

Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas em um hospital de referência da amazônia brasileira: um estudo exploratório-descritivo

Larissa Nogueira Chaves^I, Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves^{II}, Maria Helena Mendonça de Araújo^{II}, Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini^{III}, Rosilene Ferreira Cardoso^{II}, Rubens Alex de Oliveira Menezes^{III}

Universidade Federal do Amapá (Unifap), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Macapá (AP), Brasil

RESUMO

Introdução: O enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes exige que se conheçam todos os fatores envolvidos, para a elaboração de estratégias governamentais de enfrentamento. **Objetivo:** Descrever a epidemiologia da violência sexual infantojuvenil admitidas em um hospital de referência de Macapá (AP), Amazônia Brasileira. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital infantojuvenil de referência estadual, situado no município de Macapá (AP), acerca dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual durante o ano de 2016, mesclando dados públicos e de prontuários. **Resultados:** Foram analisados 55 prontuários e fichas de notificações, sendo que a faixa etária de 8 a 10 anos foi a mais prevalente, com predominância do sexo feminino 76,4%. O agressor do sexo masculino foi o mais prevalente 69,1% e 37,7% deles eram desconhecidos da vítima. A própria residência da vítima foi o local com maior índice de casos 49,1%, sendo que 81,8% ocorreram na cidade de Macapá. **Conclusão:** Registrou-se alto índice de abusos sexuais infantis em Macapá, com predomínio de vítimas do sexo feminino, com menos de 10 anos, agredidas em sua própria residência, por abusadores do espaço doméstico (intrafamiliar) e por estranhos (extrafamiliar). Os autores: padrasto, primo e tio representaram 28,3%, desconhecidos corresponderam a 37,7%, sendo o ambiente e o vínculo do agressor "não informado" em 71,4% dos casos. A falha no preenchimento dos dados no formulário de atendimento às vítimas de violência sexual compromete a definição precisa e clara do panorama que envolve a situação de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Abuso sexual na infância, epidemiologia, criança, saúde da criança, delitos sexuais

INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil é uma das formas de violência presentes no cotidiano de muitas crianças e adolescentes,

que se tornam indivíduos desassistidos e em estado de extrema vulnerabilidade.¹ A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) legitima o direito de todo indivíduo à vida, à liberdade e à segurança pessoal. Ademais, especificamente

^IResidência Médica em Pediatria, Universidade Federal do Amapá (Unifap), Macapá (AP), Brasil.

^{II}Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá (Unifap), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Macapá (AP), Brasil.

^{III}Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Macapá (AP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Universidade Federal do Amapá (Unifap), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde

Rod. Juscelino Kubitschek, km 02 — Jardim Marco Zero — Macapá (AP) — CEP 68903-419

Tel. (96) 4009-2932 — E-mail: rubens.alex@unifap.br

Fontes de fomento: nenhuma. Conflitos de interesse: nenhum.

Entrada: 8 de junho de 2020. Última modificação: 1 de outubro de 2020. Aceite: 12 de outubro de 2020.

em seu artigo 5º, compreende-se que o ser humano não pode ser submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; e, no inciso 2º do artigo 25, assevera-se que a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais, gozando da mesma proteção social.²

Como garantia universal, portanto, a criança possui direito de crescer em ambiente que possua afeto e segurança moral e material, além de ser protegida contra toda forma de abandono, crueldade e exploração.^{1,2} No Brasil, conta-se com a consolidação de leis de proteção à criança e ao adolescente por meio da Constituição Federal (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), sendo que essa temática perpassa o domínio jurídico e resulta na instalação de um problema de saúde pública, com possibilidades de produzir inúmeros prejuízos, envolvendo aspectos cognitivos, psicológicos, físicos e sociais pelos quais as vítimas são acometidas.³

A violência sexual destaca-se entre as diferentes formas de violência por seu forte conteúdo moral, pois geralmente apresenta ambiguidades e incertezas que afetam de maneira intensa todos os envolvidos, incluindo a equipe de saúde.¹ Uma das formas de violência sexual é o abuso sexual, caracterizado por ter como objeto sujeitos de direitos imaturos sexualmente e que necessitam de proteção especial por parte da sociedade.¹

No contexto social e familiar, a violência sexual contra crianças e adolescentes é vinculada à questão da transgeracionalidade. Segundo a perspectiva psicanalítica, o que é transmitido deixa marca na estrutura psíquica do indivíduo, que, sem a possibilidade de elaboração desses conteúdos recebidos, passará tal estrutura adiante, reproduzindo-a. Portanto, o que é transmitido de um espaço psíquico a outro, sem a devida elaboração, é denominado por “transmissão psíquica transgeracional”.⁴ Paralelo a essa questão, instala-se um estado de estresse orgânico, que leva a alterações, por exemplo, de síntese e liberação hormonal, como a de cortisol, de tal forma que interferem nas conexões sinápticas, associadas a doenças de difícil controle na idade adulta, como diabetes tipo II, obesidade e doença inflamatória intestinal.⁵

Em longo prazo, a violência também está associada a problemas na saúde sexual e reprodutiva, além de transtornos psiquiátricos e comportamentais como, por exemplo, depressão, ansiedade, baixa autoestima, incapacidade de relacionar-se, além de maior tendência ao uso de drogas ilícitas e comportamento suicida.⁶ Além disso, aponta-se a diferença entre gêneros quanto às manifestações psicológicas. O sexo masculino apresenta mais comumente comportamentos externalizantes, manifestos por meio de problemas comportamentais. Já o sexo feminino apresenta mais comportamentos internalizantes, ou seja, em sofrimento emocional e cognitivo.⁷

O sigilo que envolve a situação de violência contra criança e adolescente tem reflexos na subnotificação, o que desperda a necessidade de se encontrar mecanismos de facilitar o acesso à denúncia. Entre esses mecanismos, existe o Disque Denúncia Nacional do Brasil - Disque 100, do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2010), que registrou 214.689 notificações de violência sexual, negligência, violência física e psicológica contra crianças e adolescentes, no período de 2003 a 2010.⁸

No levantamento supracitado, em relação à variável sexo da vítima, observou-se distribuição de 62% para o sexo feminino e 38% para o sexo masculino. Porém, discussões são levantadas acerca dessa distribuição pelo fato de que a identificação da violência sexual contra meninos é mais dificilmente diagnosticada, por aspectos culturais e discursos sociais, de independência, resistência e invulnerabilidade masculina, o que é paradoxal quando se trata de vítimas de violência sexual.⁸

Os números que representam a violência contra crianças e adolescentes no Brasil são preocupantes. Conhecer a realidade de cada território, suas particularidades e detalhamento permite projetar ações para o enfrentamento com base em estudos de variáveis indicativas desse problema de saúde pública.

Como indicadores de enfrentamento de violência sexual, compreende-se: a realização de ações entre família e comunidade de proteção e prevenção da violência; atenção às crianças vítimas de violência sexual; garantia de direitos; qualificação no ato de registro e notificação e responsabilização dos autores da violência.⁹ No ambiente médico, a criança pode se apresentar com alterações físicas ou comportamentais e, clinicamente, pode ter manifestações de infecção, lesões genitais, dores abdominais, constipação, infecções do trato urinário, entre outras.¹⁰

Nesse sentido, saber identificar o menor sinal de violência exige conhecimento qualificado e integração da equipe multiprofissional que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A comunicação entre os profissionais permite compreender as peculiaridades entre os múltiplos procedimentos, evitando a “revitimação”.¹¹ A equipe deve estar atenta para a dinâmica das famílias abusivas, que tende a contaminar o atendimento, confundindo os papéis e tentando manter o segredo da situação. Importante ressaltar que a preservação da vida e da integridade física das vítimas precede qualquer outro tipo de intervenção, sendo o atendimento médico prestado imediatamente, visando à administração de medicamentos específicos a cada situação que se apresenta.¹¹

O Hospital da Criança e do Adolescente é o único hospital público no Estado referência para o atendimento infantojuvenil em caráter de internação hospitalar, terapia intensiva ou de urgência e emergência clínica. Considerando a necessidade

de atender de forma qualificada esse tipo de agravo, a gestão da unidade estruturou o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS) do Amapá, que conta com equipe multiprofissional treinada e qualificada para esse tipo de atenção à saúde.

Importante informar que o Hospital da Criança e do Adolescente é uma unidade de saúde que possui limitação estrutural e organizacional na admissão de adolescentes acima de 13 anos de idade. Na ocasião em que o serviço de urgência e emergência foi inserido em sua composição, a gestão estadual concluiu que o Pronto Atendimento Infantil e os equipamentos de saúde que compõem o complexo hospitalar do Hospital da Criança e do Adolescente, limitaria seus atendimentos para crianças e adolescentes até 13 anos de idade, diferindo do que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 2º, que define como adolescente toda pessoa com idade entre 12 a 18 anos completos, ressaltando que as internações eletivas clínicas em enfermaria e terapia intensiva contemplam adolescentes até 18 anos de idade.

Dessa forma, a presente pesquisa incluiu a faixa etária estudada considerando que o SAVVIS se encontra instalado nas dependências físicas do Pronto Atendimento Infantil. Portanto, durante o acolhimento no SAVVIS, o profissional de saúde, geralmente o médico, deve obedecer ao protocolo desse atendimento, com a obrigatoriedade inicial de preenchimento da ficha de Notificação/Investigação Individual - violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais, da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, assim como a notificação ao Conselho Tutelar da área geográfica correspondente. Tal tarefa é obrigatória e possibilita o registro de informações de suma importância para o fiel panorama da violência sexual nos atendimentos realizados.

Ademais, a exemplo de outros estados, o Governo do Estado do Amapá, por meio da Secretaria de Inclusão e Mobilização Social (SIMS) reuniu instituições governamentais e organizações sociais para discutir a temática e concluiu pela necessidade de sistematizar o atendimento das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na capital do Estado, que se organizou e existe há mais de uma década, denominada Rede Abraça-me, rede de enfrentamento ao abuso e exploração sexual infantojuvenil.¹²

Esta Rede, além de executar ações preventivas, busca agilizar e melhorar o atendimento a essa população por meio de articulação entre os pares cujo principal objetivo é proporcionar o atendimento acolhedor, rápido, humanizado, eficiente e qualificado para as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na cidade de Macapá, evitando a revitimização, a demora no atendimento à saúde e viabilizar o seguimento pela rede de atenção psicossocial de Macapá - Amapá.

Adicionalmente, o fluxo de atendimento às crianças e adolescentes, vítimas/suspeitas de violência sexual, determina que em casos de violência recente deve-se buscar inicialmente os serviços de saúde no prazo máximo de 72 horas para a administração da quimioprofilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, de imunobiológicos contra hepatite B e o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, para a adolescente do sexo feminino, a pílula do dia seguinte. Para situação em que a violência aconteceu há mais de 72 horas, não cabe a administração do protocolo medicamentoso proposto, pois a ação preventiva não tem mais eficácia, então a vítima é encaminhada ao Conselho Tutelar.¹²

Após a notificação, o primeiro atendimento de saúde é realizado e, a partir dele, define-se a conduta médica para o tratamento da situação de saúde. O Conselho Tutelar notificado aciona o conselheiro de plantão para realizar o acolhimento da vítima e de sua família, além de inserir as medidas protetivas e acionar direitos. Na sequência do atendimento, caso se evidencie a necessidade de internação, as meninas a partir de 13 anos são encaminhadas ao Hospital da Mulher Mãe Luzia para receber os medicamentos necessários e os meninos são encaminhados ao Hospital de Emergência do Estado do Amapá.

Para os menores de 13 anos, a solicitação de internação ocorre nas dependências do Hospital da Criança e do Adolescente. Esses atendimentos são realizados por equipe multidisciplinar, pois nenhuma área de conhecimento dá conta de todas as particularidades de uma situação de abuso sexual. Ademais, o Protocolo aplicado é o indicado pela Norma Técnica "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes" (2012)¹³, em que para a adolescente menina usa-se a anticoncepção de emergência onde o método de primeira escolha é o hormonal e consiste no uso exclusivo de um progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg. Nas apresentações comerciais contendo dois comprimidos, cada um com 0,75 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de dois comprimidos, via oral, em dose única. Nas apresentações com um comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de um comprimido, via oral, em dose única.¹³

A anticoncepção de emergência deve ser realizada o quanto antes possível, dentro do limite de cinco dias da violência sexual. A eficácia da AE é elevada, com índice de efetividade médio de 75% a 80% e índice de Pearl (índice de falha) de cerca de 2%. Além da AE, que é administrada somente para as adolescentes, o protocolo indica tanto para crianças quanto para os adolescentes de ambos os sexos, realizar a profilaxia para hepatite B e para o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e administrar medicamentos para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis não virais, que são indicadas no Manual de Norma Técnica do Ministério da Saúde de 2012.¹³

O esquema recomendado para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é composto por Penicilina G Benzatina, Ceftriaxona e Azitromicina, nas doses indicadas na Norma Técnica. Tanto a profilaxia para hepatite B quanto para HIV, são administradas logo após o atendimento das vítimas, na mesma unidade de saúde que ocorreu o atendimento. Após a administração da profilaxia e esquema medicamentoso, são solicitados exames laboratoriais para serem realizados nos laboratórios públicos e apresentados aos serviços de referência no retorno desses pacientes ao ambulatório de referência.¹³

Nos casos de violência sexual com exposição crônica e repetida ao agressor, situação comum em violência sexual intra-familiar, ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual, não se recomenda a profilaxia de IST não virais. Adicionalmente, após o atendimento de saúde, o Conselho Tutelar acompanha a vítima para a realização de exame por perito do Instituto Médico Legal (IML) da região.

A participação dos autores vivenciando atendimentos às vítimas de violência sexual no SAVVIS do Pronto Atendimento Infantil, junto às equipes de saúde, despertou interesse em conhecer mais detalhadamente sobre a problemática, pela complexidade que envolve os atendimentos. Buscou-se reconhecer as lacunas que inviabilizam o atendimento necessário, visando encontrar mecanismos ou estratégias que possam minimizar as possíveis sequelas oriundas dessa violência praticada a seres em desenvolvimento.

Importante ressaltar a necessidade de equipe multidisciplinar qualificada, conhecimento do fluxo de atendimento, especificidade no acolhimento e manejo na atenção às vítimas, sensibilidade para entender a família, certeza da complementaridade dos serviços que atuam na atenção à saúde, nas medidas protetivas e nas questões judiciais que se apresentam. Isso suscitou a preocupação em identificar as lacunas existentes nesses atendimentos. Adicionalmente, apesar da inexatidão dos dados, o problema tem se mostrado relevante pela frequência com que se apresenta e pelas consequências deletérias para o crescimento e desenvolvimento das crianças vitimizadas.

OBJETIVO

Este estudo objetivou descrever a epidemiologia da violência sexual infantojuvenil admitidas em um hospital de referência de Macapá (AP), Amazônia Brasileira.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, retrospectivo, com abordagem predominantemente quantitativa, realizado no Serviço de Pronto Atendimento Infantil anexo do Hospital da Criança e do Adolescente, instituição

de referência para atendimento secundário e terciário em pediatria, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá e sediada na capital do estado, na cidade de Macapá.

Conforme o protocolo do serviço SAVVIS, 100% das crianças e dos adolescentes admitidos tiveram as referidas fichas de notificação preenchidas e estas foram analisadas pelos pesquisadores, além das fichas de identificação individual que estavam registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e que não foram encontradas nos registros da SAVVIS, referentes ao ano de 2016.

A investigação ao Sinan é necessária, pois o sistema recebe as informações de notificação dos serviços que atendem as vítimas suspeitas ou confirmadas de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças e adolescentes, em conformidade com o instrutivo da ficha de notificação.

A ficha de Notificação/Investigação Individual – violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde é um documento que contém 55 itens a serem respondidos por ocasião do atendimento às vítimas de violência. Exclusivamente quanto à violência sexual, existem apenas dois itens; o item 43, que pergunta “se ocorreu violência sexual, qual o tipo?” e o item 44, que pergunta “se ocorreu penetração, qual o tipo?”

A falha no correto preenchimento de todos os itens questionados na ficha de notificação inviabilizou a análise de variáveis importantes na desejada caracterização do estudo. Não se pôde investigar, por exemplo, se foi a primeira vez que a criança foi vítima ou não; se o agressor usou álcool ou outra droga; se a vítima convivia com alguma deficiência; se havia presença de outro tipo de violência etc. Ademais, a falta dessas informações foi apontada como limitação do estudo.

O referido estudo foi realizado usando os dados do ano de 2016, em decorrência do fluxo de tramitação dos prontuários na Unidade Hospitalar. Os prontuários do ano de 2017 ainda não estavam concluídos e liberados para investigação, além de que, nos anos anteriores a 2016, as fragilidades no preenchimento das fichas de notificação eram mais relevantes.

O estudo atendeu às recomendações éticas dispostas na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá e aprovado em 17 de novembro de 2017, com parecer número 2.385.938.

A pesquisa mescla dados públicos do Sinan, com os dados de unidade hospitalar, no caso, os prontuários de crianças e adolescentes atendidos no SAVVIS com as fichas de notificação citadas acima, observando-se o compromisso dos pesquisadores em relação aos aspectos referentes ao rigor e à confidencialidade dos dados, bem como a não utilização destes em prejuízo das pessoas envolvidas. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas

e relativas, enquanto as variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação.

Foram aplicados os testes Qui-quadrado e Teste G de aderência¹⁴ para avaliar a distribuição das variáveis qualitativas. Para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, foi aplicado o teste de D'Agostino-Pearson, adotando o critério de média ± 1 desvio-padrão para identificar os meses em que houve ocorrências acima ou abaixo do esperado. Foi previamente fixado o nível alfa = 0.5 (erro alfa 5%) para rejeitar a hipótese de nulidade. O projeto bioestatístico foi realizado no software Statistical Analysis Model versão 4.0 (SAM) desenvolvido pelo Departamento de Ecologia da Universidade de Goiás (Goiânia-GO, Brasil) e o programa BioEstat versão 5.3 Desenvolvido pelo Instituto MAMIRAUÁ (Belém-PA, Brasil) foi usado para aplicação dos testes de hipótese.

RESULTADOS

Perfil das vítimas

O presente estudo avaliou dados de abuso sexual infantil ($n = 55$). A idade da vítima apresentou média de 7 anos, com desvio-padrão de 3 anos. A **Tabela 1** mostra que a faixa etária mais frequente foi de 8 a 10 anos (29%), seguida da faixa etária de 5 a 7 anos (27,3%), totalizando as duas faixas etárias 31 casos (56,3%). O P-valor = 0,0791 indica que não existe tendência real para a vítima ter entre 8 e 10 anos, logo, o risco está igualmente distribuído em toda a faixa etária de 0 a 12 anos. Houve predomínio de vítimas do sexo feminino (76,4%), pois o P-valor = 0,0002* é altamente significativo.

Perfil do agressor

A **Tabela 2** mostra que o agressor tem tendência estatisticamente significativa (P-valor = 0,0070*) para ser do sexo masculino (69,1%). A idade do agressor muitas vezes não é informada, tendo sido essa variável ignorada na hora do preenchimento da ficha (50,9%) e, em 37,7% dos casos, o agressor é uma pessoa desconhecida ou não identificada.

Na **Tabela 3**, demonstra-se que, no ambiente intrafamiliar, os maiores agressores são pessoas conhecidas (20,7%), porém, ao somar a estes os primos (17,2%), padrastos (10,3%) e os tios (10,3%), a autoria de agressão no ambiente intrafamiliar totaliza o quantitativo de 17 casos (58,5%). Ainda no ambiente intrafamiliar, a identificação de autoria por conhecido, isoladamente, é de 6 casos (20,7%). No ambiente extrafamiliar, predominam como agressoras as pessoas desconhecidas (50%). Nota-se ainda que, em 14 casos (25,4% do total), o agressor não foi identificado ou não foi possível a sua identificação. O estudo revelou que, do total de 14 casos em que o ambiente onde aconteceu o abuso não foi informado,

10 (71,4%) correspondem a situações em que o vínculo do agressor não foi identificado.

Local da agressão

A **Tabela 4** mostra que houve tendência altamente significativa ($P < 0,0001^*$) para a ocorrência ser na cidade de Macapá (81,8%) e dentro da casa da vítima (49,1%), sendo o mês de dezembro o mais predominante (27,3%). Na segunda posição em ocorrências, está o município de Afuá (5,5% dos casos), cidade ribeirinha pertencente ao Estado do Pará.

Tabela 1. Perfil da vítima de abuso sexual infantil atendida em um hospital de referência, no município de Macapá (AP), ano 2016

| Perfil da vítima | (n) | (%) | P-valor |
|-----------------------|-----|------|---------|
| Faixa etária | | | 0,0791 |
| Até 1 ano | 4 | 7,3 | |
| 2 a 4 anos | 10 | 18,2 | |
| 5 a 7 anos | 15 | 27,3 | |
| 8 a 10 | 16 | 29 | |
| 11 a 12 | 10 | 18,2 | |
| Sexo da vítima | | | 0,0002* |
| Feminino | 42 | 76,4 | |
| Masculino | 13 | 23,6 | |

*Teste do Qui-quadrado para proporções esperadas iguais.

Tabela 2. Perfil do agressor em casos de abuso sexual infantil cuja vítima foi atendida em um hospital de referência, no município de Macapá (AP), ano 2016

| Perfil agressor | (n) | (%) | P-valor |
|--------------------------------|-----|------|---------|
| Sexo | | | 0,0070* |
| Masculino | 38 | 69,1 | |
| Feminino | 17 | 30,9 | |
| Idade | | | 0,5472 |
| 12 a 17 anos | 8 | 14,5 | |
| 18 a 29 anos | 5 | 9,1 | |
| 30 a 39 anos | 4 | 7,3 | |
| 40 a 49 anos | 4 | 7,3 | |
| 50 a 59 anos | 4 | 7,3 | |
| 60 anos | 2 | 3,6 | |
| Ignorada | 28 | 50,9 | |
| Parentesco com a vítima | | | 0,6977 |
| Conhecido | 8 | 15,1 | |
| Primo | 7 | 13,2 | |
| Tio | 5 | 9,4 | |
| Padrasto | 3 | 5,7 | |
| Avô | 2 | 3,8 | |
| Cunhado | 2 | 3,8 | |
| Irmão | 2 | 3,8 | |
| Pai | 2 | 3,8 | |
| Cunhado e primo | 1 | 1,9 | |
| Vizinho | 1 | 1,9 | |
| Não informado | 2 | 3,8 | |
| Pessoa desconhecida | 20 | 37,7 | |

*Teste do Qui-quadrado para proporções esperadas iguais.

Tabela 3. Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, segundo vínculo com o agressor e ambiente em que ocorreu a violência. Macapá (AP), ano 2016

| Agressor | Ambiente do abuso sexual | | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | Intrafamiliar | | Extrafamiliar | | Não informado | |
| Vínculo agressor | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Avô | 2 | 6,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Conhecido | 6 | 20,7 | 2 | 16,7 | 0 | 0,0 |
| Cunhado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 14,3 |
| Cunhado e primo | 1 | 3,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Pessoa desconhecida | 2 | 6,9 | 6 | 50,0 | 1 | 7,1 |
| Irmão | 2 | 6,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Padrasto | 3 | 10,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Pai | 2 | 6,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Primo | 5 | 17,2 | 1 | 8,3 | 1 | 7,1 |
| Tio | 3 | 10,3 | 2 | 16,7 | 0 | 0,0 |
| Vizinho | 1 | 3,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Não informado | 2 | 6,9 | 1 | 8,3 | 10 | 71,4 |
| Total geral | 29 | 100 | 12 | 100 | 14 | 100 |

Tabela 4. Local da agressão em casos de abuso sexual infantil cuja vítima foi atendida em um hospital de referência, no município de Macapá (AP), ano 2016

| Local da agressão | (n) | (%) | P-valor |
|---------------------------------|-----|------|---------------------|
| Cidade da ocorrência | | | < 0,0001* |
| Macapá | 45 | 81,8 | |
| Afuá | 3 | 5,5 | |
| Baillique | 1 | 1,8 | |
| Chaves/PA | 1 | 1,8 | |
| Mazagão | 1 | 1,8 | |
| Santana | 1 | 1,8 | |
| Porto Grande | 1 | 1,8 | |
| Serra do Navio | 1 | 1,8 | |
| Cutias do Araguay | 1 | 1,8 | |
| Local da ocorrência | | | < 0,0001* |
| Casa de vizinho | 1 | 1,8 | |
| Casa da tia | 1 | 1,8 | |
| Motel | 1 | 1,8 | |
| Casa da vítima | 27 | 49,1 | |
| Casa do agressor | 3 | 5,5 | |
| Via pública | 3 | 5,5 | |
| Informação não informada | 19 | 34,5 | |
| Mês da ocorrência (2016) | | | < 0,0001* |
| Janeiro | 1 | 1,9 | |
| Fevereiro | 7 | 12,7 | |
| Março | 0 | 0,0 | |
| Abril | 4 | 7,3 | |
| Maio | 6 | 10,9 | |
| Junho | 2 | 3,6 | |
| Julho | 5 | 9,1 | |
| Agosto | 6 | 10,9 | |
| Setembro | 2 | 3,6 | |
| Outubro | 7 | 12,7 | |
| Novembro | 0 | 0,0 | |
| Dezembro | 15 | 27,3 | |

*Teste G de aderência.

DISCUSSÃO

A detecção do abuso sexual infantil requer muita experiência e sensibilidade e se torna importante por caracterizar o perfil das vítimas de abuso sexual infantil, do agressor e dos fatores associados. O desafio da pesquisa é identificar variáveis da violência e o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção do abuso sexual infantil.

De acordo com Platt,¹⁵ a idade mais jovem da vítima favorece o uso da sexualidade da criança ou do adolescente para qualquer ato de natureza sexual, a impunidade propicia um abuso mais invasivo e a manutenção do segredo por mais tempo. Outro estudo demonstra que, em meados do século XVII, a infância era reconhecida, porém essa faixa etária ainda vive em patamar de inferioridade em relação aos adultos,¹⁶ o que poderia justificar o maior índice de abusos sexuais contra as pessoas que se encontram nessa etapa da vida, que demonstram submissão ao poder e à força.

Esta pesquisa evidencia que o risco de abuso sexual infantil é três vezes maior para meninas do que para meninos, o que vai ao encontro do estudo de Oliveira e cols.,¹⁷ cujos resultados demonstram que a maioria das vítimas era do sexo feminino, com maior número de casos na adolescência, entretanto com alta proporção de vitimização nas faixas da infância. Esse achado corrobora a importância na identificação de crianças e adolescentes expostos aos diversos tipos de vitimização concomitantes, possibilitando conclusões mais precisas sobre o problema, o conhecimento da real magnitude do fenômeno, bem como o efeito cumulativo das adversidades.

Os resultados são conclusivos, a experiência em abuso sexual infantil é altamente prevalente. Oliveira e cols.¹⁷ estimam que, em estudos internacionais, há uma prevalência média de abuso sexual infantil de 20,0% para mulheres e 8,0% para homens. De um total de 39.281 atendimentos de crianças e adolescentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 20% foram vítimas de violência sexual, ou seja, 10.325 crianças e adolescentes, sendo 83,2% do sexo feminino.¹⁸

No estudo de Assis e cols.,¹⁹ é ressaltado que o tipo de violência mais comum entre crianças mais velhas difere daquele mais constatado entre os menores de um ano. A violência sexual é relatada em 41,7% das notificações, mais entre meninas do que meninos, divergindo do ponto levantado de que qualquer faixa etária estaria exposta e poderia estar à margem do mesmo risco para a violência sexual.

O fato de a maioria das notificações corresponder a vítimas do sexo feminino pode ser, em parte, justificado por subnotificações de abuso sexual infantil no sexo masculino, decorrentes do preconceito que surge quanto à identidade sexual após o menino ser abusado, relutando em denunciar e, devido à condição de

subordinação da mulher na sociedade desde a infância, deixando-a mais vulnerável a todos os tipos de violência.^{20,21}

Neste estudo, na estratificação do agressor, o maior número de casos de abuso sexual se deu por autor “conhecido” da vítima, seguido de “primo” e depois por “padrasto” e “Tio”; demonstrando que os casos intrafamiliares sobressaíram aos extrafamiliares. Esse resultado corrobora os achados de Oliveira e cols.,¹⁷ que mostram que a maioria dos agressores é de pessoa conhecida da vítima ou membro da família, incluindo pai e mãe, e a maior parte do sexo masculino. Aliás, o resultado deste estudo em relação ao item parentesco com a vítima contribui aos dados levantados na maioria dos outros estudos analisados, que apontam que a maior incidência é de violência intrafamiliar, sendo que pais e padrastos representam os índices mais elevados.^{22,23}

O resultado desta investigação neste cenário merece importantes reflexões, haja vista que o ambiente intrafamiliar é favorável para a prática do abuso, pois a fé que a vítima tem para com o abusador favorece que este se aproveite da ingenuidade da criança e cometa a violência.²² O silêncio sobre o abuso, que predomina em grande parte das famílias que se veem envolvidas nesse problema, de regra, é a justificativa para não se revelar a real identificação do autor do abuso.¹⁷

Os dados analisados mostram que predominam na violência sexual infantil agressores do sexo masculino. Neste estudo, no que tange ao abuso sexual, também há uma maior predominância de homens como agressores e de mulheres como vítimas, o que corrobora os dados analisados nesta investigação, assim como resultados de outras pesquisas, principalmente em situações de abuso sexual.²³ Destaca-se, portanto, que a violência doméstica contra crianças e adolescentes é determinada por relações desiguais de gênero e de geração.²⁴ Em estudos realizados por Oliveira e cols.,¹⁷ embora tenha sido observado que os dados acerca dos perpetradores tenham apresentado baixa captação (ausência de registro de algumas variáveis), verifica-se alta frequência de agressores adolescentes e/ou adultos jovens, de 17 a 39 anos.

Outro estudo aponta que a maioria dos autores da vitimização infantil se concentra na faixa etária de 20 a 40 anos, ou seja, os responsáveis são jovens e economicamente ativos e há predisposição para a vitimização.²⁵ Em um estudo realizado na região Norte, demonstrou-se que, em relação à idade do agressor, dos 216 registros encontrados, em 77% (n = 166) deles não foi informada a idade do agressor; 6% (n = 13) tinham entre 15 a 20 anos; 4% (n = 9), entre 31-35 anos; 1% (n = 2), menos de 15 anos; 1% (n = 2), entre 21 e 25 anos; 2% (n = 5) tinham entre 26 e 30 anos; 3% (n = 7), entre 36 e 40 anos e 6% (n = 12), mais de 40 anos.²⁶

Infer-se, então, que a faixa etária dominante para os casos está albergada na adolescência e na fase adulta jovem, convergindo com os demais estudos sobre violência sexual contra criança e adolescente. Outro ponto verificado é a falta de preenchimento desse quesito na ficha de notificação, o que

dificulta a noção da real situação desse problema de saúde pública e a prática de políticas que abordam o assunto.²⁷

Importante destacar a inter-relação entre vítima e agressor, definindo-se o grau de parentesco mais prevalente do agressor conforme a idade da criança ou do adolescente. Essa definição permite encontrar médias ou estratégias as mais adequadas e corretas a serem executadas, vislumbrando ações eficazes no sentido de prevenir novos possíveis casos.²⁸

Nota-se que, com o aumento da faixa etária da vítima, o parentesco do agressor tende a se tornar mais próximo, um conhecido ou um familiar, o que corrobora os achados dos estudos que apontam que a existência de relação de confiança da criança com o agressor no início da ocorrência da violência, o que justifica um maior parentesco com o aumento da idade da vítima.^{28,29} Este estudo remete à necessidade de se refletir sobre a alta incidência de casos na área urbana, na capital, cidade de Macapá.

Uma justificativa para o grande número de notificações em Macapá 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 no hospital de referência, o serviço de Pronto Atendimento Infantil no estado, assim como por ser a capital e o município mais populoso. Outra razão para busca de atendimento na capital, ou cidade de referência mais próxima, pode ser o 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.¹⁰

No estudo de Platt,¹⁵ relata-se que a residência foi o local mais frequente de ocorrência da violência e os perpetradores eram na maioria homens; em 66,5% dos casos, eles eram conhecidos das vítimas. A recorrência do abuso foi mais frequente nas vítimas do sexo masculino. Já Oliveira e cols.¹⁷ afirmam que a maioria dos casos registrados ocorreu no domicílio da vítima e em outros espaços da comunidade. Outros estudos destacam o domicílio da vítima ou do agressor, assim como algum local da comunidade, como local utilizado para a prática da violação sexual perpetrada contra crianças e adolescentes, trazendo a reflexão de que, em algumas situações, o ambiente familiar e social pode não constituir segurança e proteção.³⁰

Assim sendo, constatam que os crimes de natureza sexual são praticados, em grande parte, no espaço de convivência da criança e do adolescente.³¹ Além da alta incidência do ambiente familiar levantada, a análise dos dados em questão identificou que o mês de dezembro (27,3%) apresenta ocorrência significativamente maior e os meses de março e novembro não apresentaram registro de casos. Pode-se inferir que o período de dezembro, por ser mês de férias escolares e de festas de fim de ano, que aumenta o tempo de estadia das crianças em suas residências, ficando expostas à violência tanto no contexto

intrafamiliar como extrafamiliar, assim como as festas proporcionam o contato do agressor com bebidas alcoólicas.

Na literatura, não foram encontrados registros quanto à sazonalidade dos atendimentos de abuso sexual infantil; no entanto, alguns estudos demonstram a forte correlação entre uso de drogas e ingestão de álcool com a violência de cunho sexual contra crianças e adolescentes. No estudo de Júnior e cols.,²⁴ observou-se que os agressores faziam uso de álcool ou de outras drogas (40,0%), sendo que 76% destes haviam consumido álcool durante o ato de violência. No estudo de Assis e cols.,¹⁹ tem-se que 10,4% dos agressores se reconheceram como usuários dessa substância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos dados permitiu a conclusão de que a violência sexual requer vigilância pela gravidade que a cerca e pelo comprometimento à saúde física e psicossocial das vítimas. Ao analisar o resultado da pesquisa, nota-se que muitos dados não são preenchidos na ficha de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, o que sugere des-caso com a real seriedade do agravo. Demonstra-se necessidade de qualificar o preenchimento dos dados, sendo essencial a capacitação dos profissionais que ficam encarregados de tal ato, uma vez que a caracterização efetiva dos envolvidos - agredido e agressor – pode dar base para o aperfeiçoamento dos serviços e a elaboração de políticas para o enfrentamento desse agravo.

Ademais, o abuso sexual consiste em um problema de cunho político, social e familiar; logo, os resultados deste estudo chamam a atenção para a necessidade de novas pesquisas envolvendo maior número de crianças e adolescentes e maior área espacial, assim como o empenho no preenchimento dos dados. De tal forma, espera-se que os resultados possam contribuir para que ações e estratégias, que venham minimizar a ocorrência de violência intra e extrafamiliar, sejam incorporadas nos

planos da saúde pública, visto as grandes consequências para crianças e adolescentes que sofrem o agravo.

Mesmo que se administre um tratamento após a violência sexual infantil, a criança carregará os traumas para o resto de sua vida. Entre as consequências imediatas, destaca-se o impacto sobre a saúde mental das vítimas, como tentativa de suicídio, desenvolvimento de transtorno mental, transtorno de comportamento e transtorno de estresse pós-traumático, o que dificultará a relação social futura para esses indivíduos.

Outro fato importante é a continuidade do acompanhamento dessas crianças e desses adolescentes, já que, além do abalo psicológico, pode haver contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), que requerem tratamento imediato, e, em outros casos, a interrupção de gravidez. O perfil e o desenvolvimento sexual do abusado também merecem grande importância, visto que os estudos que foram base desta discussão demonstram que crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual infantil podem também cometer o mesmo crime no futuro, ou mesmo se tornarem indivíduos com embotamento sexual.

Nesse sentido, é necessário que o tabu da sexualidade infantil seja quebrado por pais e educadores para que as crianças, desde pequenas, recebam orientação sexual, de forma que possibilite a elas ter noções dos limites que devem ser colocados com relação a ter seu corpo tocado por outras pessoas. Por isso, para que esses traumas e abusos não existam, a melhor forma é prevenir crianças e adolescentes de tê-los, por meio do estímulo às políticas públicas voltadas ao ambiente educacional e de saúde, facilitando a abordagem, o acompanhamento e o tratamento para esses abusos.

O desafio atual é a articulação efetiva da rede de atenção e proteção com intercomunicação dinâmica e efetiva na identificação de variáveis que influenciam o desenvolvimento e a consolidação da rede, ou, ainda, a cooperação na investigação de outros elementos sociais e culturais inerentes ao tema.

REFERÊNCIAS

1. Paixão ES, Neto JCS. O abuso sexual de crianças e adolescentes: considerações sobre o fenômeno. *Territorium*. 2020;27(1):97-111.
2. 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. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf. Acessado em 2020 (12 jun).
3. Souza NJC. A trajetória do menor a cidadão: filantropia, genocídio, políticas assistenciais. São Paulo: Expressão & Arte; 2011.
4. Datria Schulze M, de Moura Alves AC. No limite do psíquico e do legal: a transgeracionalidade em processos de destituição do poder familiar. *Opin Jurid*. 2019;18(36):209-31. <https://doi.org/10.22395/ojum.v18n36a9>.
5. Campos Júnior D. The formation of citizens: the pediatrician's role. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3 Suppl 1):S23-S29. PMID: 26994451.
6. Garbin CAS, Lima TJV, Garbin AJI, Rovida TAS, Saliba O. Conhecimento e percepção dos educadores do ensino infantil sobre violência. *Revista Ciência Plural*. 2015;1(2):37-47. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7614>. Acessado em 2020 (12 jun).
7. Gava LL, Silva DG, Dell'aglio DD. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico*. 2013;44(2):235-44. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11467>. Acessado em 2020 (12 jun).

