



PERFIL DOS AGRESSORES E DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

Ana Esther Carvalho Gomes Fukumoto¹
Juliana Maria Corvino¹
Jaime Olbrich Neto¹

RESUMO

A violência sexual é devastadora para a infância e para a adolescência. A desigualdade social contribui para a ocorrência de violência interpessoal, embora ocorra em todos os níveis sociais. O atendimento inicial multiprofissional competente, bem como a adesão ao tratamento e às condutas quanto à mudança nos fatores de risco, uso correto das medicações, realização do Boletim de Ocorrência, acompanhamento médico, psicológico, e avaliação da assistente social são primordiais. Os maiores abusadores geralmente são pessoas do relacionamento próximo da vítima. A violência pode ocorrer com a penetração, sexo oral, manipulação de genitais, exibicionismo, entre outros. Pode ser recorrente; alterar a formação da personalidade e a sexualidade de quem sofre o abuso. Doenças, gravidez, inibição, agressividade e suicídio podem ser consequências. O objetivo foi obter perfis de vítimas e agressores das crianças e adolescentes, vítimas de violência sexual, atendidas no PS de Pediatria do HC da FMB - UNESP no período compreendido entre 2005 e 2008. Como resultado, 78,7% são do sexo feminino, com idade média de 9 anos; 33,44% residiam com mãe e pai; o tempo percorrido até a denúncia foi acima de 1 ano em 18,5%; a criança denunciou em 44,9%; em 55,6% tratou-se de reincidência; em 27% ocorreu mais de um tipo de violência; 85,6% agressores eram conhecidos da criança ou da família; 28,7% eram parentes, sendo os pais os principais, com uma taxa de 12,5%, os primos, 5,55%; e, dos 71,3% não parentes, 14,83% eram padrastos, 14,83% vizinhos; 73,9% ocorreram na casa da criança ou do agressor; em 66% houve intimidação com o uso de força e de ameaças, 2,8% com arma; em 36,6% houve penetração e em 46,3% manipulação; houve relação sexual só anal em 13,9%, só vaginal 44,9%, só oral em 3,74%; 43% apresentaram algum sintoma psíquico; 24,3% receberam medicamentos contra DST. Das 50 famílias nas situações de maior gravidade entre os 216 pacientes (23,15%), apenas um (2%) compareceu ao chamado de retorno após a alta, e nos demais, a tentativa de contato por telefone, ou via endereço, fornecidos, mostrou que havia mudanças de rua, bairro, ou cidade, e telefones que simplesmente não existiam, não nos permitindo construir esta resposta. Esse dado nos levou a pensar, se isso fora apenas uma coincidência ou uma forma de se esconder. Vítimas e agressores, na maioria das vezes, convivem em ambientes onde a proximidade torna possível a realização da violência, e os fatores relacionados variam pouco, nas diferentes populações em que se estudou este tipo de crime. O ato gera marcas permanentes, sejam elas biológicas ou psicológicas. O presente estudo será ampliado para os anos de 2009 e 2010, além de acompanhar os casos junto ao Conselho Tutelar e

¹ Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP.

a Vara Judicial, para saber qual a resolução dos casos estudados e suas punições, para se ter uma visão mais ampla e projetar medidas conjuntas que tenham maior eficiência.

Palavras-chave: Violência Sexual. Crianças. Adolescentes. Agressores.

PROFILE OF THE AGGRESSORS AND THE CHILDREN AND THE ADOLESCENTS VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE.

ABSTRACT

Sexual violence is a devastating situation in childhood and adolescence. Social inequality contributes to the occurrence of interpersonal violence, although it occurs in all social levels. The biggest abusers tend to be people of close relationship to the victims. Violence may occur by penetration, oral sex, genital manipulation, exhibitionism, among others. It may be recurrent and alter victims' personality and sexuality development. Diseases, pregnancy, aggressiveness and suicide may also be some of the consequences. The objective of this research was to obtain profiles of aggressors and children and adolescents victims of sexual violence treated at the Pediatric Emergency Department, HC, at FMB - UNESP from 2005 to 2008. The results showed that 78.7% were females around 9 years old; 33.44% lived with their mother and father; the average period between the beginning of the abuse and the reporting was 1 year in 18.5% of cases; the children, themselves reported in 44.9% of the cases; in 55.6% there were recurrences; more than one type of violence was reported in 27%; 85.6% of aggressors were known by the child or the family; 28.7% were relatives, mostly fathers in 12.5% and cousins in 5.55%; and of 71.3% of non-relatives, 14.83% were stepfathers and 14.83% were neighbors; 73.9% of cases occurred in the child's or the abuser's home; 66% occurred by intimidation, with the use of force and threats, and 2.8% with a gun; in 36.6% of cases, there was penetration, and in 46.3% manipulation; only anal intercourse occurred in 13.9%, only vaginal in 44.9% and only oral sex in 3.74%; 43% showed some psychic symptom; 24.3% received medication against STD. Out of the 50 families showing the most serious situations among 216 patients (23.15%), only 2% returned for the final appointment, and as to the others, attempts to contact them by phone or at the address provided showed that there had been a change of street, neighborhood, or city. Some of the telephone numbers simply did not exist and did not allow us to construct this result. This fact leads us to wonder whether it was only a coincidence or a way of hiding themselves. Victims and aggressors, in most cases, live in environments where proximity enables the occurrence of violence, and related factors vary little in different populations where this type of crime is investigated. The act creates permanent marks, whether biological or psychological. This study will be extended for the years 2009 and 2010 and the cases will be followed in their judicial trials in order to learn how aggressors were sentenced and to have a broader view that allows for more efficient measures.

Key words: Sexual Violence. Children. Adolescents. Aggressors..



PERFIL DE LOS AGRESORES Y DE NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

RESUMEN

La violencia sexual es devastadora para la infancia y la adolescencia. La desigualdad social contribuye para la ocurrencia de la violencia interpersonal, aunque ocurre en todos los niveles sociales. La atención inicial multiprofesional competente y la adhesión al tratamiento y conductas son primordiales. Los mayores abusadores suelen ser personas que conviven con la víctima. La violencia puede ocurrir con penetración, sexo oral, manipulación de los genitales, exhibicionismo, entre otros. Puede ser recurrente y alterar la formación de la personalidad y la sexualidad. Enfermedades, embarazo, inhibición, agresividad y suicidio pueden ser sus consecuencias. La atención inicial multiprofesional competente y la adhesión al tratamiento son conductas primordiales. El objetivo fue obtener perfiles de víctimas y agresores, de los niños y adolescentes víctimas de violencia sexual, atendidos en urgencias de pediatría del Hospital de Clínicas de la FMB - UNESP - 2005 a 2008. Fueron 78,7% sexo femenino; edad media 9 años; 33,44% vivían con padre y madre; tiempo hasta la denuncia superior a 1 año en 18,5%; el niño denunció en 44,9% ; 55,6% de reincidencia; en 27% más de un tipo de violencia; 85,6% de los agresores eran conocidos por el niño o la familia, de los cuales el 28,7% fue constituido de parientes, entre los principales se encuentran los padres en 12,5%, primos 5,55%; y de los 71,3% no parientes 14,83% eran padrastros, 14,83% vecinos; 73,9% ocurrieron en la casa del niño o del agresor; 66% con intimidación con el uso de la fuerza y amenazas y 2,8% con arma; 36,6% con penetración y 46,3% manipulación; relación solamente anal 13,9%, solo vaginal 44,9% solo oral 3,74%; 43% presentaron algún síntoma psíquico; 24,3% recibieron medicamentos contra ETS. De las 50 familias de las situaciones de mayor gravedad entre los 216 pacientes (23,15%), solamente una (2%) atendió el llamado de seguimiento tras el alta, y en los demás el intento de contacto por teléfono o personalmente en la dirección dada mostró mudanzas de calle, barrio, o ciudad, y teléfonos que simplemente no existían, lo que no nos permitió construir la respuesta. Ello nos lleva a pensar si se trato solamente de una coincidencia o si fue una forma de esconderse. Víctimas y agresores, en la mayoría de las veces, conviven en ambientes donde la proximidad hace posible que se cometa violencia. Los factores relacionados varían poco en las diferentes poblaciones en que se estudia este tipo de crimen. El acto causa marcas permanentes tanto biológicas como psicológicas. El presente estudio será ampliado para los años de 2009 y 2010 y acompañará los casos en el consejo tutelar y el distrito judicial para saber cuál será la resolución de los casos estudiados y sus punitivos, para tener una visión más amplia y proyectar medidas conjuntas que tengan mayor eficiencia.

Palabras clave: Violencia Sexual. Niños. Adolescentes. Agresores

INTRODUÇÃO

As violências contra crianças e adolescentes passaram a ser pesquisadas, de forma sistematizada, há pouco mais de meio século, embora ocorram desde os tempos mais remotos ([ADED, 2006](#); [FERREIRA, 2002](#)).

A desigualdade social contribui para a ocorrência de violência interpessoal, com alterações na dinâmica e no modelo familiar, porém este tipo de violência pode ocorrer em diversos níveis sociais e independe de etnia ou credo, regime político e econômico, faixa etária, ou se encontra dentro e fora do ambiente familiar ([PAIXÃO, 2010](#)).

Algumas culturas exibem certo grau de tolerância social quanto aos casos de violência na infância, talvez por acreditarem que quem cuida, ou custeia, tem direito ilimitado sobre a criança, sendo uma expressão das relações sociais dominadas pelo poder do mais forte ([BAPTISTA, 2008](#)).

O abuso sexual, frequentemente, é realizado sem o uso de força física, havendo coação, sedução, que, muitas vezes, não deixam marcas físicas visíveis nas vítimas e dificultam a sua identificação e registro ([SANTOS, 2008](#)). O silêncio dos adultos frente ao crime e a ignorância sobre os deveres e direitos relativos às crianças e aos adolescentes são barreiras que o atual interesse social e político não conseguiram romper. As crianças, vítimas, comumente estão aterrorizadas, com sentimentos confusos e com medo de contar. O silêncio dessas vítimas pode representar o desejo de não prejudicar o agressor, provocando agravamento da desagregação familiar, quando o agressor pertence ao círculo familiar-parental. Muitas se sentem culpadas e com medo de ser castigadas, não compreendendo suas condições de vítimas ([ADED, 2006](#); [HIRATA, 2003](#)).

No Brasil, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), da década de 1990, coloca a criança como sujeito de direitos e eleva-a à condição de cidadão ([MONTEIRO, 2008](#)). Porém, de modo prático, pouco se avançou na resolução dos problemas.

A criança vítima pode apresentar mudanças de comportamento, tais como perda da autoestima, comportamentos agressivos, autodestruição, medo, perda de interesse pelos estudos e brincadeiras, isolamento social, ansiedade, redução da capacidade de concentração. Além disso, podem apresentar distúrbios de conduta com recursos verbais e físicos, tais como mentiras, roubos, violência, álcool e drogas, fugas de casa, ideias suicidas ou homicidas e uma representação anormal da sexualidade ([ADED, 2006](#); [INOUE, 2008](#); [SCHERB, 2004](#); [HIRATA, 2003](#)).

As alterações físicas, com hemorragias retais e/ou vaginais, disúria, e infecções bacterianas, fúngicas ou virais, podem fazer parte do quadro. Comunicado o fato às autoridades de saúde e/ou judiciária, a vítima, uma vez identificada, além de todo estresse, é submetida a relembrar os fatos, para compor a história clínica; em seguida, submete-se a exames físicos, para identificação de lesões, a exames laboratoriais, para seguimento e diagnóstico de infecção ou não, por agentes causadores de doenças de transmissão sexual. Tudo isto feito, cabe à vítima tomar medicamentos, profiláticos, inclusive contra o vírus da imunodeficiência humana – HIV, quando indicado dependendo do tempo decorrido entre a agressão e a procura por atendimento. O tempo maior que 72 horas pode comprometer a eficiência do tratamento profilático. Durante o seguimento

ambulatorial, pode-se detectar infecção pelo papilomavírus humano – HPV, outro agente silencioso no seu curso.

Ao atendimento inicial, com protocolos que envolvem profissionais médicos, de enfermagem, psicólogos, assistente social e o poder judiciário, deve-se seguir uma série de medidas e ações multiprofissionais para reduzir os danos à vítima e à família. A adesão ao tratamento, entendida como a conduta do paciente, ou responsável, em seguir as prescrições médicas ([METHA, 1997](#)), é apenas uma das relações entre famílias e serviços de saúde que pode não se concretizar. Já a adesão, entendida de maneira ainda mais ampla, como um acordo entre o médico e o paciente, ou seu responsável, firmada nas responsabilidades de cada um, é também de todas as outras pessoas envolvidas no processo ([VITÓRIA, 1998](#)). Pode, assim, criar uma expectativa que não é a competência legal do serviço de saúde. Talvez pelo medo, pela cumplicidade, pela vergonha e por outros fatores não identificados, muitas vítimas não podem ser localizadas quando perdem seguimento ambulatorial, pois os endereços, telefones, referências, não estão corretos, foram inventados, ou a família mudou-se de endereço.

Conhecer o perfil de agressores e vítimas e contribuir para identificar fatores de risco. Medidas de intervenção são necessárias, em cada comunidade. Neste sentido, o objetivo do estudo foi buscar informações sobre o perfil de agressor e de vítima da violência sexual encaminhados a um serviço de referência.

MÉTODOS

Trata-se de estudo seccional para avaliar o perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, atendidos pelo serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2008.

Foram incluídos pacientes com idade menor ou igual aos 14 anos 11 meses e 30 dias, por ser a faixa etária atendida pela pediatria no serviço citado; ter sido vítima de violência sexual e ter realizado o preenchimento do protocolo de atendimento na avaliação do Pronto-Socorro.

Foram revistos todos os prontuários de pacientes notificados, para avaliação de dados referentes à estatística vital, composição familiar, tempo decorrido entre a agressão e o atendimento, uso de medicamentos, tipos de agressão, características dos agressores e relacionamento com a família, uso de força física ou armas, origem do encaminhamento, consequências precoces para a vítima, bem como seguimento ambulatorial.

Os dados foram analisados por análises descritivas, realizadas pela distribuição de frequência e das estimativas de médias e medianas, quando aplicável.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, em reunião do dia 07/07/2008, protocolo número 2844.

RESULTADOS

No Pronto-Socorro de Pediatria do Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP (HC) são atendidos, em média, 57,5 casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual por ano. No período de 2005 a 2008, 216 pacientes preencheram os critérios de inclusão.

Os dados demográficos dos pacientes em estudo encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características Demográficas dos pacientes vítimas de violência sexual atendidos no serviço de Pediatria do HC da FMB – UNESP.

Categorias	Pacientes (%)
Gênero	
Feminino	171 (79,17)
Masculino	45 (20,83)
Raça	
Branca	168 (77,78)
Parda	31 (14,35)
Negra	17 (7,87)
Idade	
2m10d, 4m e 1a11m	3 (1,39)
2a1m a 4 anos	29 (13,43)
4a1m a 6 anos	24 (11,11)
6a1m a 8 anos	30 (13,89)
8a1m a 10 anos	33 (15,27)
10a1m a 12anos	26 (12,04)
12a1m a 14 anos	49 (22,69)
14a1m a 16 anos	22 (10,18)
Escolaridade	
Não alfabetizados	61 (28,24)
Ensino fundamental incompleto	148 (68,52)
Ensino fundamental completo	3 (1,39)
Ensino médio incompleto	4 (1,85)
Com quem mora	
Só mãe	3 (1,39)
Só pai	6 (2,78)
Mãe e pai	12 (5,55)
Pais e irmãos	60 (27,78)
Outra estrutura	135 (62,5)

A origem dos encaminhamentos ao serviço de referência e o tempo decorrido encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2. Características do Atendimento das crianças vítimas de violência sexual no HC da FMB – UNESP.

Características	Pacientes (%)
Procedência	
Botucatu	92 (42,58)
São Manuel	45 (20,83)
Bofete	13 (6,02)
Itatinga	11 (5,09)
Outras regiões	55 (25,46)
Tempo de atendimento	
< 72h	39 (18,06)
>72h	13 (6,02)
Semana a mês	59 (27,31)
Mês a ano	60 (27,78)
>1 ano	40 (18,51)
Encaminhamento	
Delegacia	66 (30,55)
Conselho Tutelar	41 (18,98)
Unidade de Saúde	33 (15,28)
Espontâneo	26 (12,04)
Outras formas ou combinações	50 (23,15)

Aproximadamente 10,19% dos pacientes já apresentavam atividade sexual anterior. Destas, 22,73% não consentidas e a maioria passou pela assistência social, psicologia, moléstias infecciosas, médico legista; as meninas, pela ginecologia, os meninos, pelo cirurgião pediátrico. Foram introduzidas medicações em 24,07% dos casos.

Quanto às características dos abusos, houve conivência do responsável em 38,43% dos casos e sedução em 16,67%, cujas formas foram: dinheiro, drogas ilícitas (cola, maconha), sanduíche (Mc Donald's), jogar videogame e mangás.

As violências ocorriam principalmente em ambiente domiciliar, sendo a casa da criança em 39,35% dos casos, ou do agressor em 34,26% deles, mas também em outros locais em 20,83%, como: cafezal, mato, terreiro, campo de futebol, casa abandonada, casa em construção, escola/creche e motel, ou em dois destes ambientes (5,1%). O uso de álcool e/ou drogas foi relatado em 32,87% dos casos.

Quanto às ameaças, em 64,81% dos casos as vítimas foram ameaçadas de diversas formas: verbalmente, em 15,27% dos casos, dizendo que matariam toda a família, matariam outras crianças colocando veneno na mamadeira, que iriam bater nelas, que iriam terminar o namoro, ou que ninguém acreditaria se contassem; fisicamente, em 28,7%, com uso de mordaca, corda, soco/murros, prensão pelo braço, prensão tipo chave inglesa no pescoço; ou tapar a boca com a mão; e com armas de fogo em 1,39%.



Houve o uso de duas ou mais formas de ameaças em 19,45% dos casos. No Gráfico 1 são apresentados os outros tipos de violência, além da sexual, que 26,4% das vítimas foram submetidas.

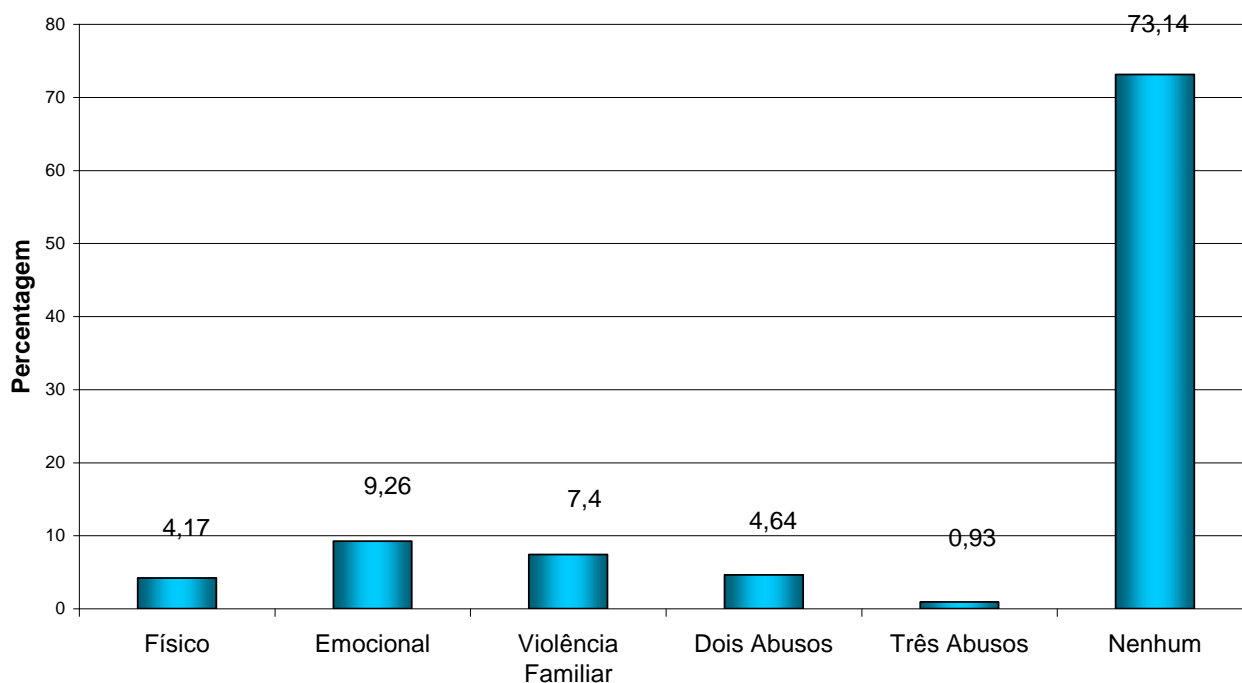


Gráfico 1. Outros tipos de violência a que as vítimas foram submetidas

Quanto ao tipo de abuso, foi relatado que houve penetração em 37,04%, manipulação em 46,31% dos casos e outras formas, como o exibicionismo e a masturbação em 12,5%. Houve contato sexual, com ou sem penetração, sendo 13,9% anal, em 44,9% vaginal, oral em 3,74%. A combinação de duas ou mais formas de abuso ocorreu em 19,91%. A profilaxia, com medicamentos contra doenças de transmissão sexual, foi prescrita para 24,3% das vítimas.

A maioria dos agressores, 93,51%, era do convívio social da criança, sendo múltiplos agressores em 6,02% dos casos. Os principais agressores são os vizinhos em 16,71%, os padrastos, 14,73%, os pais, 12,75% e os namorados, 11,90%, totalizando mais da metade de todos os abusos 56,09%. Os demais abusos aconteceram por outros parentes (como tios maternos, paternos e tia, 5,38%, primos de 1º ou 2º grau, 5,1%, irmãos ou meio irmão, 3,40% e avôs materno ou paterno em 1,70%), colegas (de escola, 4,53% e de quarto 0,28%), pessoas do convívio da família (amigos do pai, da mãe e da família em 2,56%, companheiro da avó, 2,27%, namorado da mãe, 1,42%, tio avô, 1,13%, padrinho, 0,57%, sogro da tia paterna, 0,28%, amigo do namorado da prima, 0,28%, irmão do padrasto, 0,28%, casado com a irmã da madrasta, 0,28%, marido da prima da mãe, 0,28%), na categoria outros (pai da amiga/colega, 1,13%, funcionário da



creche/professora, 1,13%, colega de trabalho dos pais/tios/responsáveis, 0,85%, chefe da mãe, 0,57%, primo da mãe, 0,57%, irmão da amiga, 0,57%, dono do bar, 0,57%, inquilino, 0,57%, filho do namorado da mãe e seu amigo, 0,28%, amásio, 0,28%, capinador do terreno ao lado, 0,28%), desconhecidos em 7,37% dos casos. Representam-se, no Gráfico 2, agressores e suas relações sociais com a vítima.

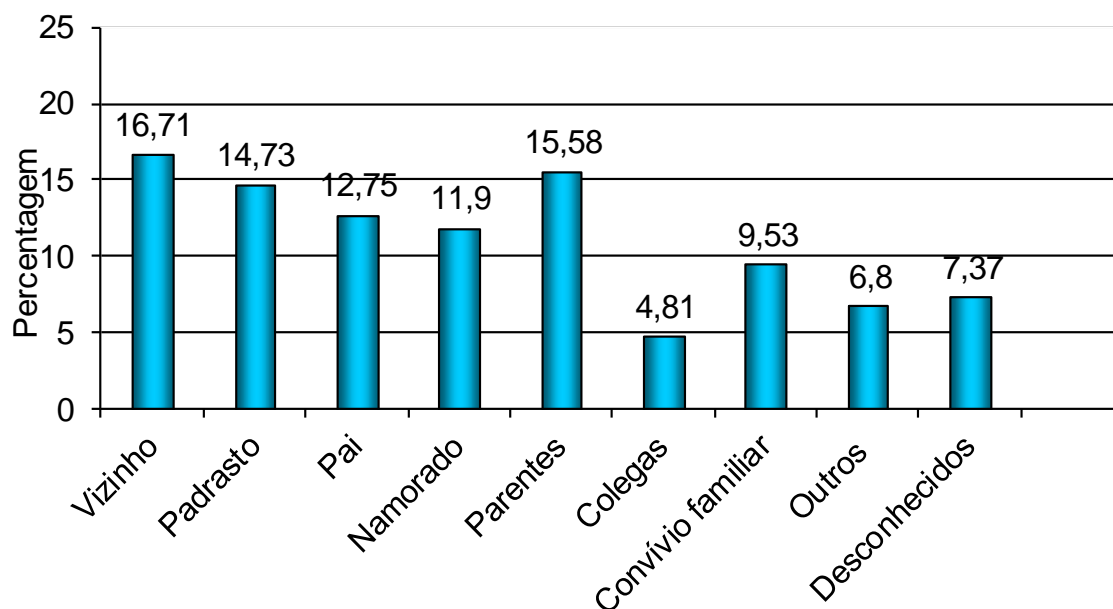


Gráfico 2. Agressores e suas relações sociais com as vítimas.

Os danos físicos, como consequências para a vítima, foram: lesões orgânicas em 19,91% dos casos, sendo 6,02% no ânus, 3,24% na vagina, 2,32% na região perineal, 1,85% em outras regiões, e em 4,17% uma associação destes. Houve rotura do hímen em 17,59% dos casos e gravidez em 1,85% dos casos.

Como consequências psíquicas, mais de um sinal, ou sintoma, foram observados em 42,59% das crianças e adolescentes: agitação, hiperatividade, alteração comportamental, alteração do sono, angústia, ansiedade, aversão, baixa autoestima, comportamento sexual bizarro, crises de choro, desatenção, desconfiança, dificuldade de lidar com frustração, dor no estômago, enurese, encoprese, estresse, irritação, medo, não querer ficar sozinha ou sair sozinha, nervosismo, agressividade, palidez, prostração, rebeldia, retraído, transtorno alimentar, tristeza, depressão e vergonha.

DISCUSSÃO

Os dados aqui apresentados sobre o perfil das crianças e adolescentes mostraram-se semelhantes aos da literatura, em que a maioria das vítimas é do sexo feminino e da ordem de 79,17%. Em outras populações estudadas, varia entre 77% e 80,9% ([HABIGZANG, 2006](#); [FERREIRA, 2002](#); [RIBEIRO, 2004](#)). A média de idade das vítimas, segundo vários relatos, situa-se entre cinco e dez anos e no presente estudo ficou em nove anos ([COSTA, 2007](#); [RIBEIRO, 2004](#)). As relações sociais em que estão inseridas as crianças, na condição de cidadãs, foram garantidas, legalmente, em passado muito recente, conforme Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Entretanto, crianças e adolescentes ainda são submetidos a uma relação de domínio e submissão, assemelhado à posse, e não à relação de cuidador-criança. A história das mulheres nas distintas culturas não é muito diferente.

Em geral, as famílias são desestruturadas (62,5%) e há um baixo grau de escolaridade dos pais. A violência direcionada ao mais fraco não é exclusiva dos grupos sociais cuja escolaridade ou poder de compra é menor. As complexas relações familiares e os desdobramentos destes atos violentos podem levar a uma ruptura com a estrutura de sustentação, o que pode não ser de interesse do grupo familiar, determinando o silêncio sobre os fatos. Os abusos ocorreram na residência da criança em 39,35% das vezes e na do seu agressor em 34,26%, o que difere de outros registros na literatura, em que cerca de 66% ocorreram na residência da vítima ([HABIGZANG, 2006](#); [RIBEIRO, 2004](#)). Estabelecer um espaço físico onde a violência possa ser considerada pior, como no caso da própria residência da vítima, é estabelecer os locais onde ela possa ser exercida, é considerar legítima a tolerância segundo a circunstância, o que é ilegal. Na residência ou em qualquer outra parte, a vítima não teve escolha e as relações sociais alicerçaram a oportunidade. No presente estudo, 93,51% dos abusos foram cometidos ou por pessoas com responsabilidade de garantir segurança à criança, ou do convívio da mesma, entre os mais frequentes foram os vizinhos (14,83%), padrastos (14,83%), pais (12,5%) e namorados (13,43%), totalizando 55,59% dos casos. Esses dados são similares aos da literatura em que se apontam os pais, padrastos e vizinhos como os principais responsáveis pelos casos ([RIBEIRO, 2004](#); [COSTA, 2007](#)). O Abuso cometido por pessoas conhecidas e de confiança distorce a realidade e a visão de mundo da criança, uma vez que o ambiente onde ela poderia sentir-se segura passa a ser o palco privilegiado para o agressor. As ameaças físicas, verbais e até por armas de fogo não podem ser enfrentadas por estas crianças ou adolescentes e contribuem para o descrédito quanto a uma concepção de vida e mundo socialmente mais justos. Crianças foram abusadas por crianças pouco mais velhas que elas, com uso de força e de mais de um agressor, também criança. O que pode significar isto? Estes agressores, em algum momento sofreram abusos, ou reproduzem o comportamento social tolerável do seu ambiente familiar?

Semelhante à literatura, em que a principal fonte de denúncia foi anônima, para informar os familiares ou autoridades, a mãe, o pai ou familiares, quando não atores das

agressões, constituem importante fonte de denúncia, resgatando a condição de cuidador, que, embora possa não ter sido suficiente para prevenir, não é omissa frente aos fatos ([COSTA, 2007](#)). As Delegacias de Polícia e o Conselho Tutelar são os principais órgãos públicos procurados para se fazer a denúncia. Novamente a figura da criança como cidadão, com direito à organização social que a ampare e talvez represente, é de passado recente.

As formalidades necessárias para caracterizar a violência e dar a materialidade das provas podem ser insuficientes, dependendo do tempo e do tipo de abuso, uma vez que nem sempre há sinais físicos presentes compatíveis com a violência sexual nos exames ginecológicos e/ou do Instituto Médico Legal, embora estes sinais tenham sido observados em 19,91% dos casos, no presente estudo. Meninos também são vítimas de violência sexual e a presença de sinais físicos em seus genitais é menos comum, embora fissuras anais e sangramentos retais sejam relatados.

Nestas famílias desestruturadas, quer por condições sociais, econômicas, quer pelo uso de drogas, ou pela morte do responsável pelo sustento, tornam a abordagem do abuso como uma tarefa multiprofissional e requer a efetiva participação e compromisso dos poderes públicos, na prevenção e redução dos danos às vítimas e famílias envolvidas. O formalismo necessário não deve se bastar enquanto fonte de informações, mas como possibilidade de gestão de medidas sociais mais adequadas ([FERREIRA, 2005](#)). Saber o que acontece com estas vítimas depois de terminado o seguimento formal, assim como a pena, o castigo, dado ao crime e seu executor é necessário para políticas públicas baseadas em situações práticas. Buscando esta informação em 50 das situações de maior gravidade entre os 216 pacientes, apenas um compareceu ao chamado de retorno após a alta e, nos demais, a tentativa de contato por telefone ou via endereço, fornecidos, mostrou que mudanças de rua, bairro, ou cidade e telefones que simplesmente não existem, não nos permitiram construir esta resposta. Tais circunstâncias nos levam a pensar se isso fora apenas uma coincidência ou se foi uma forma de se esconderem.

CONCLUSÃO

Vítimas e agressores, na maioria das vezes, convivem em ambientes onde a proximidade torna possível a realização da violência e os fatores relacionados variam pouco, nas diferentes populações em que se estuda este tipo de crime. O ato gera marcas permanentes, sejam elas biológicas ou psicológicas.

Há muito ainda a ser feito e conhecido na área para se atuar na prevenção dos fatos e não somente no atendimento dos casos. Existe a necessidade de que os direitos previstos no ECA passem da literatura para a prática, com medidas mais efetivas. Os profissionais da área da saúde precisam ser capacitados para identificar e intervir nesses casos, bem como conhecer a lei e seus serviços.

O presente estudo será ampliado para os anos de 2009 e 2010. Observou-se a necessidade de acompanhar os casos junto ao Conselho Tutelar e à Vara Judicial, para saber qual a resolução dos casos estudados e suas punições, para ter uma visão mais ampla e projetar medidas conjuntas que tenham maior eficiência.

REFERÊNCIAS

ADED, N. L. O. et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Revista Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, v.33, n.4, p.204-213, 2006.

BAPTISTA, R.S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.4, p.602-608, 2008.

COSTA, M.C.O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1129-1141, 2007.

FERREIRA, A.L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.5, p.173-180, 2005.

FERREIRA, A.L.; SOUZA, E.R. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público.** 2002. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

HABIGZANG, L.F. et al. Fatores de risco e proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.19, n.3, p.379-386, 2006.

HIRATA, P.Q.; BALTAZAR, J.A. **Os efeitos psicossociais causados em vítimas de abuso sexual:** pesquisa de graduação – 2003. Porto: Psicologia da UNIFIL, Centro Universitário Filadélfia, 2003. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

INOUE, S.R.V.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.1, p.11-21, 2008.

METHA, S.; MOORE, R.D.; GRAHAM, N.M.H. Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. **AIDS**, London, v.11, p.1665-1670, 1997.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS. Núcleo de estudos sobre mulher e relações de gênero da Universidade

Federal do Piauí. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.4, p.459-463, 2008.

PAIXÃO, C.W.; DESLANDES, S.F. Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil. **Saúde Social**, São Paulo, v.19, n.1, p.114-126, 2010.

RIBEIRO, M.A.; FERRIANI, M.G.C.; REIS, J.N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 456-464, 2004.

SANTOS, S.S.; DELL'AGLIO, D.D. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.4, p.595-606, 2008.

SCHERB, E. **Crianças vítimas de abuso sexual: um estudo compreensivo e considerações sobre efeitos psicológicos.** 2004. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.netpsi.com.br/artigos/160304_crianças.htm>. Acesso em: 28 jun. 2010.

VITÓRIA, M.A.A. **Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral.** Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids, 1998.