

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

BETHÂNIA OLIVEIRA DA SILVA
ELCILANE GOMES SILVA

ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PERFIL SOCIAL E MÉDICO-
ASSISTENCIAL NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE BELÉM.

BELÉM
2011

BETHÂNIA OLIVEIRA DA SILVA
ELCILANE GOMES SILVA

ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PERFIL SOCIAL E MÉDICO-
ASSISTENCIAL NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE BELÉM.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção do grau
em Medicina pela Universidade
Federal do Pará.

Orientador: Prof^a. Maria Francisca Alves Alves.

BELÉM
2011

BETHÂNIA OLIVEIRA DA SILVA
ELCILANE GOMES SILVA

ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PERFIL SOCIAL E MÉDICO-
ASSISTENCIAL NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE BELÉM.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

Orientador

Nome / Instituição

Nome / Instituição

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª. Maria Francisca Alves Alves pelo valioso auxílio e contribuição na orientação deste trabalho;

À Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará por ceder o espaço físico para a realização deste trabalho;

Aos funcionários do PROPAZ pela disponibilização dos prontuários;

Ao amigo João Guimarães pela orientação no tratamento estatístico dos dados obtidos e pelas sugestões pertinentes;

A todos que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

"O que se faz agora com as crianças é o que elas farão depois com a sociedade."

Karl Mannheim

"A melhor maneira de tornar as crianças boas, é torná-las felizes."

Oscar Wilde

Resumo

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo e de difícil enfrentamento, inserido num contexto histórico-social de violência endêmica e com profundas raízes culturais. Como os problemas desencadeados pela violência sexual podem ir muito além dos danos físicos e repercutirem por toda a vida e saúde da pessoa violentada, temos configurado um grave problema de saúde mental que afeta todo o conjunto da sociedade. Assim, este trabalho objetiva descrever características dos casos de crime sexual, atendidos no PROPAZ de Belém do Pará, no ano de 2010, envolvendo crianças e adolescentes na faixa etária até 14 anos, perfazendo um total de 1076 crianças e adolescentes em situação de violência sexual, visando identificar dados epidemiológicos do agressor, assim como identificar dados do crime, descrever os achados do exame físico, avaliar os principais agravos decorrentes deste abuso, além de identificar o tempo entre a agressão alegada e a procura pelo serviço de saúde. Trata-se de um estudo prospectivo, do tipo descritivo, transversal, em que foram utilizados os prontuários sociais e médico-assistenciais do PROPAZ. Foi realizada uma análise estatística adequada para avaliar a significância dos valores encontrados. Utilizou-se o software estatístico Bioestat 5.0 para aplicação dos testes estatísticos e o Excel (Microsoft Windows Officee 2003) para a construção dos gráficos e tabelas. Aplicaram-se como testes estatísticos: **Mann –Whitney** e o **Teste G**. Quando se avaliou a procedência dos menores atendidos no PROPAZ, pode-se observar que a cidade de Belém é a que apresenta maior prevalência de casos (52,6%). As meninas lideraram as estatísticas de atendimento na categoria de abuso sexual (78,8%) e com maior índice a faixa etária dos 12 aos 14 anos com 31,4%. Os resultados evidenciaram que a violência intra-familiar é bastante significativa, uma vez que entre os principais agressores estão o pai, outros parentes e o padrasto. Observou-se que a maioria das vítimas não recebeu a profilaxia necessária 807 (75,0%), e somente em 34 (3,2%) casos esta foi devidamente realizada. 45 (5,3%) dos atos de violência sexual apresentaram resultado confirmado de gravidez. Os resultados alertam para a necessidade de se programarem políticas públicas integradas a partir do engajamento da sociedade e poder público, objetivando tanto a ampliação da rede de atendimento às vítimas de abuso, como o reconhecimento da gravidade da situação, que deve ser combatida e, acima de tudo, prevenida.

Palavras chave: Abuso sexual, violência sexual, abuso infantil, crianças e adolescentes.

Summary (Abstract)

Sexual violence against children and teenagers is a complex phenomenon and difficult to face, part of a socio-historical context of endemic violence with deep cultural roots. As the problems triggered by sexual abuse can go beyond the physical damage and reverberate throughout the life and health of the person assaulted, we have set a serious mental health problem that affects the whole society. This work aims to describe the characteristics of cases of sexual assault, seen at PROPAZ of Belém, Pará, in 2010, involving children and teenagers aged up to 14 years, a total of 1076 victims in situations of sexual violence, in order to identify epidemiological data of the perpetrator, crime data, describe the findings of physical examination, assess the main hazards arising from this abuse, and identify the time between the alleged assault and demand for health services. This is a prospective, descriptive, cross-sectional study that utilized social and medical welfare charts of the PROPAZ. A statistical analysis was performed to adequately assess the significance of the values found. We used the statistical software Bioestat 5.0 for statistical tests and Excel (Microsoft Windows Office 2003) for the construction of graphs and tables. The statistical tests applied were: Mann-Whitney and G Test. When assessing the background of minors treated at PROPAZ, one can observe that the city of Bethlehem is the one with the higher prevalence of cases (52.6%). The girls led the service statistics in the category of sexual abuse (78.8%) and highest incidence rate age group was from 12 to 14 years with 31.4%. The results showed that domestic violence is very significant, since among the main perpetrators are the father, other relatives and stepfather. It was observed that most victims did not receive the required prophylaxis 807 (75.0%), and only 34 (3.2%) cases it was properly done. 45 (5.3%) of the acts of sexual violence had positive pregnancy tests. The results emphasize the need to implement public policies from the comprehensive public engagement of society and government, aimed at both the expansion of the services provided to victims of abuse, and at the recognition of the seriousness of the situation, which must be combated and, above all, prevented.

Keywords: Sexual abuse, sexual violence, child abuse, children and teenagers.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organização Mundial de Saúde

DECA: Departamento Estadual da Criança e do Adolescente

VIVA: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana)

AIDS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

CP: Código Penal

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Procedência, Sexo, Cor e Escolaridade dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 2 - Idade dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 3 - Estatísticas Descritivas da variável Idade dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 4 - Religião, Período do dia em que ocorreu a violência e Local da violência dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 4.1 - Período do dia em que ocorreu a agressão referida pelos jovens compreendidos na faixa etária de 12 a 14 anos referente aos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 5 - Intervalo de Tempo entre o ocorrido e a procura pelo serviço de saúde, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 6 - Estatísticas Descritivas da variável Intervalo de tempo dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 7 - Intervalo de Tempo entre a violência e a procura pelo serviço de saúde dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 8 - Tipificação da Violência referida pelos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 9 - Tipo de Violência Sexual referida pelos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 9.1 - Número de Tipos de Violência Sexual referida pelos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 10 - Intimidação, Agressor e Agressor dos adolescentes, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 11 - Idade do Agressor dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 12 - Idade do Agressor dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 13 - Condição, Religião, Cor e Escolaridade do Agressor, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 14 - Fatores agravantes, Vítima usado álcool/drogas, Houve traumas físicos, Houve uso de preservativos, Houve contracepção de emergência, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 15 - Houve profilaxia para HIV, O estupro resultou em gravidez, O abuso resultou em DST para o menor, A criança foi abusada outras vezes, A criança foi abusada por mais de um e a criança já tinha atividade sexual, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 16 - Cruzamento entre Tipo de Violência e Idade da vítima, referente aos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 17 - Cruzamento entre O abuso resultou de DST e Suspeita de abuso sexual, referente aos participantes da pesquisa sobre violência sexual na região metropolitana de Belém em 2010.

Tabela 18 - Relação entre Gênero da vítima e Agressor referente à pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Figura 1 - Faixa Etária dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Figura 2 - Intervalo de Tempo entre a violência e a procura pelo serviço de saúde dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Figura 3 - Tipo de Violência dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Figura 4 - Tipo de Relação sexual referida pelos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Figura 5 - Faixa Etária do Agressor referente à pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. OBJETIVOS.....	15
1.2. JUSTIFICATIVA.....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	26
4. RESULTADOS.....	28
5. DISCUSSÃO.....	46
6. CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo, apesar do tímido percentual de denúncias (BRASIL, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como *"o uso intencional da 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"*.

Ainda segundo a OMS, 40 milhões de crianças de 0 a 14 anos sofrem abuso e negligência sendo a taxa de prevalência do abuso sexual de 7 a 34% entre meninas e de 3 a 29% entre meninos. Dados apresentados pelo Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para onde se encaminham pacientes pediátricos oriundos do próprio hospital por suspeita de negligência ou violência física, emocional e sexual, mostram que, dos casos encaminhados para avaliação entre 1999 e 2003, 29% foram de abuso sexual, 36% entre meninas e 20% entre meninos (SALVAGNI; WAGNER; 2006).

Registros recuperados do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA), da Secretaria da Justiça e da Segurança do Estado do Rio Grande do Sul (Brasil), que recebem vítimas de violência, indicam que, de janeiro de 2002 a julho de 2004, 3.688 crianças foram vítimas de violência, das quais 2.377 de violência sexual (FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Os dados coletados no período de 2006 e 2007 pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) mostraram que a violência sexual foi a principal causa de atendimentos nos serviços de referência de violências. Dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 (44%) foram por violências sexuais. Dos 2.370 registros de violência contra os adolescentes, 1.335 (56%) foram por violências sexuais. As meninas são as principais vítimas, com 60% a 78% do total dos casos registrados. A residência foi o local de maior ocorrência (58%) dos casos de violência contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2009).

A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma forma de violência que atinge uma das bases estruturais da personalidade de uma pessoa, a sexualidade. Perceber-se ou ser considerada vítima de violência sexual provoca traumas e reações na pessoa e na sociedade. Entende-se que a violência sexual age de forma específica sobre as pessoas e, por isso precisa de intervenções especializadas, sem perder de vista o contexto violento e excludente da organização da sociedade brasileira e da comunidade global (HAZEU, 2004).

Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Segundo o art. 2 do ECA, considera-se criança a pessoa menor de 12 anos e adolescente aquela com idade maior que 12 e menor que 18 anos.

As vítimas de violência sexual freqüentemente encontram-se isoladas e invisibilizadas, distante de seus direitos constitucionais e de proteção à saúde e acesso a justiça. Resistem em revelar o ocorrido, pois temem a exposição de sua intimidade e possuem baixa expectativa com os resultados da Justiça. Reagem negativamente a condução do inquérito policial e do exame pericial sem contar o constrangimento em confrontar o agressor no tribunal e o risco de ter sua história desqualificada (SQUIZZATTO & PEREIRA, 2004).

A exemplo de muitas violências antigas na história humana, o estupro é severamente condenado pelos textos do direito clássico, mas pouco penalizado pela justiça. A expectativa de contar com provas materiais é freqüentemente frustrada e, muitas vezes, entendida como falsa alegação. Paradoxalmente, a sociedade tem exigido que, além de violentada, a vítima apresente-se brutalmente ferida. Quando crianças, sequer admitimos que sua palavra possa ter a mesma credibilidade daquela que oferecemos ao agressor. Tendemos a considerar seus

relatos fantasiosos e incapazes de diferenciar o lúdico do real, protegendo, incompreensivelmente, o perpetrador (DREZETT et al, 2001) .

As situações de abuso sexual na infância que chegam às Varas da Infância tendem a ser apenas. Contudo, chegam para o exame da justiça a minoria dos casos, aqueles mais severos, com evidências médico-legais ou perpetrados por estranhos (FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Assim, entende-se que a violência sexual, apesar de sua importância, é assunto pouco debatido no Brasil, necessitando ser mais estudada e entendida para priorizar medidas preventivas, como programas de educação nas escolas para identificar potencial situação de abuso e autodefesa principalmente nas crianças, que se configuram como vítimas potencialmente vulneráveis.

1.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Descrever características sociais, epidemiológicas e médicas nos casos atendidos no CENTRO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL de Belém do Pará, no ano de 2010, envolvendo crianças e adolescentes na faixa etária até 14 anos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as características epidemiológicas das crianças e adolescentes atendidas (sexo, idade, escolaridade, procedência, religião).

- Identificar dados epidemiológicos e sociais do agressor (sexo, idade, escolaridade, grau de parentesco com a vítima e uso de drogas, situação econômica- laboral).

- Descrever os dados da agressão alegada: local e período do dia e identificar o tempo transcorrido entre a agressão alegada e a procura pelo serviço de saúde.
- Avaliar a incidência de traumas físicos no primeiro atendimento, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis durante o acompanhamento ambulatorial, bem como realização de profilaxia para os agravos da violência.

1.2. JUSTIFICATIVA

O abuso sexual infantil é um problema de saúde pública, devido à elevada incidência epidemiológica e aos sérios prejuízos para o desenvolvimento das vítimas. A dinâmica desta forma de violência é complexa, envolvendo aspectos psicológicos, sociais e legais.

Como os problemas desencadeados pela violência sexual podem ir muito além dos danos físicos e repercutirem por toda a vida e saúde da pessoa violentada, e como a violência e o abuso sexual podem transmutar-se em inúmeras outras formas de patologia social, todas tendo por base a violência em suas múltiplas manifestações temos configurado um grave problema de saúde mental que afeta todo o conjunto da sociedade.

Assim, este trabalho procura mostrar a urgente necessidade de estabelecer sinergias entre as mais variadas instituições sociais, mormente as de segurança pública e as da saúde, evidenciando a imposição de um maior e melhor preparo dos serviços e dos trabalhadores destas áreas, no sentido de instrumentalizá-los adequadamente não só para atender as vítimas, mas também, desenvolver trabalhos visando a ampliação da cidadania e a eliminação de todas as formas de violência em nossa sociedade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A violência contra crianças e adolescentes é considerada um acontecimento complexo, que atinge milhares de vítimas no Brasil e mundo e, devido a sua elevada prevalência e efeitos graves para o desenvolvimento infantil, o que a torna-se um sério problema de saúde pública. Habigzang e Caminha (2004) definem a violência como maus-tratos e estes se subdividem em: abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso sexual. Já Azevedo e Guerra reconhecem e focalizam a violência no âmbito familiar. Para esses autores, a violência doméstica pode ser caracterizada por violência física, violência psicológica, negligência e violência sexual.

Na esfera da violência sexual, ressalta-se o abuso sexual, o qual é definido como todo ato ou jogo sexual, relação hétero ou homossexual, cujo agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicosexual mais avançado que o criança ou adolescente. Tem por finalidade estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter estimulação sexual. Tais práticas eróticas e sexuais são impostas às crianças ou aos adolescentes por violência física, ameaça ou indução de sua vontade. (HABIGZANG; CAMINHA, 2004).

Sendo assim, pode haver abuso sexual com contato físico, envolvendo atos físico-genitais, onde se incluem relações sexuais com penetração vaginal, tentativa de relações sexuais, manipulação dos órgãos genitais, masturbação, sexo oral e penetração anal. Há Também, outros tipos de violência sexual perpetrada contra crianças e adolescentes que não somente a conjunção carnal. Inclui-se aqui a violência sexual sem contato físico, como, por exemplo, conversas obscenas e abertas sobre atividades sexuais, exibicionismo e voyeurismo. Essas são experiências que envolvem a criança num jogo sexual, constituindo-se em atos de violência (RODRIGUES, 2008).

O acontecimento é universal, com variações decorrentes dos diferentes padrões culturais, com igual potencial de dano, independentemente de qual forma ou explicação que o abuso sexual assuma. Estudos realizados em países da África apontam um aspecto ainda mais cruel dessa modalidade de mau-trato: as crianças correm grande risco de contaminação pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana) e desenvolvimento da própria síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), pois existe a crença de que manter relações sexuais com

crianças pode servir como meio de evitar o contágio ou “purificar” os portadores da doença. (CHEN et. al. 2004; KORBIN, 2002; LALOR; 2004 apud ADED, 2011).

As definições utilizadas para conceituar as variadas formas de crimes sexuais mostram dificuldades na adequação quanto aos aspectos médicos, éticos, psicológicos e legais que eles freqüentemente envolvem. Do ponto de vista legal, o conceito de violência sexual varia de acordo com o país, embora a maioria das definições envolva o uso da força física ou de intimidação, o contato sexual e a não aceitação da vítima (LOPES, 2004).

O art. 213 do Código Penal conceitua o estupro, como: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Com esta nova definição a defloração anal de homens e mulheres passa a ser considerada estupro, e não atentado violento ao pudor. O sexo oral forçado também será considerado crime de estupro, bem como a utilização de objetos com a finalidade de abuso sexual. Entende-se por “violência” o emprego de força física capaz de sobrepujar a força da vítima; e por “grave ameaça” a promessa de efetuar tamanho mal, suficiente para impedir sua resistência. (ALTERAÇÃO..., 2009; VILLA, 2009).

Em situações excepcionais, em que não houve o uso de força ou de ameaça, pode-se igualmente caracterizar o crime sexual. Essas situações, denominadas “violência presumida”, incluem pessoas menores de 14 anos; deficientes mentais; ou aquelas que não conseguem, por qualquer outra causa, oferecer resistência. O limite superior de idade de 14 anos é fundamentado, legalmente, na condição de *inocencia consilli*, traduzida pela completa falta de ciência em relação aos fatos sexuais (DREZETT et al, 2001).

A violência sexual é um fenômeno universal que atinge indistintamente os gêneros masculinos e femininos, em qualquer etapa da vida, independente de religião e classe social. Constitui-se uma das mais amargas expressões da violência de gênero e uma brutal violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos (SQUIZATO; PEREIRA; 2004).

A agressão sexual de criança e adolescente podem ser: sensorial (conforme os artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) 252-257 e do Código Penal (CP) 233, 234r), no qual há o exibicionismo, a utilização de uma performance sexualizada de forma a constranger/ a ofender com a pornografia, exibicionismo linguagem/imagem sexualizada e assédio; por estimulação (CP decreto lei n.º 3688: art. 61, 65) observado nas ações que envolvem carícias inapropriadas em partes consideradas íntimas ou de forma insinuante assédio; e por realização (CP 213-226) em que as relações sexuais com contatos físicos genitais são estabelecidas, seja mediante o estupro, atentado violento ao pudor, fraude, rapto e sedução (LEAL; CÉSAR, 1998).

Dolorosamente acrescenta-se, ainda, a violência sexual incestuosa ou intra-familiar que atinge crianças e adolescentes, onde no espaço familiar é caracterizada pela estimulação sexual intencional, por parte de algum dos membros do grupo familiar que possui relação parental com a vítima. Normalmente o incesto começa quando a criança tem em torno de cinco anos e até uma relação completa se consumir, ela é manipulada, acariciada e pode sofrer vários outros tipos de abuso, principalmente as ameaças constantes para que não seja revelado o que acontece e ao mesmo tempo a vítima pode obter privilégios devido a esta situação. Por isso, trazer a tona uma situação de abuso sexual incestuoso é muito difícil (ibid).

As famílias incestuosas apresentam relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, nas quais há uma desigualdade e/ou uma relação de subordinação. A literatura especializada aponta fatores de risco para o abuso sexual intra-familiar, entre os principais destacam-se a presença de padrasto na família, alcoolismo ou uso de drogas, desemprego, mãe passiva ou ausente, pais desocupados e cuidando dos filhos por longos períodos de tempo e dificuldades econômicas. Outro aspecto importante identificado nos casos analisados foi a presença de outras formas de violência no contexto familiar, tais como, negligência e abusos psicológicos e físicos contra as crianças, bem como violência física conjugal (HABIGZANG, 2005).

Estima-se que apenas 20% dos casos de incesto ficam restringidos a um único contato sexual. 70% das relações incestuosas duram mais de um ano e 10% duram mais que três anos (SQUIZATO; PEREIRA; 2004). Observaram-se, neste estudo, casos de abuso sexual incestuoso em que a vítima nem se lembra mais quando começaram os ataques, assim como também, casos em que os abusos ocorrem há mais de 08 anos e outros em torno de 05 anos.

Entre crianças, estima-se que um terço tenha sido submetido, alguma vez, a um contato incestuoso. Atualmente, cerca de 200 mil crianças americanas são sexualmente abusadas, a cada ano (DREZETT *et al.*, 2001).

Sem a esperança de romper com o processo de silêncio, o indivíduo depende, muitas vezes, da iniciativa de educadores, vizinhos ou amigos. De acordo com o ECA, os profissionais de saúde têm a obrigação de denunciar os casos suspeitos ou confirmados de que tenham conhecimento, se fundamentando em evidências consistentes e sustentáveis (ibid).

Conforme Pires (2008), as meninas são as vítimas mais frequentes e a grande maioria é abusada por indivíduos conhecidos: pais, padrastos, avós, tutores ou parentes próximos. Raramente usam a violência e sinais de abuso físico estão presentes em 15% dos casos. Segundo os estudos de Squizato; Pereira (2004), na adolescência foi identificado como maior agressor o padrasto e o namorado com 11,9% dos casos cada.

As vítimas de agressão sexual comumente encontram-se isoladas e invisibilizadas, distante de seus direitos constitucionais e de proteção à saúde e acesso à justiça. Resistem em revelar o ocorrido, pois temem a exposição de sua intimidade e possuem baixa expectativa com os resultados da Justiça. Reagem negativamente a condução do inquérito policial e do exame pericial sem contar o acanhamento em confrontar o agressor no tribunal e o risco de ter sua vida desqualificada (SQUIZATO; PEREIRA; 2004).

O intervalo entre o fato e a comunicação às autoridades pode variar, tornando menores nos casos em que o agressor é desconhecido ou não tem relação de parentesco com a vítima. Nas situações em que o agressor é o próprio pai, ou familiar, a denúncia pode demorar, provavelmente até que a criança perceba que tais práticas são incorretas ou injustas, ou que possa se defender. Em amostra averiguada na cidade de Santa Cruz de Tenerife (Ilhas Canárias), 67% das denúncias foram feitas pela própria ofendida, e 88% dos perpetradores eram conhecidos (SOLA; DELGADO, 2003b; SHARMA; GUPTA, 2004 apud ADED, 2011).

Geralmente, as crianças mais susceptíveis a sofrerem abuso sexual são aquelas que tenham deficiências físicas e mentais, crianças não amadas e não desejadas, vítimas de abuso anteriormente, crianças que moram com apenas um dos pais, ou quando a relação familiar é desequilibrada. Acrescenta-se a presença de pais não biológicos dentro dos lares, crianças com baixa auto-estima e baixo rendimento escolar, filhos de pais viciados em quaisquer tipos de drogas e crianças com mães deprimidas (LARANJEIRA, 2000).

Segundo Fergusson *et al.* (1996), em um estudo longitudinal, na Nova Zelândia, com uma amostra de mil crianças seguidas do nascimento até 16 anos de idade, encontrou-se uma prevalência global de 10,4% (17,3% e 3,4% para meninas e meninos, respectivamente). Os fatores identificados foram: a) ser menina; b) famílias com altos níveis de conflito conjugal; c) relatos de pouca ligação parental; d) relatos de superproteção paterna; e) relatos de problemas com álcool ou alcoolismo dos pais. Outros estudos identificaram como fatores de risco: a) meninas que vivem com padrastos ao invés de seus pais genéticos; b) crianças com problemas de desenvolvimento (atrasos ou deficiências) quando comparadas com crianças normais (HABIGZANG *et al.*, 2005).

Quando as vítimas da violência sexual são pré-púberes, podem-se observar lesões anatômicas do tipo rupturas perineais, do fundo de saco vaginal e do esfíncter anal, acompanhadas de hemorragias abundantes, podendo ocorrer choque hipovolêmico. Há a probabilidade de essa adolescente tornar-se prostituta ou usuária de drogas, além de

apresentar psicopatias como depressão, doenças psicossomáticas e bulimia nervosa (LOPES, 2004).

As conseqüências do abuso sexual em crianças já têm ampla descrição. Sanderson (2005 apud COSTA, 2007) as dividem em aspectos emocionais, interpessoais, comportamentais, cognitivos, físicos e sexuais. Para Pires (2008), as apresentações iniciais na criança são muito variadas, e vão desde alterações do comportamento, até lesão genital visível. Algumas dicas como queixas comportamentais e somáticas que podem vir sozinhas ou acompanhadas, tais como: distúrbios do sono, dor abdominal, enurese, deficiente desempenho escolar, depressão, comportamento sexualizado, choro fácil, medo das pessoas em geral, comportamento suicida.

As doenças sexualmente transmissíveis são, muitas vezes, o primeiro indício de que a criança está sendo abusada. Até que se prove o contrário, é um achado específico de abuso sexual. As mais comumente encontradas são: Gonorréia, Sífilis, Condiloma, Clamídia, Hepatite B e AIDS. A presença de doença sexualmente transmissível ou de gravidez na adolescência tem sido aceita como parte de uma mudança na sociedade, e também pode ser um indicador de abuso sexual (PIRES, 2008).

Com o objetivo de definir as características dos agressores, os estudos mostram que na maioria dos casos este era do sexo masculino (98,8%) e tinha vínculos afetivos e de confiança com a vítima. Em 57,4% dos casos, o agressor era pai da vítima e em 37,2% dos casos, este era padrasto ou pai adotivo desta. Estes resultados corroboram a literatura especializada que aponta que o abuso sexual contra crianças e adolescentes são cometidos, na maioria das vezes, por responsáveis do sexo masculino. Este fenômeno pode ser compreendido através de aspectos sociais e culturais que envolvem a desigualdade, a dominação de gênero e de gerações (GOMES *et al.*, 2002).

De acordo com Libório (2003); Davidson (2001), em concordância com o dito anteriormente, do fato de que os abusadores sexuais, em sua grande maioria, são do gênero masculino, foi retratado um caso de uma mãe, que apareceu como abusadora. Outro fato em destaque neste estudo, com relação aos (às) exploradores (as) sexuais [aliciadores (as)], o número de mulheres extrapolou o de homens. Nos casos de exploração sexual não há somente opressão de um gênero sobre o outro, mas também o poder sobre as adolescentes abusadas sexualmente ser exercido por mulheres. Desmitificando a relação de poder do homem sobre a mulher e chamando a atenção da exploração do gênero feminino sobre outros indivíduos deste mesmo gênero (LIBÓRIO, 2003; DAVIDSON, 2001 apud LIBÓRIO, 2006).

Quando se analisa a faixa etária das crianças, destacam-se os conhecidos, principalmente os vizinhos. Isto se deve, provavelmente, ao fato de que os responsáveis pelas vítimas as tenham deixado sozinhas no domicílio, por motivos de trabalho, tornando-as mais vulneráveis a esse tipo de agressão (LOPES, 2004).

Dado os múltiplos efeitos da violência sexual, o atendimento à vítima necessita da participação de uma equipe multidisciplinar. Além disso, muitas vezes membros das famílias também precisam de atendimento psicológico e social, além da criança ou adolescente agredida. Evidentemente que esse escopo tão amplo vai além da especialidade tocoginecológica, porém o médico tem papel de liderança na organização dos serviços e em influenciar os governos para comprometerem-se a proporcionar atendimento integral às vítimas violentadas sexualmente (FAÚNDES, 2006).

É recomendável que o profissional tenha uma atitude de acolhimento, não julgadora, não punitiva, mesmo com a presença do agressor. Tal comportamento visa a não provocar reações negativas ou mais sofrimento para a criança e os familiares, além de proporcionar relação de confiança, que facilitará a avaliação da situação e o planejamento do acompanhamento posterior, com maior probabilidade de adesão (FERREIRA, 2005). O atendimento não pode limitar-se à emergência, haja vista que a violência sexual tem

consequências em longo prazo que devem ser prevenidas e tratadas quando aparecerem. O seguimento, portanto, não deve ser inferior que seis meses (FAÚNDES, 2006).

As pessoas devem especialmente treinadas a acolher estes indivíduos, ouvir suas histórias e documentá-las detalhadamente no prontuário. Recomenda-se que a primeira pessoa que escuta a história faça uma descrição minuciosa da violência, incluindo o tipo ou tipos de agressão, número de agressores e a hora e o dia da agressão. Isto pode ser facilitado, pela adoção de ficha única a ser utilizada por todos os profissionais que atendem a mulher (enfermeira, médico, assistente social e psicóloga) (ibid).

O abuso sexual não é tão somente um diagnóstico. Ele é um acontecimento ou uma série de fatos que ocorrem dentro de um relacionamento no qual a vítima está ou é inserida. No entanto, as consequências físicas ou psicológicas podem ser "diagnosticadas" e consideradas consistentes com abuso sexual. Nessas circunstâncias, algumas vezes, é preciso determinar a possibilidade de que ocorreu o abuso sexual com base no comportamento e no estado emocional da criança ou do adulto envolvido (SALVAGNI; WAGNER; 2006).

Dessa forma, quando a criança declara que está sendo aliciada, deve-se no mínimo investigar na sua história. Os detalhes dessa história variam com a idade e a fase de linguagem da criança, mas até mesmo crianças de três ou quatro anos de idade são capazes de dar depoimentos simples, porém plausíveis, de alguém tocando os seus genitais. Algumas crianças manifestarão comportamentos sexualizados em suas brincadeiras ou em sua conversação que indicarão a participação das mesmas em experiências sexuais (PIRES, 2008).

A literatura sugere que o exame físico conduza com confiança ao achado definitivo de abuso sexual somente em uma minoria de casos, já que os achados físicos do abuso sexual são surpreendentemente infreqüentes. A avaliação médica não revela sinais

específicos em 50 a 90% das vítimas em estudos em que foram documentados o abuso sexual e m meninas. Além de que há formas de abuso que não causam injúrias físicas, por isso, nessas circunstâncias, não é esperado que se detecte qualquer evidência dessa natureza (SALVAGNI; WAGNER; 2006).

No Brasil, algumas iniciativas têm sido desenvolvidas, como as campanhas “Uma Vida sem violência é um direito nosso”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Justiça, e as campanhas desenvolvidas pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal. Desde 2000, o dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional do Combate ao Abuso e Exploração Sexual Infanto- Juvenil (Lei Federal 9.970) (HABIGZANG *et al.*, 2005).

Segundo Rodrigues (2008), o ECA trata da obrigatoriedade da notificação de qualquer tipo de violência contra a infância e adolescência, propõe medidas de intervenção independentemente de o agressor ser um desconhecido ou membro da família da vítima. Tais ações são de proteção das vítimas, além de dispor sobre a necessidade de criação de ações preventivas do fenômeno. Entretanto, levando em consideração que, desde a colonização do Brasil, o uso de práticas de dominação e violência era amplamente utilizado, inclusive com crianças, sabemos que a interdição jurídica não é bastante para abolir, efetivamente, tais práticas.

O discurso jurídico nacional e internacional dos Direitos Humanos, expresso em inúmeros documentos, rechaça a prática do abuso sexual na infância ao afirmar que as crianças têm direito à integridade física e mental (HABIGZANG *et al.*, 2005).

É importante ressaltar que o Estado assume como sua tarefa proteger a criança até mesmo contra seus familiares e outros agentes, públicos ou privados. Deste modo, todos os sujeitos, incluído o próprio Estado, devem se abster de medidas que possam transgredir o direito das crianças - sujeitos de direito integrais perante a lei - de viverem e se

desenvolverem livres do abuso sexual. Cabe também examinar a qual esfera de autonomia se refere o direito reconhecido para as crianças de ter preservada sua integridade física e mental (ibid).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal, em que foram utilizados os prontuários sociais e médico-assistenciais do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual.

Com base na análise prévia dos prontuários foi elaborado um protocolo de pesquisa (APÊNDICE A) enfocando as seguintes variáveis: atendimentos, idade, sexo, cor, estado civil, procedência, profissão/ocupação, gravidez, diagnóstico, patologia, intervalo de tempo entre a ocorrência da violência e o atendimento médico, exames solicitados, conduta, evolução do processo, retorno ao setor e recidiva.

Critérios de inclusão

Todas as crianças e adolescentes atendidas no Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no período de Janeiro a Dezembro do ano de 2010, compreendido na faixa etária de 0-14 anos de idade.

População de estudo

Todas as crianças e adolescentes com prontuários disponíveis atendidos no Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, compreendidos na faixa etária entre 0-14 anos, no ano de 2010, perfazendo um total de 1076 casos.

Os participantes do estudo foram categorizados segundo critério de idade estabelecido pelo *Estatuto da Criança e do Adolescente* que em seu Título I, Artigo 2o, reza

ser criança a pessoa com até doze anos incompletos e adolescentes aqueles entre doze e dezoito anos de idade. Segundo a legislação vigente, existe violência presumida para os adolescentes menores de 14 anos. Para melhor apreciação da faixa etária das vítimas, distribuiu-se suas idades em intervalos de quatro anos.

Todos os prontuários desta pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg e respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, após a autorização pela instituição em questão.

Após o levantamento dos dados, os mesmos foram tabelados e analisados descritivamente, conforme as regras existentes na Associação Brasileira de Normas e Textos (ABNT) e confrontados com os dados da literatura pesquisada.

A análise descritiva inicial para o encontro do número e da proporção foi realizada no programa Excel (Microsoft Windows Office 2003). Posteriormente, foi realizada uma análise estatística adequada para avaliar a significância dos valores encontrados. Foi utilizado o software estatístico Bioestat 5.0 para aplicação dos testes estatísticos e o Excel (Microsoft Windows Office 2003) para a construção dos gráficos e tabelas.

Utilizaram-se os seguintes testes estatísticos: **Mann –Whitney**, também conhecido como Teste U. É um teste não paramétrico que se destina a comparar duas amostras independentes do mesmo tamanho ou não, cuja análise neste trabalho mostrou que há evidências estatísticas suficientes para a rejeição da hipótese de nulidade ao nível $\alpha = 0,05$, dado p valor = 0,0024, considerado Altamente Significativo; e o **Teste G** que é um teste não paramétrico para duas amostras independentes, semelhante em todos os aspectos ao teste Qui quadrado, para dados categóricos dispostos em tabelas de contingência 2 x 2; podendo todavia ser estendido para mais de duas amostras, cada uma com duas ou mais modalidades. Nesta pesquisa, sua aplicação mostrou que há evidências estatísticas suficientes para a rejeição da hipótese de nulidade ao nível $\alpha = 0,05$, dado p valor < 0,001, considerado Altamente Significativo.

Este trabalho teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (ANEXO A).

Avaliação risco/benefício

A análise clínica e epidemiológica dos atendidos em situação de violência sexual incluídos no estudo, apresenta riscos mínimos para a população pesquisada, uma vez que tivemos acesso aos seus prontuários, embora não houve contato ou qualquer tipo de exposição dos mesmos. Foi preservada a privacidade e o sigilo dos pesquisados no estudo, omitindo-se os nomes nos protocolos de pesquisa.

Dentre os benefícios da pesquisa, está o aprimoramento do conhecimento científico, o que poderá contribuir para mostrar a urgente necessidade de estabelecer sinergias entre as mais variadas instituições sociais e desenvolver trabalhos visando a ampliação da cidadania e a eliminação de todas as formas de violência em nossa sociedade. Espera-se que os resultados obtidos sejam levados à comunidade científica e ao sistema de saúde, demonstrando a necessidade de imposição de um maior e melhor preparo dos serviços e dos trabalhadores destas áreas.

4. RESULTADOS

No período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2010, foram analisados os prontuários médico-assistenciais de 1076 crianças e adolescentes no PROPAZ, que atendiam aos critérios de inclusão propostos pela pesquisa. Em relação ao local de residência dos participantes, 566 (52,6%) residem em Belém, 200 (18,6%) em Ananindeua e 231 (21,5%) em outros municípios não pertencentes à região metropolitana. Quanto ao gênero dos participantes, 848 (78,8%) pertenciam ao sexo feminino e 226 (21%) ao sexo masculino. A maioria dos participantes (594/55,2%) não tinha sua cor informada, sendo que 356 (33,1%) eram da cor parda e 90 (8,4%) da cor branca. Na análise da escolaridade, 458 participantes (42,6%) estavam na 1ª a 4ª séries e 266 (24,7%) estavam na 5ª – 8ª séries (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Procedência, Sexo, Cor e Escolaridade dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Procedência	Quantidade	Percentual
Belém	566	52,6
Ananindeua	200	18,6
Marituba	47	4,4
Benevides	24	2,2
Santa Bárbara	7	0,7
Outros Municípios	231	21,5
Não informado	1	0,1
Total	1076	100,0

Sexo		
Feminino	848	78,8
Masculino	226	21,0
Não informado	2	0,2
Total	1076	100,0

Cor		
Branca	90	8,4
Parda	356	33,1
Negra	35	3,3
Amarela	1	0,1
Não informado	594	55,2
Total	1076	100,0

Escolaridade		
Ainda não estuda	136	12,6
Creche	11	1,0
Maternal	25	2,3
Jardim	95	8,8
Alfabetização	49	4,6
1ª - 4ª Série	458	42,6
5ª - 8ª Série	266	24,7
Analfabeta	1	0,1
Não informado	35	3,3
Total	1076	100,0

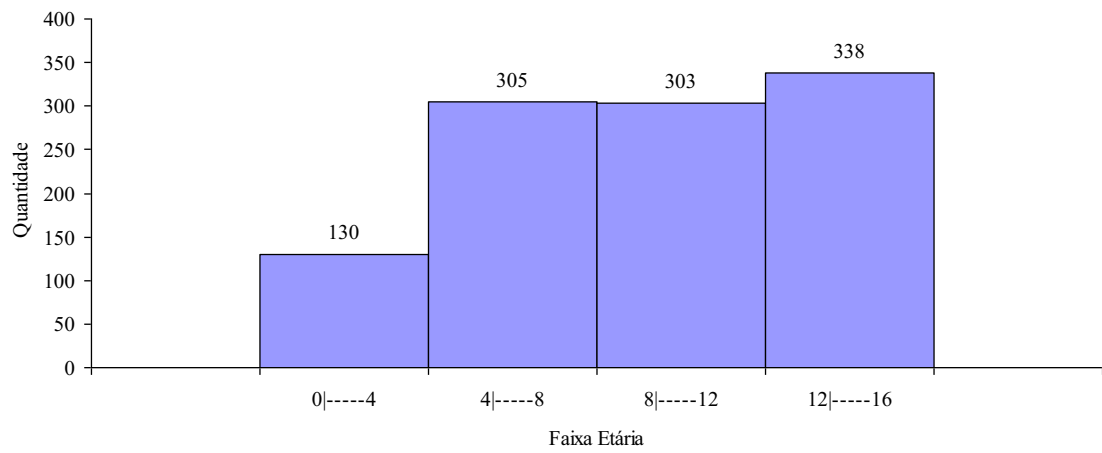
Fonte: Propaz/FSCMPA

No estudo da distribuição etária, 130 participantes (12,1%) correspondiam à faixa etária de 0-3 anos, 305 (28,3%) de 4-7 anos, 303 (28,2%) de 8-11 anos e 338 (31,4%) de 12-14 anos (**Tabela 2 e Figura 1**).

Tabela 2 - Idade dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Faixa Etária	Quantidade	Percentual
0 ----4	130	12,1
4 ----8	305	28,3
8 ----12	303	28,2
12 ----16	338	31,4
Total	1076	100,0

Fonte: Propaz/FSCMPA



Fonte: Propaz/FSCMPA

Figura 1 - Faixa Etária dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

A variável idade apresenta média de 8,7 com desvio padrão de 3,8 anos, o coeficiente de variação de 43,7% indica alta variabilidade ($CV > 30,0\%$), a mediana indica que 50,0% dos participantes tem idade inferior a 9 anos e 50,0% acima deste valor, a moda indica que a maioria dos participantes tem idade de 13 anos, a menor idade foi de 6 meses e a maior foi de 14 anos (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Estatísticas Descritivas da variável Idade dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Estatísticas	Valor
Média	8,7
Mediana	9
Moda	13
Desvio Padrão	3,8
Coeficiente de Variação	43,7%
Mínimo	0
Máximo	14

Fonte: Propaz/FSCMPA

Quanto à orientação religiosa, 392 (36,4%) eram católicos e 297 (27,6%) evangélicos. Em relação aqueles que informaram o horário da violência, 296 (27,5%) foram abusados durante o período da tarde e 156 (14,5%) pela manhã. Quando se avaliou o local da violência, 339 abusos (31,5%) ocorreram na residência do abusador, 274 (25,5%) na residência da vítima/abusador e 144 (13,4%) na residência da vítima (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Religião, Período do dia em que ocorreu a violência e Local da violência dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Religião	Quantidade	Percentual
Católica	392	36,4
Evangélica	297	27,6
Sem Religião	135	12,5
Outros	18	1,7
Não informado	234	21,7
Total	1076	100,0

Hora Violência

Manhã	145	13,5
Tarde	296	27,5
Noite	156	14,5
Madrugada	32	3,0
Qualquer hora dia	85	7,9
Não informado	362	33,6
Total	1076	100,0

Local

Rasidência vítima	144	13,4
Residência abusador	339	31,5
Residência vítima/abusador	274	25,5
Escola	24	2,2
Vias públicas	58	5,4
Matagal	13	1,2
Outros	111	10,3
Ignorado	113	10,5
Total	1076	100,0

Fonte: Propaz/FSCMPA

Considerando-se o período do dia da agressão referida em que os adolescentes são abusados, 87 casos (26%) aconteceram no período da tarde e 73 (21,8%) durante a noite (**Tabela 4.1**).

Tabela 4.1 – Período do dia em que ocorreu a agressão referida pelos jovens compreendidos na faixa etária de 12 a 14 anos referente aos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Hora violência 12 ----16	Quantidade	Percentual
Manhã	34	10.1
Tarde	87	26.0
Noite	73	21.8
Madrugada	19	5.7
Qualquer hora do dia	43	12.8
Ignorado	79	23.6
Total	335	100.0

Fonte: Propaz/FSCMPA

Quando se avaliou o intervalo de tempo entre o início de ocorrência do abuso e a procura pelo serviço de saúde por atendimento e realização de perícia, percebeu-se que 985 abusados (91,5%) foram atendidos em até dois anos após o ocorrido, sendo que 268 das vítimas (24,9%) procurou o serviço em até 3 dias, 285 (26,5%) de 4 a 30 dias e 523 (48,6%) com mais de 30 dias (**Tabela 5, Tabela 7 e Figura 2**).

Tabela 5 - Intervalo de Tempo entre o ocorrido e a procura pelo serviço de saúde, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Intervalo de Tempo	Quantidade	Percentual
0 ----543	985	91,5
543 ----1086	28	2,6
1086 ----1629	37	3,4
1629 ----2172	7	0,7
2172 ----2715	13	1,2
2715 ----3258	3	0,3
3258 ----3801	3	0,3
Total	1076	100,0

Fonte: Propaz/FSCMPA

A variável Intervalo de tempo apresenta média de 213,2 com desvio padrão de 494,5 dias, o coeficiente de variação de 231,9% indica alta variabilidade ($CV > 30,0\%$), a mediana indica que 50,0% dos intervalos de tempo são inferiores a 21 dias e 50,0% acima deste valor, a moda indica que a maioria dos intervalos de tempo são de 1 dia, o menor intervalo de tempo foi de 0 e a maior foi de 3796 dias (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Estatísticas Descritivas da variável Intervalo de tempo dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

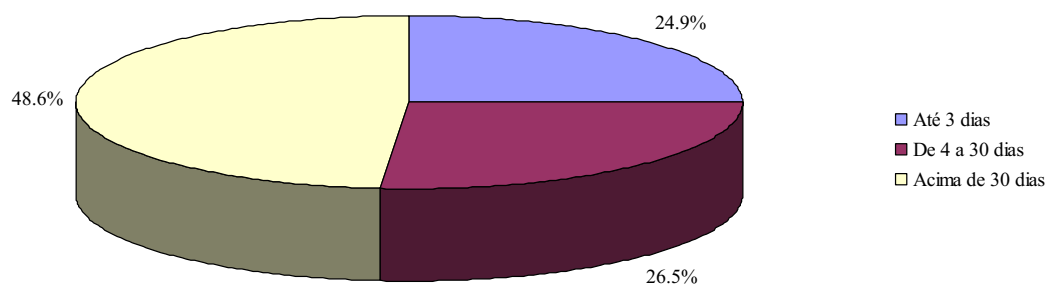
Estatísticas	Valor
Média	213,2
Mediana	21
Moda	1
Desvio Padrão	494,5
Coeficiente de Variação	231,9%
Mínimo	0
Máximo	3796

Fonte: Propaz/FSCMPA

Tabela 7 - Intervalo de Tempo entre a violência e a procura pelo serviço de saúde dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Intervalo	Quantidade	Percentual
Até 3 dias	268	24.9
De 4 a 30 dias	285	26,5
Acima de 30 dias	523	48.6
Total	1076	100.0

Fonte: Propaz/FSCMPA



Fonte: Propaz/FSCMPA

Figura 2 - Intervalo de Tempo entre a violência e a procura pelo serviço de saúde dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

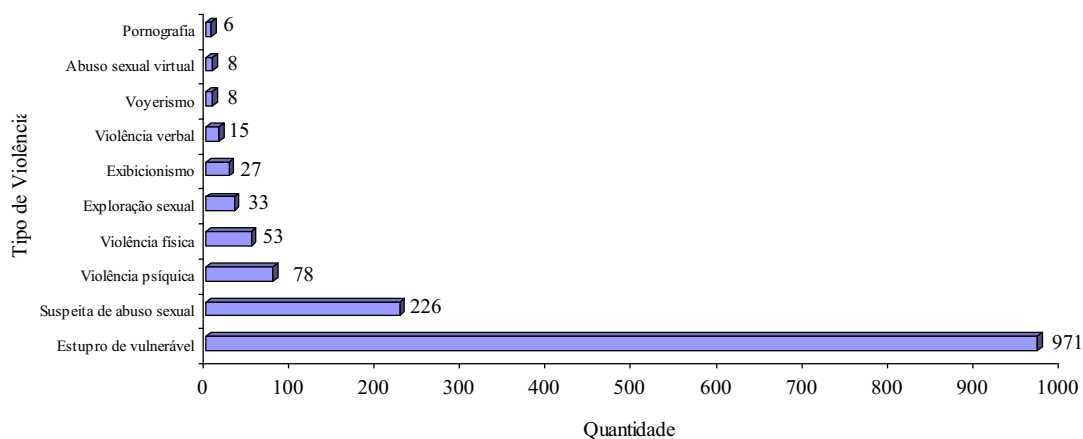
No quesito tipificação da violência sexual citada pelas crianças e adolescentes, o tipo de violência mais observada foi estupro de vulnerável, com 971 casos (68,1%). É importante

frisar que nesta situação alguns participantes foram vítimas de mais de um tipo de violência (Tabela 8 e Figura 3).

Tabela 8 - Tipificação da Violência referida pelos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tipo de crime sexual	Quantidade	Percentual
Estupro de vulnerável	971	68.1
Violência física	53	3.7
Violência psíquica	78	5.5
Violência verbal	15	1.1
Voyerismo	8	0.6
Exibicionismo	27	1.9
Exploração sexual	33	2.3
Suspeita de abuso sexual	226	15.9
Abuso sexual virtual	8	0.6
Pornografia	6	0.4
Total	1425	100.0

Fonte: Prontuário do Propaz/FSCMPA



Fonte: Prontuário do Propaz/FSCMPA

Figura 3 - Tipo de Violência dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

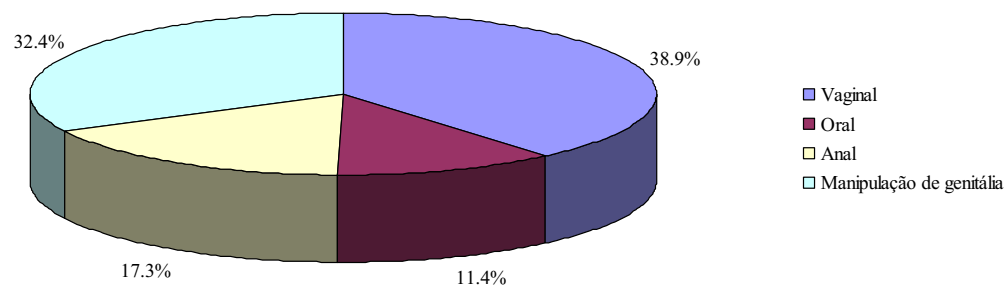
Quanto ao tipo de relação sexual citada pelos participantes, em 488 (38,9%) casos ocorreu relação sexual do tipo vaginal, em 407 (32,4%) ocorreu apenas manipulação da genitália, em 217 (17,3%) aconteceu relação sexual do tipo anal e em 143 (11,4%) ocorreu relação sexual oral. Vale frisar que muitos dos atendidos foram abusados por mais de um tipo

de relação (**Tabela 9 e Figura 4**). Ao desmembrar estes dados, observou-se que 818 crianças e adolescentes (76%), foram abusadas por um tipo de relação e 256 (23,8%) por mais de um tipo de relação (**Tabela 9.1**).

Tabela 9 - Tipo de Violência Sexual referida pelos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tipo de Relação	Quantidade	Percentual
Vaginal	488	38.9
Oral	143	11.4
Anal	217	17.3
Manipulação de genitália	407	32.4
Total	1255	100.0

Fonte: Prontuário do Propaz/FSCMPA



Fonte: Prontuário do Propaz/FSCMPA

Figura 4 - Tipo de Relação sexual referida pelos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tabela 9.1 – Número de Tipos de Violência Sexual referida pelos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Núm. de Relação	Quantidade	Percentual
Um tipo	818	76.0
Mais de um tipo	256	23.8
Não Informado	2	0.2
Total	1076	100.0

Fonte: Propaz/FSCMPA

No que diz respeito à forma de intimidação, nota-se que houve uma equivalência quanto às formas mais prevalentes, uma vez que 470 (35,4%) das vítimas sofreram ameaça e 484 (36, 5%) foram submetidas à força física, havendo neste intervalo, uma intersecção entre estas duas variáveis. Relacionado ao uso de armas, seja de qualquer porte e espécie, apenas 44 (3,3%) das vítimas relataram ter sofrido intimidação por esta forma. Porém, houve 328 (24,7%) vítimas que não sofreram nenhum tipo de ameaça. No que diz respeito ao número de vezes que estas vítimas foram intimidadas, notou-se que 544 (50,6%) delas foram intimidados apenas uma vez e 371 (34,5%) vítimas sentiram-se intimidadas mais de uma vez.

Quanto aos agressores de todas as vítimas incluídas neste estudo, os ditos “conhecidos” (não especificados) corresponderam 208 (18,5%), seguidos pelos vizinhos 181 (16,%), padrasto 139 (12,4%) e 106 (9,4%) dos agressores eram o pai da vítima.

Em contrapartida, analisando apenas os agressores dos adolescentes, a figura do namorado foi considerada o principal tipo de agressor, com 78 (21%) casos, acompanhado pelo vizinho 70 (19,4%) e a figura do padrasto como o terceiro mais envolvido nas agressões 49 (13,6%) (**Tabela 10**).

Tabela 10 - Intimidação, Agressor e Agressor dos adolescentes, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Intimidação	Quantidade	Percentual
Ameaça	470	35.4
Força física	484	36.5
Arma	44	3.3
Não houve intimidação	328	24.7
Total	1326	100.0
Número de Intimidações		
Uma	544	50.6
Mais de uma	371	34.5
Não Informado	161	15.0
Total	1076	100.0
Agressor		
Pai biológico	106	9.4
Padrasto	139	12.4
Avô	43	3.8
Tio	100	8.9
Vizinho	181	16.1
Primo	86	7.7
Padrinho	6	0.5
Namorado	83	7.4
Outros parentes	98	8.7
Conhecido	208	18.5
Desconhecido	61	5.4
Mulher	13	1.2
Total	1124	100.0
Agressor Adolescentes		
Namorado	78	21.6
Pai biológico	26	7.2
Padrasto	49	13.6
Padrinho	2	0.6
Tio	26	7.2
Avô	9	2.5
Outros parentes	26	7.2
Conhecido	70	19.4
Vizinho	42	11.6
Desconhecido	33	9.1
Total	361	100.0

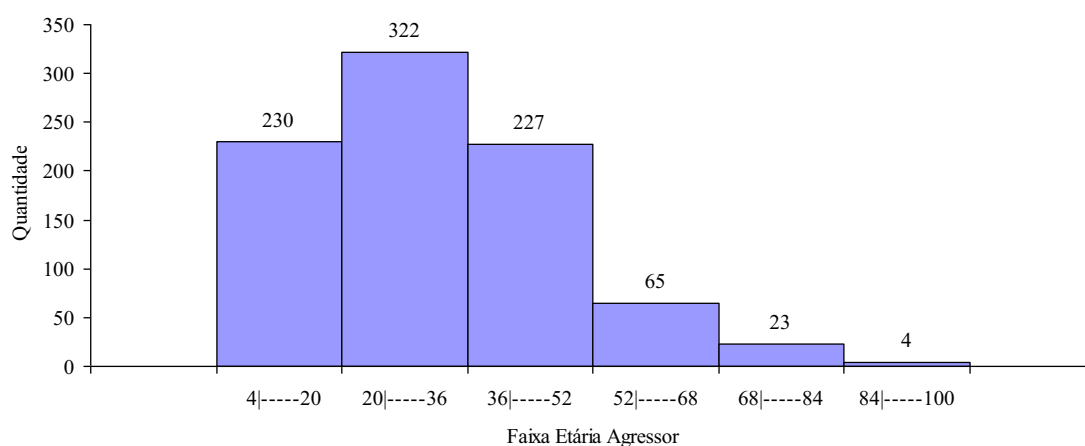
Fonte: Propaz/FSCMPA

Em respeito à faixa etária dos agressores, a maioria apresentava uma faixa etária entre 20 a 35 anos, correspondendo a 322 (37,0%) dos agressores. 230 (26,4%) estavam incluídos no intervalo de idade dos 4 aos 19 anos e 227 (26,1%) pertenciam ao grupo etário dos 36 aos 51 anos de idade (**Tabela 11 e Figura 5**).

Tabela 11 - Idade do Agressor dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Faixa Etária	Quantidade	Percentual
4 ----20	230	26,4
20 ----36	322	37,0
36 ----52	227	26,1
52 ----68	65	7,5
68 ----84	23	2,6
84 ----100	4	0,5
Total	871	100,0

Fonte: Propaz/FSCMPA



Fonte: Propaz/FSCMPA

Figura 5 - Faixa Etária do Agressor referente à pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

A variável Idade apresenta média de 32,1 com desvio padrão de 15,8 anos, o coeficiente de variação de 49,2% indica alta variabilidade ($CV > 30,0\%$), a mediana indica que 50,0% dos participantes tem idade inferior a 30 anos e 50,0% acima deste valor, a moda indica que a maioria dos participantes tem idade de 30 anos, a menor idade foi de 4 e a maior foi de 99 anos (**Tabela 12**).

Tabela 12 - Idade do Agressor dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Estatísticas	Valor
Média	32,1
Mediana	30
Moda	30
Desvio Padrão	15,8
Coeficiente de Variação	49,2%
Mínimo	4
Máximo	99

Fonte: Propaz/FSCMPA

Quanto ao perfil epidemiológico dos agressores, 373 (34,7%) deles estavam empregados e 334 (31,0%) não tiveram sua condição informada. Quanto à opção religiosa, 773 (71,8%) dos agressores, não foram incluídos em nenhum dos grupos religiosos apresentados e os que foram especificados, a maioria dos agressores 119 (11,1%) foi considerada católica. Em igual acordo, quando avaliado o item cor do agressor, 861 (80,0%) deles não teve sua cor informada, 102 (9,5%) foram considerados pardos, seguidos por 59 (5,5%) negros e 53 (4,9%) eram brancos. No quesito escolaridade do agressor, agruparam-se os graus de escolaridade em analfabetos, agressores com ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e completo, indivíduos com ensino superior incompleto e os com ensino superior completo, e o grupo dos agressores em que não foi informado o grau de escolaridade. Destes grupos, 834 (77,4%) não tiveram seu grau de escolaridade informado. Entre os informados, 95 (8,8%) não tinham terminado o ensino fundamental e 58 (5,4%) deles haviam concluído o ensino médio. Apenas 16 (1,5%) chegaram a concluir o ensino superior. (**Tabela 13**).

Tabela 13 - Condição, Religião, Cor e Escolaridade do Agressor, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Condição	Quantidade	Percentual
Empregado	373	34,7
Desempregado	148	13,8
Estudante	185	17,2
Faz bicos	36	3,3
Não informado	334	31,0
Total	1076	100,0

Religião

Católica	119	11,1
Evangélica	71	6,6
Sem religião	106	9,9
Outros	7	0,7
Não informado	773	71,8
Total	1076	100,0

Cor Agresor

Branca	53	4,9
Parda	102	9,5
Negra	59	5,5
Amarela	1	0,1
Não informado	861	80,0
Total	1076	100,0

Escolaridade Agressor

Analfabeto	10	0,9
EFI	95	8,8
EFC	19	1,8
EMI	34	3,2
EMC	58	5,4
ESI	10	0,9
ESC	16	1,5
Não informado	834	77,5
Total	1076	100,0

Fonte: Propaz/FSCMPA

No que tange aos fatores agravantes relacionados ao abusador, 65 (6,6%) deles eram usuários de drogas e 49 (4,9%) haviam consumido bebida alcoólica. Porém na maioria dos atos de agressão 842 (85,15) não foi observado um fator agravante diretamente relacionado. Já em análise a fatores agravantes relacionados às vítimas, 12 (1,2%) delas eram consideradas especiais (**Tabela 14**).

Tabela 14 - Fatores agravantes, Vítima usado álcool/drogas, Houve traumas físicos, Houve uso de preservativos, Houve contracepção de emergência, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Fatores Agravantes	Quantidade	Percentual
Álcool	49	4,9
Drogas	65	6,6
DST	5	0,5
Ex-presidiário	12	1,2
Nenhum	842	85,1
Criança especial	12	1,2
Prostituição	1	0,1
Negligência familiar	4	0,4
Total	990	100,0
Vítima usado Álcool/Drogas		
Sim	19	1,8
Não	1057	98,2
Total	1076	100,0
Houve Traumas Físicos		
Sim	181	16,8
Não	895	83,2
Total	1076	100,0
Houve uso de Preservativos		
Sim	33	3,1
Não	1043	96,9
Total	1076	100,0
Houve Contracepção de emergência		
Sim	8	0,7
Não	1068	99,3
Total	1076	100,0

Fonte: Propaz/FSCMPA

Quando averiguado os itens relacionados à realização de profilaxia para HIV/DSTs, o estupro resultou em gravidez e o abuso resultou em DST para o menor, observou-se que a maioria das vítimas não recebeu a profilaxia necessária 807 (75,0%), e somente em 34 (3,2%) casos esta foi devidamente realizada. 777 (72,2%) dos abusos não resultaram em gravidez e 45 (5,3%) dos atos de violência sexual, apresentaram resultado confirmado.

No último item, percebeu-se que 36 (3,3%) apresentaram alguma clínica relacionada à DST, e 1007 (93.6%) não adquiriram DST pelo ato.

Quando questionado se as vítimas haviam sido abusadas anteriormente, obteve-se que 123 (11,4%) delas haviam sim sofrido abuso anteriormente e 936 (87,0%) referiram não ter sido vitimadas anteriormente de abuso notificado.

Das crianças abusadas, 51(4,7%) foram agredidas simultaneamente por mais de um agressor e 1013 (94,1%) tiveram apenas um perpetrador. Das 1076 vítimas, 147 (13,7%) já haviam tido relação sexual anteriormente e 917 (85,2%) nunca tiveram relação sexual anterior ao abuso (**Tabela 15**).

Tabela 15 - Houve profilaxia para HIV, O estupro resultou em gravidez, O abuso resultou em DST para o menor, A criança foi abusada outras vezes, A criança foi abusada por mais de um e a criança já tinha atividade sexual, dos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Houve profilaxia para HIV / DSTs	Quantidade	Percentual
Sim	34	3.2
Não	807	75.0
Não informado	235	21.8
Total	1076	100.0
O estupro resultou em gravidez		
Sim	45	5.3
Não	803	94.7
Total	848	100.0
O abuso resultou em DST para o menor		
Sim	36	3.3
Não	1040	96.7
Total	1076	100.0
A criança foi abusada outras vezes		
Sim	123	11.4
Não	936	87.0
Não informado	17	1.6
Total	1076	100.0
A criança foi abusada por mais de um		
Sim	51	4.7
Não	1013	94.1
Não informado	12	1.1
Total	1076	100.0
A criança já tinha atividade sexual		
Sim	147	13.7
Não	917	85.2
Não informado	12	1.1
Total	1076	100.0

Fonte: Propaz/FSCMPA

Ao associar o tipo de violência e a idade da vítima, verifica-se que os dados avaliados são considerados estatisticamente significantes ($p < 0,001$), permitindo observar que o tipo de violência está associado a faixa etária, como visto na tabela 16, onde o aumento da faixa etária, aumenta-se o risco de o tipo de violência ser estupro de vulnerável com contato genital (**Tabela 16**).

Tabela 16 - Cruzamento entre Tipo de Violência e Idade da vítima, referente aos participantes da pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Tipo de Violência	Idade Classes				Total
	0 -----4	4 -----8	8 -----12	12 -----16	
Estupro de vulnerável	58	273	274	350	955
Violência física	-	11	15	42	68
Violência psíquica	-	15	24	36	75
Violência verbal	-	2	6	6	14
Voyerismo	-	-	5	2	7
Exibicionismo	-	7	12	8	27
Exploração sexual	-	3	17	12	32
Suspeita de abuso sexual	66	72	57	29	224
Abuso sexual virtual	-	-	1	7	8
Pornografia	-	1	2	2	5
Total	124	384	413	494	1415

Fonte: Prontuário do Propaz/FSCMPA

Teste G = 268,7192 p valor $< 0,001$ (Altamente Significativo).

Relacionando o número de participantes com suspeita de abuso sexual e a aquisição de DST, percebeu-se que 15 crianças e adolescentes (6,7%) procuraram o serviço de saúde por apresentarem DST e por isso foram consideradas como suspeita de abuso sexual (**Tabela 17**).

Tabela 17 - Cruzamento entre O abuso resultou de DST e Suspeita de abuso sexual, referente aos participantes da pesquisa sobre violência sexual na região metropolitana de Belém em 2010.

O abuso resultou em DST	Quantidade	Percentual
Sim	15	6,7
Não	211	93,3
Total	226	100,0

Fonte: Propaz/FSCMPA

Cruzando as variáveis gênero da vítima e agressor, percebeu-se que essa associação se mostra altamente significativa (dado p valor = 0,0024), ou seja, o agressor escolhe sua vítima de acordo com o gênero da mesma (**Tabela 18**).

Tabela 18 - Relação entre Gênero da vítima e Agressor referente à pesquisa sobre violência sexual no Estado do Pará em 2010.

Agressor	Sexo				Total	%
	Feminino	%	Masculino	%		
Pai biológico	90	10.1	15	6.3	105	9.3
Padrasto	127	14.3	12	5.0	139	12.4
Avô	39	4.4	4	1.7	43	3.8
Tio	83	9.4	17	7.1	100	8.9
Vizinho	107	12.1	74	31.1	181	16.1
Primo	57	6.4	29	12.2	86	7.6
Padrinho	8	0.9	1	0.4	9	0.8
Namorado	81	9.1	2	0.8	83	7.4
Outros Parentes	81	9.1	17	7.1	98	8.7
Conhecido	153	17.2	55	23.1	208	18.5
Desconhecido	55	6.2	5	2.1	60	5.3
Mulher	6	0.7	7	2.9	13	1.2
Total	887	100.0	238	100.0	1125	100.0

Fonte: Propaz/FSCMPA

Mann_Whitney = 3,0311 p valor = 0,0024 (Altamente Significativo).

5. DISCUSSÃO

No processo de análise, chamou a atenção, a carência de informações nas fichas de atendimento das instituições pesquisadas a respeito de dados específicos envolvidos nas vitimizações sexuais. E ainda, a não uniformidade de termos empregados para designar o fenômeno e a expressiva ausência de dados a respeito do agressor. O fato alerta para a necessidade de um atendimento contextualizado, no qual a ação profissional individualizada deve ceder espaço à implantação de uma rede que acolhe, trata, age e pensa de forma integrada.

Quando se avalia a procedência dos menores atendidos no PROPAZ, pode-se observar que a cidade de Belém é a que apresenta maior prevalência de casos (52,6%), dados estes semelhantes aos encontrados no trabalho de Santana, Martins e Ribeiro (2004), com uma prevalência de 57% procedentes de Belém. Tais dados podem demonstrar a ausência de denúncias e subnotificação dos casos ocorridos nos municípios do interior do estado, em especial na zona rural. O desconhecimento da existência e o funcionamento de serviços de assistência, a vontade de manter o problema em segredo, a não percepção do abuso e a desconfiança inspirada por adultos e/ou profissionais dificulta a procura por denúncia e atendimento especializado.

As crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual eram, na maioria dos casos, do sexo feminino (78,8%), enquanto que apenas 21% eram do sexo masculino. Estes dados reafirmam os encontrados nas literaturas estudadas (HABIGZANG *et al*, 2005; SQUIZZATTO & PEREIRA, 2004; RIBEIRO; FERRIANI; REIS 2004), as quais vinculam a violência sexual à questão de gênero, devido aos aspectos históricos e culturais de nossa sociedade.

A faixa etária de maior incidência foi a de 12 – 14 anos, sejam elas meninos ou meninas, e respondem juntos por 31,4% do total de atendimentos, corroborando os estudos de Rodrigues (2008). Nessa faixa de idade, as crianças e adolescentes do sexo feminino são proporcionalmente mais vitimizadas concordando com Mendoza *et al* (2004) que afirma que à medida que a menor adquire características sexuais secundárias aumenta o número de casos de abusos.

A maioria dos casos de abuso sexual ocorreu no período da tarde (27,5 %), seguido por 14,5% ocorridos à noite. Tal fato pode ser em decorrência de a grande maioria das crianças estudarem pelo período matutino, ficando o período vespertino reservado às brincadeiras na vizinhança, momento que o agressor aproveita para cometer o crime.

Quanto ao local de ocorrência da agressão sexual, os dados encontrados nos levam a pensar que as vítimas se encontravam no exercício de suas atividades habituais. Foi possível identificar que 31,5% dos abusos ocorreram na residência do agressor, 25,5 % na residência da vítima/agressor e 13,4% na residência da vítima. Já Squizzato; Pereira (2004) identificaram que 30,9% dos abusos ocorreram na residência da vítima e 8,7% na residência do agressor. Apesar da diferença, isso nos leva a refletir sobre a situação de insegurança em que vivem

todas as pessoas, estando sujeitas a qualquer momento serem vítimas de violência sexual, perpetrada por pessoas do círculo familiar, tornando o espaço doméstico um local inseguro para crianças e adolescentes.

Apenas 28,2% das crianças e adolescentes abusadas foram levadas ao serviço de saúde em até três dias, fato este que seria ideal, uma vez que é o período de tempo em que se configura o flagrante do crime. 29,9% foram levadas ao serviço especializado no período compreendido de 4 a 30 dias, período esse em que ainda poderiam ser encontrados vestígios do abuso sexual. E, a grande maioria, 41,9%, foi levada ao serviço somente após 30 dias decorridos do abuso, acarretando assim em perdas de elementos comprobatórios para a materialidade do crime. Estes resultados revelam um aspecto importante da dinâmica do abuso sexual, a maioria dos casos é mantida em segredo por mais de um ano. O abuso sexual é caracterizado por uma progressão ascendente que inicia quando a criança é ainda muito pequena através de carícias mais sutis e torna-se mais explícito à medida que a criança cresce, ocorrendo a manipulação de genitais até relações sexuais orais ou genitais, freqüentemente na adolescência. Os abusos são mantidos em segredo, devido às ameaças e barganhas do abusador e aos sentimentos de vergonha, culpa e medo da vítima. Os estudos de Santana, Martins e Ribeiro (2004), mostraram que 45% dos seus pesquisados realizaram perícia médica em até três dias após o abuso sexual.

Neste trabalho, 68,1% dos casos de abuso foram tipificados como estupro de vulnerável. Isto decorre da mudança dos artigos 213 e 214 do Código Penal, pela Lei nº 12.015/2009, fazendo com que o estupro agora englobe não só a conjunção carnal, mas também qualquer outro ato libidinoso. Ainda neste trabalho, observou-se 15,9% eram casos suspeitos de abuso sexual, 5,5% violência psíquica e 3,7% violência física. É importante ressaltar que uma forma de abuso não exclui a outra, isto é, muitas crianças sofreram ao mesmo tempo mais de um tipo de abuso sexual. Não foram encontrados dados semelhantes na literatura, devido a Lei ter sido sancionada relativamente recente. Vale frisar que esta divisão quanto à tipificação do abuso sexual (estupro de vulnerável, suspeita de abuso sexual, violência psíquica, etc.) foi pontuada de acordo com o protocolo do PROPAZ e que não obedece a classificação médico-legal ou jurídica.

No que diz respeito ao tipo de relação sexual referida pelas crianças e adolescentes, 38,9% dos casos de estupro aconteceu por via vaginal, em 32,4% ocorreu manipulação da

genitália, em 17,3% foi por via anal e em 11,4% através do sexo oral. Algumas crianças foram abusadas por mais de um tipo de relação. No trabalho de Habigzang *et al* (2005) as principais categorias identificadas foram sexo vaginal (28,6%), sexo anal (24,7%), sexo oral (19,5%) e manipulação da genitália (13%).

A maioria das vítimas foi submetida a algum tipo de intimidação, uma vez que 71,9% delas sofreram ameaça ou foram submetidas à força física, ou ambos os tipos. Apenas 44 vítimas (3,3%) referiram ser ameaçadas por algum tipo de arma. Em consonância com os trabalhos de Squizato e Pereira (2004), na maioria dos ataques sexuais não foi utilizada instrumentos como armas ou outros objetos. É muito provável que a maior força física do homem e a intimidação pelo uso da violência psicológica, tornem-se o principal fator decisivo para paralisar a resistência da vítima. Já Oshikata (2003) e Faúndes (2006), observaram que a principal forma de intimidação foi através de armas, num total de 71% dos casos.

Sempre tentam associar o perigo além do espaço privado de convivência, correlacionando-o com estado de pobreza, com a marginalização e com a insegurança generalizada existente no espaço público. Porém, a violência sexual ocorre dentro dos lares (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004). Os “conhecidos” foram responsáveis pela maior porcentagem de associação a agressão, correspondendo a 208 (18,5%) casos, dada a certa liberdade aos lares, uma vez que se tenta acreditar na integridade do outro. Somando-se a este dado, os vizinhos, perfazendo um total de 181 (16,%) dos agressores foram o segundo grupo responsabilizado por tal ato de violência. Padrasto 139 (12,4%) e pai biológico 106 (9,4%) ocuparam respectivamente o terceiro e quarto lugar como os agressores mais frequentes. Em contrapartida, quando a vítima era adolescente, a figura do namorado foi considerada o principal tipo de agressor, com 78 (21%), acompanhado pelo vizinho 70 (19,4%) e a figura do padrasto como o terceiro mais envolvido nas agressões 49 (13,6%). Em concordância com o que foi dito acima, há o estudo realizado por Santana; Martins e Ribeiro, 2004 em que os conhecidos (não qualificados) corresponderam a 31%, seguido pelo vizinho (14%), padrasto (11%) e pai (9%).

Segundo estudo de Habigzang *et al*, (2005) a maioria dos agressores tinham idade entre 31 a 40 (52,2%). Nesta pesquisa, houve uma redução da faixa etária dos agressores encontrados, uma vez que 37,0% encontravam-se inseridos no intervalo de 20 a 35 anos de

idade. Sendo que 50,0% dos agressores tinham idade inferior a 30 anos. A menor idade foi de 4 e a maior foi de um caso com agressor com 99 anos.

Quanto à situação sócio-econômica dos agressores, os registros mostram que a maioria dos agressores em que foi informado a sua situação laboral, 373 (34,7%) deles estavam empregados e 369 (34,3%) não apresentavam um vínculo empregatício oficial. No estudo de Habigzang (2005), a ocupação do agressor foi encontrada em 81 casos, sendo que 43,2% dos agressores estavam empregados. Contudo, a maioria estava desocupada ou em trabalho eventual. Uma parte deles estava desempregada (32,1%), fazendo biscates (16%), aposentados (6,2%) ou eram autônomos (2,5%). Mesmo assim, ainda é verdadeiro afirmar que o desemprego é um fator de risco para a violência, seja ela qualquer forma de violência.

Em acerto com Habigzang (2005), o nível de escolaridade pode ser considerado um fator de risco para agressão sexual. Segundo este autor em apenas 32 casos analisados havia registro do nível de escolaridade do agressor, sendo que 40,6% destes tinham primeiro grau incompleto e 25% primeiro grau completo. Os demais eram analfabetos (15,6%), tinham segundo grau incompleto ou completo (15,6%) ou terceiro grau incompleto (3,1%). Neste estudo entre os informados, 95 (8,8%) não haviam terminado o ensino fundamental e 58 (5,4%) deles haviam concluído o ensino médio. Apenas uma minoria, 16 (1,5%), chegou a concluir o ensino superior. Estes resultados apontam, em ambos os estudos, que a maioria dos agressores possuía baixo nível de escolaridade o que também pode ser considerado um fator de risco.

Foi realizada uma busca quanto aos principais fatores agravantes, que estariam relacionados diretamente ao abuso sexual, sendo que 65 (6,6%) eram usuários de drogas e 49 haviam consumido bebida alcoólica. Neste estudo, observou-se que uso de substâncias tóxicas não foi fator importante para o aumento de casos de abuso, uma vez que a maioria dos casos registrados (85,1%) não teve relação com o uso destas substâncias. O mesmo é verdadeiro se levado em conta a vítima ter feito ou não uso destes tipos de substâncias. Já o trabalho de Habigzang (2005), esta relação é verdadeira, conforme os dados a seguir: 53,2% dos agressores era usuário de álcool e 27,7% destes abusavam de alguma outra substância tóxica.

Dos registros incluídos nesta análise, verificou-se a ínfima utilização de preservativos ou o uso de contracepção de emergência durante e após o ato sexual, respectivamente, resultando em 45 casos de gravidez e 36 casos de DST. Conforme trabalho de Santanna; Martins e Ribeiro (2004), a taxa de gravidez encontrada foi de 3%, ao passo que foram constatados 5,3% nesta dissertação.

Dos casos abordados, apenas 34 (3,2%) vítimas receberam a profilaxia pra HIV/DSTs, o que não é permitido concluir se houve ou não falha quanto à abordagem correta exigida pelo Ministério da Saúde, uma vez que existem protocolos específicos para a realização das mesmas.

Em decorrência do abuso sexual, muitas vítimas apresentam um comportamento hipersexualizado. Esta alteração do comportamento coloca crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, potencializando a chance de recorrência de abuso. Nesta pesquisa, 123 (11,4%) das vítimas já tinham sido abusadas anteriormente, 13,7% já tinham atividade sexual anterior. A triste estatística acentua-se quando muitas vítimas foram abusadas simultaneamente por mais de um abusador, havendo inclusive participação de familiares.

Ao associar a idade da vítima e o tipo de violência mencionada, percebeu-se que o estupro de vulnerável foi o tipo de violência com maior expressão em grande maioria dos intervalos, exceto nos menores de quatro anos de idade, sendo o intervalo de idade maior que oito anos mais expressivo, abrangendo 624 (65,34%) das vítimas. Em contrapartida, a suspeita de abuso sexual, apresentou sua maior prevalência na faixa etária inferior aos oito anos de idade, perfazendo 138 (61,6%) das vítimas que sofreram este tipo de violência.

Relacionando o número de casos suspeitos de abuso sexual com aqueles acometidos por DSTs, percebeu-se que dos 226 casos suspeitos, 15 foram encaminhados ao PROPAZ por apresentarem quadro clínico compatível com DST, sendo este o motivo pela procura ao serviço de saúde. No entanto, eram considerados casos suspeitos por não referirem qualquer tipo de abuso, sendo na sua maioria crianças menores de oito anos de idade.

Observou-se nesta pesquisa que o abusador escolhe suas vítimas de acordo com o gênero da mesma, ou seja, não é apenas o desejo sexual o fator proeminente na motivação dos agressores sexuais, mas também o gênero, pois crianças e adolescentes fazem parte da

categoria dominada e sujeita ao poder exercido pelo mais velho sobre o mais novo e do masculino sobre o feminino.

7 – CONCLUSÃO

Várias são as formas de maus-tratos contra crianças e adolescentes: abusos físico, sexual, psicológico, negligência etc. Delas, não se sabe qual é a mais danosa. É difícil conhecer a real extensão desse tipo de agressão, tendo em vista a subnotificação dos casos de abuso sexual, bem como a conduta dos profissionais envolvidos, que não raro resulta em diagnósticos e análises equivocadas. Mesmo com a divulgação de inúmeros dados sobre este tipo de violência, torna-se difícil precisar o número real de crianças abusadas.

Os resultados desta pesquisa apontam que a maior parte das vítimas era procedente da cidade de Belém (52,6%). A criança ou adolescente do sexo feminino se mostra como vítima preferencial (78,8%) dos agressores sexuais, sendo a faixa etária mais acometida a de 12 aos 14 anos, sejam elas meninas ou meninos, e respondem juntos por 31,4% do total de atendimentos. O local de maior prevalência foi a residência do abusador (31,5%), mostrando que as crianças foram atraídas pra aquele local. O segundo foi a residência, onde moram ambos, vítima e abusador, demonstrando que elas sofrem abuso dentro do seu próprio lar. Percebeu que em 70,4% dos casos, o abuso ocorreu em ambiente normalmente freqüentado pela vítima, seja ele, o lar de um “conhecido” ou de um familiar ou até mesmo o seu lar. Esta proximidade de abusador e abusado é confirmada quando analisado que estes mesmos “conhecidos” foram responsáveis pela maior porcentagem de associação a agressão, correspondendo a 208 (18,5%) casos, dada a certa liberdade aos lares, uma vez que se tenta acreditar na integridade do outro. Somando-se a este dado, os vizinhos, perfazem um total de 181 (16,%) dos agressores sendo o segundo grupo responsabilizado por tal ato de violência. Padrasto 139 (12,4%) e pai biológico 106 (9,4%) ocuparam respectivamente o terceiro e quarto lugar como os agressores mais frequentes. Em contrapartida, quando a vítima era adolescente, a figura do namorado foi considerada o principal tipo de agressor, com 78 (21%) casos.

Os registros mostram que a maior parte dos abusadores referidos encontrava-se com algum vínculo empregatício (34,7%) e 369 (34,3%) estavam desempregados, o que vai de encontro com o pensamento inicial das autoras.

A maioria dos casos é mantida em segredo por mais de um ano, pois apenas 28,2% das crianças e adolescentes abusadas foram levadas ao serviço de saúde em até três dias, fato este que seria ideal, uma vez que é o período de tempo em que se configura o flagrante do crime e que a perícia tem maiores chances para a confirmação da agressão. Este fato prejudica a punição de indivíduos capazes de tocar na pureza de seres tão indefesos e imaturos, gerando no futuro adultos doentes e/ou no mínimo, indivíduos traumatizados, que procuram entender a causa de sofrerem tal agressão, já que 917 (85,2%) nunca tiveram relação sexual anterior ao abuso. Das crianças abusadas, 51(4,7%) foram agredidas simultaneamente por mais de um agressor e 1013 (94,1%) tiveram apenas um perpetrador. Neste trabalho, 68,1% dos casos de abuso foram tipificados como estupro de vulnerável. No que diz respeito ao tipo de relação sexual citada pelas crianças e adolescentes, 38,9% dos casos de estupro aconteceu por via vaginal, em 32,4% ocorreu manipulação da genitália, em 17,3% foi por via anal e em 11,4% através do sexo oral.

O percentual de gravidez neste estudo (5,3%) foi um pouco acima do encontrado nas literaturas analisadas (3%), e de DST foi de 3,3% na população total estudada. Dentre os casos que as DST estiveram presentes, 15 vítimas foram encaminhadas ao serviço pelo diagnóstico clínico de DST estabelecido, para investigação de suspeita de abuso sexual. Este dado é concordante com registro da literatura que mostra a ínfima utilização de preservativos ou outro método contraceptivo.

A análise estatística mostrou significância entre o abusador e o gênero da vítima, concordando mais uma vez com a literatura de que o gênero feminino é o que sofre este tipo de agressão com maior frequência, demonstrando também que é categoria dominada e sujeita ao poder exercido pelo mais velho sobre o mais novo e do masculino sobre o feminino.

A escassez e a irregularidade dos serviços de assistência, o amparo limitado oferecido às vítimas e a dificuldade em acompanhar os casos registrados como abuso concorre para que o assunto permaneça pouco conhecido. A palavra chave é envolvimento. Indignar-se diante

das atrocidades que invadem o corpo, a mente e comprometem a saúde e o futuro das crianças e adolescentes é pouco.

Há necessidade de mais pesquisa no País sobre o abuso sexual contra menores: prevalência, incidência, desdobramentos legais e conseqüências para a vida futura das vítimas. Esses estudos devem ser feitos de acordo com os parâmetros da realidade socioeconômico-cultural brasileira, que reconheçam em crianças e adolescentes pessoas em desenvolvimento, portadoras, portanto, de direitos e deveres condizentes com as fases de vida em que se encontram.

REFERÊNCIAS

ADED, N.L.O. *et al.* Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v.33, nº 4, p 204-213, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n4/pdf/Rev%20Psiq%20Clin%2033%204.pdf>> Acesso em: 18 jun 2011.

ALTERAÇÃO do Código Penal amplia definição de estupro. Disponível em: <<http://www.clickpb.com.br/artigo.phpid=20080520030506.mht>>. Acesso em: 26 out 2009.

BLOIS, A.C.N. Gravidez na adolescência: Perfil clínico e epidemiológico em uma unidade de referência de Belém. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma Técnica. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_tecnicaPrevencao2.pdf> Acesso em: 13 de set 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <<http://www.direitosdacrianca.org.br/midia/publicacoes/impacto-da-violencia-na-saude-das-criancas-e-adolescentes>> Acesso em: 13 de set 2009.

CHEN, J.Q.; Dunne, M.P.; Han, P. - Child abuse in China: a study of adolescents in four provinces. *Child Abuse & Neglect* 28 (11): 1171-1186, 2004 apud ADED, N.L.O. *et al.* Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v.33, nº 4, p 204-213, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n4/pdf/Rev%20Psiq%20Clin%2033%204.pdf>> Acesso em: 18 jun 2011.

COHEN, C. O incesto. In: **AZEVEDO, M. A & GUERRA, V. N. A Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3ª ed. , São Paulo: Cortez, 2000 apud SQUIZATO, A.; PEREIRA, W.R.; Caracterização das vítimas de violência sexual a partir da análise dos registros feitos pela coordenadoria geral de medicina legal de cuiabá – mt no ano de 2004. Cuiabá- MT, 2004. Disponível em:<www.apecomt.com.br/cientificos...Seminario_ana.squizatto.pdf>. Acesso em: 13 set 2009.

CONVENÇÃO Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”. Departamento de Assuntos Jurídicos Internacionais, 1994. Disponível em: <<http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-61.htm>>. Acesso em 13 set 2009.

COSTA, L.F et al. Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 2, Brasília (DF), 2007. Disponível em: <http://www.seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/include/getdoc.php%3Fid%3D>. Acesso em: 20 jun 2011.

DREZETT, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, Y.; PRIETO, E.T.; MARQUES, J.A.; FERNANDES, C.E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**. v.77, n.5, p413-419, Porto Alegre, Sep./Oct. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572001000500013&script=sci_arttext> Acesso em: 13 set 2009.

ESTATUTO da criança e do adolescente. Brasília: Imprensa Oficial do Estado S.A., 2001. Disponível em: <<http://redesociaisapaulo.org.br/downloads/ECA.pdf>> Acesso em: 13 set 2009.

FAÚNDES, A. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.28, nº 2, p126-135, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n2/30680.pdf>>. Acesso em : 31 out 2009.

FERGUSSON, D.M., LYNSKEY, M.T., HORWOOD, L.J. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.35, p.1355-1364, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8885590>>. Acesso em: 30 out 2009.

FERREIRA, A.L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa07.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2011.

FRANÇA-JUNIOR, I. **Child sexual abuse**: a comprehensive approach based on Epidemiology and Human Rights, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.23-38, 2003. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista12/ensaio2.pdf>> Acesso em: 13 set 2009.

FURNISS, T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993 apud HABIGZANG, L.F. et al. **Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2005, Vol. 21 n. 3, pp. 000-00. Disponível em: < www.interface.org.br/revista12ensaio2.pdf>. Acesso em: 13 set 2009.

GOMES, R. *et al.* Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**, v.18, nº.3, Rio de Janeiro, p707-714, May/June 2002. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2002000300019&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em 31 out 2009.

HABIGZANG, L.F. *et al.* **Abuso Sexual Infantil e Dinâmica Familiar: Aspectos Observados em Processos Jurídicos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2005, Vol. 21 n. 3, pp. 000-00. Disponível em: < www.interface.org.br/revista12ensaio2.pdf>. Acesso em: 13 set 2009.

HABIGZANG, L.F.; CAMINHA, R.M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 apud RODRIGUES, D.B. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: o caso de Campos dos Goytacazes-RJ**. Universidade Campos Mendes. Campos/RJ, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1268.pdf>. Acesso em 18 jun 2011.

HAZEU, M. Direitos sexuais da criança e do adolescente: **Uma visão interdisciplinar para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**. Belém: Movimento República de Emaús, 2004.

HUTZ, C. S.; SILVA, D. S. M. Avaliação Psicológica com Crianças e Adolescentes em Situação de Risco. **Aval. Psicol**, v.1, n.1, Porto Alegre, jun 2002, p 73-79. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712002000100008> Acesso em: 18 jun 2011.

KENNEY, J.W.; REINHOLTZ, C.; ANGELINI, P.J. Sexual abuse, sex before 16, and high-risk behaviors of young females with sexually transmitted diseases. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs** 1998, 27:54-63. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE_1997-2009&exprSearch=9475128&indexSearch=UI&lang=i> Acesso em: 13 set 2009

KORBIN, J.E. - Culture and child maltreatment: cultural competence and beyond. *Child Abuse & Neglect* 26: 637-644, 2002 apud ADED, N.L.O. *et al.* Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v.33, nº 4, p 204-213, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n4/pdf/Rev%20Psiq%20Clin%2033%204.pdf>> Acesso em: 18 jun 2011.

LALOR, K. - Child abuse in sub-Saharan Africa: a literature review. *Child Abuse & Neglect* 28: 439-460, 2004a apud ADED, N.L.O. *et al.* Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v.33, nº 4, p 204-213, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n4/pdf/Rev%20Psiq%20Clin%2033%204.pdf>> Acesso em: 18 jun 2011.

LARANJEIRA, R.A.P. Abuso sexual na Infância: Revisão bibliográfica dos principais tópicos sobre o tema. **Monografia apresentada ao internato obrigatório de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense**, Niterói- RJ, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/mmi/ped/documentos/abusosexual2000.pdf>> Acesso em: 31 out 2009.

LEAL, M.F.P.; CÉSAR, M.A. Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes (Relatório final de oficina). **Ministério da Justiça**, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos e Departamento da Criança e do Adolescente. Brasília, 1998. Disponível em: <biblioteca.planejamento.gov.br/.../at_managed_file.2009-09-22.3306128972/->>. Acesso em: 01 nov 2009.

LIBÓRIO, R.M.C. Pesquisa diagnóstica sobre violência sexual contra crianças e adolescentes: reflexões sobre a ação do educador – **Departamento de Educação, Universidade Estadual Paulista**, Campus de Presidente Prudente- São Paulo, 2006. Disponível em: <www.anped.org.br/reunioes28textosge23ge23574int.pdf> -. Acesso em: 13 set 2009.

LOPES, I.M.R.S. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.26, nº2, p111-116, Rio de Janeiro, Mar. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200005\(2\).mht](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200005(2).mht)>. Acesso em: 14 set 2009.

MENDONZA, C.C. et al. Estupro em menores de 14 anos na Grande Recife – 1990/1995. *Pediatria Atual*. Rio de Janeiro. Publicações Científicas, Março / Abril 2004, v.17, n.2, p.23-24.

OLIVEIRA, E.M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev Saúde Pública**, v.39, nº3, p376-382, 2005. Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24790.pdf>>. Acesso em: 31 out 2009.

OSHIKATA, C.T. Violência sexual: características da agressão, das mulheres agredidas e do atendimento recebido em um hospital universitário de Campinas – SP. **Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)** – Departamento da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. 01. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/documentcode=vtls000293070>>. Acesso em: 13 set 2009.

PIRES, J.M.A. **Violência na Infância - Aspectos Clínicos.** (Fonte: www.ulbra.br/protacaoacrianca/artigo_joelza.doc. 2008. Disponível em: <<http://www.primeirainfancia.org.br666.mht>>. Acesso em 13 set 2009.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, v.20, nº.2, p456-464, Rio de Janeiro, mar-abr 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200013>. Acesso em 18 jun 2011.

RODRIGUES, D.B. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: o caso de Campos dos Goytacazes-RJ.** Universidade Campos Mendes. Campos/RJ, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1268.pdf>. Acesso em 18 jun 2011.

SALVAGNI, E.P.; WAGNER, M.B.; Estudo de caso-controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. **Jornal de Pediatria**, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0021-75572006000800007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 out 2009.

SANTANNA, A.A; MARTINS, E.L; RIBEIRO, L.G.T. Estudo epidemiológico dos casos de abuso sexual infantil com contato físico periciados no Instituto Médico-Legal de Belém/PA no ano de 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2004.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.5, p797-807, 2007. Disponível em: <<http://www.interface.org.brrevista12ensaio2.pdf>> Acesso em: 13 set 2009.

SHARMA, B.R.; Gupta, M. - Child abuse in Chandigarh, India, and its implications. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 11 (5): 248-256, 2004 apud ADED, N.L.O. *et al.* Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v.33, nº 4, p 204-213, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n4/pdf/Rev%20Psiq%20Clin%2033%204.pdf>> Acesso em: 18 jun 2011.

SILVA, L. M. P. *et al.* **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002, p100-112. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1492_M.pdf> Acesso em 18 jun 2011.

SQUIZATTO, A.; PEREIRA, W.R., 2004. **Caracterização das vítimas de violência sexual a partir da análise dos registros feitos pela Coordenadoria Geral de Medicina Legal de Cuiabá-MT no ano de 2004**. Disponível em: <http://www.apeco-mt.com.br/cientificos/Artigos/Seminario_ana.squizatto.pdf> Acesso em: 13 set 2009.

SUAREZ-SOLA, M.L.; GONZALEZ DELGADO, F.J. - Statistics and significance of sexual violence in minors. *Cuadernos de Medicina Forense* 32: 49-62, 2003 b apud ADED, N.L.O. *et al.* Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v.33, nº 4, p 204-213, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n4/pdf/Rev%20Psiq%20Clin%2033%204.pdf>> Acesso em: 18 jun 2011.

VENDRÚSCOLO, T. S. *et al.* As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.3, p 564-567, maio/jun 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a16.pdf>> Acesso em: 18 jun 2011.

VILLA, L. Nova definição do crime de estupro. **Portal AZ**. Disponível em: <http://www.portalaz.com.br/columnaslucas_villa141737.mht> Acesso em: 26 out 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global consultation violence and health*. Geneva, 1996. Disponível em:< <http://www.who.int/en/>> Acesso em 13 set 2009.

APÊNDICE A

FICHA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

DATA: ____ - ____ - ____

PRONTUÁRIO: _____

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Condição sócio-econômica: _____

Cor: _____

Estado civil: _____

Data da violência: ____ - ____ - ____ Hora: _____

Intervalo fato-perícia: _____

Local: () residência () rua () múltiplos

Grau de parentesco: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Condição sócio-econômica: _____

Cor do agressor: _____

Tipos de relação: () vaginal () anal () oral

Intimidação: () ameaça () força física () arma

Vítima havia usado álcool: () não () sim, _____

Agressor havia usado álcool: () não () sim, _____

Traumas físicos: () não () sim, _____

Uso de anticoncepção antes da violência: () não () sim, _____

Uso de medicação após a violência: () não () sim, _____

Contracepção de emergência: () não () sim, _____

Profilaxia de DST: () não () sim, _____

Atividade sexual antes da violência: () não () sim

ANEXO A



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará analisou no dia 23 de fevereiro de 2010 o Projeto de Pesquisa intitulado **“PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PERICIANOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ANO DE 2010”** de CAAE 0011.0.440.000-10 e protocolo nº. 009/2010/CEP, sob a responsabilidade de Maria Francisca Alves Alves, obtendo **APROVAÇÃO** com autorização para desenvolvê-lo nesta Instituição.

Belém, 23 de fevereiro de 2010.

Informamos ainda, que V. S. deverá apresentar relatório semestral (previsto para 30/04/2010), anual e/ ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto (item VII. 13.d. da Resolução nº 196/96 – CNS / MS).

Dra. Simone Regina Souza da Silva Conde
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa / FSCMPA

CEP /Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Rua Oliveira Belo, 395 –Umarizal – Fone: (091) - 4009.2264, CEP: 66.050-380 – CNPJ: 049.293.45/0001-85 – Belém – Pa.
E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br