”, sendo a primeira referência.
Raça e/ ou Cor da pele da vítima	Catégorica Politômica Nominal dicotomizada para fins de análise.	“Branca” e “Não branca”, sendo formada pelo agrupamento das categorias “Parda”, “Preta”, “Amarela” e “Indígena”. A primeira foi referência.
Vítima com deficiência	Catégorica Politômica Nominal dicotomizada para fins de análise.	As deficiências/ transtornos foram agrupados, gerando a variável “deficiência” “não” e “sim”, sendo a primeira referência.

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para as análises estatísticas os dados obtidos foram processados de forma eletrônica a partir do banco de dados, exportados para planilhas eletrônicas e posteriormente transformados mediante o programa *Stat Transfer*, sendo analisados por meio do software estatístico *Stata 11.0 (Stata Corporation – College Station, Texas, EUA)*, onde foram realizadas as análises descritivas e as bivariadas.

As variáveis de exposição foram categorizadas conforme apresentado no Quadro 3 e descritas com as prevalências e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC: 95%).

As análises multivariadas foram realizadas no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, EUA*) versão 17.0 para Windows 7 (*Santa Rosa – USA, 2009*).

À análise bivariada, a associação entre o desfecho “continuidade

do abuso” e variáveis independentes foi testada utilizando teste de qui-quadrado. Todas as variáveis que apresentaram associação com $p < 0,2$ foram consideradas elencáveis para serem incluídas na análise multivariada.

A associação entre as variáveis de exposição e o desfecho “continuidade do abuso”, se presente ou ausente, foi testada por meio da regressão logística anterógrada não-condicional, pelo método de verossimilhança, e os valores expressos em razão de chance e os respectivos intervalos de confiança; foi testado o ajuste do modelo pelo teste de ajuste de *Hosmer and Lemeshow*, assim como determinado o poder de explicação dos resultados pelo modelo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão, sob Parecer Consubstanciado nº 922.978, de 17/12/2014 (Anexo B). Foram respeitados os princípios de ética na pesquisa com seres humanos presentes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Como se trata de tema em que a confidencialidade dos dados é absolutamente necessária para evitar o risco de revitimização, a pesquisadora teve acesso aos dados por sua atividade profissional e se comprometeu a anonimizá-los no momento de transcrevê-los, de forma que não fosse possível a identificação dos participantes e seus familiares.

Somente a pesquisadora teve acesso aos “dados brutos” que foram identificados.

A pesquisa foi desenvolvida nos ambientes de trabalho da pesquisadora e não requereu fontes externas de financiamento. Todos os custos relacionados à elaboração da pesquisa foram cobertos pela própria pesquisadora.

PARTE 2
RESULTADOS: ARTIGOS CIENTÍFICOS

5 RESULTADOS

De acordo com as normas do Programa de Pós - Graduação de Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados da pesquisa devem ser apresentados em forma de artigo(s) científico(s). Neste trabalho os resultados estão apresentados em dois artigos, já formatados aos periódicos a que serão submetidos: “Cadernos de Saúde Pública” e “*Child, abuse and Neglect*”, respectivamente.

Violência sexual infantil: caracterização das notificações de 7 anos em um centro de referência de Florianópolis/SC

Esse artigo descreve as características do Abuso Sexual Infantil (ASI), apresentadas nas notificações de um hospital pediátrico referência no atendimento das crianças e adolescentes em situação de violência sexual, com um seguimento de sete anos.

Fatores de risco para abuso sexual infantil contínuo, observados por meio das notificações de um centro de referência pediátrico/SC

Nesse artigo, o desfecho “continuidade” do abuso foi relacionado às características da vítima, do autor, do local de ocorrência e do tipo de abuso das notificações realizadas de janeiro de 2008 a dezembro de 2014. Foi realizada regressão logística multivariada para avaliar quais fatores tiveram maior impacto na continuidade do abuso.

5.1 ARTIGO I: VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE 7 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE FLORIANÓPOLIS/SC

Violência sexual infantil: caracterização das notificações de 7 anos em um centro de referência de Florianópolis/SC

Título Inglês: *Children sexual abuse: profile of 7 years of notifications in a Pediatric hospital in Florianópolis/SC*

Título Espanhol: *La violencia sexual infantil: caracterización de las notificaciones de los 7 años de centro de referencia Florianópolis/SC*

Título Resumido: Perfil do abuso sexual infantil de uma capital brasileira

Vanessa Borges Platt, MD¹

Isabela de Carlos Back, MD, PhD¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Vanessa Borges Platt apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Conflitos de interesses e financiamentos: os autores declaram ausência de potenciais conflitos de interesses na realização deste estudo.

Número de palavras: 4.947

Número de figuras/tabelas: 5

Endereço para correspondência:

Vanessa Borges Platt

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde – Hospital Universitário – Campus Universitário – Trindade

CEP: 88040-970 – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

E-mail: vanessa.platt@ufsc.br

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar características do abuso sexual infanto-juvenil, como perfil da vítima, do autor da agressão e fatores associados, notificadas em um serviço de referência, utilizando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em todos os casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual infantil, de 2008 a 2014, em Florianópolis/SC. As variáveis foram: características da vítima, do agressor, da ocorrência, tipologia da violência, consequências, encaminhamentos e procedimentos realizados. Variáveis categóricas são apresentadas em prevalências e intervalos de confiança de 95%. Houve 489 notificações, predominando vítimas do sexo feminino, maior recorrência no masculino e ocorrendo em residências. Estupro foi duas vezes mais frequente no sexo feminino e em mais da metade dos casos o autor era homem conhecido da vítima. Doze vítimas contraíram DST, houve 6 gestações, 5 delas interrompidas legalmente. As características de Abuso Sexual Infantil identificadas foram semelhantes nos diversos locais do Brasil, mostrando ser possível um programa nacional de prevenção do agravo.

Palavras-chave: Violência Sexual; Criança; Adolescentes.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the characteristics of child sexual abuse (CSA), such as the victims' and the perpetrators' profiles, and associated factors notified in a reference health service with the database of the Information System for Reporting Diseases, in a city in the south of Brazil. Categorical variables are presented in prevalence and 95% confidence intervals. There were 489 notifications from 2008 to 2014 of CSA confirmed or suspected. The majority were related to female victims, but the repeated abuse was reported mainly with male victims. In most cases, the abuse took place at the victims' or perpetrators' homes and the main perpetrators of abuse were male and acquainted to the victims. Twelve victims have contracted sexually transmitted infections, pregnancies were 6, 5 of them interrupted legally. This study highlights that the CSA profiles were similar in almost all of Brazilian regions, showing that it is possible to have a national prevention program.

Key words: Child; Adolescent; Sexual Violence.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar características del abuso sexual infante juvenil, como el perfil de la víctima, del autor de la agresión y los factores asociados, reportados en un servicio de referencia, utilizando el Sistema de Información de Notificación de Enfermedades considerando todos los casos sospechosos o confirmados de abuso sexual infantil entre 2008 y 2014, en Florianópolis/ SC. Las variables categóricas se presentan en intervalos de confianza y de prevalencia del 95%. Hubieran 489 notificaciones, en su mayoría con víctimas femeninas, mayor continuidad en los abusos a víctimas masculinas y mayor número de los casos perpetuados en el hogar. Las violaciones fueron dos veces más comunes en las mujeres y la mayoría de las veces el agresor era un hombre conocido de la víctima. Doce víctimas han contraído enfermedades de transmisión sexual, hubieron 6 embarazos, 5 de ellos interrumpidos legalmente. Las características del abuso sexual infantil fueran similares en muchas partes de Brasil, lo que muestra que es posible implementar un programa nacional para la prevención del abuso sexual en la niñez.

Palabras clave: *Violencia Sexual; Niño; Adolescente.*

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), toda criança tem o direito à saúde e à vida longe da violência¹. Abuso sexual infantil (ASI) ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, com a qual ela/ele tem o desenvolvimento incompatível, e que não possa dar consentimento² e/ou que viole as leis ou as regras (acordos institucionais) da sociedade³⁻⁵.

Ainda que os resultados sejam claros em mostrar que a experiência em ASI é altamente prevalente em todas as sociedades que têm sido investigadas, uma metanálise, com estudos internacionais, estimou uma prevalência média de ASI de 20,0% para mulheres e 8,0% para homens⁶, mas com muitas variações nessas taxas, decorrentes das diferentes definições de ASI, no que concerne à faixa etária e às diferenças metodológicas existentes entre os estudos⁷. Nos países nórdicos as taxas variaram de 14,0% para mulheres e 7,0% para homens na Dinamarca; 2,4 a 9,3% para as mulheres e de 0,7 a 4,6% para os homens na Finlândia; na Suécia, a prevalência global variou de 2,0 a

11,0% e na Noruega, de 10,0%⁸.

Em estudos realizados no Brasil⁹⁻¹², há relatos de que a maioria de casos de abuso sexual ocorrem em meninas entre 5 e 10 anos. Os meninos também são abusados, porém em menor proporção, principalmente quando o abuso é intrafamiliar⁴. Um estudo realizado no estado de Santa Catarina (SC), em 2005, com dados obtidos de registros de notificações, tanto do Conselho Tutelar como do Programa Sentinela do município de Itajaí, no período de 1999 a 2003, mostrou que grande parte das violências sexuais em crianças e adolescentes ocorreram dentro de casa, tendo o pai como autor, envolvendo principalmente crianças entre 7 e 10 anos¹².

O ASI é considerado importante fator de risco para vários problemas de saúde na infância e na vida adulta^{2,13-14} – a curto e a longo prazo – que impactam sobremaneira a saúde física e principalmente psicológica das vítimas. Demanda também ônus substancial ao sistema de saúde (consultas médicas e internações hospitalares)^{1-3,5,14-22}.

Estimar a prevalência real de ASI é fundamental para determinar a extensão do problema e possíveis intervenções, sendo a organização da notificação desse agravo imprescindível para que ela se torne o primeiro passo para uma atenção integral destinada às pessoas em situação de violência²³. Devido à inclusão relativamente recente (2008) dos dados referentes à violência sexual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), como via de universalização da vigilância contínua, utilizá-lo de forma sistemática é a melhor forma de avaliá-lo e melhorá-lo.

O objetivo deste estudo é identificar características do abuso sexual infanto juvenil, tais como perfil da vítima e do autor da agressão e fatores associados à violência sexual, notificados em um serviço de referência desse agravo, utilizando registros do SINAN.

MÉTODO

Este é um estudo transversal, descritivo e analítico, baseado em dados secundários do SINAN, e nele se analisaram todos os casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual infantil, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014, e notificados por um hospital pediátrico de Florianópolis.

Em Florianópolis, Santa Catarina, o hospital onde esta pesquisa foi desenvolvida é referência regional no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual desde 2000, fazendo parte do

“Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual” do Município de Florianópolis (Protocolo RAIVS). Fornece dados regularmente à base de dados do SINAN com as notificações de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes, em conformidade com o instrutivo da ficha de notificação.

As informações do SINAN de interesse neste estudo foram obtidas a partir da ficha de registro preenchida pelo profissional responsável pelo atendimento. As variáveis descritas foram categorizadas de acordo com o “Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências” do Ministério da Saúde,²³ em dados relacionados (1) à vítima, (2) à ocorrência, (3) à tipologia da violência sexual, (4) às consequências, (5) ao provável agressor, (6) aos encaminhamentos e (7) aos procedimentos realizados com as vítimas.

Com relação à vítima, foram consideradas a idade, a raça ou cor, a presença ou não de deficiências ou transtorno, e o local de residência. A idade foi registrada em anos completos no momento da notificação e categorizada, conforme Marcondes,²⁴ nas seguintes faixas etárias: 0 a 2 anos (exclusive), 3 a 6 (exclusive), 6 a 10 anos (exclusive) e 10 a 15 (exclusive). A raça ou cor registrada seguiu autorreferência da vítima/informante conforme as opções utilizadas no Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE): branca, preta, amarela, parda ou indígena.²⁵ As deficiências ou transtornos foram classificados em visual, auditivo, mental, físico e de comportamento. Eles foram agrupados, gerando a variável “deficiência”, que foi dicotomizada em presença ou ausência. O local de residência considerou município e respectiva Unidade Federativa (UF).²⁶

Quanto à ocorrência, foram investigados (a) o município e a respectiva UF; (b) a situação urbana (zona urbana, rural ou periurbana); (c) a natureza do local onde ocorreu o abuso (residência, habitação coletiva, escola, local da prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio ou serviços, indústrias ou construção); e (d) o número de vezes em que a vítima foi abusada. Este foi categorizado em “uma vez” ou “duas ou mais vezes”. Os locais de residência e habitação coletiva foram agrupados, gerando a variável “residência” e os demais locais foram agrupados na variável “qualquer outro lugar”.

A violência sexual foi tipificada em termos da presença ou ausência de assédio sexual, atentado violento ao pudor e estupro.

Também foi objeto de análise a ocorrência ou não de penetração. Em caso afirmativo, determinou-se qual o tipo: se anal, oral ou vaginal. Mesmo com a Lei Federal Brasileira n.º. 12.015 de 2009,^{27,28} que fundiu

em um único artigo os crimes de estupro e atentado violento ao pudor, optou-se por analisar os dois conceitos separados e de forma conjunta, pois a ficha manteve a categorização inalterada até o ano de 2015.

Os procedimentos indicados quando da notificação foram listados, conforme a necessidade da realização de profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), vírus da imunodeficiência humana (HIV), Hepatite B ou Tétano. Descreveu-se também se houve ou não necessidade de coleta de sangue, de sêmen, de secreção vaginal e de realização da contracepção de emergência ou aborto previsto em lei. Das consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação, foi investigada a presença ou ausência de aborto, gravidez, DST, tentativa de suicídio, transtorno mental ou do comportamento, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Caracterizou-se o provável autor da violência sexual quanto ao sexo (se masculino, feminino ou múltiplos autores de ambos os sexos), o número de envolvidos, a suspeita do uso de álcool (se sim ou não) e o vínculo/grau de parentesco com a vítima (se pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, irmão, amigo, cuidador, desconhecido, pessoa em relação institucional ou outros). Esta última variável foi analisada separadamente e também de forma agrupada, gerando a variável “conhecido”. Neste grupo, “ser conhecido da vítima” foi composto pelos seguintes “autores”: pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, irmão, amigos, cuidador, amigo, pessoa em relação institucional e outros.

Também foi investigado para quais instituições a vítima foi encaminhada, podendo ser o Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude, Casa Abrigo, Programa Sentinela, Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente, Ministério Público ou para o Instituto Médico Legal (IML).

Os dados obtidos foram exportados das planilhas eletrônicas do SINAN no formato EXCEL® (14.5.3, *Santa Rosa – USA*, 2010), avaliados um a um por três observadores e, quando havia dúvidas ou discordância nos mesmos, foi realizada a sua conferência na própria ficha de notificação. Posteriormente esses dados foram transformados mediante o programa *Stat Transfer* (versão 8 *Texas, EUA*) e analisados por meio do software estatístico *Stata 11.0* (*Stata Corporation – College Station, Texas, EUA*).

As variáveis categóricas são apresentadas com as prevalências e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC: 95%). Para determinação das diferenças das diversas variáveis entre os sexos, foi realizado o teste de qui quadrado.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão, e aprovado sob Parecer Consubstanciado nº 922.978, de 17/12/2014. Foram respeitados os princípios de ética na pesquisa com seres humanos presentes na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014 foram feitas 490 notificações no sistema SINAN do hospital pediátrico de referência ao atendimento de violência sexual. Uma notificação estava em duplicidade, sendo excluída após averiguação, totalizando 489 notificações para esta análise. Dez casos possuíam duas notificações em datas diferentes e um possuía três notificações distintas. Dessa forma, a amostra final foi composta pelos dados de 477 crianças e adolescentes.

A distribuição do número de notificações ao longo dos sete anos pode ser observada na Figura 1.

A maioria das vítimas era do sexo feminino (75,5%), branca (78,0%) e não possuía deficiência (94,5%). Uma notificação correspondeu a uma vítima de raça indígena (Tabela 1).

A faixa etária mais acometida no sexo feminino foi a de 10 a 15 anos (41,2%); no masculino, de 2 a 6 anos (42,5%). Quando a amostra foi estratificada em crianças e adolescentes, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, observou-se a prevalência de ASI mais frequentemente nos menores de 12 anos (67,7%), como demonstrado na Tabela 1. A recorrência do abuso foi mais frequente nas vítimas do sexo masculino (58,8%).

Entre os municípios de ocorrência, Florianópolis apresentou o maior número das notificações, com 57,9% dos casos. O perímetro urbano foi a zona mais citada (98,5%), sendo a residência da vítima ou do autor o local mais frequente da prática do abuso (81,6%), em ambos os sexos. As vítimas procederam de 25 diferentes municípios de Santa Catarina e de dois do Rio Grande do Sul.

Quanto às características dos autores do ASI, 66,5% (IC_{95%} 62,3-70,7) eram conhecidos das vítimas; predominantemente do sexo masculino 91,9% (IC_{95%} 89,3-94,4); não haviam consumido álcool quando do abuso 68,6% (IC_{95%} 63,1-74,0); e agiram sozinhos 85,2% (IC_{95%} 81,9-88,6). A variável ser conhecido da vítima apareceu mais frequentemente como autor em ambos os sexos, como apresentado na Tabela 2.

Optou-se por analisar os tipos de abuso separadamente, conforme descrição da ficha de notificação, e de forma conjunta, em consonância com a legislação vigente.²⁷

Atentado violento ao pudor foi o abuso mais observado nas vítimas do sexo masculino, enquanto o estupro foi mais de três vezes mais frequente no sexo feminino, como visto na Tabela 3.

Quando associados os tipos de violência “atentado violento ao pudor e estupro”, categorizados agora como “estupro” de acordo com a definição legal atual, observou-se que ele foi duas vezes mais frequente nas vítimas do sexo feminino, também demonstrado na Tabela 3.

Quando o abuso foi acompanhado de penetração, anal ou oral, as vítimas do sexo masculino foram as mais acometidas. No sexo feminino, a penetração vaginal ocorreu em 59% dos casos (IC_{95%}, 52,4 - 65,6) (Tabela 3).

Quanto aos procedimentos realizados, referidos no momento da notificação, observou-se que a maioria não fez profilaxia para DST (71,7%), para HIV (72,9%) ou para Hepatite B (78,6%). Não houve coleta de sêmen em 89,2% dos casos e de secreção vaginal em 75,4%, como descrito na Tabela 4. Essa tabela também apresenta que no período de tempo analisado, 5 jovens (3,5%, IC_{95%} 0,4-6,5) foram encaminhadas para a interrupção legal da gestação e 48 (16,7 %, IC_{95%} 93,5-99,6) fizeram uso da medicação utilizada para contracepção de emergência. Houve um caso de gravidez (1,0%) que foi levada a termo, e 12 casos de DSTs (3,4%), decorrentes do abuso.

Dentre as consequências imediatas, destaca-se o impacto do ASI sobre a saúde mental das vítimas, visto que 4 menores (1,0%) destas tentaram suicídio; desenvolveram transtorno mental 5 delas (1,3%); transtorno do comportamento em 90 indivíduos (22,4%); e transtorno do estresse pós-traumático em 77 deles (20,0%). Todas essas alterações do estado mental foram mais prevalentes nas vítimas do sexo masculino e estatisticamente significantes em ambos os sexos.

A obrigatoriedade da notificação de qualquer episódio suspeito ou comprovado de violência aos conselhos tutelares ocorreu em 90,5% dos casos. Vinte casos (4,4%) foram encaminhados à Vara da Infância e Juventude; 36 deles (7,9%) ao Programa Sentinela; e 26 (5,7%) e 6 (1,3%), respectivamente, à Delegacia de Proteção e ao Ministério Público.

Sete crianças/adolescentes (1,5%) foram afastadas de suas famílias, sendo acolhidas em uma Casa Abrigo. A necessidade da avaliação por médico perito do IML deu-se em 39,4% das notificações, ou seja, em 183 casos.

DISCUSSÃO

No período analisado de sete anos, foram realizadas no centro de referência de Florianópolis/SC, 489 notificações de ASI, das quais 369 correspondiam a vítimas do sexo feminino e 120 do sexo masculino. A faixa etária mais acometida entre as do primeiro grupo foi de 10 a 15 anos e no segundo, de 2 a 6 anos. A residência foi o local de ocorrência mais frequente e os perpetradores eram na maioria homens; em 66,5% dos casos, estes eram conhecidos das vítimas. A recorrência do abuso foi mais frequente nas vítimas do sexo masculino. Em 3,5% dos casos houve interrupção legal da gestação e 1,0% levou adiante a gravidez.

Pela primeira vez, fez-se uma avaliação pormenorizada dos dados do estado de Santa Catarina sobre o assunto, com a caracterização do perfil da vítima e de seu agressor.

A análise de dados a partir de um instrumento governamental de notificações de agravos permitiu identificar suas fragilidades e suas fortalezas. Com os dados coletados em ambiente onde simultaneamente ocorreram as notificações e a assistência às vítimas, foi possível fazer a checagem dos dados em prontuários médicos, esclarecer dúvidas acerca do preenchimento, eliminar duplicidade de dados e realizar análises inferenciais e de associação.

Apesar de a Ficha de Notificação não ter sido atualizada em 2009, quando a legislação brasileira mudou o conceito da tipificação do abuso, foi possível neste estudo avaliar os tipos de abuso, de forma a contemplar conceitos antigos e atuais.

No Brasil, o fenômeno da violência tem mobilizado as diferentes áreas do conhecimento, no estabelecimento de parcerias que busquem fomentar estratégias de prevenção e intervenção, no enfrentamento do problema.²⁹ Essa prática visa assegurar o cumprimento de princípios legalmente assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) quanto às políticas e programas voltados à violência social e interpessoal contra crianças e adolescentes.^{2,7}

Foi observado que, apesar de o módulo de violência ter sido inserido no SINAN em 2008, o número de notificações permaneceu estável até 2010, conforme dados apresentados na Figura 1. Supõe-se que o aumento observado a partir de 2010 possa ser decorrente da maior visibilidade da ferramenta eletrônica implantada ou o seu melhor, ou ambos.

A maior correspondência das notificações no sexo feminino corrobora a literatura, que aponta a maior frequência de ASI em meninas.^{11, 30-32} Quando se associa idade e sexo, há uma tendência de os

meninos serem abusados em idades mais precoces,^{11,13} possivelmente por não possuírem o desenvolvimento físico para oferecer resistência.³³⁻³⁵ Já as meninas sofrem abuso em idade mais tardia, o que foi observado também neste estudo.³⁶⁻³⁸

O fato de a maioria das notificações corresponder a vítimas do sexo feminino pode ser, em parte, justificada por subnotificações de ASI no sexo masculino, decorrentes do preconceito que surge quanto à identidade sexual após o menino ser abusado e, como sugerem Gawryszewski e cols., devido à condição de subordinação da mulher na sociedade desde a infância, deixando-a mais vulnerável a todos os tipos de violência.^{11, 33}

A maior ocorrência de abuso ocorreu entre as crianças menores de 12 anos de idade (67,7%). Em metanálise com 22 estudos, conduzida pela OMS, foi observado que a idade do acontecimento do abuso variou consideravelmente entre estudos; entretanto, seu início foi consistentemente mais prevalente na idade de 5-14 anos, tanto para o sexo masculino como para o feminino.⁷ Aded e cols. inferiram que, para as vítimas em uma faixa etária mais elevada, poderia haver alguma dificuldade em relatar queixas de abuso sexual, devido ao possível constrangimento resultante e à repercussão familiar e social.^{33,38} Também em algumas sociedades a prática de atividade sexual em idades superiores a doze anos pode não ser considerada abuso.³⁸

Os portadores de deficiências ou transtornos, físicos ou mentais, estão em maior risco e são mais vulneráveis a sofrerem violência de todos os tipos, inclusive a sexual.³⁹ Constata-se que 27 vítimas (5,5%) possuíam alguma deficiência, podendo ser ela física ou mental, transtorno ou síndrome. Aventa-se a hipótese de que a própria limitação física/mental seja um determinante do baixo índice de denúncia, devido ao seu alto grau de dependência física e sensorial, e porque muitas vezes os sinais e sintomas clínicos do abuso são ignorados por serem considerados decorrentes da doença principal.⁴⁰

A população da região Sul do país é predominantemente de cor branca,^{25,41} sendo portanto esperado que a maioria das vítimas sejam brancas, corroborando estudo realizado no Rio Grande do Sul⁴² e diferindo do levantamento realizado por Silva e cols., em Recife, onde a maioria das vítimas eram pardas.³⁷ A pequena prevalência da raça indígena no estudo, um caso de uma menina índia residente no município de José Boiteux, onde existe uma reserva indígena, também foi observada por Zanatta e cols.⁴² Já a prevalência na raça indígena no estudo realizado em Pernambuco foi maior, porém ambos os estudos correspondiam às notificações de violências de todas as naturezas e não

só à sexual.³⁷

A prática de ASI no perímetro urbano pode ser atribuída à maior concentração populacional nessa área ou a dificuldade de acesso aos locais de referência de notificação para habitantes de comunidade rural.⁴¹ Pode também decorrer de questões culturais em revelar os abusos, mais característicos da zona rural,^{39, 40} como a tendência de valorizar a privacidade da vida familiar, o não confronto com o discurso dos pais, evitando o conflito intrafamiliar,⁴³ assim como a existência de famílias muito unidas e socialmente isoladas.⁴⁰

O registro de ocorrências de ASI de outros municípios além de Florianópolis deve-se ao fato de o hospital onde as notificações foram realizadas ser referência regional nos atendimentos pediátricos. Por sua vez, chama a atenção municípios pequenos terem encaminhado as vítimas para atendimento a esse hospital sem a prévia realização da notificação na própria unidade de saúde de sua cidade. Aventa-se a possibilidade de temor do profissional que fez o diagnóstico em sofrer retaliação pela comunidade ou mesmo pelos pais das vítimas.⁴⁴ Já Gonçalves e Ferreira não apontam esse como um fator relevante para a não notificação. Para as autoras, são de maior impacto as ameaças dos agressores aos familiares que tomam a iniciativa de procurar o setor saúde.⁴³ Pode também ocorrer receio por parte da família em procurar ajuda em serviços de saúde em seu local de moradia, por se tratar de agravo que gera preconceito e estigmatização.⁴⁰ Isso mostra o quão importante é assegurar o sigilo das informações por parte de toda a equipe de profissionais que atendem essas vítimas.³⁸

Outras justificativas para o grande número de notificações em Florianópolis deve-se ao fato de que esse município conta com uma rede de atenção à saúde mais organizada e com protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência sexual implantado há 15 anos,⁴⁵ assim como por esse município ser mais populoso.⁴⁶

Merecem destaque os casos ocorridos em outras unidades federativas e que foram notificados em SC. Sabe-se que, em algumas situações, as crianças e adolescentes são enviados para morar com outros parentes quando da descoberta do abuso ou há a migração da família para outra localidade. Somente após a mudança de ambiente é que ocorre a revelação do abuso.⁴⁷

A casa da vítima ou do autor como local predominante de abuso concorda com a literatura,^{11,30,32,35,47} o que nos alerta para a constatação de que a tradicional “barreira privada” entre as esferas doméstica e pública tem inibido a evolução de políticas e instrumentos legais, que podem prevenir a violência dentro da família e a prestação de serviços

para aqueles afetados por ela.^{2,43} Segundo Pfeiffer,⁴⁰ trabalha-se com um fenômeno que é encoberto por segredo, por um “muro de silêncio”, do qual fazem parte os familiares, vizinhos e algumas vezes os profissionais que atendem as crianças vítimas de violência. Como parte de uma doença familiar, para a denúncia do abuso sexual é preciso que haja uma ruptura do equilíbrio doméstico. É possível concluir que o abuso sexual faz parte de um conjunto de rupturas de relacionamentos, em uma estrutura familiar doente, que vem do histórico de vida de cada membro dessa família, incluindo o agressor.

Resultados de estudos nacionais e internacionais apontam que o principal autor do abuso é conhecido das vítimas e de suas famílias.^{11,30-31,47} Isso também foi evidenciado neste estudo, ressaltando-se que o autor do abuso mantinha relações estreitas com suas vítimas.

Em 2006, nos EUA, em casos comprovados, 26,0% dos autores de ASI foram os pais.⁴⁸ Na Suíça, em 2013, Maier e cols.³¹ identificaram o pai como autor mais frequente. Para estes autores, crianças são mais frequentemente ameaçadas e vitimizadas por membros de sua própria família, com a seguinte ordem decrescente de incidência: pais, irmãos, mães e outros cuidadores.

No presente estudo o pai como autor do abuso ocorreu em 17,5% dos casos. No Brasil, foram encontrados dados semelhantes. Drezett e cols.⁴⁷ encontraram prevalência de 21,7% de pai como o autor do abuso. Baptista e cols.⁴ apontaram o vínculo do autor do abuso com a vítima na seguinte ordem: pai (53,0%), padrasto (32,0%), tio (7,0%), avô (2,0%), primo (1,0%). Já Gawryszewski e cols.,¹¹ em São Paulo, encontraram em 43,8% dos casos os responsáveis pelas vítimas como autores da agressão.

A maior parte dos autores do abuso foi do sexo masculino, resultado semelhante a diversos levantamentos.^{11,32,35} No presente estudo isso não foi diferente e as autoras femininas vitimizaram ambos os sexos, com uma taxa de 4,7%, o que foi diferente do observado por Duarte e cols.,³⁰ em que as autoras do sexo feminino só fizeram vítimas do mesmo sexo. A prevalência de autoria feminina encontrada por Maier e cols.³¹ foi de 4,5% e de Martins e cols.³⁵ foi de 2,1%. Autores de ASI do sexo feminino, segundo Linsay e cols.,⁴⁹ tiveram maiores taxas de abuso infantil prévio.

Geralmente o autor age sozinho. A prevalência de mais de uma pessoa no crime de abuso ocorreu em 14,8% neste estudo, semelhante à taxa descrita por Drezett e cols.,⁴⁷ que foi de 10,0%.

Com relação ao tipo de abuso, se utilizada a definição de atentado violento ao pudor existente antes da alteração da legislação de 2009,

observa-se a prevalência de 40,7%, semelhante ao descrito por Maier e cols.,³¹ em que o abuso sem contato ou com contato mas sem penetração apresentou prevalência entre 36,0 e 42,0%. Já no estudo de Duarte e cols.³⁰ essa taxa foi de 63,0%.

Gilbert e cols.⁵⁰, em 2009, relataram que, durante a infância, entre 5,0 a 10,0% das meninas e 5,0% dos meninos são expostos a ASI com penetração. Mohler-Kuo e cols.³² descreveram uma prevalência de 2,5% de ASI com contato e com penetração nas vítimas do sexo feminino e de 0,6% no sexo masculino. Essa prevalência é bem inferior e contrária à encontrada neste estudo em que, dos 285 casos avaliados neste quesito, em 56,1% das vítimas do sexo feminino e 72,5% das do sexo masculino houve algum tipo de penetração. Essa discrepância pode ser decorrente de o estudo ter sido realizado na Suíça e do próprio desenho do estudo. Portanto, como alertam Collin-Vézina e cols.,⁴⁸ os resultados de estudos nessa área não podem ser extrapolados para os outros países sem serem consideradas as diferenças entre as culturas e os contextos sociais.

A alta prevalência da presença de penetração identificada neste estudo é muito preocupante, visto que ASI envolvendo contato ou relação sexual está mais associado a sequelas persistentes na idade adulta do que ASI sem contato.⁸

A profilaxia das DSTs e gravidez está indicada nos casos em que a vítima chega ao atendimento até 72 horas após o abuso e havendo contato com secreções.⁴⁵ A realização de testes sorológicos diagnósticos antes da profilaxia é preconizada internacionalmente³ pois permite a identificação de DSTs principalmente em crianças abaixo de 10 anos de idade. Cabe ressaltar que nos países desenvolvidos há disponibilidade de testes rápidos fidedignos, por meio da reação de cadeia da polimerase (PCR), não preconizados rotineiramente no Brasil, o que talvez explique as baixas taxas de realização das profilaxias neste estudos.⁴³

A rotina dos atendimentos realizados nos casos analisados seguiu o Protocolo da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (RAIVS). Esse protocolo utiliza os testes sorológicos para investigação dos agravos infecciosos. Pelo fato de os resultados desses testes não serem imediatos, a vítima, quando atendida dentro das primeiras 72 horas e tendo indicação de uso de medicamentos, recebe antibióticos para profilaxia das DSTs bacterianas e dois antirretrovirais, além da contracepção de emergência.⁴⁵ Os casos de não realização de profilaxias medicamentosas podem corresponder ao não atendimento ao que é preconizado no Protocolo RAIVS, visto que muitos casos eram apenas suspeitos, não ter havido contato com secreção e ao fato de a notificação ter ocorrido após 72h.

Já os procedimentos preconizados para a profilaxia da Hepatite B foram menos realizados quando comparados com os de DSTs e HIV. Isso pode ser atribuído à possibilidade de a vítima possuir o esquema vacinal completo contra essa doença, conferido na caderneta de saúde da criança ou adolescente, durante o atendimento.

O encaminhamento obrigatório a instituições de proteção, como Conselho Tutelar visto por Gawryszewski e cols.¹¹ foi de 70,7%. Neste estudo, ocorreu em 90,5% dos casos. Apesar da obrigatoriedade da notificação de qualquer caso suspeito ou comprovado de violência aos conselhos tutelares desde 1990,⁵¹ observamos que ela não ocorreu em sua totalidade. Flahertye cols.⁵² referem que alguns pediatras são relutantes em envolver agências de proteção, mesmo que exista um forte indício de abuso. Esses autores citam como motivos dessa relutância a desconfiança nessas agências, o temor de que a criança seja retirada do convívio familiar, implicando situação de duplo efeito, uma vez que cria um outro dano,⁵³ bem como a crença de que sozinhos possam resolver todo o problema.⁴⁹

Observa-se que, ao ser revelado o abuso, o sistema familiar pode ser desfeito, com a possibilidade de as crianças serem retiradas de casa.¹⁸ No presente estudo constatou-se essa situação em sete casos, menos do que relatado por Habigzang e cols.⁵ em sua publicação no ano de 2006.

Agravos impactantes como ASI causam inúmeras sequelas que repercutem por toda a vida. A Ficha de Notificação do SINAN permitiu a avaliação de algumas delas. No período de sete anos que abrange este estudo, as taxas de gravidez, de abortamento previsto em lei e de DSTs foram respectivamente 1,0%, 3,5% e 3,4%. Segundo a Academia Americana de Pediatria,⁵⁴ aproximadamente 5,0% das crianças abusadas sexualmente contraem uma DST de seus vitimizadores, também visto por Hillis e cols.,⁵⁵ que notaram a existência de efeitos, de pequenos a moderados, do ASI no aumento das taxas de gravidez na adolescência, de aborto e do risco de contrair DSTs.

A tentativa de suicídio foi observada em 1,0% dos casos no presente estudo. Isso é muito diferente do encontrado na coorte de base populacional de Fergusson e cols.,¹³ na Nova Zelândia, que mostrou uma prevalência de 11,0-21,0% de tentativas de suicídio nos adultos jovens e adolescentes que experimentaram violência física severa e abuso sexual com penetração, contra 1,0-3,0% dos controles. É possível conjecturar que, se houvesse dados de seguimento das crianças e adolescentes, a repercussão poderia ser melhor avaliada por um profissional especializado e a prevalência seria maior.

Cummings e cols.¹⁸ encontraram uma prevalência de TEPT variando de 37,0% a 53,0% entre crianças abusadas; Chen e cols.¹⁵ encontraram a prevalência de 23% nas vítimas pré-adolescentes. No instrumento de coleta de dados utilizado consta a alternativa de TEPT, que apareceu neste estudo em 20,0% dos casos. Esse dado pode ser analisado criticamente, visto que para se estabelecer o diagnóstico TEPT são necessários alguns quesitos, entre os quais um tempo mínimo de sintomas de três meses,⁵⁶ o que é impossível nos casos de ASI agudo, com menos de 72 horas de evolução. Uma sugestão alternativa à “consequência TEPT”, na ficha, seria a presença da opção Transtorno do Estresse Agudo.

Pode-se admitir como potenciais limitações deste estudo as relativas ao uso de dados secundários, que se buscou minimizar pela conferência da sua veracidade nos prontuários médicos das vítimas que seguiram acompanhamento na instituição. As subnotificações podem ser atribuídas tanto à negação da família em procurar auxílio, como por simular outras situações para justificar as lesões apresentadas pelas vítimas, o que nem sempre é identificado como abuso sexual pelo profissional que realiza o atendimento.³³ A fidedignidade do dado “unidade federativa de residência da vítima”, por sua vez, pode ser questionado em algumas situações pela necessidade da família de conseguir atendimento em um município com mais estrutura de atendimento médico hospitalar. Alguns indicadores relevantes para ASI não foram incluídos na análise, por se utilizar uma ficha padronizada nacionalmente para a notificação dos casos de violência sexual, com dados pré-determinados.

É fundamental tornar mais acessível o instrutivo de preenchimento das notificações do SINAN, pois ao analisar o banco de dados questionamos se quem o preencheu estava a par das definições, assim como o preenchimento incompleto acaba por comprometer a análise de algumas variáveis.¹² Seria importante realizar capacitações mais frequentes sobre o tema ASI e sobre o instrumento de notificação – em todas as regiões do estado – e fazer busca ativa nos casos notificados e que não retornam ao seguimento ambulatorial.⁵⁷

As características de ASI são muito semelhantes nos diversos locais do Brasil onde foram realizados os estudos.^{9,11-12,17,36-37,42} Isso sugere que é possível realizar um programa nacional de prevenção deste agravo. Trata-se de um tema extremamente importante na área social com grande repercussão na vida futura dos envolvidos, especialmente das crianças e dos adolescentes, e por isso urgem ações que controlem esse grave problema brasileiro de Saúde Pública.^{2,20,32}

AGRADECIMENTOS

À Dra Eliane Vieira Araújo – Núcleo de Epidemiologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Às crianças em situação de violência, por me motivarem a tornar públicos esses dados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO/ISPCAN; 2006.
2. International Society for Preventing of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). World perspectives on child abuse. 8th ed. Geneva: ISPCAN; 2010 [Acesso em 2015 Fev 15]. Disponível em: <http://www.ispcan.org/CAN-facts/definition.html>
3. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005 Aug;116(2):506-12.
4. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):602-8.
5. Habigzang LF, Azevedo GA, Koller S, Machado PX. Fatores de risco e de proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. *Psicol. Reflex. Crít*. 2006;19(3):379-86.
6. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*. 2009;33(6):331-42.
7. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, Ed. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004. p. 1851-940.
8. Laaksonen T, Sariola H, Johansson A, Jern P, Varjonen M, von der Pahlen B, et al. Changes in the prevalence of child sexual abuse, its

- risk factors, and their associations as a function of age cohort in a finnish population sample. *Child Abuse Negl.* 2011 Jul;35(7):480-90.
9. Aded NLO, Oliveira SF, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Children and adolescents victimized by sexual abuse in the city of Rio de Janeiro: an appraisal of cases. *J Forensic Leg Med.* 2007 May;14(4):216-20.
 10. De Lorenzi DRS, Pontalti L, Flech RM. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. *Rev Cient AMECS.* 2001;10(1):1-6.
 11. Gawryszewski VP, Valencich DM, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev Assoc Med Bras.* 2012 Nov-Dez [Acesso em 2014 Jan 15];58(6):659-65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23250093>
 12. Machado HB, Lueneberg CF, Régis EI, Nunes MPP. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Texto Contexto Enfem* 2005;14:54-63.
 13. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008 Jun [Acesso em 2014 Jan 15];32(6):607-19. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18565580>
 14. Committee on Child Abuse and Neglect (COCAN). Protecting children from sexual abuse by health care providers. *Pediatrics.* 2011 Aug [Acesso em 2014 Jan 15];128(2):407-26. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21708795>
 15. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010 Jul;85(7):618-29.
 16. Salter D, McMillan D, Richards M, Talbot T, Hodges J, Bentovim A, et al. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet* 2003 Feb [Acesso em 2014 Jan 15];361(9356):471-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12583946>

17. Modelli ME, Galvão MF, Pratesi R. Child sexual abuse. *Forensic Sci Int.* 2012 Apr;217(1-3):1-4.
18. Cummings M, Berkowitz SJ, Scribano PV. Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Dec [Acesso em 2014 Jan 15];14(6):599-607. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23011785>
19. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics.* 2013 Aug;132(2):e558-67.
20. Wilson DR, Vidal B, Wilson WA, Salyer SL. Overcoming sequelae of childhood sexual abuse with stress management. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2012 Sep [Acesso em 2014 Jan 15];19(7):587-93. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22070354>
21. Paraventi F, Claudino AM, Morgan CM, Mari JJ. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. *Rev Psiq Clín* 2011;38(6):222-6.
22. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry* 2013 Jan [Acesso em 2014 Jan 15];54(1):16-27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854279>
23. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [Acesso em 2015 abr 01]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf
24. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, et al. *Pediatria básica: Tomo III - Pediatria clínica especializada.* São Paulo: Sarvier; 2004.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *População. Indicadores sociais mínimos.* Rio de Janeiro; 2014 [Acesso em 2015Abr 01]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD336>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades@.* Santa Catarina. Rio de Janeiro; 2014 [Acesso em 2015Abr 01]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=42&sear>

[ch=santa-catarina](#)

27. Brasil. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília; 2009 ago 10 [Acesso em 2015Abr 01];(151);1:1-2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
28. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [Código Penal]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília; 1940 dez. 31. Brasília, 1940 [Acesso em 2015 Abr 01]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/Del2848.htm
29. Minayo MCS. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, org. Violência e criança. São Paulo: Ed. USP; 2002. p. 95-11.
30. Cartón Duarte J, Cortés Arboleda MR, Cantón-Cortés D. Variables associated with the nature of sexual abuse to minors. Span J Psychol. 2012 Jul;15(2):571-81.
31. Maier T, Mohler-Kuo M, Landolt MA, Schnyder U, Jud A. The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: results from a nationwide agency survey. Int J Public Health. 2013 Dec;58(6):875-83.
32. Mohler-Kuo M, Landolt MA, Maier T, Meidert U, Schönbucher V, Schnyder U. Child sexual abuse revisited: a population-based cross-sectional study among swiss adolescents. J. Adolesc. Health. 2014 Mar;54(3):304-11.
33. Aded NLO, Dalcin BLGS, Cavalcanti MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007 Ago;23(8):1971-5.
34. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. Psicol USP. 2012;23(2):395-415.

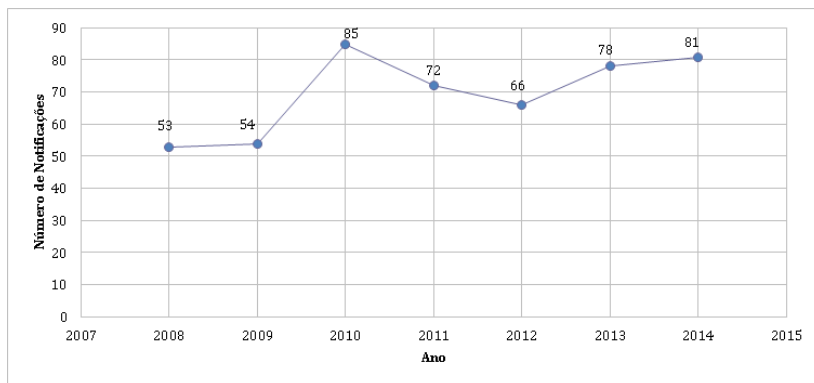
35. Martins CBG, Melo Jorge MHP. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do Sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Abr/Jun;19(2):246-55.
36. Bassani DG, Palazzo LS, Beria JU, Gigante LP, Figueiredo ACL, Aerts DRGC. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. *BMC Public Health.* 2009 [acesso em 2014 Jan 15];9:133. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-133.pdf>
37. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013 Jul/Set;22(3):403-12.
38. Furniss T. Abuso Sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia & intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
39. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson textbook of pediatrics [e-book]. 19th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011 [acesso em 2015 Abr 01]. Disponível em: http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9781437707557/Nelson_Textbook_of_Pediatrics_SampleChapter.pdf
40. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)* [online]. 2005 Nov [acesso em 2015 Abr 01];81(5-Suppl):s197-s204. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População: indicadores sociais mínimos. Rio de Janeiro; 2014 [acesso em 2015 Abr 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>
42. Zanatta EA, Dal Pai D, Resta DG, Argenta C, Motta MGC. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enferm foco (Brasília).* 2012;3(4):165-8.
43. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2002 Jan/Fev;18(1):315-9.
44. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K,

- et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus tratos infantis. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2005 Jan/Mar;5(1):103-8.
45. Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde, Programa Saúde da Mulher. Protocolo de atenção as vítimas de violência sexual do município de Florianópolis. Tubarão: Copiart; 2010.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. Santa Catarina. Rio de Janeiro, 2014 [acesso em 2014 jan 15]. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=42&search=santa-catarina>
47. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatric (Rio J)*. 2001 Set/Out;77(5):413-9.
48. Collin-Vézina D, Hélie S, Trocmé N. Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. *Child Abuse Negl.* 2010 Nov;34(11):807-12.
49. Lindsay W, Steptoe L, Haut F. Brief report: the sexual and physical abuse histories of offenders with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2012 Mar;56(3):326-31.
50. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009 Jan;373(9657):68-81.
51. Brasil. Portaria n. 1.968/GM/MS, 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] República Federativa do Brasil.* Brasília; 2001 Out 26;(206);1:86.
52. Flaherty EG, Macmillan HL, Committee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics.* 2013 Sep;132(3):590-7.
53. Ferreira AL, Schramm FR. [Ethical implications of domestic violence against child for the health care professionals]. *Rev Saude Publica.* 2000;34(6):659-65.

54. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, SS Long. Editors. Red book®: 2009 - Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009. p. 758.
55. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*. 2004 [acesso em 2014 jan 15];113(2):320-7. Disponível em:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/113/2/320.full.pdf+html>
56. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, Virgínia: DSM; 2013.
57. Brasil. Portaria n. 485/GM/MS, de 01 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília; 2014 Abr 02;(63);1:53-4.

FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Número de notificações/ano de ASI ($n=489$) do HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.



Nota: ASI: abuso sexual infantil - HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 1. Caracterização das vítimas de ASI ($n= 489$), segundo o sexo, notificados pelo HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.

Variáveis	Feminino		Masculino		p-valor ¹
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
n	369 (100,0)	-	120 (100,0)	-	
Idade†					
<2 anos	21(5,7)	3,3 - 8,1	9 (7,5)	2,7 - 12,3	<0,001
2 -- 6anos	115 (31,2)	26,5 - 26,3	51 (42,5)	33,5 - 51,5	
6 -- 10 anos	81 (21,9)	17,8 - 26,3	37 (30,8)	22,5 - 39,2	
10 -- 15 anos	152 (41,2)	36,1 - 46,2	23 (19,2)	12,0 - 26,3	
Idade ECA					
Criança	225 (69,1)	64,6 - 74,0	106 (88,3)	82,5 - 94,2	<0,001
Adolescente	114 (30,9)	26,2 - 35,6	14 (11,7)	5,8 - 17,5	
Cor/Raça*					
Branca	251 (77,5)	72,9 - 82,0	82 (79,6)	71,7 - 87,5	NA
Preta	27 (8,3)	5,3 - 11,4	9(8,7)	3,2 - 14,3	
Amarela	1 (0,3)	0,0 - 0,9	1 (1,0)	0,0 - 2,9	
Parda	44 (13,6)	9,8 - 17,8	11 (10,7)	4,6 - 16,7	
Indígena	1 (0,3)	0,0 - 0,9	-	-	
Deficiência					
Não	349 (94,6)	92,3 - 96,9	113 (94,2)	89,9 - 98,4	0,863
Sim	20 (5,4)	3,1 - 7,7	7 (5,8)	1,6 - 10,1	
Ocorrência*					
1 vez	137 (51,3)	45,3 - 57,3	33 (41,3)	30,2 - 52,3	0,114
2 ou mais	130 (48,7)	42,7 - 54,7	47 (58,8)	47,7 - 69,8	

IC95%: intervalo de confiança de 95%; ¹ Teste qui quadrado; *Dados sem informação de todos os registros; NA: não aplicável.

†Estratificação segundo Marcondes

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 2. Caracterização dos autores (n=444) de ASI, segundo sexo da vítima, notificados pelo HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.

Variáveis	Feminino		Masculino		p-valor ¹
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
n	369 (100,0)	-	120(100,0)	-	
Sexo*					
Masculino	313 (92,8)	90,1 - 95,6	95(88,8)	83,9 - 95,6	0,382
Feminino	13 (3,9)	1,8 - 5,9	8 (7,5)	1,8 - 11,3	
Ambos	11 (3,3)	1,4 - 5,2	4 (3,7)	0,1 - 7,4	
Conhecido da vítima					
Sim	233 (63,1)	58,2 - 68,1	92 (76,7)	69,0 - 84,3	0,006
Não	136 (36,9)	31,9 - 41,8	28 (23,3)	15,7 - 31,0	
Uso de álcool*					
Não	142 (66,1)	59,7 - 72,4	52 (76,5)	66,1 - 86,8	0,107
Sim	73 (34,0)	27,6 - 40,3	16 (23,5)	13,2 - 33,9	
Número de envolvidos *					
1	277 (85,0)	81,1 - 88,9	92 (86,0)	79,3 - 92,7	0,798
2 ou mais	49 (15,0)	11,1 - 18,9	15 (14,0)	7,33 - 20,7	

IC95% = intervalo de confiança de 95%; ¹ Teste qui quadrado; *Dados sem informação de todos os registros

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 3. Tipologia dos casos de ASI (n= 489), segundo o sexo da vítima, notificados pelo HIJG (SINAN), SC, 2008-2014.

Variáveis	Feminino		Masculino		p-valor ¹
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
n	369 (100,0)	-	120(100,0)	-	
Assédio sexual*					0,003
Sim	129 (42,6)	37,0 - 48,2	26 (25,7)	17,1 - 34,4	
Não	174 (57,4)	51,8 - 63,0	75 (74,3)	65,6 - 82,9	
Estupro†					0,079
Sim	232 (62,9)	57,9 - 67,8	34 (28,3)	20,2 - 36,5	
Não	137 (37,1)	32,2 - 42,1	86 (71,7)	63,5 - 79,8	
Penetração*					0,011
Sim	115 (56,1)	49,2 - 62,9	58 (72,5)	62,5 - 82,5	
Não	90 (43,9)	37,1 - 50,8	22 (27,5)	17,5 - 37,5	
Tipo de Penetração*					<0,001
Anal					
Sim	38 (16,4)	11,8 - 21,6	55 (69,2)	59,3 - 80,0	
Não	189 (83,3)	78,7 - 88,4	24 (30,4)	20,0 - 40,7	
Oral					0,012
Sim	19 (8,8)	5,0 - 12,5	14 (19,7)	10,2 - 29,2	
Não	198 (91,2)	87,5 - 95,0	57 (80,3)	70,8 - 89,8	
Vaginal					
Sim	128 (59,0)	52,4 - 65,6	NA	-	
Não	89 (41,0)	34,4 - 47,6			

IC95% = intervalo de confiança de 95%; ¹ Teste qui quadrado; *Dados sem informação de todos os registros; NA: não aplicável.

† Associação de Atentado Violento ao Pudor e Estupro

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 4. Descrição dos procedimentos realizados (n=435) segundo sexo da vítima de ASI, notificados pelo HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.

Variáveis	Feminino		Masculino		p-valor ¹
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
n	369 (100,0)	–	120(100,0)	–	
Profilaxia DST*					0,069
Sim	99 (30,7)	25,6 - 35,7	24 (21,6)	13,8 - 29,4	
Não	224 (69,6)	64,3 - 74,4	87 (78,4)	70,6 - 86,2	
Profilaxia HIV*					0,116
Sim	94 (29,1)	24,1- 34,1	24 (21,4)	13,7 - 29,1	
Não	229 (70,9)	65,9 - 75,9	88 (78,6)	70,9 - 86,3	
Profilaxia HBV*					0,318
Sim	71 (22,5)	17,9 - 27,2	20 (18,0)	10,8 - 25,3	
Não	244 (77,5)	72,8 - 82,1	91 (82,0)	74,7 - 89,2	
Coleta de sangue*					0,069
Sim	167 (52,5)	47,0 - 58,0	49 (42,6)	33,4 - 51,8	
Não	151 (47,5)	42,0 - 53,0	66 (57,4)	48,2 - 66,6	
Coleta de sêmen*					0,901
Sim	33 (10,7)	7,2 - 14,1	12 (11,1)	5,1 - 17,1	
Não	276 (89,3)	85,6 - 92,8	96 (88,9)	82,9 - 94,9	
Coleta de secreção vaginal*					NA
Sim	70 (24,7)	19,6 - 29,7	NA	-	
Não	214 (75,3)	70,3 - 80,4	NA		
Contraceção de emergência*					
Sim	48 (16,7)	12,3 - 21,0	NA	-	NA
Não	240 (83,3)	79,0 - 87,7	NA		
Aborto Previsto em Lei*					
Sim	5 (3,5)	0,4 - 6,5	NA	-	NA
Não	138 (96,5)	93,5 - 99,6	NA		

IC95% = intervalo de confiança de 95%;¹ Teste qui quadrado; *Dados sem informação de todos os registros; NA: não aplicável

TEPT: transtorno do estresse pós-traumático

DST: doença sexualmente transmissível

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

5.2 ARTIGO II: FATORES DE RISCO PARA ABUSO SEXUAL INFANTIL CONTÍNUO, OBSERVADOS POR MEIO DAS NOTIFICAÇÕES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA PEDIÁTRICO/SC

Fatores de risco para abuso sexual infantil contínuo, observados por meio das notificações de um centro de referência pediátrico/SC

Título corrido: Continuidade do abuso sexual infantil: fatores de risco

Runnig title: *Continuity of child sexual abuse: risk factors*

Vanessa Borges Platt, MD¹

Isabela de Carlos Back, MD, PhD¹

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Vanessa Borges Platt apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Conflitos de interesses e financiamentos: os autores declaram ausência de potenciais conflitos de interesses na realização desse estudo.

Número de palavras: 3141

Número de figuras/tabelas: 4

Endereço para correspondência:

Vanessa Borges Platt

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde – Hospital Universitário – Campus Universitário – Trindade

CEP: 88040-970 – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

E-mail: vanessa.platt@ufsc.br

RESUMO

Estudo realizado em Florianópolis (SC), em 2015, avaliando 489 notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes em um serviço de referência, dos anos de 2008 a 2014. A variável dependente foi a continuidade do abuso sexual e as variáveis independentes foram, quanto à vítima: sexo, faixa etária, cor e raça, presença ou não de deficiência e quanto ao autor: sexo, uso de álcool, número de envolvidos, relação com a vítima. O local de ocorrência e a presença ou não de estupro também foram variáveis independentes avaliadas. Para avaliar a relação entre a continuidade do abuso e possíveis fatores associados, foi feito inicialmente teste de qui quadrado e testadas as variáveis, no modelo de regressão, que apresentaram $p < 0,2$. A continuidade do abuso sexual ocorreu em 51,0% das notificações (IC95%: 45,72-56,29). O modelo que mais se ajustou para abuso sexual contínuo incluiu o sexo do autor ser masculino (RC:9,82; IC_{95%}:1,13-85,25), o maior número de envolvidos (RC:2,39; IC_{95%}: 1,03-5,56), o local da ocorrência ser a residência (RC:2,32; IC_{95%}:1,08-4,95) e o autor ser conhecido da vítima (RC:1,94; IC_{95%}:1,09-3,46), explicando 63,6% dos casos (78,9% dos positivos e 44,3% dos negativos), com teste de Hosmer e Lemeshow de 0,858. Dadas as características semelhantes dos fatores associados do ASI contínuo no território nacional e no exterior, é necessário continuar investigando, discutindo o assunto nas diferentes esferas sociais e meios acadêmicos, buscando o entendimento do fenômeno e a promoção de modelos promissores em prevenir essa forma nefasta de violência.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Violência Sexual; Fatores de Risco.

ABSTRACT

A study was conducted in Florianópolis (SC) in 2015, evaluating 489 reports of sexual violence against children and adolescents in a reference service, from 2008 to 2014. The dependent variable was the continuity of sexual abuse and the independent variables were sex of the victim, the victim's age, color and race, presence or absence of disability of the victim, place of occurrence, sex of perpetrator, use of alcohol by perpetrator, number of people involved, victims relationship with the perpetrator and presence or absence of rape. To evaluate the

relationship between continuity of abuse and associated factors, chi-square test was done and variables with $p < 0.2$ were tested in the regression model. The odds ratios with confidence intervals were calculated. The continuity of the sexual abuse accounted for 51.0% of the notifications (CI 95%:45.72 to 56.29). The best adjusted model for continuous sexual abuse included the sex of the author being male (OR: 9.82; 95% CI: 1.13 to 85.25), the highest number of people involved (OR: 2.39; 95% CI: 1.03 to 5.56), the place of occurrence being the victims' or perpetrators' residence (OR: 2.32; 95% CI: 1.08 to 4.95) and the author being known to the victim (OR: 1.94; 95% CI: 1.09 to 3.46); explaining 63.6% of the cases (78.9% of positive and 44.3% of negative) with Hosmer and Lemeshow test of 0.858. Due to the similar characteristics of the associated factors of continuous CSA in Brazil and abroad it is recommended to continue investigation and discussion in different social spheres and academia, seeking the understanding of this phenomenon and the promotion of more adequate models to prevent this form of violence.

Key words: *Child; Adolescent; Sexual Violence; Risk Factors.*

INTRODUÇÃO

Abuso sexual infantil (ASI) ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, com a qual ela ou ele tem o desenvolvimento incompatível, e que não possa dar consentimento ou que viole as leis ou as regras (acordos institucionais) da sociedade.¹⁻⁴

De maneira esquemática, as situações de violência sexual podem ser divididas em agudas e crônicas, em função das demandas específicas de cada uma das categorias em relação aos serviços de saúde.⁵

As situações de violência sexual aguda correspondem, na grande maioria, aos “assaltos sexuais” relacionados intimamente com a violência urbana e com ocorrência, basicamente, no espaço público.⁵

Já as situações de violência sexual crônica, por sua vez, ocorrem por períodos mais extensos e de maneira progressiva; são cometidas principalmente contra crianças de ambos os sexos, por pessoas próximas e que contam com a confiança desses menores e das famílias. As ameaças são geralmente veladas, bem como o uso de violência física nem sempre está presente. Existe a possibilidade de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou gestação, mas lacerações

e lesões físicas graves são pouco frequentes. O atendimento inicial a esse tipo de situação pode ser feito em serviço ambulatorial.⁵

Continuidade do ASI foi definida por Duarte e cols.⁶ como a ocorrência de três ou mais episódios de abuso estando relacionada à severidade, ou seja, quanto mais tempo de exposição ao abuso, mais intrusivo ele foi. Para Sinanan, abuso recorrente foi aquele em que a vítima foi submetida a um novo episódio de violência sexual em um período de até três anos do último abuso.⁷

Como consequência, tem sido sugerido que a história de abuso sexual na infância, particularmente dos tipos mais intrusivos, resulta em interrupções do desenvolvimento da sexualidade da criança e tem influências negativas em futuras relações sexuais.⁸

Ao estudar as notificações de maus tratos infantis do estado de São Paulo, Gawryszewski e cols.⁹ encontraram 1,4 vezes mais chances de recorrência do abuso sexual quando comparado ao abuso físico.

São apontados como mediadores do impacto dessa violência para o desenvolvimento fatores como: duração, frequência, condições nas quais a violência sexual ocorre (com ou sem a presença de ameaças e/ou violência), idade da criança ou adolescente, relacionamento com os autores, reação dos cuidadores diante da revelação e ausência de figuras parentais protetoras.¹⁰ São sinais de pior prognóstico as formas mais intrusivas de abuso, estupros mais violentos, longos períodos de abuso sexual e relação íntima entre o perpetrador e a vítima.²

Os efeitos dos maus tratos nos cérebros em desenvolvimento, tanto na infância como na adolescência, começam a dar claras indicações de que eles podem ser psicologicamente alterados por estresse prolongado, severo e imprevisível, durante a tenra infância. Tais alterações nesse período podem afetar negativamente o crescimento físico, cognitivo, emocional e social da criança. Com isso, crianças que experimentaram abuso crônico e negligência durante os primeiros anos de vida podem viver em um persistente estado de hiperexcitação ou de dissociação, antecipando uma ameaça de todos os lados.¹¹

O abuso sexual na criança é tanto uma questão normativa e política quanto clínica. Possui importantes aspectos sociológicos e antropológicos. Para os profissionais, que precisam lidar com suas consequências, ASI representa uma ameaça aos papéis profissionais tradicionais, um desafio às tradicionais estruturas de cooperação, um grande fardo emocional e uma constante zona de perigo e fracasso profissional.¹⁰ A cronicidade do abuso gera demandas e tratamentos diferentes e muito mais intensos, assim como envolve múltiplos sistemas e organizações, ocasionando aumento do estresse familiar e da

criança.¹²

Com 20 anos de trabalho no enfrentamento da violência sexual, o Brasil apresenta um duplo cenário. Por um lado, há avanços expressivos na consolidação de marcos legais, de políticas públicas e de construção de alguns dados sobre o fenômeno. Por outro, ainda encontra dificuldade em mensurar a dimensão do problema, em trabalhar a diversidade de manifestações no extenso território nacional e em pautar o assunto nos diferentes espaços públicos e privados.¹³

A inclusão dos dados referentes à violência sexual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é relativamente recente (2008). Trabalhos utilizando dados desse sistema podem constituir uma estratégia importante para universalizar sua utilização, conhecer a realidade locorregional, além de propiciar uma análise crítica de seu funcionamento.

Conhecer a prevalência do abuso sexual contínuo na população infanto-juvenil e seus determinantes permite estimar a extensão do problema, bem como formular possíveis intervenções de enfrentamento. Diante desse contexto, o objetivo deste estudo é testar a associação entre o desfecho “continuidade do abuso” e as variáveis – tipo de abuso, lugares e circunstâncias, vínculo com o agressor, uso de álcool pelo agressor, número de envolvidos, sexo da vítima, sexo do agressor, idade da vítima, cor da pele da vítima – notificadas em um serviço de referência desse agravo, utilizando registros do SINAN.

MÉTODOS

Estudo transversal que avaliou todos os casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual infantil, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014, e notificados por um hospital pediátrico de Florianópolis, estado de Santa Catarina/Brasil, foram incluídos neste estudo.

O hospital de onde os dados do SINAN foram extraídos é referência regional no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual desde 2000, como sítio do “Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual do Município de Florianópolis” (Protocolo RAIVS). Alimentam regularmente essa base de dados as notificações de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes, em conformidade com o instrutivo da ficha de notificação.

As variáveis de exposição relacionadas à vítima foram a idade, a

raça ou cor e a presença ou não de deficiências ou transtornos físicos e/ou mentais. A idade foi registrada em anos completos, calculada pela data de nascimento e categorizada, conforme Marcondes¹⁴, nas seguintes faixas etárias: 0 a 2 anos (exclusivo), 3 a 6 (exclusivo), 6 a 10 anos (exclusivo) e 10 a 15 (exclusivo). Após análise e averiguação da de maior risco, foi dicotomizada 6 a 10 anos (exclusivo) e “todas as outras”. A raça ou cor registrada seguiu autorreferência da vítima conforme as opções utilizadas no Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): branca, preta, amarela, parda ou indígena¹⁵. Essa variável foi dicotomizada em branca e não branca. As deficiências ou transtornos foram classificados em visual, auditivo, mental, físico, de comportamento. Eles foram agrupados, gerando a variável “deficiência”, que também foi dicotomizada em presença ou ausência.

Caracterizou-se o provável autor da violência sexual quanto ao sexo (se masculino, feminino ou múltiplos autores e de ambos os sexos), ao número de envolvidos, à suspeita do uso de álcool (se sim ou não) e ao vínculo ou grau de parentesco com a vítima (se pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, irmão, amigo, cuidador, desconhecido, pessoa em relação institucional ou outros). Para fins de análise foi gerada a categoria “conhecido”. Este grupo, “ser conhecido da vítima”, foi composto pelos seguintes “autores”: pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, irmão, amigos, cuidador, amigo, pessoa em relação institucional e outros.

No dado “ocorrência” do ASI, os locais de residência e habitação coletiva foram agrupados, gerando a variável “residência”, e os demais locais foram agrupados como “qualquer lugar”.

A violência sexual foi tipificada em termos da presença ou ausência de assédio sexual, atentado violento ao pudor e estupro. Ressalta-se que mesmo com a Lei Federal Brasileira nº.12015, de 2009¹⁶, que fundiu em um único artigo os crimes de estupro e atentado violento ao pudor, optou-se, neste estudo, por analisar os dois conceitos separados e conjuntamente, pois a ficha de notificação se manteve inalterada até o ano de 2015.

Na variável “continuidade”, “uma vez” traduz caso isolado de ASI e “duas ou mais vezes”, os casos onde houve repetição do abuso. Para efeitos práticos, na redação deste artigo optou-se por utilizar as definições continuidade e recorrência como sinônimos.

Foram calculadas as prevalências, com os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. À análise bivariada, a associação entre

“continuidade do abuso” e variáveis independentes foi determinada pelo teste de qui quadrado, considerados como significante se $p < 0,05$.

Todas as variáveis que apresentaram $p < 0,2$ foram testadas no modelo de regressão logística anterógrada, utilizando o método de verossimilhança. Foi testado o percentual de explicação dos resultados, e o ajuste do modelo foi determinado pelo índice de Hosmer & Lemeshow. As associações são apresentadas na forma de razão de chance (RC) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}).

Os dados obtidos foram exportados das planilhas eletrônicas do SINAN no formato EXCEL® (14.5.3, *Santa Rosa - USA*, 2010), avaliados um a um por três observadores e, quando havia dúvidas ou discordância nos mesmos, foi realizada a conferência na própria ficha de notificação. Posteriormente esses dados foram transformados mediante o programa Stata Transfer (versão 8, *Texas, EUA*) e analisados por meio do software estatístico Stata 11.0 (*Stata Corporation – College Station, Texas, EUA*). As análises multivariadas foram realizadas no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, EUA*) versão 17.0 para Windows 7 (*Santa Rosa - USA*, 2009).

RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados referem-se a 489 notificações de abuso sexual infantil - suspeitos ou confirmados – contra crianças e adolescentes menores de 15 anos, realizadas nos anos de 2008 a 2014. Entre essas 489 notificações houve registro sobre o número de vezes em que ocorreu o abuso em 347 delas. O abuso foi contínuo em 177 casos, o que representou 51,0% do total de notificações do período (IC95%:45,72 - 56,29).

A maior ocorrência de abuso contínuo deu-se nas vítimas do sexo masculino, na faixa etária entre 6 e 10 anos, com o abuso ocorrendo na residência, como descrito na Tabela 1.

O perfil do autor do abuso contínuo e seu vínculo com a vítima, bem como a tipificação de abuso, são apresentados na Tabela 2.

A associação entre o desfecho “continuidade do abuso” e variáveis de exposição estão descritas na Tabela 3. Apresentaram associação estatisticamente significante com o desfecho para a inclusão na regressão ($p < 0,2$), o sexo do autor masculino ($p = 0,002$), o autor ser conhecido da vítima ($p = 0,021$), a residência do autor ou da vítima como local do abuso ($p = 0,042$), ter duas ou mais pessoas envolvidas na autoria do abuso ($p = 0,045$), o tipo de abuso ser o estupro ($p = 0,076$), a

vítima ter idade entre 6 e 10 anos ($p = 0,106$) e o sexo da vítima ser masculino ($p = 0,114$).

Na análise multivariada, o modelo que melhor explicou o desfecho “continuidade do abuso” incluiu o autor ser conhecido da vítima (RC:1,94; IC_{95%}:1,09–3,46), o local da ocorrência ser a residência (RC:2,32; IC_{95%}:1,08–4,95), o sexo do autor ser masculino (RC:9,82; IC_{95%}:1,13 – 85,25) e o maior número de envolvidos (RC:2,39; IC_{95%}:1,03 – 5,56). Apesar de não apresentar significância estatística, contribuiu para o ajuste do modelo o sexo da vítima ser masculino (RC: 1,71; IC_{95%}: 0,89 – 3,29). O teste de Hosmer & Lemeshow foi de 0,858, explicando 78,9% dos dados positivos, 44,3%, dos negativos e 63,6% dos resultados de forma global. O modelo está descrito na Tabela 4.

DISCUSSÃO

A gravidade das repercussões tanto na saúde física como mental das vítimas infante juvenis que sofreram abuso sexual contínuo e a escassez de estudos nessa área justificam a importância deste estudo. A análise realizada permitiu identificar fatores associados à continuidade desse tipo de violência.

No contexto estudado, estão em maior risco para sofrer abuso contínuo os meninos, o abuso ocorrer na sua residência ou na do autor e o agressor ser um homem conhecido.

O abuso sexual é uma transgressão secreta, que viola os limites da intimidade pessoal. É um processo dinâmico que não se resume a seus participantes diretos, mas a todo o núcleo familiar, permeado por sensações de culpa, vergonha e inadequação de cuidados para a maioria dos envolvidos. A revelação é um processo complexo, carregado de ambiguidades e contradições⁵. É um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes econômicas, etnias, religiões e culturas.¹⁷

A continuidade do abuso é a face insidiosa da violência sexual contra crianças e adolescentes, contribui para que eles sejam abusados por várias vezes e longos períodos,¹⁸ e repercute de forma impactante na vida das vítimas.⁸

A continuidade de ASI neste estudo ocorreu em 51,0% dos casos. Essa prevalência é semelhante à de 49,5%, encontrada por Duarte e cols.,⁶ considerando ocasiões e abuso contínuo. Em outros estudos brasileiros, de Martins e cols.¹⁸ e Machado e cols.,¹⁹ ela ocorreu em 36,6% e 39,7%, respectivamente. Dados coletados em sete estados americanos por Sinanan⁷ mostraram que a recorrência de ASI foi de

30,0%, ressaltando-se que o critério de recorrência utilizado foi de uma nova notificação em um período de até 3 anos de seguimento, com idade das vítimas até 18 anos.

No presente estudo a maior prevalência de abuso contínuo foi entre os escolares que, mesmo sem significância estatística, contribuiu para o ajuste do modelo. Essa faixa etária também foi a de maior risco no estudo de Sinanan.⁷ Já para Duarte e cols.⁶, a faixa dos pré-escolares teve mais chance de o ASI ser contínuo, envolver sexo oral, e com maior severidade. Isso concorda com dados previamente descritos, que relatam que crianças em idade pré-escolar, quando comparadas aos escolares e adolescentes, têm maior risco de sofrer sexo oral, de o abuso ser mais contínuo e ser de natureza mais séria. A idade jovem da vítima favorece a impunidade do autor por cometer um abuso mais invasivo e a manutenção do segredo por mais tempo.⁶ Por outro lado, estudos anteriores inferem que, para as vítimas em uma faixa etária mais elevada, poderia haver alguma dificuldade em relatar queixas de abuso sexual, devido ao possível constrangimento resultante e à repercussão familiar e social.^{10, 20}

Observou-se que, em quase 60,0% dos casos, as vítimas do abuso contínuo eram do sexo masculino e o risco dessa continuidade foi 1,5 vezes maior do que para as vítimas do sexo feminino. Para Sinanan,⁷ cuja amostra foi composta por 75,0% de vítimas do sexo feminino, não houve diferença, à análise univariada, entre os gêneros para risco de recorrência. Uma explicação para a maior duração do ASI contínuo no sexo masculino é a de que meninos e homens podem não perceber as situações de violência sexual como tais ou considerá-las como comportamentos de iniciação sexual e, assim, não efetuar a notificação de imediato, possibilitando a recorrência da mesma.²¹

O risco de abuso envolvendo contato após os 16 anos é maior para aqueles que foram abusados antes dessa idade, com razão de chance de 9,2, segundo dados de Bebbington e cols.²² Embora no estudo desses autores a prevalência de ASI tenha sido menor no sexo masculino, seus achados inferem que homens abusados na infância mais comumente foram abusados também na vida adulta do que as mulheres. Encontraram RC para a repetição de abuso sexual com contato da vida adulta foi de 6,6 para o sexo feminino e 18,3 para o masculino.

A maioria dos autores da agressão ser do sexo masculino e conhecido das vítimas é evidenciado em diversos estudos.^{4,9,19,23-25} Os dados aqui apresentados mostram que a chance de continuidade do abuso perpetrada por conhecidos foi 1,68 vezes maior do que ser perpetrado por não conhecido. Duarte e cols.⁶ encontraram prevalência

da autoria de abuso contínuo de 53,3% referentes a parentes, principalmente primos e tios ou membros do núcleo familiar (irmãos, pais ou padrastos), ou seja, conhecidos das vítimas. Além da proximidade, que facilita a abordagem, essas pessoas contam com a confiança das vítimas, usando a relação de credulidade para se aproximar cada vez mais, num processo insidioso, sem que a criança perceba o ato abusivo do adulto.¹⁸

A relação da continuidade do abuso e o grau de ligação da vítima com o autor da violência nem sempre pode ser mensurada. Uma das razões pode dever-se à dificuldade em documentar e notificar a violência sexual intrafamiliar, onde há o pressuposto social de que a criança e o adolescente devem ser protegidos pela família. Há ainda a possibilidade de as vítimas serem obrigadas a desmentir as acusações de violência impetrada por parentes, por medo ou receio de perder o contato com esse “ente querido” ou temor do que venha a acontecer com este.¹⁷

Trabalhar com crianças que sofreram abuso sexual e suas famílias é complexo: como um problema multidisciplinar genuíno e global, requer a estreita cooperação de uma ampla gama de diferentes profissionais com diferentes tarefas. Como um problema legal e terapêutico, requer por parte de todos os profissionais envolvidos o conhecimento dos aspectos criminais e de proteção à criança, assim como aspectos psicológicos. Além disso, envolve as crianças como seres humanos estruturalmente dependentes, que são pessoas com seus próprios direitos, mas que não podem exercê-los elas mesmas, precisando de proteção e do cuidado dos pais.¹⁰

As potenciais limitações deste estudo são relativas ao uso de dados secundários. Aventa-se que possa haver subnotificações e que elas possam ser devidas tanto à negação da família em procurar auxílio, como à ocultação da real causa das lesões apresentadas pelas vítimas, o que nem sempre é identificado como abuso sexual pelo profissional que realiza o atendimento.

Neste estudo, em 29,0% das notificações não foi declarado o número de vezes que a vítima sofreu abuso. Para Sinanan,⁷ em estudo realizado com amostra de 7 estados dos Estados Unidos, a ausência dessa informação ocorreu em 30,0% das notificações avaliadas. Para Machado e cols.¹⁹, em estudo realizado no Brasil, ela foi de 42,2%.

Não foi possível incluir na análise alguns indicadores que poderiam ser relevantes para ASI. Essa limitação decorre da utilização da ficha padronizada nacionalmente para a notificação dos casos de violência sexual, com variáveis pré-estabelecidas.

Apesar das limitações elencadas, os dados disponíveis permitiram construir um modelo preditivo de abuso contínuo.

Com base na análise de regressão, é importante destacar que os fatores definidos pelo modelo (o autor do abuso ser conhecido da vítima, ser do sexo masculino, o local do abuso ser a residência da vítima ou do autor da violência e ter mais de uma pessoa responsável pela agressão) indicam abuso contínuo em 78,9% dos casos. Esse é um fator preditivo importante e de fácil aplicação prática. Ou seja, no atendimento de abuso sexual infanto-juvenil, o profissional que se depara com uma situação definida pelo perfil revelado no modelo deve suspeitar e investigar abuso contínuo, pois tem uma possibilidade de acerto de praticamente 80,0%. Nesses casos estaria indicada uma abordagem multidisciplinar com esse olhar.

Dada a carga social em longo prazo, os impactos e a morbidade do ASI contínuo, urge continuar investigando, discutindo o assunto nas diferentes esferas sociais e meios acadêmicos, buscando o entendimento do fenômeno e a promoção de modelos promissores para prevenir essa forma nefasta de violência. Assim, poderá ser possível minimizar o desenvolvimento de problemas psicoemocionais e suas comorbidades nas vítimas.¹²

Além disso, do aumento do conhecimento sobre os mecanismos potenciais de continuidade do abuso sexual, da adolescência à vida adulta, espera-se emergir a possibilidade de se desenvolverem mais programas efetivos de prevenção intervencionista.²⁶

REFERÊNCIAS

1. International Society for Preventing of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). World perspectives on child abuse. 8th ed. Geneva: ISPCAN; 2010 [Acesso em 2015 Fev 15]. Disponível em: <http://www.ispcan.org/CAN-facts/definition.html>
2. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005 Aug;116(2):506-12.
3. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):602-8.

4. Habigzang LF, Azevedo GA, Koller S, Machado PX. Fatores de risco e de proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. *Psicol. Reflex. Crít.* 2006;19(3):379-86.
5. Waskmann RD, Hirschheimer MR. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Brasília: CFM; 2011.
6. Cartón Duarte J, Cortés Arboleda MR, Cantón-Cortés D. Variables associated with the nature of sexual abuse to minors. *Span J Psychol.* 2012 Jul;15(2):571-81.
7. Sinanan AN. The impact of child, family, and child protective services factors on reports of child sexual abuse recurrence. *J Child Sex Abus.* 2011 Nov;20(6):657-76.
8. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, Ed. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors.* Geneva: WHO; 2004. p. 1851-940.
9. Gawryszewski VP, Valencich DM, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev Assoc Med Bras.* 2012 Nov-Dez [Acesso em 2014 Jan 15];58(6):659-65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23250093>
10. Furniss T. *Abuso Sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia & intervenção legal integrados.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
11. World Health Organization (WHO). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.* Geneva: WHO/ISPCAN; 2006.
12. Cummings M, Berkowitz SJ, Scribano PV. Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Dec [Acesso em 2014 Jan 15];14(6):599-607. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23011785>

13. Santos BR, Gonçalves IB, Vasconcelos G, Barbieri P, Nascimento V. Editores. Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes. Brasília: EdUCB; 2014.
14. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, al e. *Pediatria básica: Tomo III - Pediatria clínica especializada*. São Paulo: Sarvier; 2004.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *População. Indicadores sociais mínimos*. Rio de Janeiro; 2014 [Acesso em 2015Abr 01]. Disponível em:
<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD336>
16. Brasil. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília; 2009 ago 10 [Acesso em 2015Abr 01];(151);1:1-2. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
17. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Nelson textbook of pediatrics [e-book]*. 19th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011 [acesso em 2015 Abr 01]. Disponível em:
http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9781437707557/Nelson_Textbook_of_Pediatrics_SampleChapter.pdf
18. Martins CBG, Melo Jorge MHP. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do Sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Abr/Jun;19(2):246-55.
19. Machado HB, Lueneberg CF, Régis EI, Nunes MPP. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Texto Contexto Enfem* 2005;14:54-63.

20. Aded NLO, Dalcin BLGS, Cavalcanti MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007 Ago;23(8):1971-5.
21. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicol USP*. 2012;23(2):395-415.
22. Bebbington PE, Jonas S, Meltzer H, Brugha T, Jenkins R, Cooper C, et al. Child sexual abuse reported by an English National sample: characteristics and demography. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2011 Mar;46(3):255-262.
23. Bassani DG, Palazzo LS, Beria JU, Gigante LP, Figueiredo ACL, Aerts DRGC. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. *BMC Public Health*. 2009 [acesso em 2014 Jan 15];9:133. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-133.pdf>
24. Mohler-Kuo M, Landolt MA, Maier T, Meidert U, Schönbucher V, Schnyder U. Child sexual abuse revisited: a population-based cross-sectional study among swiss adolescents. *J. Adolesc. Health*. 2014 Mar;54(3):304-11.
25. Salter D, McMillan D, Richards M, Talbot T, Hodges J, Bentovim A, et al. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet* 2003 Feb [Acesso em 2014 Jan 15];361(9356):471-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12583946>

TABELAS

Tabela 1. Associação entre continuidade do abuso com perfil da vítima e local da ocorrência ($n=347$), das notificações de ASI do HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.

Variáveis	n (%)	(IC95%)
Sexo		
Feminino	130 (48,7)	42,7 - 54,7
Masculino	47 (58,8)	47,7 - 69,8
Idade[†]		
< 2 anos	3 (25,0)	0,0 - 53,7
2 -- 6 anos	46 (49,5)	39,1 - 59,8
6 --10 anos	56 (59,0)	48,9 - 69,0
10 -- 15 anos	72 (49,0)	40,8 - 57,2
Idade ECA		
Criança	127 (52,7)	46,3 - 59,0
Adolescente	50 (47,2)	37,5 - 56,8
Idade 2 CATE		
6 --10 anos	56 (59,0)	48,9 - 69,0
Todas as Outras	121 (48,0)	41,8 - 54,2
Cor/Raça*		
Branca	121 (52,4)	45,9 - 58,9
Não Branca	35 (48,6)	36,9 - 60,4
Deficiência		
Não	165 (50,8)	45,3 - 56,2
Sim	12 (54,6)	31,9 - 77,1
Local*		
Outros	19 (40,4)	25,9 - 55,0
Residência [‡]	117 (56,8)	50,0 - 63,6

IC95% = intervalo de confiança de 95%

*Dados sem informação de todos os registros

† Categorização conforme Marcondes

‡Residência da vítima ou do autor

Idade 2 CATE : idade em duas categorias

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

Tabela 2. Associação entre continuidade do abuso com perfil do autor, seu vínculo com a vítima e tipo de abuso ($n=347$), das notificações de ASI do HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014.

Variáveis	n (%)	(IC95%)
Conhecido		
Não	52 (42,6)	33,7 - 51,5
Sim	125 (55,6)	49,0 - 62,1
Uso de álcool pelo autor*		
Não	78 (49,0)	41,2 - 56,9
Sim	38 (51,4)	39,7 - 63,0
Número de envolvidos*		
1	138 (49,5)	43,6 - 55,4
2 ou mais	33 (64,7)	51,1 - 78,3
Sexo 2 CATE*		
Feminino	1 (8,3)	0,0 - 26,7
Masculino	171 (53,9)	48,4 - 59,4
Tipo de abuso		
Estupro [†]		
Não	45 (43,7)	33,9 - 53,4
Sim	132 (54,1)	47,8 - 60,4
Penetração*		
Não	42 (47,2)	36,6 - 57,8
Sim	69 (47,9)	39,7 - 56,2

IC95% = intervalo de confiança de 95%;

*Dados sem informação de todos os registros

Sexo 2 CATE : sexo em duas categorias

† Associação de Atentado Violento ao Pudor e Estupro

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 3. Variáveis de exposição e suas associações com desfecho “continuidade” do abuso ($n= 347$), dos casos de abuso sexual infantil notificados pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão (SINAN), nos anos entre 2008 e 2014.

Variável	Qui Quadrado	p ¹	Fator de risco
Sexo autor*	9,641	0,002	Masculino
Autor	5,295	0,021	Conhecido
Local*	4,126	0,042	Residência
Nº de Envolvidos*	4,013	0,045	Dois ou mais
Tipo Estupro†	3,140	0,076	Presença
Idade da Vítima	5,975	0,106	6 – 10 anos
Sexo da Vítima	2,493	0,114	Masculino
Cor/Raça	0,312	0,576	Branca
Vítima - deficiência	0,118	0,732	Presença
Uso de álcool pelo autor*	0,106	0,744	Presença
Penetração*	0,012	0,914	Presença

*Dados sem informação de todos os registros, ¹Teste de qui quadrado de heterogeneidade

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

† Associação de Atentado Violento ao Pudor e Estupro

Em negrito: Variáveis testadas no modelo de regressão logística.

Tabela 4. Análise ajustada da continuidade do abuso segundo variáveis de exposição nos casos de ASI notificados pelo HIJG (SINAN), 2008 – 2014.

Variável	RC _b	IC95%	p ¹	RC _a	IC95%	p ²
Autor Conhecido *	1,68	(1,08 - 2,63)	0,021	1,94	(1,09 – 3,46)	0,025
Local Residência	1,94	(1,02 – 3,69)	0,042	2,32	(1,08 – 4,95)	0,031
Autor ser do sexo Masculino *	12,88	(1,64 - 101,00)	0,002	9,82	(1,13 – 85,25)	0,038
N ^o de Envolvidos ser 2 ou + *	1,87	(1,01 – 3,48)	0,044	2,39	(1,03 - 5,56)	0,042
Sexo da Vítima ser Masculino *	1,50	(0,91- 2,49)	0,021	1,71	(0,89 – 3,29)	0,108

*Dados sem informação de todos os registros, IC95% = intervalo de confiança de 95%, ¹ = teste de qui quadrado de heterogeneidade;

² = significância do expoente de B

RC_b = razão de chance bruta RC_a = razão de chance ajustada

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o banco de dados gerado das notificações do SINAN, observaram-se discrepâncias de preenchimento questionando-se, em algumas situações, a capacitação de quem o alimentou. Evidenciou-se assim a imperiosa necessidade de tornar mais acessível seu manual instrutivo de preenchimento e a realização de capacitações mais frequentes e universais sobre o tema e sobre o instrumento de notificação para todos os profissionais da saúde envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes.

Outra necessidade que emergiu foi a de fazer busca ativa nos casos notificados que não retornam para o seguimento ambulatorial como forma de assegurar a continuidade da assistência.

Finalizando, ressalta-se que se trata de um tema extremamente importante para a sociedade e com grande repercussão na vida futura dos envolvidos, especialmente das crianças e dos adolescentes.

São muitos os desafios que estão colocados. Do ponto de vista jurídico, pode ser citada a necessidade de provas concretas do abuso, pois na maioria das vezes só a palavra da criança não é considerada prova e essa necessidade gera dificuldades no afastamento legal imediato da criança/vítima do agressor, deixando-a vulnerável à continuidade do abuso.

Apesar de as leis atuais, estabelecidas principalmente a partir de 2014, estarem permitindo uma maior visibilidade da questão da violência, ainda não se observa o reflexo delas na prática. É mandatório o estabelecimento de instrumentos e recursos de Estado que permitam uma abordagem mais ampla, preventiva, de assistência às vítimas e de proteção à infância e à juventude, que assegurem uma adequada abordagem inter/multidisciplinar para evitar ou, pelo menos, minimizar os danos imediatos e futuros.

Tão importante quanto sermos auxiliares no desenvolvimento da resiliência das crianças e adolescentes vítimas de abuso é trabalharmos para preveni-lo, e ensiná-las a se defender, a denunciar as tentativas e a dizer “não”.

REFERÊNCIAS

- 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: WHO/ISPCAN, 2006. 89p.
- 2 INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTING OF CHILD ABUSE AND NEGLECT (ISPCAN). **World perspectives on child abuse**. 8. ed. Geneva: ISPCAN, 2010. Disponível em: <<http://www.ispcan.org/CAN-facts/definition.html>>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- 3 KELLOGG, N; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. The evaluation of sexual abuse in children. **Pediatrics**. v. 116, n. 2, p. 506-12, Aug. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16061610>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 4 BAPTISTA, R. S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 602-8, 2008.
- 5 HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol. Reflex. Crít.** Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-86, 2006.
- 6 BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata**. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 207 p. (Série legislação; n. 83).
- 7 STOLTENBORGH, M. et al. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. **Child Maltreat**. v. 16, n. 2, p. 79-101, May. 2011.
- 8 LAAKSONEN, T. et al. Changes in the prevalence of child sexual

- abuse, its risk factors, and their associations as a function of age cohort in a finnish population sample. **Child. Abuse Negl.** v. 35, n. 7, p. 480-90, Jul. 2011.
- 9 GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-65, Nov.-Dec. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23250093>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 10 DE LORENZI, D. R. S.; PONTALTI, L.; FLECH, R. M. Maus tratos na infância e adolescência: análise de 100 casos. **Rev. Cient. AMECS.** v. 10, n. 1 - 1º Sem., p. 1-6, 2001.
- 11 MACHADO, H. B. et al. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. **Texto Contexto Enfem.** Florianópolis, v. 14, Esp., p. 54-63, 2005.
- 12 MODELLI, M. E.; GALVÃO, M. F.; PRATESI, R. Child sexual abuse. **Forensic. Sci. Int.** v. 217, n.1-3, p. 1-4, Apr. 2012.
- 13 GIARDINO, A. P. et al. Child abuse pediatrics: new specialty, renewed mission. **Pediatrics.** v. 128, n. 1, p. 156-9, Jul. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21646255>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 14 COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (COCAN). Protecting children from sexual abuse by health care providers. **Pediatrics.** v. 128, n. 2, p. 407-26, Aug. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21708795>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 15 CHEN, L. P. et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. **Mayo. Clin. Proc.** v. 85, n. 7, p. 618-29, Jul. 2010.
- 16 SALTER, D. et al. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. **Lancet.** v. 361, n. 9356, p. 471-6, Feb. 2003. Disponível em:

- <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12583946>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 17 FERGUSSON, D. M.; BODEN, J. M.; Horwood, L. J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. **Child. Abuse Negl.** v. 32, n. 6, p. 607-19, Jun. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18565580>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 18 CUMMINGS, M.; BERKOWITZ, S. J.; SCRIBANO, P. V. Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. **Curr. Psychiatry Rep.** v. 14, n. 6, p. 599-607, Dec. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23011785>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 19 JENNY, C.; CRAWFORD-JAKUBIAK, J. E. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. **Pediatrics.** v. 132, n. 2, p. e558-67, Aug. 2013.
- 20 WILSON, D. R. et al. Overcoming sequelae of childhood sexual abuse with stress management. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.** v. 19, n. 7, p. 587-93, Sep. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22070354>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 21 PÉREZ-FUENTES, G. et al. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. **Compr. Psychiatry.** v. 54, n. 1, p. 16-27, Jan. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854279>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 22 PARAVENTI, F. et al. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo, v. 38, n. 6, p. 222-6, 2011.
- 23 ROCHA, L. M. L. N. **Violência de gênero e políticas públicas no Brasil: um estudo sobre as casas-abrigo para mulheres em situações de violência doméstica.** 2005. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005.
- 24 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

- Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan**: normas e rotinas. 2. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.
- 25 CARTÓN DUARTE, J.; CORTÉS ARBOLEDA, M. R.; CANTÓN-CORTÉS, D. Variables associated with the nature of sexual abuse to minors. **Span. J. Psychol.** v. 15, n. 2, p. 571-81, Jul. 2012.
- 26 MAIER, T. et al. The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: results from a nationwide agency survey. **Int. J. Public Health.** v. 58, n. 6, p. 875-83, Dec. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23884375>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 27 BASSANI, D. G. et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. **BMC Public Health.** v. 9, 133, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-133.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 28 ADED, N. L. O. et al. Children and adolescents victimized by sexual abuse in the city of Rio de Janeiro: an appraisal of cases. **J. Forensic Leg. Med.** v. 14, n. 4, p. 216-20, May. 2007.
- 29 MOHLER-KUO, M. et al. Child sexual abuse revisited: a population-based cross-sectional study among Swiss adolescents. **J. Adolesc. Health.** v. 54, n. 3, p. 304-11, Mar. 2014.
- 30 SILVA, M. C. M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-12, jul./set. 2013.
- 31 DREZETT, J. et al. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J. Pediatr. (Rio J.)**. Porto Alegre, v. 77, n. 5, p. 413-9, set./out. 2001.
- 32 GUEDERT, J. M. **Vivência de problemas éticos em pediatria e**

- sua interface com a educação médica.** 2012. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2012.
- 33 MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. Org. **Violência e criança.** São Paulo: Ed. da USP, 2002. p. 95-11.
- 34 KLIEGMAN, R. M. et al. **Nelson textbook of pediatrics [e-book].** 19. ed. Philadelphia: Saunders Elsevie, 2011. Disponível em: <http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9781437707557/Nelson_Textbook_of_Pediatrics_SampleChapter.pdf>. Acesso em 01 de abril de 2015.
- 35 WASKMANN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R. Coord. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.** Brasília: CFM, 2011. 172. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/downloads/ATENDIMENTODOLESCENTES.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.
- 36 KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: OMS, 2002. 358p.
- 37 GONZÁLEZ ORTEGA, E.; ORGAZ BAZ, B.; LÓPEZ SÁNCHEZ, F. La conducta sexual infantil como indicador de abusos sexuales: los criterios y sesgos de los profesionales. **Psicothema.** v. 24, n. 3, p. 402-9, 2012.
- 38 BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [Código Penal]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 31 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em 01 de abril de 2015.
- 39 BRASIL. Presidência da República. Lei no 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção

- de menores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 10 de agosto de 2009, n. 151, Seção 1, p. 1.
- 40 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 72 p.– (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2015.
- 41 ANDREWS, G. et al. Child sexual abuse. In: EZZATI, M. et al. (Ed.). **Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors**. Geneve: WHO, 2004. v. 2, p. 1851-940.
- 42 DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Ed.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Cap. 2, - (Série B. Textos Básicos em Saúde). p. 43-77.
- 43 KOPELMAN, B. I. et al. Bioética e pediatria. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (Ed.). **Tratado de Pediatria**. Barueri: Manole, 2007. Cap. 2. p. 15-25.
- 44 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 485/GM/MS, de 01 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 02 de abril de 2014, n. 63, Seção 1, p. 53-4.
- 45 FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia & intervenção legal integrados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 337p.
- 46 COELHO, G. J. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes - o papel do médico: da formação à prática profissional**. 2001. Monografia (Especialização)- Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2001.

- 47 SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 5, p. 919-24, set./out. 2011.
- 48 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 de maio de 2001, n. 96-E, Seção 1, p. 3-8.
- 49 FLORIANÓPOLIS (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção as vítimas de violência sexual do município de Florianópolis**. Tubarão: Copiart, 2010.
- 50 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968/GM/MS, 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 de outubro de 2001, n. 206, Seção 1, p. 86.
- 51 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 09 de junho de 2014, n. 108, Seção 1, p. 67-9.
- 52 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)**: 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2014.
- 53 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede

- de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 de dezembro de 2010, n. 251, Seção 1, p. 88-93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm>. Acesso em: 28 nov. 2014.
- 54 BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 14 de março de 2013, n. 50, Seção 1, p. 1-2.
- 55 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 528/GM/MS, de 01 de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 de abril de 2013, n. 62, Seção 1, p. 41-3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html>. Acesso em: 01 abr. 2014.
- 56 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 618/GM/MS, de 18 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 22 de julho de 2014, n. 138, Seção 1, p. 82.
- 57 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.415/GM/MS, de 07 de novembro de 2014. Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 10 de novembro de 2014, n. 217, Seção 1, p. 55.
- 58 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 288/GM/MS, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos

- profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília 26 de março de 2015, n. 58, Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm> Acesso em: 28 nov. 2014.
- 59 SEDLAK, A. J. et al. **Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4)**: Report to Congress, Executive Summary. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 2010.
- 60 GILBERT, R. et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **Lancet**. v. 373, n. 9657, p. 68-81, Jan. 2009.
- 61 WIDOM, C. S. et al. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. **Am. J. Public. Health**. v. 102, n. 6, p. 1135-44, Jun 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22515854>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 62 CONTRERAS, J. M. et al. Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários. Pretoria: Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.svri.org/ViolenciaSexualnaALenoCaribe.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 63 MARTINS, C. B. G.; MELO JORGE, M. H. P. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do Sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 246-55, abr./jun. 2010.
- 64 ADED, N. L. O.; DALCIN, B. L. G. S.; CAVALCANTI, M. T. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1971-5, ago. 2007.
- 65 COSTA, M. C. O. et al. O perfil da violência contra crianças e

- adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1129-41, set./out. 2007.
- 66 BEBBINGTON, P. E. et al. Child sexual abuse reported by an English National sample: characteristics and demography. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** v. 46, n. 3, p. 255-62, Mar 2011.
- 67 HILLIS, S. D. et al. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. **Pediatrics**. v. 113, n. 2, p. 320-7, Feb 2004. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/113/2/320.full.pdf+html>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 68 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES; et al (Ed.). **Red book®: 2009 - Report of the Committee on Infectious Diseases**. 28. ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2009. 984p.
- 69 POLANCZYK, G. V. et al. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 11-4, fev. 2003.
- 70 TRICKETT, P. K.; NOLL, J. G.; PUTNAM, F. W. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. **Dev. Psychopathol.** v. 23, n. 2, p. 453-76, May 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693773/pdf/nihms466389.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 71 LEWIS, T. et al. Maltreatment history and weapon carrying among early adolescents. **Child. Maltreat.** v. 12, n. 3, p. 259-68, Aug 2007. Disponível em: <<http://cmx.sagepub.com/content/12/3/259.full.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 72 MAXFIELD, M. G.; WIDOM, C. S. The cycle of violence. Revisited 6 years later. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.** v. 150, n. 4, p. 390-5, Apr 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8634734>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

- 73 CANNON, E. A. et al. Adult health and relationship outcomes among women with abuse experiences during childhood. **Violence Vict.** v. 25, n. 3, p. 291-305, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20565002>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 74 GALLAGHER, B.; BRADFORD, M.; PEASE, K. Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. **Child. Abuse Negl.** v. 32, n. 5, p. 517-28, May 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18513796>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 75 MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica: Tomo III - Pediatria clínica especializada.** 9. ed. rev. ampl. São Paulo: Sarvier, 2004.
- 76 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População. Indicadores sociais mínimos. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 77 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@. Santa Catarina. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=42&search=santa-catarina>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- 78 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Instrutivo de preenchimento: ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.** Brasília: MS, 2009. 34 p. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf>. Acesso em: 01 Abr 2015.
- 79 BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de

corrupção de menores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília 10 de agosto de 2009, n. 151, Seção 1, p. 1-2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm>. Acesso em: 01 abr. 2015.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (Ed.). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. Arlington, Virginia: DSM, 2013.

COLLIN-VÉZINA, D.; HÉLIE, S.; TROCMÉ, N. Is child sexual abuse declining in Canada? an analysis of child welfare data. **Child Abuse Negl.** v. 34, n. 11, p. 807-12, Nov. 2010.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde [Ethical implications of child abuse for the health care professional]. **Rev. Saúde Pública [online]**. v. 34, n. 6, p. 659-65, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3583.pdf>>. Acesso em: 01 de Abr. 2015.

FLAHERTY, E. G.; MACMILLAN, H. L.; COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. **Pediatrics**. v. 132, n. 3, p. 590-7, Sep. 2013.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-9, Jan./Fev. 2002.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. **Psicol. USP**. v. 23, n. 2, p. 395-416, 2012.

LINDSAY, W.; STEPTOE, L.; HAUT, F. Brief report: the sexual and physical abuse histories of offenders with intellectual disability. **J. Intellect. Disabil. Res.** v. 56, n. 3, p. 326-31, Mar. 2012.

- MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M.F.. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Ed. USP, 2002. p. 95-11.
- PFEIFFER, L; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J. Pediatr. (Rio J)* [online]. Porto Alegre, v. 81, n. 5-Suppl, p. s197-s204, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>>. Acesso em: 01 de Abr. 2015.
- PIRES, J.M. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 5, n. 1, p. 103-8, Jan./Mar. 2005.
- SANTOS, B.R. et al. (Orgs.) **Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual**: aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes. Brasília: EdUCB, 2014.
- SINANAN, A. N. The impact of child, family, and child protective services factors on reports of child sexual abuse recurrence. **J. Child. Sex. Abus.** v. 20, n. 6, p. 657-76, Nov. 2011.
- ZANATTA, E. A. et al. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enferm. Foco (Brasília)*. v. 3, n. 4, p. 165-8, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A: PROTOCOLO PESQUISA

Pesquisa: *Perfil clínico e epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na Grande Florianópolis*

Pesquisadora: Vanessa Borges Platt

Orientadora: Isabela de Carlos Back Giuliano

Os dados que serão extraídos do banco de dados do SISNET, relativos às Fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), serão os abaixo relacionados:

1) Dados relacionados às vítimas:

a) idade:

b) sexo:

c) raça:

d) presença ou não de deficiência/ transtorno: não () sim ()

se presente, qual: _____

e) local de residência (município, se zona urbana, rural ou periurbana)

2) Da ocorrência:

a) município:

b) bairro:

c) zona urbana () rural () periurbana ();

d) local: habitação coletiva () escolar () local da prática () bar ou similar ()
via pública () comércio/serviços () indústrias/construção ()

e) se ocorreu outras vezes: não () sim () – se sim quantas vezes: _____

3) Da tipologia da violência sexual:

a) assédio sexual () atentado violento ao pudor () estupro ()

b) ocorreu penetração: não () sim ()

se sim, qual o tipo: anal () oral () vaginal ()

c) qual o procedimento indicado:

profilaxia de: DST () HIV () Hepatite B () Tétano ()

coleta de: sangue () sêmen () secreção vaginal ()

contracepção de emergência ()

aborto previsto em lei ()

4) Das consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação:

Aborto() gravidez() DST() tentativa de suicídio()

transtorno mental/do comportamento() TEPT()

outros() citar _____

5) Dados do provável agressor:

número de envolvidos () sexo do agressor – M () F ()

suspeita do uso de álcool: sim () não ()

vínculo/grau de parentesco com a vítima: não () sim () – se sim qual: _____

6) Encaminhamento da vítima para outros setores:

Conselho Tutelar()

Vara da Infância e Juventude ()

Casa Abrigo ()

Programa Sentinela ()

Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente ()

Ministério Público()

Instituto Médico Legal (IML) ()

Outros ()

APÊNDICE B: JUSTIFICATIVA DA AUSÊNCIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: *Perfil clínico e epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual na Grande Florianópolis*

Pesquisadora: Vanessa Borges Platt

Orientadora: Isabela de Carlos Back Giuliano

Resumo: Estudo transversal, observacional descritivo e analítico, realizado com dados secundários provenientes dos registros de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período compreendido entre janeiro de 2009 a janeiro de 2015, em Florianópolis, SC. A população de estudo será constituída por crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, atendidos em dois serviços de referência em violência na infância/adolescência.

A pesquisadora sabe que a Resolução N^o 466/2012 é enfática em relação à obtenção do TCLE em seu capítulo IV: “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”. Entretanto, a Resolução 466/2012 reconhece algumas situações especiais (IV.7 e IV.8) em que o TCLE pode ser dispensado, como neste caso, com a utilização de dados secundários provenientes de formulário eletrônico do Ministério da Saúde. A pesquisadora compromete-se em manter sigilo sobre os dados, sendo que em nenhum momento o sujeito de pesquisa será identificado e que somente as pesquisadoras terão acesso aos dados coletados, assumindo a responsabilidade pelas informações apresentadas.

Florianópolis, novembro de 2014.

**APÊNDICE C: MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA (N= 488) DAS
VÍTIMAS DE ASI NOTIFICADOS PELO HIJG (SINAN),
SC, 2008 – 2014**

Municípios SC	Residência*	
	n	%
Florianópolis	287	58,81
São José	89	18,24
Palhoça	41	8,40
Biguaçu	24	4,92
Santo Amaro da Imperatriz	7	1,43
Tijucas	7	1,43
Águas Mornas	6	1,23
São João Batista	5	1,02
Garopaba	3	0,61
Camboriú	2	0,41
Anitápolis	1	0,20
Barra Velha	1	0,20
Bom Retiro	1	0,20
Canelinha	1	0,20
Capivari de Baixo	1	0,20
Criciúma	1	0,20
Governador Celso Ramos	1	0,20
Imbituba	1	0,20
Itajaí	1	0,20
José Boiteux	1	0,20
Lages	1	0,20
Mafra	1	0,20
Paulo Lopes	1	0,20
Rio do Sul	1	0,20
Tubarão	1	0,20
Outros [†]	2	0,41

*Dados sem informação de todos os registros

†Porto Alegre (RS): 01 e Sapiranga (RS): 01

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

APÊNDICE D: MUNICÍPIOS DE OCORRÊNCIA (N= 418) DE ASI NOTIFICADOS PELO HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014

Municípios SC	Ocorrência*	
	n	%
Florianópolis	242	57,89
São José	70	16,75
Palhoça	32	7,66
Biguaçu	22	5,26
Santo Amaro da Imperatriz	5	1,20
Tijucas	5	1,20
Águas Mornas	4	0,96
São João Batista	4	0,96
Garopaba	4	0,96
Camboriú	1	0,24
Anitápolis	1	0,24
Bom Retiro	1	0,24
Canelinha	1	0,24
Capivari de Baixo	1	0,24
Criciúma	1	0,24
Governador Celso Ramos	1	0,24
Imbituba	3	0,72
José Boiteux	1	0,24
Lages	2	0,48
Mafra	1	0,24
Paulo Lopes	1	0,24
Tubarão	1	0,24
Balneário Camboriú	1	0,24
Itapema	1	0,24
Imarú	1	0,24
Rio do Oeste	2	0,48
Ouro	1	0,24
Penha	1	0,24
Urubici	1	0,24
Xanxerê	1	0,24
Outros [†]	6	1,20

*Dados sem informação de todos os registros

†Cuiabá (MT): 01, São Paulo (SP): 02, Medianeira (PR): 01, São José dos Pinhais (PR): 01
Sapiranga (RS): 01

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

APÊNDICE E: CARACTERIZAÇÃO DOS “OUTROS AUTORES” (N:101) DE ASI NOTIFICADOS PELO HIJG (SINAN), SC, 2008 – 2014

Vínculo	n	%
Tio	34	33,7
Companheiro da avó	13	12,8
Primo	11	10,7
Avô	9	8,9
Vizinho	9	8,9
Cunhado	4	4,0
Tio avô	4	4,0
Colegas da escola	2	2,0
Filho do cuidador	2	2,0
Meio irmão	2	2,0
Aliciador	1	1,0
Avó	1	1,0
Enteado da tia	1	1,0
Filho da madrasta	1	1,0
“Homem da escola”	1	1,0
Marido da prima	1	1,0
Padrinho	1	1,0
Pai da amiga	1	1,0
Pastor	1	1,0
Psicólogo	1	1,0

ASI: Abuso sexual infantil

HIJG: Hospital Infantil Joana de Gusmão

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Assinatura _____

ANEXOS

ANEXO A: FICHA SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS				
Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).				
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado(a)		VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo	
	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa,...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
Dados Complementares				
Dados de Pessoa Asséptica	31 Ocupação		32 Situação conjugal / Estado civil	
	33 Relações sexuais		34 Possui algum tipo de deficiência/transorno?	
	35 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		36 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?	
Dados da Ocorrência	37 UF		38 Município de ocorrência	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	
	41 Número		42 Complemento (apto., casa,...)	
	43 Ponto de Referência		44 Geo campo 3	
	45 Zona		46 Hora da ocorrência	
	47 Local de ocorrência		48 Ocorreu outras vezes?	
49 Local de ocorrência		50 A lesão foi autoprovocada?		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Força corporal/ exploração <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Obj. pánturo-cortante <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro _____
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Pornografia infantil	<input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal			
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	<input type="checkbox"/> 01 - Contusão <input type="checkbox"/> 02 - Corte/perforação/faceração <input type="checkbox"/> 03 - Entorse/luxação	<input type="checkbox"/> 04 - Fratura <input type="checkbox"/> 05 - Amputação <input type="checkbox"/> 06 - Traumatismo dentário	<input type="checkbox"/> 07 - Traumatismo crânio-encefálico <input type="checkbox"/> 08 - Politraumatismo <input type="checkbox"/> 09 - Intoxicação	<input type="checkbox"/> 10 - Queimadura <input type="checkbox"/> 11 - Outros _____ <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde					
	1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Outros _____			
65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XXX		
68 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso 1 - Alta 2 - Evasão / Fuga 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data		
71 Data de encerramento						
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
TELEFONES ÚTEIS						
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome		Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008		

**ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO
DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO**

**HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL NA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Pesquisador: Vanessa Borges Platt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39938614.7.0000.5361

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 922.978

Data da Relatoria: 17/12/2014

Apresentação do Projeto:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), toda criança tem o direito a saúde e a vida longa da violência. A cada ano, pensa-se que milhões de crianças ao redor do mundo são vítimas e testemunhas de violência, física, sexual e emocional. (Butchart and Harvey, 2006).

Abuso sexual infantil (ASI) ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, na qual ela/ele tem o desenvolvimento incompatível para o mesmo e que não possa dar consentimento e/ou que violem as leis ou as regras (acordos institucionais) da sociedade. (Kellogg, 2005; Baptista et al., 2008; Habigzang et al., 2006).

Pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a criança é definida como a pessoa até doze anos de vida incompletos e o adolescente como aquela entre doze e dezoito anos de idade, sendo esta referência a escolhida para o presente estudo. (Brasil, 2010)

O desenvolvimento em direitos humanos, medicina forense e Saúde Pública nos últimos 20 anos tem resultado em maior visibilidade com relação ao problema de maus tratos infantis (onde se inclui o ASI), porém sabe-se que está longe de ser suficiente para atender as demandas existentes. (Butchart and Harvey, 2006).

O abuso infantil porém, é visto frequentemente como um problema social sozinho e não como um problema de Saúde Pública, geralmente afetando os outros, especialmente as pessoas de classes

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 922.978

econômicas mais baixa se de baixa escolaridade, o que contrasta com a posição da OMS, que coloca que este é um problema que afeta todas as culturas e estratos sócio demográficos. (Giardino et al., 2011).

A primeira exposição ao abuso sexual infantil está relacionada a aumento de risco futuro de problemas de saúde mental, incluindo depressão, desordem de ansiedade, desordem de personalidade antissocial, uso de substâncias de abuso e risco de suicídio. Estimativas sugerem que a exposição ao abuso sexual corresponde a 13.1% das causas dessas desordens.(Fergusson et al., 2008).

Estudo transversal, observacional descritivo e analítico, realizado com dados secundários provenientes dos registros de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual notificados no SINAN no período compreendido entre janeiro de 2008 à dezembro de 2014 em Florianópolis, SC.

Quais as características sócio demográficas de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual atendidas em ambulatório de referência localizado em Florianópolis-SC e quais são determinantes sociais envolvidos nesse tipo de violência, considerando como fonte de dados o instrumento eletrônico desenvolvido e utilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil para os atendimentos?

A população de estudo será constituída por crianças e adolescentes (de 0 à 15 anos de idade incompletos - pois esta é a faixa etária atendida pelos referidos hospitais), vítimas de abuso sexual, atendidos em dois serviços de referência em violência na infância/adolescência, cuja notificação no SINAN, ocorreu no período de janeiro de 2008 à dezembro de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar a ocorrência de abuso sexual infantil, em uma amostra de casos notificados na Região Metropolitana da Grande Florianópolis, contextualizando o perfil do autor da agressão e os fatores associados à violência, utilizando registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Objetivos específicos:

1. Identificar o perfil das crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual;
2. Identificar quais os tipos de abuso registrados no SINAN que as crianças e adolescentes sofreram;
3. Identificar o perfil do autor do ASI das crianças e adolescentes;
4. Identificar os fatores associados à violência sexual contra crianças e adolescentes que constam na ficha de notificação;

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 922,978

5. Testar a associação entre o desfecho “cronicidade do abuso” e as variáveis: tipo de abuso, lugares e circunstâncias, vínculo com o agressor, uso de álcool pelo agressor, número de envolvidos, sexo da vítima, sexo do agressor, idade da vítima, cor da pele da vítima.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como se trata de tema onde a confidencialidade dos dados é absolutamente necessária para evitar o risco de revitimização, a pesquisadora tem acesso aos dados por sua atividade profissional e se compromete a anonimizá-los no momento de transcrevê-los, de forma que não seja possível a identificação dos participantes e seus familiares. Somente a pesquisadora terá acesso aos “dados brutos” que estão identificados.

Benefícios:

Espera-se que os resultados da pesquisa possam mostrar dados epidemiológicos referentes ao abuso sexual infantil na região da grande Florianópolis, ajudar na avaliação das políticas públicas existentes referentes ao assunto, a criar novas, bem como projetos que atuem nesta temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante do ponto de vista biopsicosocial, considerando que poderá facilitar a identificação de abuso sexual em crianças e adolescentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta justificativa para dispensa do uso de TCLE.

Recomendações:

Acrescentar o compromisso de arquivar os dados coletados confidencialmente, pelo período de cinco anos após o término da pesquisa e posteriormente incinerá-los.

Acrescentar currículo do pesquisador principal e demais pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

**HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC**

Continuação do Parecer: 922.978

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de junho/2015) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

FLORIANOPOLIS, 19 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Jucélia Maria Guedert
(Coordenador)

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

ANEXO C: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DESTE ESTUDO

