



Universidade Federal de Sergipe  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa



Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social  
Mestrado em Psicologia Social

LAIZE FONSECA OLIVEIRA

PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES EM SERGIPE: DADOS DA CAPITAL E DO  
INTERIOR

São Cristóvão – Sergipe

2013

LAIZE FONSECA OLIVEIRA

PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES EM SERGIPE: DADOS DA CAPITAL E DO  
INTERIOR

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia Social.**

**Orientador: Elder Cerqueira-Santos**

São Cristóvão – Sergipe

2013

# **COMISSÃO JULGADORA**

Dissertação da Discente Laize Fonseca Oliveira, intitulada **Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes em Sergipe: dados da capital e do interior** defendida e aprovada em 23/09/2013, pela Banca Examinadora constituída pelos Professores Doutores:

---

**Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos**

---

**Profa. Dra. Dalila Xavier de França**

---

**Profa. Dra. Leticia Gaspar Tunala Mendonça**

---

**Profa. Dra. Normanda de Araújo Morais**

*Ao meu filho Luan, minha fonte de inspiração e força para que eu chegasse até aqui. O pequeno ser, autor das minhas alegrias e dos melhores instantes que já passei em minha vida. O sorriso mais lindo que ilumina os meus dias, fazendo com que não existam fraquezas e nem desânimo em meus caminhos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Luciano e Silvana, pelo apoio e por tudo que sempre fizeram por mim, pela simplicidade, exemplo, amizade e carinho, fundamentais na construção do meu caráter. Além da ajuda incansável da minha mãe para ajudar nos cuidados com meu filho, você é demais!

Ao meu irmão Kaique e minha cunhada Sarah, por estarem sempre presentes na minha vida, me fazendo sempre lembrar que posso ter apoio de vocês.

Ao meu noivo Marcos, por todo carinho, dedicação e apoio nos momentos difíceis, pela paciência e compreensão quando não pudemos estar por perto por conta da dedicação ao estudo. Muito obrigada por tornar minha vida cada dia mais feliz.

Ao meu orientador Elder, que com muita sabedoria me conduziu até as últimas linhas. Obrigada pela dedicação, paciência, competência e ensinamentos, durante toda a realização desta pesquisa. Seus ensinamentos estarão presentes por toda a minha vida.

Às professoras Dalila Xavier, Normanda Morais e Letícia Tunala, por terem aceitado não só participar desse momento de julgamento, mas por todas as colocações preciosas para que o trabalho ficasse ainda mais rico.

À equipe da DAGV, em especial as delegadas Thaís Santiago e Lara Schuster e a escritã de polícia Kelly, muito obrigada pelo espaço cedido para esta pesquisa e por toda compreensão na utilização do espaço para coleta de dados.

À equipe da MNSL, especialmente as funcionárias Maria da Glória Souza, Gina e Dayse Viana também por terem contribuído na elaboração desse trabalho, muito obrigada.

O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos.

**Eleanor Roosevelt**

## RESUMO

A violência sexual infanto-juvenil engloba tanto as situações de abuso sexual intra e extrafamiliar como as situações de exploração sexual nas quais a dimensão mercantil está nitidamente presente. Realizou-se uma pesquisa documental com 579 casos registrados nos anos de 2010 e 2011 do Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual (SAVVS) de Sergipe que funciona na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) e com 222 casos de inquéritos policiais da Delegacia de Atendimento aos Grupos Vulneráveis (DAGV), objetivando caracterizar e analisar as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes nestes locais. A caracterização dos casos registrados no SAVVS aponta que 86,5% das vítimas são do sexo feminino, 56,5% são crianças (61,5% no interior e 32,1% na capital) e que 89,7% dos agressores são pessoas conhecidas da vítima, sendo 94,1% do total do sexo masculino. Entre estes agressores 31,4% caracterizam familiares das vítimas. Quanto ao local da agressão, é destacado que 62,2% sofreram na própria residência da família. Não houve diferenças significativas quanto à idade das vítimas no interior e capital, assim como não houve diferença quanto ao local da violência e quanto à caracterização dos agressores do interior e capital. Foi feita uma comparação também com relação ao fluxo de atendimento, procurando saber se as vítimas que saem da Delegacia seguem com o atendimento e o resultado aponta que dos 222 casos apenas 176 continuaram com o processo de atendimento e foram para o SAVVS. Em geral, os resultados apontam para uma caracterização da violência sexual em Sergipe de acordo com o que aponta a literatura sobre outras áreas do país, tendo uma dinâmica semelhante entre interior e capital. Este estudo se caracteriza como o primeiro relacionando às estatísticas da violência sexual contra crianças e adolescentes nos últimos anos no Estado de Sergipe, dessa forma virá a contribuir com estratégias de proteção a crianças e adolescentes, com o sentido de garantir respaldo científico para ações intervencionistas.

**Palavras-chaves:** Violência sexual; Abusadores; Sistema de atendimento.

## ABSTRACT

Violence against children and teenagers includes situations of sexual abuse both inside and outside the family, as well as situations concerning sexual exploitation where a mercantile dimension is clearly present. This study was performed by means of a documental research involving 579 cases registered in 2010 and 2011 in the Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual de Sergipe (SAVVS), located at Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), and also 222 cases extracted from police records from the Delegacia de Atendimento aos Grupos Vulneráveis (DAGV), aiming at analyzing and characterizing situations of sexual violence against children and teenagers. The characterization of the cases registered at SAVVS implies that 86,5% of victims are female, 56,5% are children (61,5% in the countryside and 32,1% in the capital), and 89,7% of perpetrators are people known to the victim, 94,1% being male. 31,4% of the perpetrators are victims' relatives. As to the places where the aggression were committed, it is worth noting that 62,2% of victims were assaulted at their family's residence. There were no significant differences concerning the age of victims in the countryside or the capital, just as there was no difference concerning the place where aggression was perpetrated and the characterization of aggressors in the countryside and the capital. A comparison concerning the service flow was also drawn, with the purpose of knowing if victims searched for continued service after leaving the police station, and the result indicates that only in 176 out of 222 cases the victims maintained a continued service process and went to the SAVVS. In general, results point to a characterization of sexual violence in Sergipe according to what the scholarship states about other areas in Brazil, with similar dynamics between countryside and capital. This study can be seen as the first one which is dedicated to statistics of sexual violence against children and teenagers in the past few years in the state of Sergipe. Therefore, it shall contribute to the development of strategies to protect children and teenagers, providing scientific foundations to interventionist actions.

**Key-words:** Sexual violence; Sex offenders; Service system.

# SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>10</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I – CAMPO HISTÓRICO, CONCEITUAL E O MARCO LEGAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO II – DINÂMICA, EPIDEMIOLOGIA E ATENDIMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL .....</b>	<b>27</b>
2.1 Dinâmica e epidemiologia da violência sexual infanto-juvenil .....	27
2.2 Marco legal e fluxo de atendimento.....	40
<b>CAPÍTULO III – MÉTODO.....</b>	<b>52</b>
3.1 Material, procedimentos e participantes .....	52
3.2 Análise dos dados.....	53
3.3 Questões éticas.....	53
3.4 Objetivos .....	54
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>55</b>
4.1 Relatos de dados descritivos da violência sexual em Sergipe .....	56
4.2 Descrição de dados bivariados da violência sexual infanto-juvenil.....	64
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>81</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1** - Percentuais de casos referentes ao vínculo com a vítima segundo Capital e Interior do Estado de Sergipe .....59
- Tabela 2** - Percentuais de casos segundo a sazonalidade da violência sexual na Capital e no Interior do Estado ..... 63
- Tabela 3** - Percentuais de casos segundo a cidade da violência e idade e sexo da vítima no Estado de Sergipe .....64
- Tabela 4** - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na capital, Grande Aracaju e interior segundo o sexo do agressor e da vítima, idade da vítima, local, vínculo e número de agressores envolvidos65
- Tabela 5** - Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes quanto à natureza segundo o sexo e idade da vítima, vínculo e local .....67

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Perspectivas históricas da violência sexual infanto-juvenil por Lloyd DeMause .....	16
<b>Figura 2</b> – Tipologia de violências contra crianças e adolescentes .....	18
<b>Figura 3</b> – Rede de proteção dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil.....	42
<b>Figura 4</b> – Fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual em Sergipe .....	44
<b>Figura 5</b> – Mapeamento da violência sexual por regiões do Estado de Sergipe .....	60
<b>Figura 6</b> – Mapeamento dos casos de abuso sexual por Zonas de Aracaju .....	61
<b>Figura 7</b> – Mapeamento dos casos de exploração sexual por Zonas de Aracaju ....	62
<b>Figura 8</b> – Mapeamento dos casos de abuso e exploração sexual por Zonas de Aracaju .....	62

## INTRODUÇÃO

A violência é derivada de um conjunto de fatores socioeconômicos, políticos e culturais que interligam, interagindo e se concretizando nas condições de vida de grupos sociais e de áreas específicas. Sua definição mais ampla, proposta pela Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002) consiste no uso intencional da força física ou do poder, real ou potencial, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Esse conceito leva em consideração às formas de violência que oprimem as pessoas, as famílias, as comunidades e os sistemas de saúde como um todo, resultando em graves problemas físicos, psicológicos e sociais, sem ocasionar lesão ou morte.

No tocante à violência sexual infanto-juvenil é visto que, ela acontece em todo o mundo e têm mobilizado diversos segmentos sociais, no sentido de se pensar formas de enfrentamento desta cruel forma de violação de direitos. Podemos entender esta forma de violência como englobando tanto as situações de abuso sexual intra e extrafamiliar que se caracterizam como não possuindo um caráter comercial como as situações de exploração sexual, nas quais a dimensão mercantil está nitidamente presente (Cerqueira-Santos, Rezende & Correa, 2010).

O abuso sexual, apesar de sua crescente incidência e da relevância do diagnóstico para a identificação precoce de fatores de risco e para a implantação de programas preventivos, ainda constitui-se o tipo de violência contra crianças e adolescentes de menor notificação, envolvido num profundo pacto de silêncio e tabus culturais, o que contribui para o desconhecimento de sua real incidência e mecanismos (Faleiros, 2003). Já a exploração sexual é uma relação de mercantilização (exploração/dominação) e abuso (poder) do corpo de crianças e adolescentes (oferta) por exploradores sexuais (mercadores), organizados em redes de comercialização local e global (mercado), ou por pais, ou responsáveis, e por consumidores de serviços sexuais pagos (demanda) (Leal, 2003). Desta forma, estudos localizados podem contribuir para que se conheça melhor a ocorrência destes eventos na população infanto-juvenil.

A falta de dados sistematizados e a carência de pesquisas publicadas nessa área em Sergipe torna este trabalho relevante. Por outro lado é preocupante, saber que não existe um levantamento de estatísticas que favoreçam análises adequadas e ações assertivas em relação a esta temática. Essa carência de dados publicados demonstra o quanto se precisa avançar na compreensão da seriedade e da gravidade que a violência sexual infanto-juvenil significa para todos, pois a ausência de estatísticas provoca falha na elaboração de políticas públicas. E, conseqüentemente, falha nas ações preventivas que precisam ser implementadas com urgência, pois a falta de estatísticas oficiais não diminui o sofrimento e as conseqüências deste tipo de violência.

Para abordar um assunto tão delicado, em primeiro lugar é necessário colocá-lo em sua real dimensão. A etiologia e os fatores que determinam a violência sexual contra a criança e o adolescente envolvem questões culturais e de relacionamento que dificultam a notificação e perpetuam o silêncio. Questões da sexualidade (da criança, do adolescente ou mesmo dos pais dentro da complexa dinâmica familiar) também estão presentes na etiologia deste tipo de violência. Várias serão as definições trazidas para o estudo, no entanto, a opção feita foi pelo termo “violência sexual” uma vez que englobará todas as situações, como as de abuso e exploração.

A violência sexual é uma situação em que a criança ou o adolescente é usado para a gratificação sexual de um adulto ou até mesmo de um adolescente mais velho, baseado em relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência. Por vezes, esta prática inclui elementos de sadismo como flagelação, tortura e surras e exploração sexual visando fins econômicos (Duarte & Arboleda, 2004).

Apesar da temática deste trabalho já ter sido pesquisada por várias vezes, o tema ainda não está esgotado (estando longe disso – muitas pesquisas continuam sendo desenvolvidas), pois o significado da violência e as várias realidades apresentadas não são únicas. Dinâmico a nível individual, sendo levadas em conta as experiências pessoais de cada indivíduo; a nível grupal, já que as normas sociais também são dinâmicas decorrente de serem compartilhadas; e,

principalmente a nível relacional, pois o sujeito constrói e reconstrói o significado a partir da relação que vive com outros sujeitos.

Além disso, não há dados científicos publicados em relação a dados de violência sexual contra crianças e adolescentes no último biênio na cidade de Aracaju. Este trabalho virá a contribuir as várias instâncias de redes de proteção infanto-juvenis no sentido de lhes garantir respaldo científico para ações intervencionistas, junto à sociedade aracajuana, já que esta influi diretamente no comportamento dos profissionais. Não se pretende apenas desenvolver um estudo psicológico da violência sexual, mas exercer um olhar crítico na nossa realidade local.

## CAPÍTULO I

---

# CAMPO HISTÓRICO, CONCEITUAL E O MARCO LEGAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A ideia de unir uma comunidade e de experimentar confiança e amparo por fazer parte de um grupo não é – já faz algum tempo – mais um sentimento comum das grandes cidades no Brasil. O que se tem presente é a constante insegurança e isolamento, por conta da imposição do medo. As noções de vida comunitária e de amparo estão sendo substituídas e o desconhecido é visto como ameaça, e por conta disso, o outro está deixando de ser visto como parceiro em potencial. Há uma transformação e desfiguração da vida nas cidades por conta da insegurança. Os lugares de lazer, os espaços públicos e as moradias são agora palcos de medo, pânico e terror (Pinheiro & Almeida, 2003).

A realidade retratada acima vem se apresentando desde a década de oitenta do séc. XX. Já, a preocupação da humanidade em compreender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados para atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social, vem, segundo vários autores, de tempos imemoráveis. Quanto mais regressamos na história, maiores são as chances de nos depararmos com a falta de proteção jurídica à criança e ao adolescente, aumentando as probabilidades de que tivessem sido abandonadas, assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas física e sexualmente.

Todo o conhecimento já atingido pelos campos filosóficos e das ciências humanas dá licença para inferir alguns elementos consensuais sobre o assunto, e, ao mesmo tempo, entender o quanto este é contestado, em quase todos os aspectos. A violência não deve ser entendida como desfecho natural e legítimo os conflitos sociais, assim como, não têm apenas origens biológicas – crenças estas derrubadas por diversos estudos (Minayo, 1994).

As evidências arqueológicas mostram que, em Cartago, eram comuns os sacrifícios de crianças aos Deuses. Já em Roma, entre os anos 303 e 304, a Lei das

XII Tábuas dava condição do pai matar o filho que nascesse disforme, por meio do julgamento de cinco vizinhos. No que diz respeito ao estupro, da época do Código Judaico do Velho Testamento até o feudalismo, o mesmo foi visto como crime contra propriedade, onde as mulheres que eram raptadas ou roubadas de seus pais ou maridos (proprietários de direito), não teriam mais seu valor de propriedade, especialmente no caso das virgens (Vilhena, 2001).

Ainda segundo Vilhena (2001), no período que antecedeu ao século XVIII, os pais aplicavam corretivos (castigos, punição física, espancamentos com chicote, ferros e paus) em seus filhos como forma de cuidado, para que não adquirissem más influências. Isto acontecia, porque, tinha-se a crença de que as crianças poderiam ser moldadas de acordo com os desejos dos adultos.

**Perspectivas históricas - Violência sexual (Lloyd deMause, 1976, 1991, 1993, 1998 e 2002)**

<p>Lloyd deMause mapeou os padrões históricos do abuso sexual em crianças: Durante o <i>modo infanticídio</i> as filhas eram comumente estupradas; garotas da Grécia e da Roma raramente possuíam um hímen intacto e filhos também, sendo entregues a homens mais velhos a partir dos 7 anos até a puberdade (naquela época bem mais tarde);</p>	<p>No <i>modo abandono</i>— vender a criança para mosteiros e conventos, em que jovens garotos ficavam sujeitos a abusos sexuais, como a sodomia. E além disso frequentemente surradas com instrumentos (chicotes, açoites, pás, varas de madeira e de metal, entre outros) e tais surras em geral provocavam alguma excitação sexual na pessoa em que as administrava.</p>	<p>Durante o <i>modo ambivalente</i> acontece que, moralistas da Igreja protestavam contra o ato de molestar crianças, embora chicoteamentos eróticos fossem corriqueiros. Alguns historiadores acreditam ainda que algumas crianças eram se duzidas sexualmente por seus responsáveis...As crianças ainda eram punidas (sanções verbais, circuncisão, clitoridectomia, infibulação e introdução de objetos nos órgãos genitais para impedir que estes fossem tocados) se fossem pegas se masturbando..</p>	<p>O modo de socialização— adultos e pais em geral se tornaram menos abusivos sexualmente e começaram a enfatizar a educação das crianças— conduta que prosseguiu até o modo de ajuda visto hoje, o que não significa dizer que o abuso sexual não mais existia.</p> <p>DeMause ainda propõe que também há influências culturais— diferentes culturas tem diferentes práticas de educação das crianças.</p>	<p>Garotas em muitas partes da Índia são frequentemente masturbadas para “dormirem bem”, enquanto garotos são masturbados “para que se tornem másculos”;</p> <p>Historicamente, o incesto era a regra e não a exceção, quem já ouviu ou viu o provérbio: “Se uma garota ainda é virgem aos 10 anos, é porque ela não tem nem irmãos, nem primos, nem pais.”</p>	<p>Na China crianças eram usadas como escravas ou servas sexuais ou vendidas para a prostituição. O concubinato infantil não era incomum, bem como a pederastia de garotos...crianças do sexo masculino eram castradas para se tornarem eunucos sexuais, enquanto as garotas tinham os pés atados (os moldava de modo que representassem a flor de lótus e, ao mesmo tempo, tivessem a aparência de um pênis substituto que seria utilizado como fetiche durante o ato sexual).</p>	<p>No Japão, em áreas mais rurais era comum os pais casarem-se com as filhas depois da morte da mãe, de acordo com tradições familiares feudais. O incesto na família ampliada era também tolerado entre irmãos, primos, tios e tias. O compartilhamento da cama e o ato de dormirem juntos eram comuns entre 10 e 16 anos, e as garotas dormiam com os pais na mesma cama.</p>	<p>Taxa maior no Japão do que nos Estados Unidos de abuso sexual infantil...com o incesto da mãe com o filho respondendo a um terço dos casos!</p> <p>No Oriente Médio comuns casamentos de crianças, incluindo casamentos entre irmãos (Egito), concubinato infantil, escravidão sexual e prostituição nos templos.</p> <p>é comum a mutilação genital feminina ou, mais precisamente, excisão genital feminina (EGF).</p>
--	---	---	---	---	---	---	---

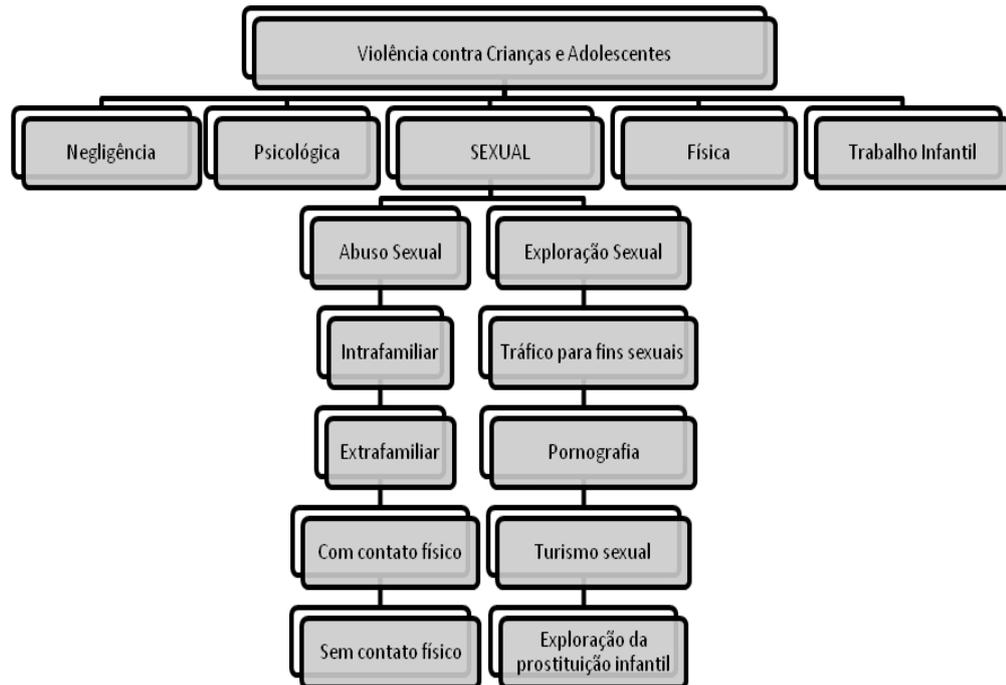
**Figura 1.** Perspectivas históricas da violência sexual infanto-juvenil por Lloyd DeMause (1976, 1991, 1993, 1998 e 2002)

Somente no século XIX, o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial. Neste período, ocupa posição central dentro da família que, por sua vez, torna-se lugar de afetividade, onde se estabelecem relações de sentimento entre o casal e os filhos. É também nessa época que surge o interesse de filantropos, médicos e estadistas em auxiliar crianças provenientes de famílias pobres. A partir do século XX, a medicina, a psiquiatria, o direito e a pedagogia contribuem para a formação de nova mentalidade de atenção à criança e ao adolescente, abrindo espaços para uma concepção de reeducação, baseada em concepções científicas (Azambuja, 2011).

Os efeitos visíveis da violência permitiram aos estudiosos e profissionais da área médica identificar a questão e passar a defender a necessidade de se proteger a criança e o adolescente. No entanto, em pleno século XXI, abandono, negligência, prostituição, espancamentos, maus-tratos e violência sexual continuam a atormentá-la.

Quando se trata de temáticas que envolvem atitudes, comportamentos e ações de cunho sexual contra crianças e adolescentes, é necessário um esclarecimento preliminar em relação ao emprego dos termos violência e abuso. Tanto na literatura científica, quanto no senso comum, a expressão abuso tem sido utilizada como sinônimo de violência sexual contra a criança. O termo abuso tem sido mais amplamente conhecido e popularizado para denominar situações de violência sexual contra a criança, principalmente as que se referem à violência intrafamiliar, também referida como abuso sexual doméstico, violência sexual doméstica, abuso sexual incestuoso ou incesto.

É possível que tal dificuldade de conceituação se deva, em parte, à variedade de modalidades de violência que têm sido incluídas no conceito de violência sexual e que têm alterado a forma como esse conceito vem sendo compreendido. A literatura tem mostrado que conceituar e reconhecer a violência sexual infanto-juvenil não é tarefa fácil, pois o assunto é cercado de tabus, preconceitos e temores, além de ser o tipo de violência mais encoberto e que atinge indistintamente todas as classes sociais (Santos, 2012).



**Figura 2.** Tipologia de violências contra crianças e adolescentes

Vêm acontecendo uma imprecisão terminológica, na qual o uso de diferentes palavras como sinônimas ou como correspondentes a um mesmo conceito revela a falta de uma rigorosa e clara conceituação. Todos os termos utilizados para conceituar as diferentes modalidades de crimes sexuais apresentam dificuldade em atender adequadamente aos aspectos médico, jurídico, psicológico e ético que tais crimes envolvem (Drezett, 2004).

A opção feita neste estudo pela escolha do termo violência em referência a ações de cunho sexual praticadas contra crianças e adolescentes, localiza de imediato, a temática em discussão nos campos da Psicologia e do Direito, ou seja:

... a violência entendida como uma prática sexual traumática, que necessita ser estudada do ponto de vista psicológico, bem como uma prática ilegal, que fere a dignidade humana, sendo, portanto, matéria de exame no campo jurídico. (Santos, 2012, p.25).

De acordo com Sanderson (2005) a violência sexual contra a criança e o adolescente é uma questão de natureza social, cultural e ética, o que dificulta estabelecer uma definição para ela que seja aceita universalmente. A definição de violência sexual é umas das heranças mais diretas do movimento feminista, visto que o impulso inicial do interesse contemporâneo pela violência contra a criança ocorreu no momento em que as mulheres passaram a denunciar e revelar suas

experiências pessoais de violência. A partir daí, investigações nesse campo têm originado uma extensa produção científica (Almeida, 2003).

Quando os movimentos feministas começaram a denunciar que, além de espancamentos, existiam outras formas de violência contra a mulher, e que essas formas eram de natureza sexual, os assédios, estupros e outras formas de violência foram reconhecidos e detectados também entre as violências praticadas contra crianças e adolescentes (Marques, 2006).

Sendo assim, o processo de enfrentamento da violência sexual, especificamente da infância, mantém alguns paralelos com essa trajetória da violência contra a mulher (Brasil, 2007). Ainda segundo o Comitê, tal violência é definida como todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento desigual em relação à criança/adolescente vitimizados.

A OMS (2002) traz que a violência sexual é definida como qualquer ato sexual ou tentativa do ato não desejada, ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando repressão, ameaças ou força física, praticados por qualquer pessoa independente de suas relações com a vítima, qualquer cenário, incluindo, mas não limitado ao do lar ou do trabalho.

No tocante a infância e a adolescência, Deslandes (1994) define esta violência como todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual no qual o agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente com a intenção de estimulá-las para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança e ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Variando desde atos em que não se produz o contato sexual, até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração e, engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros.

No entanto, autoras como Faleiros e Campos (2010) destacam que o termo “violência” seria uma categoria explicativa da vitimização sexual, que se refere ao processo e à natureza da relação de poder estabelecida no abuso sexual. Já o “abuso” seria a situação de uso excessivo; de ultrapassagem de limites dos direitos humanos e legais; de abuso do poder; de uma deturpação dos papéis e regras sociais e familiares; de quebra de tabus, em que o adulto aproveita-se do nível de

desenvolvimento da vítima, que ainda é incapaz de compreender a situação e, portanto, de dar ou não o seu consentimento.

A categoria “violência” proposta nesse estudo está retida ao que Faleiros e Campos (2010) colocam como sendo um elemento constitutivo/conceitual, e, com isso, explicativo, de todas as situações em que crianças e adolescentes são sexualmente vitimizados.

Além das duas categorias citadas anteriormente, a violência sexual pode ainda comportar as subcategorias (Inoue & Ristum, 2008):

- a. Doméstica: exercida na esfera privada, dentro da residência da vítima; os agressores não são necessariamente familiares, podem ser outras pessoas que vivem na mesma casa.
- b. Intrafamiliar ou violência incestuosa (Braun, 2002; Koller & De Antoni, 2004): acontece dentro da família, é perpetrada por agressor que possui uma relação de parentesco ou vínculo familiar com a vítima e algum poder sobre ela, tanto do ponto de vista hierárquico (pai, mãe, padrasto e tios) como do ponto de vista afetivo (primos e irmãos), e que vive ou não sob o mesmo teto da vítima (Araújo, 2002). As subcategorias, doméstica e intrafamiliar não são necessariamente excludentes. A violência praticada, por exemplo, por um avô contra seu neto, pode ser classificada como violência doméstica intrafamiliar, por habitarem em um mesmo espaço físico e por possuírem laços familiares.
- c. Extrafamiliar: ocorre fora do âmbito familiar, podendo ser cometida por conhecidos, como vizinhos e colegas, ou por desconhecidos.

Quando a violência sexual é praticada por adolescentes, mesmo as vítimas sendo crianças, há uma tendência a considerá-la apenas como curiosidade juvenil ou experimentação sexual. Mas, Amazarray e Koller (1998), Drezett (2004) e Kristensen (1996), destacam que a identificação da relação violenta e abusiva não se dá pela diferença de idade, mas pelo uso de poder, autoridade ou força empregada pelo agressor. Em aproximadamente dois terços dos abusos cometidos por adolescentes, as vítimas são crianças mais jovens e, sem sua grande parte, parentes ou pessoas conhecidas dos agressores (Bianchini & De Antoni, 2012).

Outro ponto a destacar é que mesmo que possuam ligação entre si, a violência sexual doméstica e a extrafamiliar apresentam condicionantes históricos,

sociais e psicológicos diferentes. Por isso mesmo, devem ser abordadas de maneira distinta (Pinto Junior, 2005).

Outra definição que envolve toda a violência sexual proposta por Oliveira e Hilário (p. 27, 2011) descreve abuso sexual:

... o uso de crianças ou adolescentes para satisfação sexual de adolescente mais velho ou de adulto, parente ou não, ainda que com o consentimento da vítima ou através de coação, uso da força, ameaça ou intimidação. Ressalta-se que em ocorrências deste tipo a criança é sempre vítima e não poderá ser transformada em ré. Segundo o Código Penal Brasileiro, o abuso sexual é dos crimes sexuais praticados contra vulneráveis.

Exploração sexual, citada pelo mesmo protocolo (p.28, 2011):

... caracteriza-se pela utilização sexual de crianças e adolescentes com fins comerciais e de lucro, seja levando-as a manter relações sexuais com adultos ou adolescentes mais velhos, seja utilizando-as para a produção de materiais pornográficos como revistas, filmes, fotos, vídeos ou sites da internet. Também são consideradas formas de exploração sexual a pornografia infantil, o tráfico e a venda de crianças e adolescentes para propósitos sexuais, e o turismo sexual.

Este tipo de violência é afetada tanto pelos aspectos psicossociais quanto pelos socioeconômicos das famílias. Estima-se que menos de 1% dos casos de violência sexual sejam denunciados. Todavia, apesar dessa baixa notificação, ela é cada vez mais reportada, acometendo, aproximadamente, 12 milhões de pessoas a cada ano, em todo o mundo (Santana Trujillo, Mimekawa, Campos, Oliveira & Akerman, 2002).

Vale notar que a categoria “exploração sexual” é definida enquanto conceito distinto em relação à noção de “abuso” na medida em que se refere menos a atos isolados ou interações sexuais interpessoais do que a redes de pessoas e condutas. Em geral, aparece associada à ideia de “exploração comercial” e ao chamado “crime organizado”. Nesse contexto, a criança é concebida como sendo transformada não apenas em “objeto”, mas em “mercadoria” (Lowenkron, 2010). Koshima (2006) ressalta que além do cliente, são considerados exploradores sexuais, os intermediários em qualquer nível, ou seja, aquelas pessoas que facilitam, induzem ou obrigam essas crianças e adolescentes a serem exploradas sexualmente.

Apesar de a exploração sexual de crianças e adolescentes existir desde a Antiguidade, só a partir da década de 1990 é que se intensificou o interesse por uma maior mobilização para o seu enfrentamento. Em âmbito mundial, a realização dos congressos contra exploração sexual comercial de crianças, em Estocolmo, em 1996, e o de Yokohama, em 2001, foram marcos significativos, internacionalmente, na luta em defesa de crianças e de adolescentes vitimadas pela violência sexual. O primeiro Congresso foi um grande marco, contou com a participação de um grande número de países, ocasião em que se discutiram as questões teórico- conceituais, passando-se a adotar o termo exploração sexual comercial de crianças e adolescentes (ESCCA) em vez de prostituição infanto-juvenil e outros termos que indicavam uma descaracterização do fenômeno e sua imprecisão conceitual. E, o segundo congresso ampliou o compromisso político dos países para a implantação da Agenda para a Ação (Mello & Francischini, 2010).

A expressão exploração sexual comercial contempla dimensões mais representativas e elucidativas, porque revela que crianças e adolescentes são vitimadas por uma série de fatores de ordem econômica, social, estrutural e simbólica nas quais perdem a sua condição de sujeitos e são transformados na condição de objeto da violência (Alberto, Serafim, Gomes, Araújo & Oliveira & col, 2009). É um problema que não deve ser enfrentado isoladamente e/ou por apenas um setor da sociedade, dado que é multicausal, multidimensional e multifacetado, mas pode e deve ser enfrentado mediante a mobilização, organização e parceria com diferentes setores da sociedade, do governo, das instituições e, em especial, dos empresários (Cerqueira-Santos & Padilha, 2007).

Ainda quanto à exploração sexual infanto-juvenil, estudos brasileiros revelam, um crescimento alarmante e que a mesma se apresenta de forma diversificada e particularizada entre e intraregião, podendo ser destacado que no Norte e no Centro-oeste a tônica é o tráfico de escravas nas áreas do garimpo. No Nordeste destaca-se o turismo sexual, no Sudeste a discussão está relacionada a meninas que vivem na rua e no Sul, a base da exploração está no aliciamento de crianças e adolescentes do interior, a partir do uso de informações falsas e de abuso da ingenuidade dos pais (Gomes, Minayo & Fontoura, 1999).

Deslandes (1994) ressalta que apesar da violência contra a criança e o adolescente não ser um problema novo, enfrentado pelos profissionais de saúde, no seu dia a dia, pode-se notar que grande parte dos casos que chegam a estes

serviços não é identificada. Os motivos para tal situação são diversos e se interligam. O primeiro diz respeito à carência de informações que os profissionais de saúde dispõem sobre o tema. As informações, na maioria das vezes, provem dos meios de comunicação de massa ou de ocasionais casos identificados na prática clínica. O segundo refere-se ao pouco conhecimento da lei por parte desses profissionais.

Há uma dificuldade na identificação dos casos de violência no atendimento realizado pelos profissionais, em geral condicionado pelas limitações estruturais do serviço, como uma prática socorrista. Muito dificilmente, as verdadeiras causas dos danos sofridos são investigadas, o que contribui para que a violência, muitas vezes, volte a se repetir.

A complexidade do fenômeno exige o envolvimento das diversas políticas públicas setoriais e a construção de serviços de referência e contrarreferência. Dessa forma, a intervenção das redes de saúde pública deveria funcionar de forma integrada, ou seja, os profissionais dos diferentes serviços deveriam estar bem articulados para buscar potencializar forças (Motti & Santos, 2008).

Cabe destacar também o papel da mídia para romper o silêncio ao redor da violência contra as crianças e os adolescentes e influenciar as normas e atitudes da comunidade. Um exemplo disso é a divulgação pela imprensa de casos relacionados à violência sexual e ao assassinato de crianças na Bélgica ao qual deu início a um grande número de “denúncias contra educadores, sacerdotes, médicos, e numerosas redes de pedofilia foram desmanteladas” (Gabel, p.13, 1997).

Além deste, outro fato marcante foi o pedido de extradição da Suíça para os Estados Unidos do diretor de cinema Roman Polanski, réu confesso de violência sexual contra uma garota de treze anos. Os americanos ao proporem a prisão do cineasta e de serem indiferentes ao seu brilhante talento foram acusados de atentar contra a liberdade. Outros dois que também demonstraram seu desagrado, ainda que em linguagem bem diplomática, em relação à atitude da justiça americana foi o presidente da França, Nicolas Sarkozy e seu ministro de Relações Exteriores, Bernard Kouchner. Fatos estes, que demonstram o desrespeito para com a vítima e o descrédito nas prováveis ações do Estado para solucionar o problema (Favaro, 2009).

Na Coréia do Sul, foi aprovada recentemente uma lei polêmica de combate à pedofilia com o uso de castração química (aplicação de uma substância

que suprime a produção de testosterona com o objetivo de refrear o desejo sexual). De 2007 a 2010 os casos de violência sexual infanto-juvenil aumentaram em 80% no país (Santos, 2012).

A castração química é também utilizada em lugares como: Estados Unidos, Itália, Portugal, Dinamarca, Suécia, Grã-Bretanha e Polônia. Tal proposta já foi apresentada em Brasília, no Congresso Nacional, em 2008 e 2009, na lista como penas alternativas, mas os parlamentares foram mais favoráveis a aprovar medidas como a criação de um cadastro nacional de pedófilos, proposto pela CPI da pedofilia (Santos, 2012).

No tocante às denúncias relativas ao uso da internet, observa-se que na atualidade vem sendo destacada como mais um dos instrumentos para a prática de violência sexual contra crianças e adolescentes, a qual envolve sites e pessoas enganando, seduzindo ou incitando o acesso a conteúdos pornográficos, além das inúmeras redes de tráfico de crianças com objetivos de turismo sexual e exploração sexual, que em geral, envolvem interesses financeiros, econômicos e comerciais (Santos, 2012).

Levando em consideração todos esses fatos, nas últimas décadas, a violência sexual vem tomando enormes proporções negativas e, com isso, surgiu a necessidade de proteger as crianças e adolescentes, a fim de contribuir para seu crescimento e desenvolvimento, ampliando as políticas e estratégias voltadas para a emergente questão da violência dentro dessa faixa etária (Krug et al., 2002).

Dessa forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (2003), promulgado pela Lei nº 8.069, de 13/07/1990, estabeleceu-se como instrumento de garantia da cidadania de crianças e adolescentes, criando obrigações legais aos profissionais de saúde quanto à notificação, dando prioridade absoluta à criança e ao adolescente na sua proteção contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, opressão e todos os atentados, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais; e também fundando o Conselho Tutelar, órgão responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor e tratamentos).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

...um dos documentos mais completos e avançados em defesa de seus direitos, propõe a implicação de toda a sociedade no

desenvolvimento de estratégias, meios e métodos que enfrentem a violência contra a criança; ao mesmo tempo, recomenda a intervenção e a elaboração de programas e campanhas dirigidos a toda a população para a prevenção de novos casos. (Santos, p.42, 2012).

O artigo 240 do ECA (2003) define como crime: produzir, reproduzir, dirigir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, cena de sexo explícito ou pornográfica, envolvendo criança ou adolescente e, no artigo 241, vender ou expor à venda fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente. Com penas previstas de reclusão de um a quatro anos, acrescida de multa, no caso do artigo 241.

Ainda no ECA, o artigo 5º, pág.7 deixa claro que: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.”

Algumas políticas foram desenvolvidas, objetivando a prevenção e redução deste evento na população infanto-juvenil, tais como: o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, a Política Nacional de Redução da Morbi-Mortalidade de Acidentes e Violências como instrumento direcionador da atuação do setor saúde nesse contexto, o Manual para Orientação dos Profissionais e o documento “Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde”. Entretanto, no Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência é ainda precário, não sendo possível conhecer a frequência exata dos casos de violência sexual a criança e o adolescente (Oliveira, Ribeiro & Albuquerque, 2003).

No tocante ao Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, este foi elaborado em junho de 2000, durante o Encontro Nacional ocorrido em Natal (RN). É referência para a sociedade civil organizada e para as três instâncias do poder federativo brasileiro. Nele estão às diretrizes que oferecem uma síntese metodológica para a reestruturação de políticas, programas e serviços de enfrentamento à violência sexual, consolidando a articulação como eixo estratégico e os direitos humanos sexuais da criança e do adolescente como questão estruturante.

O Plano foi aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), em 12 de julho de 2000, no marco comemorativo aos

10 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente, que reuniu em Brasília cerca de 2000 pessoas, no Encontro Nacional de Entidades organizado por um conjunto de ONGs do movimento de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

O enfrentamento da violação do direito à sexualidade da criança e do adolescente deve unir-se, necessariamente, à agenda global de promoção e proteção dos direitos humanos, buscando atenção social e jurídica especial para essas vítimas. Mais do que apenas proteger os direitos dessas crianças e adolescentes, é importante promovê-los. Cabe a toda sociedade civil fazer valer a Proteção Integral (consubstanciada na Convenção Internacional dos Direitos da Criança da ONU) e o princípio do melhor interesse para as crianças e os adolescentes.

Depois de traçado um histórico da violência sexual contra crianças e adolescentes e seu marco legal, o capítulo seguinte abordará a dinâmica deste tipo de violência (como acontece, quem são os agressores, consequências para as vítimas), dados epidemiológicos de serviços que atendem estas vítimas do Brasil e de outros países e também uma das questões críticas desse trabalho que é o funcionamento do fluxo de atendimento – como ele acontece e como deveria de fato acontecer.

## CAPÍTULO II

---

### DINÂMICA, EPIDEMIOLOGIA E ATENDIMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

#### 2.1. DINÂMICA E EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL

Diferente das demais formas de violência, o abuso sexual infanto-juvenil se destaca por ser agravada pela síndrome de segredo para a criança ou adolescente e a família e pela síndrome de adição para o abusador. Embora se manifeste nas diferentes classes sociais e em todo mundo, constitui frequentemente um evento silenciado. As vítimas na maioria das vezes não buscam atendimento, pelo temor de represálias, pelo preconceito e pelo segredo, fatores estes que dificultam o relato dos fatos (Azambuja, 2011 & Santos, 2012).

As crianças e adolescentes abusados sexualmente são frequentemente motivados a se manter em silêncio por vários fatores. Santos e Alves (2010) destaca entre tais fatores, ameaças verbais e/ou físicas por parte do agressor; constrangimento, vergonha e/ou medo que as pessoas não deem crédito a elas; tentativa de evitar uma possível crise familiar e; proteção do perpetrador do risco de prisão. Tais fatores, provavelmente que fazem com que a criança ou o adolescente fique em silêncio e não comunique a sua experiência abusiva.

A ausência de vestígios físicos reforça a negação ou síndrome de segredo, envolvendo todo o desenrolar do processo do abuso sexual intrafamiliar. Somente em um pequeno número de casos, o exame pericial conduz, com confiança, ao achado definitivo de abuso sexual, dificultando muitas vezes, a investigação pelos profissionais de saúde. Salvagini e Wagner (2006) elucida ainda que a violência sexual não é apenas um diagnóstico, por trás dela há toda uma série de acontecimentos ocorridos dentro de um relacionamento em que a criança ou o adolescente estão envolvidos.

A síndrome de segredo encontra-se diretamente relacionada com a psicopatologia do agressor, que pelo fato de gerar intenso repúdio social, passa a se

proteger numa teia de segredo, mantido de barganhas e ameaças à criança ou adolescente violentados. E a síndrome de adição constituída pelo comportamento compulsivo descontrolado de impulso, usando a criança ou adolescente para obter excitação sexual e alívio de tensão (Azambuja, 2011).

Furniss (1993) explica que há uma relação direta entre a conduta da criança e a conduta do agressor. Enquanto a criança ou adolescente estão envolvidos na síndrome do segredo, o abusador está envolvido na síndrome de adição. O autor ainda destaca várias semelhanças com outras formas de adição na conduta do abusador, tais como:

- Os agressores sexuais de crianças e adolescentes sabem que o abuso é errado e constitui crime;
- Sabem também que o abuso é prejudicial à vítima, mas, continua a acontecer.
- O abuso sexual não cria a princípio uma experiência prazerosa, mas serve para o alívio de tensão;
- O processo é conduzido pela compulsão à repetição;
- Sentimentos de culpa e o conhecimento de estarem prejudicando a vítima podem levar a tentativas de parar o abuso;
- O aspecto sexual egossintônico do abuso sexual dá ao agressor a excitação que constitui o elemento aditivo central;
- A gratificação sexual do ato sexual ajuda a evitação da realidade e fornece um apoio para uma baixa tolerância à frustração, mecanismos frágeis de manejo e funções de egos frágeis;
- Há uma dependência psicológica causada pelos aspectos egossintônicos e sexualmente excitantes do abuso sexual;
- Independente das ameaças legais, o agressor tende a negar a dependência, tanto para ele quanto para o mundo externo;
- Ansiedade, irritabilidade, agitação e outros, podem ser sintomas de abstinência se houver uma tentativa de parar o abuso.

O agressor/abusador sexual é uma pessoa que cometeu um ato definido juridicamente como crime, ainda que alguns destes que cometem agressões sexuais possam padecer de uma patologia psiquiátrica. Segundo Telles (2006), e esta é uma concepção trazida por este autor, os agressores sexuais podem ser divididos em três grupos: psicóticos, parafílicos e portadores de personalidade antissocial.

Na categoria de parafilias, as principais são: exibicionismo, frotteurismo, fetichismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual e voyeurismo. A pedofilia, comumente conhecida, é definida como uma preferência sexual por crianças, usualmente de idade pré-puberal ou no início da puberdade. Alguns são atraídos apenas por meninas, outros por meninos e ou por ambos. Uma questão importante a ser destacada é que a pedofilia não exclui a responsabilidade penal e tampouco a diminui. Grande parte dos pedófilos não recebe medida de segurança e a inimputabilidade fica subordinada à condição de psicótico (Sanderson, 2005).

Quando o abuso sexual é intrafamiliar, este é desencadeado e mantido por uma dinâmica complexa, por ser marcada pelo complô do silêncio dos envolvidos. É uma modalidade da violência sexual que exige uma compreensão profunda da dinâmica e estrutura familiar em que se manifesta para que seja possível delinear estratégias de enfrentamento adequadas para tal situação.

Muito comumente, as crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais no contexto familiar são também vítimas de abusos emocionais, negligência e agressões físicas. Comprovada por relatos de vítimas que revelam sofrerem agressões físicas e ameaças durante o abuso sexual, assim como as sentenças depreciativas usadas pelo agressor e a falta de amparo e supervisão dos cuidadores (Habigzang & Caminha, 2004).

A negação é um dos mecanismos de defesa mais utilizado pelas famílias incestuosas para manter o segredo da vitimização. O sistema familiar é restrito e fechado e as pessoas externas à família nuclear são geralmente vistas como perigosas e suspeitas (Azevedo & Guerra, 1998). Elas também apresentam relações interpessoais hierárquicas e assimétricas, nas quais há uma desigualdade e/ou uma relação de subordinação (Koller, 1999).

Fatores de risco estão sendo constantemente verificados em famílias incestuosas. Tais como: abuso de álcool e outras drogas; papéis sexuais rígidos; pai e/ou mãe abusados ou negligenciados em sua família de origem; autoritarismo; falta de comunicação entre os membros da família; estresse; desemprego; indiferença; mãe passiva e/ou ausente; dificuldades conjugais; famílias reestruturadas; pais que sofrem de transtornos psiquiátricos; mudanças de comportamento da criança, incluindo conduta hipersexualizada, fugas do lar, diminuição no rendimento escolar, uso de drogas e conduta delinquente (Thomas & cols., 1997; Barbosa & Pizá, 2004).

Deblinger, Fisher e Heflin (2004) e Sanderson (2005) trazem um apanhado de ideias sobre o impacto do abuso sexual infanto-juvenil, relacionadas a diferentes variáveis. Entre elas estariam: idade da criança/adolescente na ocasião do abuso, a duração e a frequência do abuso, o(s) tipo(s) de ato(s) sexual(is), o uso da força ou da violência, o relacionamento da criança com o abusador, a idade e o sexo do agressor e os efeitos da revelação.

Assim como são muitas as variáveis que interferem, as consequências também são diversas. Algumas crianças e adolescentes podem apresentar efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outros desenvolvem problemas severos (Runyon & Kenny, 2002). Tais consequências podem ser divididas em psicológicas, comportamentais, sociais e físicas, embora esta seja uma divisão didática, já que é impossível separar uma forma da outra (Caldwel, 1992; Chalk & col., 2002).

Quadro 1 – Tipos de violência mais comum, indicadores físicos e psicológicos segundo a idade da criança

<b>IDADE</b>	<b>Tipos de violência mais comum</b>	<b>Indicadores físicos</b>	<b>Indicadores Psicológicos</b>
<b>Até 4 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estimulação genital/ anal</li> <li>- tentativa de felação</li> <li>- tentativa de penetração</li> </ul>	<p>1. Genitais: inflamação, esquimose ou fissuras vulvares/anais, hemorragia genital, corrimentos, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo gonorreia e faríngea.</p> <p>2. Geral: falha no processo de desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retardo de desenvolvimento</li> <li>- perturbação do sono</li> <li>- perda do treino de tolete</li> <li>- insegurança/ apego excessivo</li> <li>- criança retraída ou distante</li> <li>- comportamento ou brincadeiras sexuais inadequadas</li> <li>- desenhos sexualizados</li> </ul>

<p><b>Entre 4 e 6 anos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- feleção</li> <li>- masturbação</li> <li>- penetração digital</li> <li>- penetração sexual simulada</li> </ul>	<p>1. Genitais: hemorragia anal/vaginal, fissuras e esquistoses na mesma região e doenças sexualmente transmissíveis</p> <p>2. Gerais: dor abdominal, diarreia ou constipação intestinal, infecções do trato urinário e enurese diurna/noturna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- superestimulação: age de modo selvagem</li> <li>- limpeza compulsiva</li> <li>- destruição simbólica repetida de ambos os pais</li> <li>- incapacidade de concentração, hiperatividade, acessos de raiva</li> <li>- abordagem sexual de adultos</li> <li>- revela conhecimento da sexualidade adulta através de brincadeiras, discurso ou desenhos</li> <li>- perturbações do sono</li> </ul>
<p><b>7 a 12 anos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- feleção</li> <li>- masturbação</li> <li>- penetração digital</li> <li>- relação sexual</li> <li>- exibicionismo</li> </ul>	<p>1. Genitais: diâmetro aumentado do orifício himenal ou ausência de hímen; canal vaginal alargado; inflamação, esquistose ou fissuras anal/vaginal; doenças sexualmente transmissíveis (gonorreia e fanrínea)</p> <p>2. Gerais: infecção repetida do trato urinário; diarreia ou enurese; dores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perturbação do sono</li> <li>- fracasso escolar</li> <li>- aparência pseudo madura</li> <li>- pobre relacionamento com pares</li> <li>- segredos, mentiras óbvias e furtos</li> <li>- conduta incendiária, mudanças súbitas de humor, labilidade emocional</li> <li>- vontade excessiva de agradar</li> <li>- ansiedade</li> <li>- recusa-se em voltar para casa</li> <li>- aderência a adultos</li> </ul>

		abdominais; enxaqueca; asma emocional; e, desordens do apetite	- tentativas “inexplicadas” de suicídio
<b>13 anos ou mais</b>	- felação - masturbação - estupro - exibicionismo	1. Genitais: hímen ausente; gravidez; doenças sexualmente transmissíveis 2. Gerais: solicita orientação quanto ao uso de contraceptivos; síndromes de conversão histérica; anorexia nervosa; ingestão compulsiva de alimentos	- relações pobres com colegas - fugas, vadiagem - desordens de conduta - abuso de drogas e álcool - promiscuidade - dinheiro inexplicável - auto-envenenamento - automutilação - depressão/desespero - inibição social/retração - estados psicóticos episódicos - estados fóbicos e desordens compulsivas - agressividade - abuso sexualmente de crianças menores

Fonte: Barbosa & Pizá, 2004.

No que tange às consequências psicológicas, esta experiência é um fator de risco para o surgimento e desenvolvimento de psicopatologias. Crianças ou adolescentes podem desenvolver transtornos de humor, de ansiedade, alimentares, dissociativos, hiperatividade, transtorno de estresse pós-traumático, enurese,

encoprese e déficit de atenção (Saywitz et AL., 2000, Cohen, Mannarino & Rogal, 2001, Briere & Elliott, 2003, Habigzang & Caminha, 2004).

Contudo, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é a psicopatologia mais comumente citada como decorrente do abuso sexual. Estima-se que mais da metade das crianças e adolescentes vitimadas sexualmente desenvolvam sintomas que o caracterizam: experiência contínua do evento traumático; evitação e entorpecimento de pensamentos e lembranças do trauma, amnésia psicogênica, desligamento; e, excitação aumentada, observada por meio de irritabilidade, transtorno do sono, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância, resposta exagerada de sobressalto e resposta autônoma a lembranças traumáticas (American Psychiatric Association, 2002; Sanderson, 2005; Peres & Nasello, 2005).

Além de transtornos psicopatológicos, as crianças e adolescentes vítimas dessa violência podem apresentar conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões do sono e alimentação, comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio (alterações comportamentais). As alterações cognitivas incluem: dissociação, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas, refúgio na fantasia, baixa concentração e atenção, diferença em relação aos pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. E, por fim, as alterações emocionais, tais como: sentimentos de medo, culpa, vergonha, tristeza, ansiedade, raiva e irritabilidade (Haugaard, 2003; Jonzon & Lindblad, 2004; Sanderson, 2005; Habigzang & Koller, 2006).

No tocante à rede de apoio social, esta é determinada pelo conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento existentes e percebidos pela criança. Recentemente foi agregado a este constructo o elemento afetivo, em função da importância do afeto para a construção e a manutenção do apoio. Assim, a possibilidade de se desenvolver adaptativamente e de dispor de recursos que incrementem os determinantes mencionados, protege a criança de doenças, sintomas psicopatológicos e sentimentos de desamparo, mesmo quando ela está frente a situações adversas. O apoio social e afetivo se relaciona com a percepção que a pessoa tem de seu mundo social, como se orienta nele, suas estratégias e competências para estabelecer vínculos (Habigzang, Azevedo, Koller & Machado, 2006).

Posto as consequências e todo o impacto que essas vítimas sofrem, sabe-se que a violência sexual é tipificada na legislação penal brasileira e classificada como Crimes Contra a Dignidade Sexual. O artigo 213 (Capítulo Dos Crimes contra a Liberdade Sexual) regulamenta o crime de estupro, hoje fundido com o atentado ao pudor, agravado no parágrafo 1º quando a vítima for menor de 18 anos e maior de 14 anos. Quando as vítimas são menores de 14 anos, reserva-se o Capítulo II: Dos Crimes sexuais contra vulnerável, onde são tipificados os crimes de estupro de vulnerável (art. 217-A), corrupção de menores (art. 218), satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente (art.218-A), prostituição ou outra forma de exploração sexual (art.218-B) (Delmanto et al, 2010).

Vulnerável, para a lei penal, é o menor de 14 anos, o enfermo ou deficiente mental sem o necessário discernimento para a prática da conjunção carnal ou de outro ato libidinoso, bem como aquele que, por outra causa, não possa oferecer resistência. Os crimes contra a dignidade sexual, especialmente, o estupro de vulnerável, geralmente ocorrem na clandestinidade, sem testemunhas e, na maior parte, dentro da família (Nucci, 2005).

A modalidade exploração sexual comercial, descrita também anteriormente como crime no código penal, se refere ao uso de uma criança ou adolescente para propósitos sexuais em troca de dinheiro ou favores em espécie entre a vítima, o cliente, o intermediário ou agenciador e outras pessoas que se beneficiem dessa forma de violência. Entre as formas de violência sexual contra crianças e adolescentes, a exploração sexual comercial é menos evidenciada do que o abuso.

A dinâmica da exploração sexual de crianças e adolescentes têm suas raízes na estrutura social, nos aspectos culturais, psicossociais e jurídicos. No que se remete aos aspectos socioeconômicos, há o que destacar o impacto do modelo econômico dependente (associado ao capital internacional), e o do processo de globalização como fatores que determinam e interferem na produção da pobreza da população brasileira (Leal, 2003).

Pesquisas realizadas sobre essa realidade e a compreensão do caráter econômico do trabalho e da exploração no mercado do sexo apontam a pobreza e a exclusão socioeconômica como importantes determinantes da inserção neste mercado de trabalho. Já que tal contexto social implica dificuldades da família, na garantia das necessidades básicas dos seus membros, o que acaba transferindo às

crianças e adolescentes, de forma precoce, as exigências de trabalho e subsistência. (Faleiros, 2000; Libório, 2003).

Cabe ressaltar que a pobreza, de forma isolada, não pode ser considerada a única causa da exploração sexual. Destacam-se também, corrupção, ausência de leis ou a existência de leis inadequadas, o descumprimento da lei e a limitada sensibilidade da pessoa encarregada da aplicação dessas leis sobre os efeitos nocivos nas crianças. E, ainda, o adultocentrismo, ou seja, o poder dos adultos que se exerce sobre as crianças e adolescentes; o androcentrismo, o poder do homem nas sociedades; as demandas atuais à juventude (liberalização, consumo); a erotização da sociedade brasileira, em especial; a globalização, compreendida aqui como a ruptura de limites e de padrões culturais (Saffioti, 1989; Teixeira, 2003; Brasil, 2004).

Assim como toda a dinâmica do abuso sexual, a exploração sexual contra crianças e adolescentes trazem como consequências implicações físicas e psicológicas negativas, já que estas vítimas estão em processo de desenvolvimento. Também deturpa as relações socioafetivas e culturais entre adultos e crianças/adolescentes ao transformá-los em relações genitalizadas, erotizadas, comerciais, violentas e criminosas. Inverte a natureza das relações adulto/criança e adolescente definidas socialmente, tornando-as desumanas, perversas e desprotetoras.

A tentativa de preservar o núcleo familiar, o medo e a omissão impedem a família de comunicar a maioria dos casos de violência sexual. Já os educadores pensam no que pode acontecer após a comunicação, às complicações para si e para a escola. Tal medo está relacionado à crença de que a comunicação não vai funcionar ou de que o Conselho Tutelar não vai agir a favor da criança. Apesar do recorrente temor, Silva (2007) ressalta que a comunicação ao Conselho ou órgãos competentes é fundamental no combate aos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, pois estes, por princípio, devem estar preparados para averiguar e investigar a procedência das denúncias e fazer cumprir as leis.

Estes são danos de dimensões imensas e duráveis. Somente a iniciativa de um adulto comprometido com a proteção dessas vítimas, onde se incluem todos os profissionais da saúde e da educação, permite que o sistema de proteção e garantias ou até mesmo que o sistema de justiça venha a ser acionado. É por isso que, todos os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio

destes que a violência vai se tornando cada vez mais visível, permitindo conhecer a dimensão epidemiológica do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção na população infanto-juvenil, assim como em outras populações.

As estimativas de prevalência e incidência da violência sexual contra crianças e adolescentes e o quão presentes em seus cotidianos são peças fundamentais para o desenvolvimento de políticas de prevenção e de abordagem desse fenômeno complexo e multifacetado (Polanczyk et al., 2003). Tais estimativas são extremamente variáveis, pois dependem de qual definição da violência sexual está sendo usada, dos métodos de avaliação e da população estudada.

Em virtude de fatores como medo, ausência de credibilidade no sistema legal e o silêncio da vítima para com a revelação da violência sexual, as mesmas são de difícil notificação. Os Estados Unidos (EUA) apresentam taxas variáveis de 16 a 32% de denúncias junto as autoridades legais, com cerca de 300 a 350 mil pessoas com idade de 12 anos ou mais vitimadas anualmente, assim como o mesmo número de vítimas com idade inferior de 12 anos (Rennison, 1999; Sediak & Broadhurst, 1996). No Brasil, por faltarem dados globais a respeito desse fenômeno, estima-se que menos de 10% dos casos chegam às delegacias (Faúndes, 1998).

Segundo pesquisas realizadas nos Estados Unidos, a cada quatro segundos, uma criança é abusada sexualmente, uma em cada três garotas e um em cada quatro garotos são abusados antes de completarem 18 anos de idade. Apenas um a cada quatro abusos contra meninas e um a cada cem abusos contra meninos são denunciados. No Brasil, a realidade não é diferente, aponta que por dia, 165 crianças ou sete a cada hora são vítimas de abuso sexual, uma e de cada cem denúncias de maus-tratos contra crianças e adolescentes feitas à ABRAPIA, nove são de abuso sexual. Em 80% dos casos, a vítima é do sexo feminino; destes, 49% têm entre 2 e 5 anos de idade (ABRAPIA, 2002).

Santana (2002) informa que há uma estimativa que menos de 1% dos casos de violência sexual sejam denunciados. No entanto, apesar da baixa notificação, ela tem sido cada vez mais reportada, afetando, aproximadamente, 12 milhões de pessoas anualmente em todo o mundo.

Segundo documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 estimou-se que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos, foram forçados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveu contato físico. Percebe-se que só nas últimas três

décadas o problema violência sexual contra crianças e adolescentes se tornou mais visível por órgãos governamentais, entidades civis e organizações não governamentais no País e no mundo.

Nos países europeus pesquisas indicam que 6 a 36% de meninas e 1 a 15% de meninos sofreram experiências sexuais abusivas antes dos 16 anos. Assim como um estudo realizado nos EUA, com uma amostra de 935 pessoas, mostraram que 32,3% das mulheres e 14,2% dos homens revelaram abuso na infância (Briere & Elliott, 2003).

Estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontam ainda que a cada ano, há cerca de um milhão de crianças em todo o mundo em situação de violência sexual (Agência de Notícias dos Direitos da Infância, 2003). Apesar da carência de estatísticas e das mesmas só apresentarem parte da realidade dessa violência no Brasil, estudos feitos por Azevedo (2005) e pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA, 2005), revelaram números consideráveis para esta violência infanto-juvenil.

Um estudo envolvendo municípios de 17 estados, Azevedo (2005) verificou 13.969 casos notificados de violência sexual doméstica entre os anos de 1996 a 2005. Dentre as 1.547 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes recebidas pela ABRAPIA, entre 2000 e 2003, o Rio de Janeiro foi o estado em que ocorreu o maior número de denúncias com 28,94%, enquanto a Bahia aparece em sexto lugar com apenas 73 denúncias (4,72%). Já no período de 2004 a 2005, o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Yves Roussam (CEDECA) contabilizou 2.874 casos de crimes sexuais contra crianças e adolescentes na cidade de Salvador (Cirino, 2006).

Autores como Stoltenborgh, Jzendoorn, Euser e Bakermans-Kranenburg (2011) procuraram também mapear a prevalência da violência sexual no mundo, através de uma pesquisa de meta-análise. Estes encontraram 217 publicações entre 1980 a 2008, com 331 amostras independentes com um total de 9.911.748 sujeitos. A prevalência global estimada de abuso sexual infantil foi de 127/1000 nos estudos de auto-relato e 4/1000 em estudos de protocolos de denúncia. Sendo que nos de auto-relato as mulheres sobressaíram com 180/1000 e, por conseguinte os homens com 76/1000. Foram encontrados na Ásia taxas mais baixas para meninas

(113/1000) e meninos (41/1000), e taxas maiores foram encontradas na Austrália para meninas (215/1000) e na África para meninos (193/1000).

No que diz respeito ao Brasil, há um mapeamento das características do abuso sexual em crianças e adolescentes de zero a 14 anos em um município do Sul do Brasil, feito por Martins e Jorge (2010). Os dados revelaram: vítimas predominantemente do sexo feminino (74,2%); risco de incidência maior na idade de 10 anos entre as meninas; agressores do sexo masculino em 97,3% dos casos; maior parte dos abusos ocorreu na residência das vítimas (52,7%); com duração inferior a seis meses em 57% deles; ocorreu lesão corporal em 90,3% dos casos e em 97,8% com sequelas físicas e psicológicas.

Outro estudo foi realizado por Baptista, França, Costa e Brito (2008) em um Estado do Norte do Brasil, objetivou também caracterizar o abuso sexual infanto-juvenil e traçar o perfil das vítimas e a taxa de incidência. Concluíram na pesquisa que: grande maioria das vítimas era do sexo feminino, nas faixas etárias de 03 a 05 e de 12 a 14 anos; viviam em condições socioeconômicas desfavoráveis e os principais abusadores foram pais, padrastos, cunhados e namorados das mães das vítimas. As mesmas autoras destacam um crescimento anual das notificações desse tipo de violência contra crianças e adolescentes, principalmente no âmbito familiar.

O Relatório Disque Direitos Humanos (2011), informou que de Janeiro a agosto de 2011 foram recebidas 50.866 denúncias de violências contra crianças e adolescentes. Sendo que o Nordeste lidera com 39% desses casos e no período de Janeiro a Março 28% eram denúncias de violência sexual, que engloba exploração sexual, tráfico de criança e/ou adolescentes para fins de exploração sexual, pornografia e abuso sexual. Sendo, nesse mesmo período, 72,26% das denúncias de abuso sexual, 27,19% de exploração sexual, 0,46% pornografia e 0,09% tráfico de crianças e adolescentes.

A notificação da violência doméstica, sexual e/ ou outras violências foi implantada no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) do Ministério da Saúde em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeita de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos. O gestor de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) realiza a notificação preenchendo uma ficha de notificação específica, diante de suspeita de ocorrência de situação de violência. Tabela abaixo mostra o total de

registros dos tipos de violência infanto-juvenil, por Unidade Federada (UF) da região Nordeste de Janeiro a Março de 2011 (Relatório Disque Direitos Humanos, 2011):

UF	Exploração Sexual	Negligência	Pornografia	Tráfico de Criança e Adolescente	Violência física/ psicológica	Abuso Sexual
AL	17	118	0	0	166	75
BA	157	555	2	0	711	389
CE	47	243	1	2	263	140
MA	53	227	1	0	293	171
PB	31	141	0	0	130	75
PE	71	271	0	0	262	156
PI	17	108	0	0	99	69
RN	45	206	0	0	199	104
SE	16	47	0	0	62	29
Total	454	1.916	4	2	2.185	1.208

Mais especificamente, em Sergipe, os dados revelam que em 2010, 330 e em 2011, 249 crianças e adolescentes foram atendidas no Serviço de Atendimento as Vítimas de Violência do Estado de Sergipe, inserido na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes. Somente em Aracaju, em 2010, foram abertos 112 inquéritos policiais no Departamento de Atendimento aos Grupos Vulneráveis (DAGV) com esse tipo de violência; em 2011, foram 110 inquéritos. Considerando os dados epidemiológicos e o impacto negativo que a violência sexual pode desencadear, bem como as dimensões jurídicas e psicossociais que caracterizam este fenômeno complexo, toda intervenção feita depende ou deveria depender da ação coordenada de diferentes profissionais e instituições e seja de fato efetiva. A ação eficaz destes profissionais é um dos fatores que pode contribuir de forma significativa para a redução do problema.

Mesmo variadas e imprecisas, as poucas estatísticas sobre a violência sexual infanto-juvenil são assustadoras. Apesar de todos os obstáculos às denúncias, segundo estimativas do Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), a cada ano, cerca de um milhão de crianças em todo o mundo são vitimizadas sexualmente (Agência de Notícias do Direitos da Infância - ANDI, 2003). Considerando as

elevadas taxas de incidência e prevalência desse tipo de violência e suas consequências (biopsicossociais), os crimes sexuais adquiriram proporções de um complexo problema de saúde pública (Drezett, 2000).

Os órgãos de proteção à criança e ao adolescente, como os Conselhos de Direito, Conselhos Tutelares, Promotoria e Juizado da Infância e Adolescência, e outras instituições, compõem a rede de apoio social para as vítimas e suas famílias. O capítulo seguinte discorrerá sobre como se dá toda a ação de atendimento a essas vítimas desde o momento da revelação da violência, com alguns detalhes específicos do fluxo em Sergipe.

## 2.2. MARCO LEGAL E FLUXO DE ATENDIMENTO

O motivo mais provável para uma criança ou adolescente entrar em contato com o sistema judiciário se dá quando ocorre uma denúncia de violência sexual da qual ela própria é a vítima. Estas por sua vez, terão que percorrer um longo itinerário, visto que diferentes profissionais se intercalarão na sua escuta. Nesse percurso, só para citarmos alguns, destacamos juízes, promotores, delegados, policiais, psicólogos, assistentes sociais e conselheiros tutelares. Dada a grande importância dos efeitos produzidos sobre essas vítimas, muitos autores denominam tal percurso de revitimização.

Vem se multiplicando no Brasil as campanhas destinadas a chamar atenção para a importância da denúncia de casos de violência sexual infanto-juvenil. Em 5 de janeiro de 2000, o Governo Federal promulgou a Lei nº 10.498, que dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação para os estabelecimentos de saúde, educação e segurança pública, dos casos em que haja suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Em 25 de outubro de 2001 foi publicado pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União, a Portaria 1968, estabelecendo a obrigatoriedade da notificação compulsória para os profissionais dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2001).

Todas as ações a favor da criança/adolescente nas esferas de governo são instrumentos fundamentais para o processo de conhecimento e visibilidade do problema da violência (não só sexual) nos municípios e nos estados da federação.

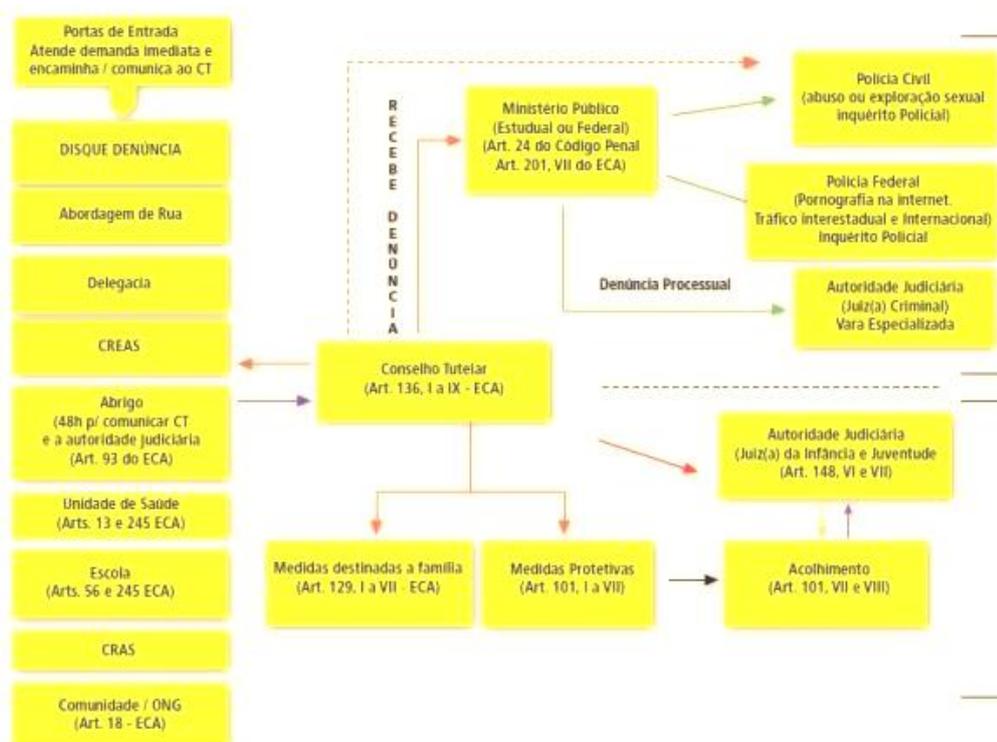
Além de colaborar com os trabalhos de pesquisa, proporcionam melhoria na qualidade dos programas de intervenção.

Todavia, se faz necessário descrever a trajetória percorrida pelas crianças e pelos adolescentes na revelação ou na queixa da violência sexual a que foram submetidos, para se compreender a discussão e todo o mal-estar instaurado entre muitos profissionais diante do problema crucial que é o padrão hegemônico de respostas da sociedade e dos dispositivos de segurança pública e de justiça, as quais só reforçam as tendências à revitimização.

O termo “porta de entrada” é utilizado por Faleiros (2003) para se referir ao início do percurso entre a revelação e a queixa. Por este caminho aparecem muitas dúvidas e preocupações pelos profissionais: quais seriam as melhores portas de entrada, onde devem ser localizadas, quais suas funções, seus limites e, o mais importante, que caminho deve seguir a queixa recebida.

Essa porta de entrada pode estar nos dois âmbitos: privado e público. O primeiro diz respeito quando a revelação é feita aos membros da família. E, o segundo, quando a mesma é feita na escola, nos serviços de saúde, nos “disque-denúncia”, ou em outros órgãos de defesa, como o conselho tutelar. Está no âmbito público quando é levada ao conhecimento de alguém que seja capaz de dar início ao processo de responsabilização.

*Entenda como funciona a rede de proteção dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil*



**Figura 3.** Rede de proteção dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil

Segundo Rocha (2006), estudioso no processo de revitimização, todas as circunstâncias, que envolvem a revelação são de grande valor para o processo de responsabilização e terapêutica, principalmente quanto aos caminhos percorridos, bem como a atenção que se deu para a mesma, seja na família, na sociedade ou nos órgãos públicos, os quais tomaram conhecimento por parte da vítima.

Em sua pesquisa, o mesmo autor, ainda constatou que não há articulação em rede dos diversos fluxos quando a violência sexual doméstica contra a criança e o adolescente é revelada. Isso ocorre pela falta de uma rede de atendimento para suporte a vítima e as seus familiares durante e após a revelação, seja no aspecto jurídico, seja no terapêutico, o que infelizmente traz como consequência a não responsabilização do autor da violência, bem como ao surgimento de traumas de difícil reparação tanto na vítima quanto na própria família.

Ajuriaguerra e Marcelli (1998) destaca que a avaliação da criança ou adolescente submetida à violência depende de quão rápido seja a intervenção dos serviços e também da qualidade e estabilidade das terapêuticas acionadas. Isto

significa que, para um desempenho adequado no atendimento a essa vítima, deve ser considerada a excelência do trabalho desenvolvido pelos órgãos de proteção.

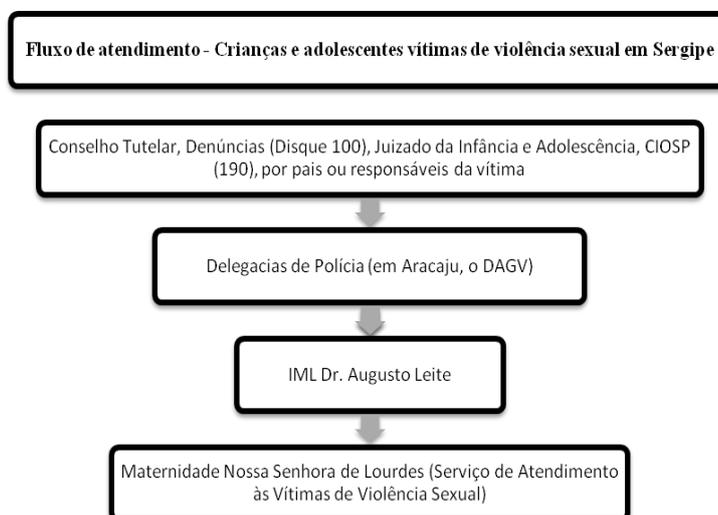
Percebe-se, que o atendimento psicossocial mais imediato, pelo acolhimento, reduz o impacto emocional dessa violência, da revelação e do próprio processo de investigação, porque ocorre dentro de um contexto de crise. Em Sergipe, essa questão ainda está desordenada, visto que, somente o Instituto Médico Legal dispõe desse serviço (acolhimento), as Delegacias, locais onde geralmente são portas de entrada das vítimas e seus responsáveis não dispõem desse atendimento.

A denúncia não chegando diretamente às delegacias, outro órgão que se coloca como porta de entrada, é o conselho tutelar. Este é “encarregado de receber as notificações de suspeita ou confirmação de maus-tratos praticados contra a criança ou o adolescente” (Azabumja, 2011, p.151). Após sua criação, o que decorreu com a vigência do ECA, a sociedade aumentou sua participação no enfrentamento da violência contra essas vítimas. Feita a notificação ao conselho tutelar, é possível que os casos cheguem com maior frequência ao sistema de justiça.

É obrigatório em cada município, no mínimo, a existência de um conselho tutelar, que tem por finalidade zelar pelo cumprimento dos direitos estabelecidos pelo ECA. Portanto, não se trata de uma entidade alternativa, mas sim um dos mais importantes órgãos do sistema de proteção dos direitos da criança e do adolescente. Ressalta-se que, na falta desse órgão, a queixa pode ser feita na Vara da Infância e da Juventude ou como dito antes, na delegacia de polícia mais próxima do local da ocorrência; porém, por mais precárias que sejam as condições, é inaceitável a existência de municípios que ainda não implantaram o órgão.

Profissionais de áreas diferentes - órgãos judiciários, serviços de proteção à criança, profissionais das áreas médica e de saúde mental - diante uma denúncia de suspeita de violência sexual, devem se envolver e trabalhar em equipe. Logo, é relevante que se busque sempre, um envolvimento de várias agências, isto é, uma integração dos serviços. Já existem em alguns lugares unidades formais, com equipes multidisciplinares trabalhando juntas. No entanto, existem ainda outros locais que, as agências trabalham separadamente, gerando necessidade de múltiplas entrevistas, trazendo como consequência, uma intensificação do trauma da criança (Deblinger et al., 2004).

Quem sofre uma violência sexual tem o direito à: registro de ocorrência policial, inquérito policial e à realização de exames periciais junto ao Instituto Médico Legal (IML); recebimento gratuito de assistência médica com indicação de contracepção de emergência para evitar a gravidez indesejada; recebimento de profilaxia para HIV e para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); aborto legal em caso de gravidez decorrente de estupro, de acordo com a legislação vigente do Código Penal no artigo 128; promoção da Ação Penal para responsabilização do agressor (processar o agressor) pelo Ministério Público quando a violência sexual for praticada com abuso de pátrio poder ou da qualidade de padrasto, tutor ou curador; ou quando a vítima não tiver condições de prover as despesas do processo.



**Figura 4.** Fluxo de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual em Sergipe (Autoria própria)

Quando a vítima é uma criança ou um adolescente (0 -18 anos), a queixa poderá ser apresentada: pelos pais (pai ou mãe) ou responsáveis; pelo Conselho Tutelar que deverá registrar na ausência dos pais ou responsáveis, seja por que não querem registrar ou por que o agressor é um familiar (neste caso, o Conselho Tutelar deverá encaminhar o caso ao Ministério Público, que irá processar o agressor); ou ainda, pelos pais ou familiares em caso de lesão corporal grave que impossibilite o registro ou em caso de morte da vítima.

Após a denúncia, a vítima deve ir à Delegacia de Polícia fazer o registro de ocorrência; ir ao Instituto Médico Legal para fazer o exame de corpo de delito - no Brasil, o Instituto Médico Legal (IML) ou Departamento Médico Legal (DML), subordinado às Secretarias de Segurança Pública, é o órgão oficialmente autorizado a emitir para a justiça laudo técnico sobre o crime sexual, denominado Exame de

Corpo de Delito e Conjunção Carnal; ir ao hospital ou posto de saúde para receber a Pílula de emergência e fazer o tratamento que evita as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, tratamento psicológico e caso seja necessário, ir ao Hospital para fazer o aborto Legal.

Antes que o registro de ocorrência policial seja feito, Sanderson (2005) destaca que se a criança ou o adolescente não fizer nenhum tipo de higiene pessoal (preservando as roupas em seu estado de agressão, como por exemplo: rasgadas e/ou com presença de sêmen) isso será um ponto importante para a coleta de provas do crime. Outro ponto importante é prestar atenção se o agressor possui eventuais marcas, cicatrizes ou tatuagens pelo corpo, isso ajuda a polícia (quando não identificado) a identificar o criminoso.

Instaurado o inquérito policial, tem início à investigação, cuja principal finalidade é a coleta das informações para a produção de provas. Além disso, ainda nesta etapa, a vítima, familiares e o autor presumido da violência são ouvidos, e se encaminha a criança vitimada ao IML ou DML para a realização dos exames de corpo de delito (colocar nota de rodapé) (exames ginecológico, vaginal, anal, de secreção, lesão). Há evidências de que as provas médico-legais tem um forte valor pela justiça e, na sua falta, muitas vítimas acabam ficando desacreditadas ou tem sua queixa desqualificada (Pimentel et al, 1998).

O DML/IML deve assegurar a realização dos exames periciais encaminhados pelas Delegacias de Polícia e pelo Poder Judiciário para comprovar a materialidade do crime (através de lesões e vestígios de pêlos, esperma ou perda da virgindade nos casos de crimes sexuais). Tais exames estão entre as provas mais importantes nos processos de crimes sexuais. Atualmente existem psiquiatras ou psicólogos peritos em alguns DML no Brasil, que realizam também o exame pericial psíquico, diagnosticando sintomas referentes ao transtorno de estresse pós-traumático nas vítimas de crimes sexuais, entretanto não é uma política pública usual nos sistemas de segurança e justiça. Esse exame também deverá contribuir como prova dos fatos.

No caso de Sergipe, é feito todo esse processo, no entanto, apesar da existência de um psicólogo no IML, geralmente os laudos periciais psíquicos são enviados por psicólogos do serviço de referência de violência sexual do Estado, situado na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes. Ficando este, destinado a

práticas emergências explicativas de como funciona o exame de corpo de delito e conjunção carnal.

Quando feito, o laudo psíquico é um exame realizado por um perito, psiquiatra ou psicólogo, para verificar se os sintomas apresentados pela vítima configuram o transtorno de estresse pós-traumático. Esse transtorno psíquico é observado na maioria das vítimas de crimes sexuais e é cientificamente comprovado. Entretanto, pouquíssimos são os locais que oferecem esse tipo de exame às vítimas.

O exame médico pericial se apresenta como um dos alicerces do processo penal, no entanto, o laudo por si só não é uma peça fundamental na responsabilização do agressor sexual, principalmente pelo fato de que na quase totalidade dos casos não se encontram achados físicos visíveis. Segundo Faleiros (2000) e Alcântara (1982) é uma etapa muito delicada, pois percebe-se a falta de preparo dos profissionais envolvidos para com a vítima, que exercem sua função de forma muito técnica, esquecendo dos aspectos emocionais e psicológicos dos examinados.

Todas as informações dos laudos, juntamente com os termos de declarações, farão parte do inquérito policial que será remetido ao Poder Judiciário, com o indiciamento do autor da violência. Trabalhando com uma concepção de rede integrada de serviços, espera-se que as delegacias de polícia também encaminhem devidamente as vítimas de violência sexual aos serviços de saúde públicos de referência.

Ao mesmo tempo em que exige a investigação policial, o conselho tutelar aplica as medidas protetivas, acionando a rede de serviços de referência no atendimento. Mesmo que as ações desses dois órgãos, delegacia de polícia e conselho tutelar, tenham diferentes finalidades, punição e proteção, respectivamente, é necessário que o diálogo entre eles seja o mais coordenado possível, pois como já foi citado, a vítima pode buscar proteção na autoridade policial, a qual, recebendo a denúncia, aciona o conselho, que encaminha para a autoridade judicial aplicar as devidas medidas de proteção (Santos, 2012).

Encerrado o inquérito policial, o caso é encaminhado ao Ministério Público. Este, por sua vez é um órgão que age em defesa dos interesses da sociedade e também é responsável por fiscalizar a aplicação das leis e normas vigentes no país, preocupando-se em garantir o devido cumprimento das mesmas.

Além dessas funções, nos crimes sexuais ele representa as vítimas, apresentando denúncia ao juiz e atuando no processo criminal contra os violadores.

Os promotores de Justiça são funcionários públicos que atuam no Ministério Público, tendo como uma de suas funções assumir a titularidade da ação penal nos casos de violência sexual, o que deve ocorrer mediante representação da vítima (casos em que esta for maior de 18 anos e não for pessoa vulnerável nos termos da lei), já que se trata de ação pública condicionada à representação e ainda deve agir sem necessitar de qualquer provocação nos casos de crimes sexuais envolvendo menor de 18 anos e/ou pessoa vulnerável, em razão da natureza da ação, como sendo pública incondicionada nos termos 225 do Código Penal, com redação definida pela Lei 12.015/2009.

O Poder Judiciário, através de suas varas criminais e respectivos magistrados, será responsável pelo recebimento (ou não) da denúncia oferecida pelo Ministério Público, ou pelo recebimento (ou não) da queixa-crime, bem como pela instrução e julgamento no processo criminal. A juíza ou o juiz será o responsável pelo andamento do processo, ouvindo a vítima, as testemunhas e o acusado e realizando a análise dos exames periciais e demais provas produzidas durante a instrução processual, devendo, ao final, proferir a sentença criminal condenatória ou absolutória, devidamente fundamentada.

Este mesmo órgão continuará responsável pelo processo em segundo grau de jurisdição (Tribunais de Justiça) assim como o Ministério Público, que apresentará parecer, quando então haverá uma decisão colegiada dos Desembargadores, podendo ainda o caso, se preencher os requisitos exigidos pela legislação ser ainda encaminhado ao Superior Tribunal de Justiça e ao Supremo Tribunal Federal.

No cenário forense atual, a produção dessas provas esbarra em duas dificuldades básicas. A primeira é que existem profissionais que não estão adequadamente preparados para a escuta de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, pois lhes falta conhecimento teórico para a diferenciação e o reconhecimento da dinâmica dos estágios do desenvolvimento infantil, assim como falta o preparo para compreender o processo desta violência. E, o segundo impasse está relacionado às inadequações das salas de audiência para receber essas vítimas. Diante do exposto, é preciso pensar formas de proteção da criança e do

adolescente nesses momentos, para que seus direitos fundamentais sejam de fato respeitados (Cesar, 2007).

Sabe-se que o trabalho desarticulado entre as ações dos serviços de atendimento a essas vítimas, a ausência de apoio mútuo na divisão do trabalho e da responsabilidade entre as instituições têm gerado uma revitimização intensa das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atualmente, não só no caso de Sergipe, mas em tantos outros Estados. Quando o trabalho é feito em conjunto e todas as ações são bem integradas, há grande probabilidade de ajudar essa criança ou esse adolescente a acabar com essa situação de violência vivenciada por eles.

Depois de toda a passagem pela delegacia de polícia e pelo Instituto Médico Legal, as vítimas – crianças e adolescentes- são encaminhadas para o serviço de referência do respectivo Estado para cuidar de todas as consequências físicas, orgânicas e psicológicas decorrentes da violência sexual, quando o atendimento já não é feito num único lugar. Posteriormente ou paralelamente a isso vão continuar com as etapas do processo legal na Justiça.

O exame médico (em Sergipe, feito no SAVVS) faz parte de um dos procedimentos da equipe multidisciplinar. A criança ou adolescente suspeita de vítima de violência sexual deve ser submetido ao exame, para que possa haver um diagnóstico e/ou tratamento de ferimentos físicos e/ou doenças sexualmente transmissíveis, assim como, permite a criança esclarecer com o médico as dúvidas e preocupações sobre as consequências do suposto abuso (Deblinger et al., 2004). Sobre tal exame, os autores sustentam ainda que, os achados médicos que confirmam as alegações de violência sexual podem ser importantes no encaminhamento legal do caso.

No tocante ao atendimento psicossocial, Azevedo (1994), destaca que:

“É importante considerar que para as crianças e adolescentes que sofreram violência deve ser recomendado SEMPRE o apoio terapêutico. Hoje, é quase ponto pacífico em inúmeras legislações mundiais que esse apoio seja dado de forma COMPULSÓRIA, ou seja, que, de modo geral, os serviços de proteção à infância procurem viabilizar este tipo de atendimento, acatando-se ordem judicial nesse sentido.” (p.17).

As intenções da avaliação psicológica é levantar todo o histórico da suposta violência e avaliar as alegações. Avaliar o estado emocional e comportamental da criança, no momento e historicamente, também é um objetivo da

avaliação psicológica, a qual pode ser realizada através de várias técnicas como: entrevista com a criança e sua família, utilização de bonecas e/ou desenhos com semelhanças humanas, instrumentos de avaliação objetivos e projetivos e, sessões lúdicas estruturadas (Deblinger et al., 2004).

Santos (2012) ainda ressalta que o propósito do tratamento psicológico é acolher o sofrimento e a angústia dessas vítimas, assim como, ajudar em sua proteção. Quando a criança ou o adolescente é acreditado em seu relato e amparado em sua dor por pessoas com as quais possuem um expressivo afeto, pode acontecer de que essas vítimas consigam elaborar psicologicamente os prejuízos emocionais decorrentes da violência sofrida.

Existem algumas consequências orgânicas e psicológicas nas quais a violência sexual traz para a criança ou o adolescente, tais como: lesões na genitália ou anus, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, dificuldades emocionais na sexualidade, na aprendizagem e na socialização (Brasil, 2004; Ribeiro, 2004; Silva, 2007). Sabendo disso, o tratamento recomendado para este evento traumático é a psicoterapia. Pesquisas atuais mostram o quão importante é o envolvimento ativo no tratamento não só pelas crianças ou adolescentes, mas também pelo(s) genitor(es) não-ofensor(es), principalmente quando sintomas depressivos e/ou comportamentais são apresentados pela criança (Deblinger et al., 2004).

A atenção do psicólogo está focada em ajudar a criança e a família no enfrentamento da crise que a revelação do abuso traz. Quando o fato é revelado inicialmente a este profissional, o mesmo transmite à criança, tranquilidade e apoio, sem precisar obter detalhes específicos do fato. Porém, isto não quer dizer que ele não vá encorajar a criança no compartilhamento de informações sobre o abuso (Deblinger et al., 2004).

No que se refere ao Código de Ética Profissional do Psicólogo, há uma orientação para a prática psicológica (artigo 10 deste código de ética) que garante suporte à ação profissional mediante a necessidade de efetuar denúncias e de emitir opiniões e documentos técnicos para que sejam tomadas medidas de proteção a essas vítimas. Contudo, se necessário, o psicólogo deve romper o sigilo e tal decisão não será considerada infração ética, pois abrange situação de risco ao desenvolvimento humano saudável.

Segundo Deblinger (2004), o relato da criança sobre a experiência abusiva tem que transcorrer com uma narrativa livre. O psicólogo faz perguntas

formuladas de modo geral, mas não-tendenciosas, pois, tem-se mais credibilidade e significado, a revelação feita com as próprias palavras da criança, sem muitas influências do entrevistador. A palavra da criança ou do adolescente deve vir sempre em primeiro lugar.

O psicólogo transmite à essas vítimas, seja verbal ou comportamental, a sensação de estar diante a uma pessoa, a qual ela pode falar sobre qualquer pensamento, pergunta ou preocupação relacionado a violência. Mesmo que se modele abertura e disposição para se falar do que aconteceu, não é recomendável forçar a criança fazer um discurso da experiência, a não ser que o terapeuta se responsabilize em oferecer tratamento terapêutico completo (Deblinger et al., 2004).

Estratégias de enfrentamento de como lidar com as respostas emocionais devem ser oferecidas também para os pais, pois, não é incomum, estes haverem concepções erradas sobre o abuso que acabam intensificando a angústia. O psicólogo trabalha essas estratégias, a partir de esclarecimentos sobre o abuso sexual contra criança, com um treinamento de habilidades de enfrentamento cognitivo, como também, um ensinamento de como os pais podem usar essas novas informações para rever pensamentos disfuncionais e perturbadores, substituindo-os por pensamentos mais justos e efetivos.

Muitas crianças e adolescentes que sofrem de violência ficam envergonhadas e tem dificuldade de denunciar e de pedir ajuda. Primeiramente, elas sofreram um trauma emocional e físico muito grande e ainda quando vão denunciar são vítimas de “piadinhas e indiretas” por parte da própria delegacia e/ou outras instituições, são tratadas com desconfiança, antes de terem seus direitos garantidos. Isso faz com que a vítima desista de denunciar seus agressores.

Rever condutas está na pauta das discussões de vários profissionais do Brasil nos últimos anos, inquietados com a revitimização de crianças e adolescentes violentados sexualmente ou maltratados pelos números excessivos de depoimentos, exames médicos e avaliações psicológicas a que são submetidos, assim como no longo caminho dos respectivos processos judiciais (Santos, 2012). Há o que se questionar: a consequência mais grave está relacionada ao trauma psíquico da violência propriamente dita ou a violência decorrente da excessiva exposição durante o fluxo de atendimento do sistema judiciário e de proteção?

Todas essas dificuldades também podem ser percebidas em outros Estados brasileiros. A representante do Ministério da Saúde e coordenadora da

Comissão de Políticas Públicas no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Maria de Lourdes Magalhães, explica que, em todo o Brasil, existem centros hospitalares especializados que atendem vítimas de violência sexual dos municípios onde estão instalados e das localidades próximas. Entretanto, ao voltar para a comunidade de origem, a criança muitas vezes não tem acompanhamento.

O Ministério da Saúde apresenta um trabalho que tem como foco o atendimento. A “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde”, criada em 2010. O objetivo da Linha de Cuidado é sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente de atenção integral à saúde de meninos e meninas em situação de violência.

Por fim, a Linha de Cuidado apresenta orientação para promover a saúde e prevenir violências, sejam elas físicas, psicológicas ou sexuais. A estratégia orienta sobre os sinais que uma criança que teve seus direitos violados pode apresentar. Além de discutir cada fase do fluxo de atendimento, a atitude do profissional e especificidades do tratamento médico.

No capítulo III, segue a descrição do Método do estudo, explicando os procedimentos, materiais utilizados e participantes da pesquisa; como foi feita análise dos dados e questões éticas.

## CAPÍTULO III

---

### MÉTODO

#### 3.1. MATERIAL, PROCEDIMENTOS E PARTICIPANTES

Os dados para esta pesquisa descritiva retrospectiva de abordagem quantitativa foram coletados no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011 nos arquivos de inquéritos policiais do Departamento de Atendimento aos Grupos Vulneráveis (DAGV) de Aracaju e no Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVS) do Estado de Sergipe (em ANEXOS, encontra-se o formulário utilizado por esse serviço na Instituição). Para tanto, utilizou-se um formulário que permitiu organizar na planilha do SPSS a natureza da violência, o local da ocorrência, idade, sexo, cor da cútis, escolaridade e profissão das vítimas e agressores, vínculo com a vítima, bairros que residem as vítimas, agressores e bairros onde ocorreram a agressão. A amostra incluiu crianças e adolescentes de ambos os sexos que sofreram violência sexual de janeiro de 2010 a dezembro de 2011.

O DAGV é uma unidade que surgiu em 2004 como delegacia especializada, compreendendo a Delegacia de Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA), a Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM) e a Delegacia Especial de Atendimentos a Grupos Vulneráveis (DEAGV). A DEPCA, de onde provem os dados desta pesquisa, é responsável por registrar e apurar os delitos contra os menores de 18 anos, vítimas de violência doméstica, violência sexual e qualquer conduta típica prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVS) é um serviço de referência na rede estadual de saúde pública do Estado de Sergipe para esse tipo de agravo, que funciona na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), na Zona Oeste da capital Aracaju. Além de psicólogas, enfermeiras e assistentes sociais, o SAVVS conta com a atuação de oito médicos ginecologistas obstetras em escala de revezamento. São profissionais preparados para receber as

demandas espontâneas ou encaminhadas de unidades policiais de todo o Estado, com o intuito de oferecer o acolhimento necessário a crianças, adolescentes, homens, mulheres e idosos que geralmente chegam acompanhados de familiares ou de conselheiros tutelares.

Considerando critérios do ECA, foram coletados dados referentes a esta faixa etária: crianças (composto por crianças até 12 anos incompletos) e adolescentes (composto por adolescentes até 18 anos incompletos).

### 3.2. ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados com auxílio do programa SPSS 16.0 for Windows, analisados e apresentados em forma de tabelas e mapas com respectivas análises descritivas e inferenciais. Primeiramente, foi realizada análise descritiva para medir a frequência das variáveis em estudo: idade, sexo, escolaridade, estado civil, cor da cútis e profissão da vítima e agressor; vínculo entre agressor e vítima; bairros onde ocorreu a violência e bairros onde residem a vítima e o agressor e meses e anos que ocorreu a violência. Posteriormente, foi feita análise bivariada (qui-quadrado de Pearson) para medir a associação entre a variável dependente (local da violência segundo Capital, Grande Aracaju e Interior) e as independentes (sexo da vítima, grupo etário, local da violência, sexo do agressor); assim como, tipo de violência (variável dependente) e sexo e faixa etária da vítima, vínculo entre agressor e vítima e local que ocorreu a violência (variáveis independentes).

### 3.3. QUESTÕES ÉTICAS

O Projeto foi encaminhado ao CEP-UFS (Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) (ver ANEXOS). Tratando-se de uma pesquisa documental, todos os critérios éticos foram rigidamente seguidos, a saber: garantia do sigilo das informações, omissão de dados que quebrem a anonimidade dos envolvidos, não divulgação ou publicação de casos isolados, restrição de acesso aos dados obtidos pela equipe de pesquisa.

O levantamento só foi feito após autorização da Direção da instituição e da assinatura do termo de concordância institucional e, por razões éticas, manteve-

se sigilo sobre as informações referentes às vítimas e suas famílias, bem como se preservou o anonimato das crianças e dos adolescentes.

### 3.4. OBJETIVOS

#### 3.4.1. Objetivo Geral

Levantar e caracterizar situações de violência sexual contra crianças e adolescentes produzidas no Estado de Sergipe nos anos 2010/2011.

#### 3.4.2. Objetivos Específicos

Caracterizar as vítimas e agressores de violência sexual (idade, sexo, escolaridade, estado civil, cor da cútis e profissão).

Conhecer a natureza do vínculo existente entre agressor e vítima.

Identificar a prevalência de violência sexual contra crianças e adolescentes nos bairros de Aracaju/SE.

Identificar aspectos da sazonalidade da violência e seu crescimento em termos cronológico.

## CAPÍTULO IV

---

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de coleta e análise, chamou à atenção a carência de informações nas fichas de atendimento das instituições pesquisadas a respeito de dados específicos envolvidos nas vitimizações sexuais, tais como os contidos nas fichas e nos inquéritos policiais. E ainda, a não uniformidade de termos empregados para designar o fenômeno e a expressiva ausência de dados a respeito da cor e grau de instrução de vítimas e agressores na DAGV e no SAVVS, além destes, também os dados 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. Nesse sentido, além da infraestrutura necessária ao atendimento integral às vítimas de violência sexual, estariam presentes profissionais capacitados utilizando protocolos previamente definidos para atuação.

A questão de ter-se feito um levantamento em dois locais distintos deve-se ao fato de que as variáveis são diferentes, e, com isso, ficaria mais robusto e completo (exemplo dos dados do agressor que só tem em um local) o trabalho com relação às análises estatísticas. Podendo, inclusive, fazer comparações de como vem se dando o fluxo de atendimento, já que num primeiro momento as vítimas vão à delegacia e por último passam pelo na Maternidade onde se encontra o Centro de Referência de Atendimento a essas vítimas.

Idealmente, os dados deveriam convergir, uma vez que o fluxo aponta para a direção denúncia ao atendimento. Um primeiro resultado deste estudo é o fato de os dados da DAGV e do SAVVS divergirem, gerando a dúvida se estamos tratando do mesmo caso de violência. Tal fato inviabiliza algumas análises comparativas planejadas para este trabalho, porém, mais grave do que isso, denuncia a falta de harmonia no sistema de proteção à criança.

#### 4.1. Relato de dados descritivos da violência sexual em Aracaju e em Sergipe

Partindo dos dados descritivos das vítimas do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do Estado de Sergipe, observa-se que das 579 fichas de atendimento são adolescentes (53,4%), meninas (86,5%) e estudantes (88,3%). Apesar dos meninos serem também vítimas de violência sexual, a grande maioria dos casos envolveu crianças e adolescentes do sexo feminino. O fato foi igualmente observado por outros estudos nacionais restritos (Cohen, Matsuda, 1991; Pimentel, 1998; Articulação de Mulheres Brasileiras, 2000; Reis, 2001) nos quais a mulher é a vítima preferencial desse tipo de agressão em 90% a 95% dos casos, evidenciando a questão de gênero, onde as diferenças relativas ao sexo são convertidas em desigualdades, possibilitando o processo de dominação e exploração (Saffioti, 1995). De forma semelhante, Reis (2001), utilizando o critério de idade estabelecido pelo *Estatuto da Criança e do Adolescente*, constatou um predomínio de vítimas adolescentes com idade entre 12 e 14 anos (17,9%) e crianças com 9 a 11 anos (13,1%). Comparações com outros estudos tornaram-se impraticáveis devido aos critérios de idade utilizados pelos autores com parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde.

Por outro lado, Pinto Junior (2005) e Pinto Junior et al. (2011) ponderam que o maior número de casos envolvendo vítimas do sexo feminino não significa que meninos não são alvos deste tipo de violência, ou o são em número muito reduzido. O fato de se encontrar mais registros de vitimização sexual de meninas pode estar associado à dificuldade do menino em proceder à denúncia ou revelar a violência sofrida, pois geralmente se vê frente a conflitos relacionados à sexualidade e identidade masculina, que podem ser abaladas ou questionadas diante da revelação da violência sexual sofrida por ele. Assim, geralmente, o menino sente medo e vergonha de denunciar a violência sexual, o que pode dificultar a mensuração fidedigna do fenômeno.

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. Dessa forma, crianças e adolescentes

como seres em desenvolvimento, psicológica e moralmente imaturos, não conseguem resistir a um familiar adulto que lhes impõe sua autoridade transformando-os em objetos sexuais. É nesse contexto, segundo Faleiros & Faleiros (2001), que subsiste a violência sexual de adultos contra crianças e adolescentes, onde o autoritarismo, o machismo e os preconceitos se articulam com as condições de vida das famílias e as questões de poder se manifestam nas relações afetivas e na sexualidade.

O estado civil e a cor das vítimas são dados escassos, 77,9% dos dados do primeiro estão faltando e 44,9% do segundo também não foram preenchidos, sendo 42,5% consideradas pardas. Com relação ao estado civil parece óbvio o não preenchimento já que se tratam de vítimas crianças e adolescentes sendo assim, em quase sua totalidade solteiras. O mesmo serve para as questões de classificação da cor, várias pesquisas em violência sexual não fazem essa comparação.

No que diz respeito ao agressor não foram encontrados dados do mesmo nas fichas do SAVVS a não ser o vínculo que ele possuía com a vítima. O que pode ser destacado dos agressores são dados da capital, dados estes coletados na DAGV (222 inquéritos policiais). Esses dados mostram que os agressores estão concentrados nas idades entre 20 e 40 anos (50,4%), são homens (94,6%) e solteiros (45,5%). A ocupação do agressor não foi encontrada em todos os casos; do total analisado, 14,9% não disseram a profissão do agressor e 71,2% estavam empregados; abrindo a possibilidade de se pensar que não há suspeitas, pois o agressor é uma pessoa responsável para a família. A cor do agressor, assim como no caso das vítimas, não foi encontrada em 94,6% dos casos.

Com relação à idade do agressor (citada no parágrafo anterior), o estudo mostra que este se encontra em uma condição favorável em força física, desenvolvimento da maturação sexual e maior capacidade de acesso à criança, concentrados na faixa etária de 20 a 40 anos sendo 50,4% da amostra. Outros levantamentos já realizados revelam que o agressor, além da relação de poder para com a criança, utiliza-se também da confiabilidade que a mesma tem nele, quando em suas atitudes demonstra carinho e afetividade, sendo compreendido pela criança como uma atitude normal, passando-lhe a ideia de proteção (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1998).

Na complexa caracterização dos agressores sexuais de crianças e adolescentes, fatores comportamentais importantes podem ser citados, dentre eles,

o foco sexual, a vitimização dos mesmos na infância e as influências negativas ocasionadas por falhas interpessoais e sociais durante o seu desenvolvimento. O foco sexual dos agressores compreende dois componentes: a intensidade do interesse pedofílico na qual o agressor está focado ou "fixado" em crianças e adolescentes como objetos sexuais e a exclusividade de sua preferência para tê-los como satisfação de seus desejos sexuais. A maioria das vítimas de abuso sexual na infância não se tornam agressores sexuais na idade adulta. Contudo, a vitimização sexual nessa fase da vida se acompanhada por fatores tais como o abuso físico, a duração do abuso sofrido e a relação com o perpetrador, pode contribuir para o surgimento de um futuro agressor. No contexto do desenvolvimento, a alta rotatividade de pessoas relacionadas aos cuidados na infância é tida como um poderoso preditor do grau de violência sexual expressa na idade adulta. Esta inconstância de pessoas que dispensam cuidados primários interfere com o desenvolvimento das habilidades de relacionamento, incrementando a probabilidade de desordens afetivas caracterizadas pela ansiedade intensa, insegurança e desconfiança. Tais experiências podem levar a déficits interpessoais e baixa autoestima que minam severamente o desenvolvimento de um relacionamento adulto seguro. Indivíduos que sofreram essas falhas interpessoais e sociais estão mais propensos a se voltarem para as crianças para satisfazerem suas necessidades psicosssexuais (Prentky, Knigth & Lee, 1997).

Ainda assim, vê-se que existem características e experiências pessoais de vida que levam os agressores do sexo masculino a cometer violência sexual. Mesmo considerando a violência sexual um fenômeno histórico-social misturado nas relações cotidianas, mostrando as relações de poder, de desigualdade de gênero e de meios de coerção (Ribeiro, Ferriani & Reis, 2004). Cumprindo com o primeiro objetivo da pesquisa, que foi descrever o perfil das vítimas e agressores do Estado de Sergipe nos anos de 2010/2011 o segundo passo é trazer e discutir os dados univariados e bivariados tanto do DAGV quanto do Centro de Referência de Vítimas de Violência Sexual que são mostrados a seguir em forma de tabelas e mapas.

A Tabela 1 apresenta os dados sobre o vínculo entre a vítima e o perpetrador, comparando os números entre a capital e o interior do estado de Sergipe. Comparando dados de 579 casos do vínculo na capital e no interior, percebe-se que as pessoas conhecidas, familiares e vizinhos ganham destaque.

São dados interessantes, pois podem refletir a questão de como nos interiores as relações entre pessoas são mais próximas do que na capital.

**Tabela 1.** Percentuais de casos referentes ao vínculo com a vítima segundo Capital e Interior do Estado de Sergipe

Vínculo	(Aracaju)	(Interior)
<b>Conhecido</b>	10,2	24,2
<b>Vizinho(a)</b>	1,7	9,3
<b>Desconhecido</b>	4,1	5,3
<b>Familiar</b>	9,8	18,5
<b>Namorado</b>	2,1	7,4
<b>Cunhado</b>	0,6	0,9
<b>Companheiro</b>	0,2	0,3
<b>Ex-namorado</b>	-	0,2
<b>Não informa</b>	5,2	
<b>Total</b>	100	

Fonte: SAVVS, 2010 e 2011

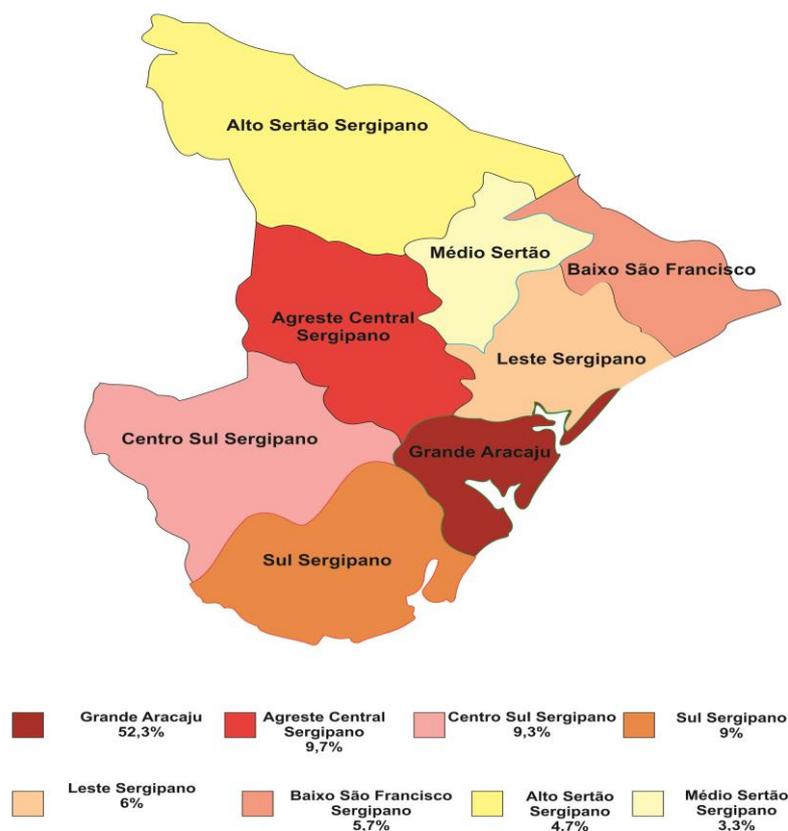
O vínculo com a vítima aponta que 28,3% da amostra total são agressores familiares o que nos revela vários autores que este tipo de vínculo entre o agressor e a vítima envolve a família em uma teia de silêncio, se estabelecendo por meio de ameaças e muito medo. Essas informações tornam evidente que se trata de uma sociedade que, embora reaja com indignação pública diante do problema social da vitimização sexual de crianças e adolescentes, continua a praticá-la no âmbito privado. Essa é naturalmente uma forma de fortalecimento da impunidade vigente.

A participação de parentes, vizinhos, conhecidos e namorados, como agressores nos casos de violência sexual, é amplamente divulgada pelas pesquisas, desde as mais antigas até as mais atuais, revelando que o agressor sexual é na maioria das vezes, alguém próximo à criança ou o adolescente. Muitas vezes esse agressor utiliza a relação de confiança que tem com essa criança ou adolescente para se aproximar de um modo cada vez mais frequente, num processo insidioso, fazendo com que a vítima não se dê conta do ato abusivo do adulto (Mynaio, 2001; Nunez, 2008).

Esse tipo de procedimento só fortalece a ideia de que o enfrentamento da questão da violência sexual familiar de crianças e adolescentes é extremamente difícil, devido ao seu caráter familiar, doméstico, privado e criminoso e, no caso da

exploração sexual, por ser ilegal, clandestino, comercial e articulado em redes. No Brasil a questão torna-se mais complexa, devido, muitas vezes, à conivência policial, ao medo e silêncio das vítimas e testemunhas, além da constatação da impunidade dos agressores.

Em relação ao local da violência, a Figura 1 mostra que dos 579 casos de Sergipe nesses dois anos, houve uma incidência maior de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na Grande Aracaju (52,3%) e a região com menos casos (3,3%) foi o Médio Sertão Sergipano. A hipótese e posicionamento levantado é que são regiões que de fato tem índices muito parecidos com os dados apresentados quando é remetida a violência de um modo geral no Estado. Nos dados do Mapa da Violência 2013 – Homicídios e Juventude no Brasil das dez primeiras cidades no ranking de Sergipe, três (São Cristóvão, Barra dos Coqueiros e Aracaju) são da Grande Aracaju.



**Figura 5.** Mapeamento da Violência Sexual por Regiões do Estado de Sergipe

Dos 211 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes por Zonas de Aracaju, 11 casos não foram informados qual bairro a vítima sofreu a agressão nos inquéritos policiais. As Zonas Norte (34,2%) e Oeste (23,4%) são as que mais apontam denúncias de casos de violência sexual. Muito possivelmente pode-se fazer uma relação dessas porcentagens ligadas a essas Zonas, pois são consideradas zonas periféricas de Aracaju, onde prevalece vulnerabilidade social. No entanto, vale ressaltar e repensar sobre essa questão já que se sabe que muitos casos não são denunciados por diversos fatores e um deles está relacionado ao fator socioeconômico que esta família e esta vítima estão inseridas.

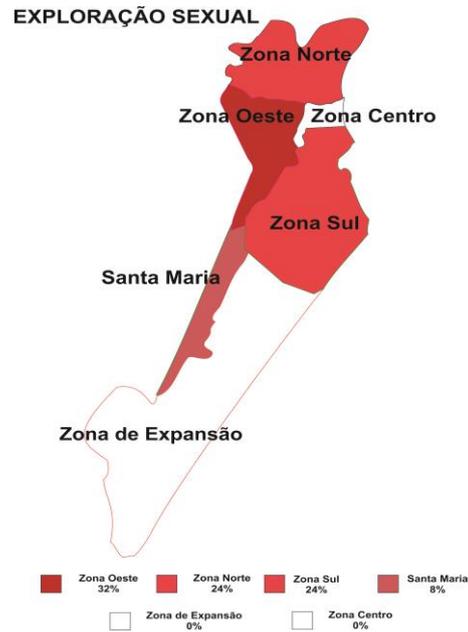


**Figura 6.** Mapeamento dos casos de Abuso Sexual por Zonas de Aracaju

Na Figura 6 os 171 casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes são destacados também nas Zonas Norte (36,3%) e Oeste (22,2%) de Aracaju, porém, observa-se um percentual considerável na Zona Sul (17,5%), o que mostra que apesar de ser considerada uma região nobre da cidade, muito possivelmente os casos estão sendo denunciados também por esta Zona. Muito possivelmente a Zona Norte lidera com a porcentagem, uma vez que, são casos onde a dinâmica social e familiar da vítima permite com que não haja uma quebra de silêncio destes abusos.

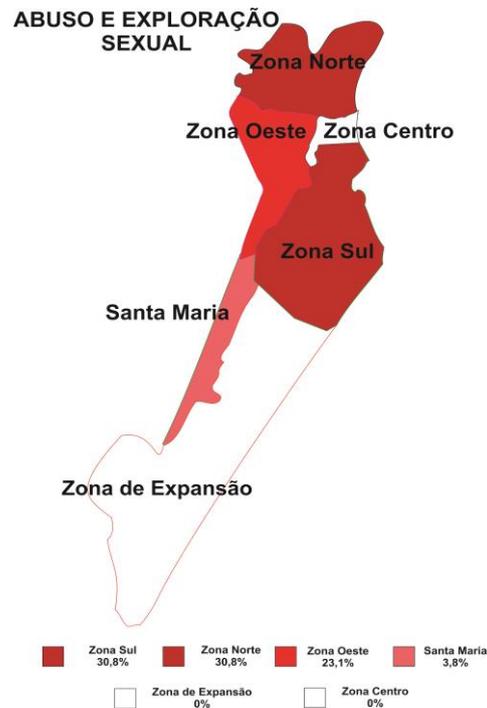
A Figura 7 e a Figura 8 mostram a distribuição dos casos de exploração sexual e os casos em que aconteceram abuso e exploração sexual com a mesma

vítima, respectivamente. Os casos de exploração sexual foram mais frequentes nas Zonas Oeste, Norte e Sul.



**Figura 7.** Mapeamento dos casos de Exploração Sexual por Zonas de Aracaju

Já os casos em que houve abuso e exploração sexual predominaram as Zonas Norte e Sul com o mesmo percentual como mostra a Figura a seguir.



**Figura 8.** Mapeamento dos casos de Abuso e Exploração Sexual por Zonas de Aracaju

Um dado diferente do que talvez se espere e se vê em outras pesquisas está relacionado a estes dois mapas, onde tanto a Zona Norte quanto a Zona Sul trazem percentuais altos e iguais de casos de exploração sexual e abuso e exploração sexual presentes em um único caso. Hipótese para este dado é o fato de que quando se fala em exploração sexual, muitas vítimas com poder socioeconômico mais favorável também fazem parte desse número, uma vez que podem se envolver com drogas e outras situações vulneráveis.

Apesar da variação sazonal não ser uma variável comumente investigada em estudos sobre esta temática, a Tabela 2 apresenta a distribuição de casos de violência sexual por mês na Capital e no Interior.

**Tabela 2.** Percentuais de casos segundo a sazonalidade da violência sexual na Capital e no Interior do Estado

Mês	2010		2011	
	Capital	Interior	Capital	Interior
JAN	3,6	7,9	8,2	10
FEV	4,5	9,4	2,7	10,5
MAR	3,6	8,8	12,7	6,8
ABR	12,5	12,1	9,1	4,4
MAI	7,1	9,4	8,2	7,6
JUN	10,7	8,5	9,1	13,3
JUL	6,2	4,8	10	6,8
AGO	15,2	7,9	10	11,3
SET	11,6	8,8	5,3	9,6
OUT	5,3	6,1	6,4	6,4
NOV	3,6	6,6	11	8,4
DEZ	16,1	9,7	7,3	4,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: DAGV e SAVVS, 2010 e 2011

Não há pesquisas nacionais com evidências empíricas relacionando casos de violência sexual e meses nos quais prevalece este tipo de violência. Em Sergipe, dados da MNSL de 2010 mostram que os meses de fevereiro, abril e dezembro têm maior destaque e em 2011, fevereiro, junho e agosto ganham destaque no percentual dos casos. Numa tentativa de se pensar os motivos para os quais esses meses ganham destaques, são épocas do ano em que acontecem festas, como carnaval e festas juninas, além de serem períodos de férias. É possível assim fazer uma relação entre o fato de que as crianças fiquem em casa (fora da

escola) por mais tempo e muitas vezes longe de cuidadores responsáveis. Outra hipótese está relacionada ao comportamento dos adultos abusadores que em períodos festivos podem ter maior envolvimento com álcool e outras drogas. A questão da sazonalidade é apontada neste estudo como curiosa, mas deve ser investigada em profundidade e relacionando com outras variáveis.

**Tabela 3.** Percentuais de casos segundo a cidade da violência e idade e sexo da vítima no Estado de Sergipe

	Feminino	Masculino	Criança	Adolescente
<b>Capital</b>	25	5,3	18,1	12,3
<b>Grande Aracaju</b>	5,9	0,5	3,7	2,7
<b>Interior</b>	55,6	7,7	34,7	28,5
<b>Total</b>	86,5	13,5	56,5	43,5
		100		579

Fonte: SAVVS, 2010 e 2011

Quando se trata do sexo e idade, os dados mostram que grande parte das vítimas são do sexo feminino (86,5%) e estas estão concentradas principalmente no Interior do Estado (55,6%), assim como os meninos (7,7%), que estão concentrados também no interior como mostra a Tabela 3, corroborando, também, os dados das diferentes pesquisas na área (Furniss, 1993; Azevedo & Guerra, 1998; Pinto Junior et al., 2011; Martins & Jorge, 2010; Baptista et al., 2008). A predominância de vítimas do sexo feminino pode ser explicada, segundo Martins e Jorge (2010), pelas questões sociais de gênero que atribuem à mulher o papel de objeto sexual, transformando, assim, crianças e adolescentes do sexo feminino em alvos preferenciais dos agressores. São em sua maioria crianças, indicando quase o dobro de casos da capital. São dados que revelam muito mais casos nos Interiores que na Capital e na Grande Aracaju.

#### 4.2. Descrição de dados bivariados da violência sexual infanto-juvenil

A tabela 4 apresenta dados que traçam um perfil da violência sexual no Estado de Sergipe, mostrando percentuais do sexo da vítima e do agressor, assim como a faixa etária da vítima, local que ocorreu a violência, o vínculo entre agressor e vítima e número de envolvidos no ato da violência sexual.

**Tabela 4.** Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes na capital, Grande Aracaju e interior segundo o sexo do agressor e da vítima, idade da vítima, local, vínculo e número de agressores envolvidos.

	Capital	Grande Aracaju	Interior	X <sup>2</sup>	p
<b>Sexo vítima</b>					
Feminino	82,4	91,9	88		
Masculino	17,6	8,1	12	4,163	0,12
<b>Grupo etário</b>					
0-11	59,7	56,8	54,9		
12-18	40,3	43,2	45,1	1,088	0,58
<b>Local da violência</b>					
Via pública	12	8,3	10,4		
Res vítima	62,4	54,2	62,9		
Res agressor	5,6	4,2	5,4	13,261	0,10
Motel	3,2	0	0		
Outros	16,8	33,3	21,4		
<b>Sexo agressor</b>					
Feminino	0,6	0	1,1		
Masculino	99,4	100	98,9	0,658	0,71
<b>Vínculo</b>					
Conhecido	36	31,3	36,8		
Vizinho(a)	6,1	18,8	13,6		
Desconhecido	14,6	6,3	8,2		
Familiar	33,5	31,3	27,8	23,485	0,05
Namorado	7,3	9,4	11,3		
Cunhado	1,8	0	1,4		
Companheiro	0,6	0	0,6		
Ex-namorado	0	3,1	0,3		
<b>Agressores envolvidos</b>					
Um agressor	94,5	93,8	94,6		
Mais de um agressor	5,5	6,2	5,4	5,210	0,73

Fonte: SAVVS, 2010 e 2011

Os percentuais apresentados mostram que não existe uma diferença discrepante das variáveis apresentadas no interior, Grande Aracaju e capital. O perfil traçado indica que as vítimas continuam preferencialmente sendo do sexo feminino, crianças e o local da violência ocorreu na residência das mesmas nas três situações. Outras pesquisas apontam o ambiente doméstico como o local onde mais ocorre a violência sexual (Ribeiro, 2004). Estudo realizado na Bolívia, na cidade de El Alto, observou que mais da metade (54,7%) dos casos de violência sexual contra menores de 18 anos ocorreram no domicílio da vítima (Guerra, 2000). A maior

proporção de agressão sexual cometida dentro de casa suscita a reflexão de que o lar, muitas vezes, não constitui um local seguro para as crianças, uma vez que a agressão pode ser praticada sem que a sociedade tenha conhecimento.

Quanto ao agressor, pertencem ao sexo masculino e em mais de 90% dos casos cometeram o ato da violência sozinhos, sem mais agressores envolvidos. A predominância de agressores sexuais do sexo masculino reforça a discussão das questões de gênero no que se refere à exploração e dominação dos homens sobre o sexo feminino, especialmente sobre as crianças, e que pode desencadear a violência doméstica, inclusive a sexual, como produto de uma sociedade e cultura patriarcais. Neste sentido, vários autores (Pinto Junior, 2005; Azevedo & Guerra, 1998; Pinto Junior et al., 2011; Martins & Jorge, 2010) destacam que nas sociedades patriarcais, como a nossa, as diferenças entre os sexos se convertem em desigualdades que possibilitam o processo de dominação e exploração do homem sobre a mulher, e principalmente do homem sobre a mulher criança (ou adolescente). A discussão acerca da dominação do homem sobre a mulher como um dos fatores causais da violência sexual pode ser corroborada também pelos dados da categoria idade dos agressores. A falta de diferenças significativas em termos de faixa etária dos agressores sexuais pode vir a comprovar que a violência sexual é uma prática masculina, independente da idade.

Aplicando-se o teste estatístico do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para as variáveis vínculo com a vítima e Capital, Grande Aracaju e Interior, o valor do “p” foi igual a 0,05 para os dois anos de estudo, indicando uma diferença estatisticamente significativa entre o vínculo e local em que aconteceu (Capital, Grande Aracaju e Interior).

Familiares e pessoas conhecidas representam mais da metade dos agressores, mostrando que segundo a literatura esse tipo de vínculo é muito comum pois são pessoas que fazem parte da convivência da vítima, com uma relação de confiança e, com isso, envolve a vítima numa dinâmica de silêncio dessa violência (Agressores vizinhos são mais frequentes na Grande Aracaju (18,8%) e Interior (13,6%) do que na capital do Estado (6,1%), o que possibilita pensar que nos interiores há uma relação maior de proximidade entre as pessoas do que na capital e por isso o maior número de casos. O contrário acontece com agressores desconhecidos, que na capital são representados por 14,6% e Grande Aracaju e Interior, por 6,3% e 8,2%, respectivamente. Outra hipótese a ser levantada é o

vínculo onde namorado aparece com um maior percentual no interior (11,3%) do que na capital (7,3%), questionando o fato de que no interior muitas vezes as meninas começam a ter um relacionamento a dois mais cedo que na capital.

A Tabela 5 elucida também um perfil da vítima, do vínculo e do local da violência sexual em Aracaju, no entanto, faz uma relação destes quanto à natureza deste tipo de violência com dados de 222 inquéritos policiais.

**Tabela 5.** Distribuição dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes quanto à natureza segundo o sexo e idade da vítima, vínculo e local.

	<b>Abuso sexual</b>	<b>Exploração sexual</b>	<b>Abuso e exploração sexual</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Sexo vítima</b>					
<b>Feminino</b>	87,6	75	80,8		
<b>Masculino</b>	12,4	25	19,2	3,168	0,20
<b>Grupo etário</b>					
<b>0-11</b>	45,6	0	61,5		
<b>12-18</b>	54,4	100	38,5	22,249	0,00
<b>Vínculo</b>					
<b>Conhecido(a)</b>	25,8	25	33,3		
<b>Vizinho(a)</b>	11	12,5	12,5		
<b>Desconhecido</b>	10,4	50	54,2		
<b>Familiar</b>	44,2	4,2	0	55,753	0,00
<b>Namorado</b>	6,7	4,2	0		
<b>Companheiro</b>	6	0	0		
<b>Ex-companheiro /ex-namorado</b>	1,2	4,2	0		
<b>Local da violência</b>					
<b>Via pública</b>	7,6	38,1	9,5		
<b>Res vítima</b>	42	14,3	4,8		
<b>Res agressor</b>	34,4	33,3	71,4	43,881	0,00
<b>Res vítima e agressor</b>	6,4	4,8	0		
<b>Motel</b>	2,5	9,5	14,3		
<b>Outros</b>	7	0	0		

Fonte: DAGV, 2010 e 2011

O sexo feminino está presente com maior intensidade do que o sexo masculino nos três tipos de violência sexual (87,6% abuso, 75% exploração e 80,8% abuso e exploração). Meninos constituem mais casos de exploração sexual (25%), do que abuso sexual e abuso e exploração sexual. Crianças apresentam maiores

índices de abuso e exploração (61,5%) e os adolescentes com a exploração sexual constituindo 100% dos casos se for comparar com as crianças. Nos casos de abuso sexual o vínculo com 44,2% são familiares das vítimas, na exploração 50% são pessoas desconhecidas e quando se fala de abuso e exploração juntos o vínculo ainda assim continua com desconhecidos, sendo um pouco mais da metade dos casos (54,2%).

A residência da vítima é o local predominante para os casos de abuso sexual (42%). Quando se fala do ambiente doméstico, os limites impostos pela privacidade isolam a família dos olhos e ouvidos do domínio público, proporcionando aos agressores um local no qual a violência sexual torna-se um crime perfeito, já que pode ser praticada sem testemunhas ou encoberta pelo silêncio cúmplice. Já na exploração sexual as vítimas são violentadas mais em via pública (38,1%), seguido da residência do agressor (33,3%). Os casos onde houve abuso e exploração sexual, grande parte foram cometidos na residência ainda do agressor (71,4%).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de se traçar um perfil da violência sexual em Sergipe contra crianças e adolescentes os dados dos anos de 2010/2011 do Estado mostram que não existe uma diferença discrepante das variáveis apresentadas no interior, Grande Aracaju e capital. Os dados indicam que as vítimas continuam preferencialmente sendo do sexo feminino e crianças e o local da violência ocorreu na residência das mesmas nas três situações.

Com relação ao agressor, nota-se uma falha com relação a dados característicos do mesmo, pois no SAVVS só pode ser descrito o vínculo com a vítima, apontando que, conhecidos e familiares constituem mais da metade da amostra. Quanto aos dados do agressor no DAGV, revelam que são em sua maioria agressores na faixa etária de 20 a 40 anos, homens, solteiros e empregados.

Quanto ao mapeamento feito, a violência sexual contra crianças e adolescentes em Sergipe está presente com maior intensidade na Grande Aracaju, sendo que podem estar relacionados inclusive com os índices de violência mais gerais. A Zona Norte lidera com os casos de abuso sexual na Capital; Zona Oeste com os casos de exploração sexual; e, quando retratado abuso e exploração sexual juntos as Zonas Norte e Sul constituem juntas mais da metade da amostra, sendo cada uma representada por parcelas iguais de percentual, mostrando que também essas vítimas pelo fato de se envolverem com drogas e outras situações vulneráveis e tenham um poder socioeconômico mais elevado, acabam fazendo parte desses dados.

O estudo evidenciou a importância do registro correto do atendimento nos prontuários das vítimas e a necessidade de realizar sensibilização dos profissionais de saúde, para aprimorar a identificação dos casos de violência sexual, acolhendo, aconselhando, registrando adequadamente e encaminhando oportunamente para o serviço de referência.

A violência sexual favorece o aparecimento de outros agravos e o seu reconhecimento precisa ser tratado como problema de saúde pública; para tanto, cabe ao poder público, ações mínimas efetivas, promovendo maior investimento na segurança e integração entre os serviços de saúde.

Na violência sexual, a criança ou adolescente do sexo feminino se mostra como vítima preferencial dos agressores sexuais, encontrando-se inserida numa estrutura na qual sofre relações de poder expressas por um lado pela capacidade física, mental e social do agressor, e por outro, pela sua imaturidade, submissão à autoridade paterna e dos mais velhos, e à desigualdade de gênero.

Mesmo que nas vitimizações exista o exercício de poder e domínio, as situações de violência sexual originam-se da utilização irresponsável de condições como as diferenças físicas e de idade, do grau de maturidade psicológica, da capacidade social e das razões que motivam a agressão em termos interpessoais. Por essas características, a violência sexual abrange o campo da moral e da proteção aos direitos humanos e sexuais, já que ela compromete o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, produzindo sequelas e uma matriz reprodutora que insere futuros agressores no círculo da violência.

Com relação ao fluxo de atendimento a vítima no Estado de Sergipe, existe uma ineficiência, onde a vítima acaba passando por vários setores e os mesmos setores de atendimento não interagem entre si. Havendo uma revitimização e uma dificuldade em se levantar e caracterizar o que acontece no Estado. Idealmente, como foram citados na discussão dos resultados, os dados deveriam convergir, já que a direção é da denúncia ao atendimento da vítima.

Sugere-se realizar uma ampla divulgação na mídia falada, escrita e televisiva, sobre o Serviço de Atendimento à Vítima de Violência Sexual de Sergipe e a importância de procurar o mais rápido possível o atendimento, uma vez que chegando até o serviço a vítima será cuidada não só com relação aos aspectos da saúde física, mas também a psicológica.

## REFERÊNCIAS

- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia infantil*. (5ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Agência de Notícias dos Direitos da Infância. (2003). *O grito dos inocentes: os meios de comunicação e a violência sexual contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Cortez.
- Alberto, M. F. P., Serafim, A. C., Gomes, V. C., Araújo, A. M. G. & Oliveira, D. de. (2009). A Exploração Sexual Infanto-Juvenil Sob A Ótica De Membros Da População. *Psicologia em Revista*, 3, 41-59.
- Alcântara, H. R. de. (1982). *Perícia médica judicial*. Rio de Janeiro: Guanabara Dois.
- Almeida, A. C. E. de. (2003). *Abuso sexual de crianças: crenças sociais e discursos da Psicologia*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Amazarray, M. R. & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(3), 546-555.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (4º Ed, revisada). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7, 3-11.
- Articulação de Mulheres Brasileiras. (2000). *Políticas públicas para mulheres no Brasil: balanço nacional cinco anos após Beijing*. Brasília: Articulação de Mulheres Brasileiras.
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência [ABRAPIA] (2002). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes*. (3ª. ed.). Petrópolis: Autores, Agentes e Associados.

- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência [ABRAPIA]. (2005). *Sistema Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil*. Relatório Abuso Sexual Período: 01 de janeiro de 2000 a 31 de janeiro de 2003. Rio de Janeiro.
- Associação Brasileira Terra Dos Homens. (2003). *Violência intrafamiliar*. Rio de Janeiro: Terra dos Homens/Brooklin.
- Azambuja, M. R. F. de. (2011). *Inquirição da criança vítima de violência sexual: proteção ou violação de direitos?* Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Azevedo, M. A. (2005). *A ponta do iceberg – Brasil 1996 à 2005: Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes*. São Paulo, SP: LACRI.
- Azevedo, M. A. & Guerra, V. N. A. (1998). *Infância e violência fatal em família*. São Paulo: Iglu.
- Baptista, R. S., França, I. S. X., Costa, C. M. P. & Brito, R. S. (2008). Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enfermagem*. 21(4), 602-608.
- Barbosa, G. F. & Pizá, G. (2004). *A violência silenciosa do incesto*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial.
- Bianchini, F., & De Antoni, C. (2012). Adolescentes que abusam sexualmente de crianças e de outros adolescentes. Em *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Habigzang, L. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil (2007). Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Renato Rorlario (Coord.) *Proteger e responsabilizar: o desafio da resposta da sociedade e do Estado quando a vítima da violência sexual é criança ou adolescente*.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. *Portaria 1968: notificação compulsória para os profissionais SUS*.
- Brasil. (2004). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Braun, S. (2002). *A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: Age.
- Briere, J. & Elliott, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl.*, 27, 1205-1222.
- Caldwel, R. A. (1992). *The cost of child abuse vs the cost of prevention: Michigan's experience*. Available from: <http://www.msu.edu/user/bob/cost.html>.
- Cerqueira-Santos, E., Rezende, N. & Correa, P. (2010). Adolescentes Vítimas de Exploração Sexual: Um Estudo de Casos Múltiplos. *Contextos Clínicos*, 3, 22-31.
- Cerqueira-Santos, E. & Padilha, M. (2007). O caminhoneiro e o enfrentamento da exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias brasileiras. Em Libório, RMC, Leal, MLP &..
- Cezar, J. A. D. (2007). *Depoimento sem dano: alternativa para inquirir crianças e adolescentes nos processos judiciais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Cirino, H. (2006, 25 set). 70% dos crimes cometidos contra crianças são sexuais. *Jornal A Tarde*, pp.4.
- Chalk, R., Gibbons, A. & Scarupa, H. P. (2002). *The multiple dimensions of child abuse and neglect: new insights into an old problem*. Available from: <http://www.Childtrends.org/files/ChildAbuseRB.pdf>.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuses & Neglect*, 25, 123-135.
- Cohen, C; Matsuda, N. E. (1991). Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. *Revista Paul Med.* 109:157-64.
- Deblinger, E., Fisher, C. D. & Heflin, A. (2004). *Estratégias Cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.
- Delmanto, C., Delmanto, R., Delmanto, Jr. R. & Delmanto, F. M. A. (2010). *Código Penal Comentado*. São Paulo: Saraiva.

- DeMause, L. (1976). The Evolution of Childhood. In *The History of Childhood*. New York: Psychohistory Press.
- DeMause, L. (1991). The Universality of Incest. In *Journal of Psychohistory* 19 (2).
- DeMause, L. (1993). The Sexual Abuse of Children Publisher: NY and London. In *The Journal of Psychohistory*, 20, (3).
- DeMause, L. (1998). The History of Child Abuse. In *The Journal of Psychohistory*, 25 (3).
- DeMause, L. (2002). *The Emotional Life of Nations*. New York: Karnac.
- Deslandes, S. E. (1994). *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves-Jorge Careli.
- Drezett, J. (2000). *Manejo integral da violência sexual pelos serviços públicos de saúde*. Disponível em <http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/bolivia4.doc>.
- Drezett, J. (2004). *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. Tese de doutorado não-publicada, Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento, São Paulo. Disponível em <http://www.rhamas.org.br/tese1>.
- Duarte, J. C., & Arboleda, M. R. C. (2004). Sintomatologia, avaliação e tratamento do abuso sexual infantil. In V. Caballo (Org.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais* (pp. 293-321). São Paulo: Santos.
- Faleiros, E. T. S. (2003). *O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos de denúncia*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Faleiros, E. T. S., & Campos, J. O. (2000). *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. Brasília, DF: Thesaurus.

- Faleiros, V. P. & Faleiros, E. T. S. (2001) *Circuito e curtos-circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Editora Veras.
- Faúndes, A., Andalaf Neto, J. & Freitas, F. (1998). II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*, 26, 134-138.
- Favaro, T. (2009). Confissões de um pedófilo. *Veja* (2.134).
- Ferriani, M. G. C.; Garbin, L. M. & Ribeiro, M. A. (2004) Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000. *Acta Paul Enferm.* 17(1):45-54.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. (1998). *Violência contra crianças e adolescentes*. In: A infância brasileira nos anos 90. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- Furniss, T. & Veronese, M. A. V. (1993). *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia e intervenção legal integrados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gabel, M (org.) (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus Editorial.
- Gomes, R., Minayo, M. C. S. & Fontoura, H. A. (1999). A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 2, pp. 171-179.
- Guerra, R. D. O. (2000). Abuso sexual em ninas y ninos – consideraciones clínicas. *J Pediatr.* Mar; 76(4):C33-8.
- Habigzang, L. F. & Caminha, R. M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H. & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3, pp. 379-386.

- Haugaard, J. J. (2003). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Introduction. *Child Maltreatment*, 9(2), 123-130.
- Inoue, S. R. V. & Ristum, M. (2008). Violência Sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia*, 25, 11- 21.
- Jonzon, E., & Lindbald, F. (2004). Disclosure, reactions and social support: Findings from a sample of adult victims of child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 9(2), 190-200.
- Koller, S. H. (1999). *Violência doméstica: Uma visão ecológica*. Em Violência Doméstica (pp.32-42). São Leopoldo: AMENCAR.
- Koller, S. H. & De Antoni, C. (2004). *Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica*. Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Koshima, K. S. L. (2006). *Cooperação internacional e políticas públicas: a influência do POMMAR / USAID na agenda pública brasileira de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração.
- Kristensen, C. A. (1996). *Abuso sexual em meninos*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Leal, M. L. P. (2003). *Globalização e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Save the Children.
- Libório, R. M. C. (2003). *Desvendando vozes silenciadas: adolescentes em situação de exploração sexual*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo.
- Lowenkron, L. (2010). Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas? Ver. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 5, pp. 9-29.

- Marques, M. dos S. (2006). *A escuta ao abuso sexual: o psicólogo e o sistema de garantias de direitos da criança e do adolescente sob a visão da psicanálise*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP.
- Martins, C. B. G, & Jorge, M. H. P. M. (2010). Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(2), 246-255.
- Mello, L. C. A., & Francischini, R. (2010). Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes: um ensaio conceitual. *Temas em Psicologia*, 18 (1), 153 – 165.
- Minayo, M. C. (1994). A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*, 10, 1-18.
- Minayo, M. C. S. (2001). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Mater-infant*. Jan-Abr: 1(1):91-102
- Ministério da Saúde. (2003) *Estatuto da criança e do adolescente*. 2ª ed. Brasília: MS.
- Motti, A. J. L. & Santos, J. V. (2008) Redes de proteção social à criança e ao adolescente: limites e possibilidades. In: *Fortalecimento da rede de proteção e assistência às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual*. Brasília: ASBRAD.
- Nucci, G. de S. (2005). Código de Processo Penal comentado. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Nunez, A., Tortolero, Y., Verschuur, A., Camacaro, M. & Mendoza, S. (2008) Violencia sexual: un fenómeno oculto en la experticia médico legal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. Dez; 68(4):233-9.
- Oliveira, V. L. A., Ribeiro, C. R. & Albuquerque, C. (2003). *Notificação obrigatória da violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: construindo uma rede de proteção*. *Divulgação em Saúde para Debate*, 26: 66-72.
- Organização Mundial da Saúde [OMS], (2002). *Informe mundial sobre La violencia y salud*. Genebra (SWZ): OMS.

- Pimentel, S.; Schritsmeyer, A. L. P. & Pandjarian, V. (1998). *Estupro: crime ou "cortesia"? Abordagem sociojurídica de gênero*. Porto Alegre: Safe Editora.
- Pinheiro, P. S., & Almeida, G. A. (2003). *Violência Urbana*. São Paulo: Publifolha.
- Pinto Junior, A. A. (2005). *Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico*. São Paulo: Vetor.
- Pinto Junior, A. A, Silva, P. R. M., Santos, M. R., Fróis, N. M. R., Vieira, F. C., Gouvêa, F. A., Verônica, L. F. R., & Tardivo, L. S. P. C. (2011). *Agressores sexuais: educadores?* In M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Eds.). *Violência doméstica na infância e na adolescência: uma nova cultura de prevenção* (pp. 173-213). São Paulo: Plêiade/FAPESP.
- Peres, J. F. P. & Nasello, A. G. (2005). Achados da neuroimagem em transtorno de estresse pós-traumático e suas implicações clínicas. *Psiquiatria Clínica*, 32(4), 189-201.
- Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R. & Gammerman, P. W. (2003). *Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil*. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), pp. 8-14.
- Prentky, R. A.; Knigh, R. A. & Lee, A. F. S. (1997). *Child sexual molestation: research issues*. Washington DC: U.S. Department of Justice.
- Protocolo de Gestão do CREAS (2011) Prefeitura Municipal. Fundação de Ação Social. Curitiba.
- Relatório Disque Direitos Humanos (2011). Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.
- Reis, J. N. (2001). *Violência sexual contra mulheres: análise de dados relacionados ao estupro e atentado violento ao pudor legalmente registrados em Ribeirão Preto-SP* [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Renison, C. M. (1999). *Criminal victimization – 1997 to 1998*. Washington DC: Bureau of Justice Statistics – National Crime Victimization Survey, U. S. Department of Justice.

- Rocha, L. F. (2006). *Ataque sexual infanto-juvenil doméstico: da revelação à responsabilização criminal do agressor*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências e Letras. Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP.
- Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(3), 254-264.
- Saffioti, H. (1989). Exploração sexual de crianças. In: *Crianças Vitimizadas. A Síndrome do Pequeno Poder* (M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra, orgs.), pp.49-95, São Paulo: Iglu.
- Saffioti, H. I. B. & Almeida, S. (1995). *Violência de gênero poder e impotência*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- Salvagni, E. P., & Wagner, M. B. (2006). Estudo de caso controle para desenvolver e estimar a validade discriminante de um questionário de avaliação de abuso sexual em crianças. *Jornal de Pediatria*, 82(6), Porto Alegre.
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books.
- Santana, T. L. de, Trujillo, L. G., Mimekawa, T., Campos, V. F. de, Oliveira, K. M. de & Akerman, M. (2002). Caracterização da violência doméstica contra crianças na região do ABCD: em busca de medidas de prevenção. *Arq. Méd. ABC*, 27(2), pp. 53-61.
- Santos, C. A. (2012). *Enfrentamento da revitimização: a escuta de crianças vítimas de violência sexual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, G. G. & Alves, R. S. (2010). Violência sexual contra criança e adolescente. *Revista Internacional de Direito e Cidadania*, 7, 49-58.
- Sediak, A. J., Broadhurst, D. D. (1996). *Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington DC: Administration for children and families, U. S. Department of Health and Human Services.
- Silva, M. C. P da. (2007). *Sexualidade começa na infância*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Souto, R. Q., Lucena, B., Paiva, A. A. & Cavalcanti, A. L. (2010). Violência Sexual em Crianças e Adolescentes: Uma Revisão Sistemática. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 9(2), 172-178.
- Stoltenborgh, M. I., Jzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16 (2), 79-101.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
- Teixeira, L. C. (2003). Sentido subjetivo da exploração sexual para uma adolescente prostituída. In S. Ozella (Org.), *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica* (pp.105-136). São Paulo: Cortez.
- Telles, L. E. B. (2006) Pedofilia. In: Souza, C. A. C. de, Cardoso, R. G. *Psiquiatria forense – 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina, pp.248-257.
- Thomas, M., Eckenrode, J., & Garbarino, J. (1997). Family sexual abuse. In J. Garbarino & J. Eckenrode (Eds.), *Understanding abuse families: An ecological approach to theory and practice* (pp.114-130). San Francisco: Jossey-Bass.
- Vilhena, J. de. (2001). Nas raízes do silêncio: sobre o estupro feminino. *Revista Tempo Psicanalítico*, n. 33, Rio de Janeiro, SPID, 55-69.

## **ANEXOS**







Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES

RELATÓRIO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E  
PSICOLÓGICAS DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

IDENTIFICAÇÃO		
INICIAIS:		
IDADE:		
COR:		
DATA DA OCORRÊNCIA: / /	DATA QUE CHEGOU A UNIDADE DE SAÚDE: / /	
LESÕES GENITAIS:	SIM	NÃO
OUTRAS LESÕES:	SIM	NÃO
RUPÇÃO HIMENAL:	SIM	NÃO
PRESEÇA DE SÊMEN:	SIM	NÃO
HOUVE GRAVIDEZ DECORRENTE DA VIOLÊNCIA:	SIM	NÃO
PRESEÇA DE SECREÇÃO VAGINAL APÓS A VIOLÊNCIA:	SIM	NÃO
OBSERVAÇÕES MÉDICAS:		
MÉDICO:		CRM:
DADOS DE OBSERVAÇÕES PSICOLÓGICAS:		
PSICÓLOGO:		

DADOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA (PSICÓLOGO RESPONSÁVEL: _____)																	
<b>ATITUDES EMOCIONAIS EM RELAÇÃO AO OCORRIDO</b>																	
1. NEGAÇÃO	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	2. APATIA	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	3. DESESTRUTURAÇÃO PSÍQUICA	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
4. ENFRENTAMENTO	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	5. VERGONHA	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	6. EVITAÇÕES FÓBICAS	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
7. SENT. DE CULPA	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	8. DEPRESSÃO	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	9. PENSAMENTOS RECORRENTES	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
10. OUTROS	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>												
<b>MANIFESTAÇÃO COMPORTAMENTAIS (MEDOS)</b>																	
1. MEDO DAS DST'S	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	2. MEDO DA AIDS	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	3. MEDO DE SAIR DE CASA	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>
<b>ALTERAÇÕES NAS ATIVIDADES DE ROTINA</b>																	
1. DEIXAR DE FREQUENTAR A ESCOLA	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>												
2. DEIXAR DE FREQUENTAR O TRABALHO	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>												
3. DEIXAR ATIVIDADES DE LAZER	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	4. RETRAIMENTO SOCIAL	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>						
5. IDÉIAS SUICIDAS	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	6. TENTATIVAS SUICIDAS	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>						
7. COMPORTAMENTO	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	8. OUTROS	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>						
<b>ALTERAÇÕES E QUEIXAS SOMÁTICAS</b>																	
1. SONO	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	SONOLÊNCIA	<input type="checkbox"/>	INSÔNIA	<input type="checkbox"/>										
2. APETITE	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>												
<b>REAÇÕES EMOCIONAIS QUANTO A PERDA DA VIRGINDADE (APENAS PARA AS MULHERES QUE NÃO HAVIAM INICIADO A VIDA SEXUAL)</b>																	
1. REVOLTA	<input type="checkbox"/>	2. APATIA	<input type="checkbox"/>	3. FRUSTAÇÃO	<input type="checkbox"/>	4. DECEPÇÃO	<input type="checkbox"/>	5. HIPervalORIZAÇÃO HIMENAL	<input type="checkbox"/>								
6. OUTROS	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>												
<b>RELATO OCORRIDO PARA OUTRAS PESSOAS</b>																	
1. AMIGO	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>												
<b>RECEBIMENTO DE ATENÇÃO E/OU APOIO</b>																	
1. AMIGO	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>												
<b>16. DADOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NOS CASOS DE GRAVIDEZ</b>																	
<b>SENTIMENTO QUANTO À GRAVIDEZ</b>																	
1. CULPA	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	2. VERGONHA	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	3. OUTRO	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>
<b>FANTASIAS</b>																	
1. PERSECUTORIAS (RETALIÇÃO):	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	2. AUTO-PUNITIVAS (SACRIFÍCIOS)	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>						
3. OUTRAS:	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>												
<b>DESEJO DE INTERROMPER A GRAVIDEZ (REALIZAÇÃO DO ABORTO PREVISTO POR LEI)</b>																	
<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	1. MANIFESTO	<input type="checkbox"/>	2. LATENTE	<input type="checkbox"/>										





Laíze - 9912-4343  
3237-0485

Plataforma Brasil		MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP	
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: VIOLENCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL: CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS RELATADOS EM		2. CAAE:	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Laíze Fonseca Oliveira			
6. CPF: 012.774.795-60		7. Endereço (Rua, n.º): ANÍSIO AZEVEDO SALGADO FILHO 351 Apt.1204 ARACAJU SERGIPE 48020240	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (79) 3217-0485	10. Outro Telefone:
11. Email: oliveira.laize@hotmail.com			
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Assumo as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>20 / 06 / 2012</u>		<u>Laíze Fonseca Oliveira</u> Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Hospital Universitário de Aracaju/ Universidade Federal de Sergipe/ HU-UFS		14. CNPJ: 13.031.547/0001-04	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (79) 3215-2076		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Elder Cesqueira Santos</u>		CPF: <u>93827205-10</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenador do Mestrado Psicologia Social</u>			
Data: <u>21 / 06 / 2012</u>		<u>Elder Cesqueira Santos</u> Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			