

Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio

MARIANA PORTO ZAMBON¹, ANTONIO CARVALHO DE ÁVILA JACINTHO², MICHELLE MARCHI DE MEDEIROS³, RACHEL GUGLIELMINETTI³, DENISE BARBIERI MARMO¹

¹Professoras Doutoras, Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM – UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

²Psiquiatra Infantil, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, FCM – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil

³Médicas-residentes, Departamento de Pediatria, FCM – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: Estudar crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica da Unidade de Emergência Referenciada Pediátrica (UERP) do Hospital das Clínicas (HC) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e ambulatório especializado, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2007, enfatizando o abuso sexual. **Métodos:** Analisou-se: gênero, idade, procedência e classificação. Para as vítimas de abuso sexual estudou-se: tipo de abuso (estupro), local (doméstico/urbano), duração (aguda/crônica), autor (conhecido; incestuoso), alterações no exame médico, notificação ao conselho tutelar, medicação antirretroviral e sorologias (HIV, *Lues*, hepatite B e C). Dividiu-se em dois grupos com relação ao tipo de abuso e ao autor e associou-se a gênero, idade e duração. Para a comparação calculou-se o Qui-quadrado ou Exato de Fisher (significância $p < 0,05$) e a razão de chance prevalente bruta. **Resultados:** Do total (551), predominou a negligência (33,9%) e abuso sexual (31,9%), sendo 55,9% nas meninas e 50% até 5 anos. Do abuso sexual (95), 80% eram meninas e 58,9% entre 5-10 anos. Observou-se estupro entre 39% e atentado ao pudor em 59,6%; 72,6% foram em área doméstica, 81,1% por autor conhecido, 31,6% por relação incestuosa, 47,4% crônica e 76,5% sem alteração clínicas, sendo 81,1% encaminhados ao conselho tutelar. Medicação antirretroviral foi indicada para 49,1% dos pacientes, e sorologias: HIV em 46 (48,4%), *Lues* em 42 (44,2%), hepatite B em 44 (46,3%) e hepatite C em 45 (47,4%), todas negativas, mais frequente nas vítimas de estupro ($p = 0,00$). Ocorreu associação entre estupro e idade (10 e 15 anos $p = 0,01$) e autor incestuoso e duração crônica ($p = 0,01$). **Conclusão:** Apesar de não refletir a realidade, serve como alerta aos pediatras.

Unitermos: Maus-tratos na infância; abuso na infância; negligência; violência sexual.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

SUMMARY

Domestic violence against children and adolescents: a challenge

Objective: To study children and adolescents victims of domestic violence treated at the Referenced Pediatric Emergency Unit of the Hospital de Clínicas of the Universidade Estadual de Campinas and its specialized outpatient clinic between January 2003 and December 2007, emphasizing sexual abuse. **Methods:** The variables gender, age, origin, and classification were studied. For victims of sexual abuse, the following variables were also studied: type of abuse (rape), location (domestic/urban), duration (acute/chronic), perpetrator (known, incestuous), alterations at medical examination, notification to child protection agencies, and antiretroviral medication and serology (HIV, syphilis, hepatitis B and C). Patients were divided into two groups according to the type of abuse and type of perpetrator and they were associated with gender, age, and duration. For the comparison, chi-squared or Fisher's exact test were performed (significance $p < 0.05$), as well as raw prevalence odds ratio. **Results:** Of the total cases of abuse (551), neglect (33.9%) and sexual abuse (31.9%) predominated; the victims were female in 55.9% of the cases, and 50% were up to 5 years of age. Of the sexual abuse cases (95), 80% were female, and 58.9% were between 5 and 10 years of age. Rape was observed in 39% and indecent assault in 59.6%; 72.6% occurred in the domestic area, 81.1% by known perpetrator; 31.6% were incestuous, 47.4% were chronic, and 76.5% had no clinical alterations. 81.1% were referred to child protection agencies. Antiretroviral medication was prescribed to 49.1% of patients, and serological tests (HIV in 46 [48.4%], syphilis in 42 [44.2%], hepatitis B in 44 [46.3%] and hepatitis C in 45 [47.4%]), all of which were negative, were more frequent in rape victims ($p = 0.00$). There was an association between rape and age (10 and 15 years, $p = 0.01$) and between incestuous perpetrator and chronic duration ($p = 0.01$). **Conclusion:** Although this study does not reflect reality, it can be used as a warning to pediatricians.

Keywords: Childhood maltreatment; child abuse; neglect; sexual violence.

©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM – UNICAMP), Departamento de Pediatria, Campinas, SP, Brasil

Artigo recebido: 13/02/2012
Aceito para publicação: 11/04/2012

Correspondência para:
Mariana Porto Zambon
Rua Botafogo, 151/491
Campinas – SP, Brasil
CEP: 13104-064
Tel: +55 (19) 3788-7023
+55 (19) 3258-5150
mzambon@fcm.unicamp.br

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

Há séculos, crianças e adolescentes são vítimas de violência em todo o mundo. Entretanto, apenas a partir de 1960, com a descrição da síndrome da criança espancada (*The battered-child syndrome*), pelo pediatra americano C. Henry Kempe, em 1962, os maus-tratos contra crianças e adolescentes tornaram-se amplamente reconhecidos¹. A partir de então, diversas convenções nacionais e internacionais têm sido propostas, com o objetivo de proteger essa população.

Tema atual e de extrema importância, a violência contra crianças e adolescentes adquiriu proporções alarmantes, tornando-se um grave problema de saúde pública. No Brasil, passa a merecer maior atenção das autoridades competentes, no final dos anos 1980, com a Constituição Federal em 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) promulgado em 1990. A legislação torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados, prevendo penas para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que não notifiquem o fato^{2,3}.

A maioria das definições de maus-tratos incorpora dois elementos centrais: a evidência de comportamento prejudicial à criança e presença de danos resultantes dessa conduta. Os maus-tratos podem ser praticados por omissão, supressão ou transgressão dos direitos da criança ou adolescente, definidos por normas socioculturais e convenções legais^{4,5}.

Experiências de violência ocorrida durante a infância poderão interferir de modo significativo no desenvolvimento futuro, produzindo desde comportamentos não adaptativos e déficits emocionais, até transtornos mentais graves, como: comportamento impulsivo, transtorno de hiperatividade, problemas de aprendizado escolar, bem como transtornos da conduta e abuso de substâncias psicoativas, na adolescência⁶⁻⁸.

Alguns fatores têm sido relacionados com a ocorrência de maus-tratos na infância, como, por exemplo, condições sociais desfavoráveis (pobreza, promiscuidade, rede de apoio médico e social deficitária, desemprego, condições ruins de moradia), famílias com privação econômica, relações familiares desarmônicas, pais separados, baixo nível de escolaridade dos pais, famílias nas quais os pais abusadores ou negligentes foram abusados ou negligenciados na infância, pais (ou responsáveis) usuários de substâncias psicoativas, ou portadores de outros transtornos psiquiátricos (transtornos da personalidade, depressão, psicose etc.), além dos chamados fatores de vulnerabilidade infantil, como o fato de a criança ser recém-nascida prematura, ter retardo mental, ser do gênero masculino, ser adotada, ou estar vivendo em abrigo ou sistema de detenção compulsória⁶⁻⁹.

A notificação dos casos de violência praticada contra crianças e adolescentes, ainda é bastante deficitária, o que dificulta sua quantificação e, portanto, o conhecimento da

real extensão do problema⁷. Diversos fatores estão associados à baixa notificação. Dentre esses, salienta-se a dificuldade do diagnóstico, o qual deve ser simplificado e padronizado por métodos de triagem⁷ e o “muro de silêncio”, especialmente nos casos perpetrados no ambiente familiar, local mais frequente de ocorrência da violência.

No município de Campinas, após a criação do Projeto Iluminar – cuidando das vítimas de violência sexual, uma rede de atendimento, capacitação e notificação dos casos para ambos os sexos e em todas as faixas etárias e da implantação do Sistema de Notificação de Violência (SISNOV), em 2005, observou-se aumento progressivo na notificação de casos de violência doméstica em crianças e adolescentes¹⁰. A Unidade de Emergência Referenciada Pediátrica (UERP) do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP é um dos serviços da rede Iluminar Campinas. Essa unidade, além de prover atendimento emergencial a crianças e adolescentes, vitimadas pela violência, passa a ser ponto de partida, e também agente estimulador, de melhor sistematização da notificação desses casos. Os pacientes, vítimas de abuso sexual, após avaliação inicial, são encaminhados para acompanhamento ambulatorial especializado – Ambulatório de Violência Contra a Criança e o Adolescente (VCCA) –, com enfoque pediátrico e psiquiátrico, além do apoio da assistente social da unidade.

Assim sendo, esse trabalho visa estudar crianças e adolescentes atendidos nessa unidade por violência doméstica, com atenção especial àquelas com abuso sexual, devido ao seu maior impacto, no período entre 2003 e 2007.

MÉTODOS

Foram avaliadas todas as crianças e adolescentes com diagnóstico de violência doméstica, atendidos na UERP do HC – UNICAMP, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2007 e, posteriormente, acompanhados em ambulatório especializado VCCA, ambos ligados ao Projeto Iluminar Campinas, criado em 2000.

Para todos os pacientes com diagnóstico de violência doméstica foram analisados dados epidemiológicos: gênero, idade, procedência e classificação da violência, obtidos nos prontuários. A violência foi classificada, de acordo com o Guia da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001¹¹, em: maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológicos e negligência.

Especificamente para crianças e adolescentes com diagnóstico de violência sexual foram revistos os prontuários, assim como dados do SISNOV. Os dados foram anotados em ficha padronizada para variáveis clínicas: tipo de abuso sexual (estupro ou não), local (doméstico ou urbano), duração (aguda ou crônica), autor (conhecido ou não; incestuoso ou não), presença de alterações no exame físico, notificação ao conselho tutelar, necessidade de medicação antirretroviral e coleta de sorologias (HIV, *Lues*, hepatite B e C).

Para melhor análise, nesse grupo foram excluídos aqueles com idade acima de 15 anos e evidente falta de informação nos prontuários acerca do abuso. Foram, desse modo, incluídos 95 pacientes, sendo 60 com dados obtidos no SISNOV, 64 do prontuário do HC – UNICAMP e 29 em ambos.

Com relação ao tipo de abuso sexual, foi considerado estupro quando houve penetração vaginal, anal ou sexo oral, de acordo com as modificações legais sancionada pelo Presidente da República em agosto de 2009 e publicada no Diário Oficial da União no dia 10 de agosto desse mesmo ano. A nova redação do art. 213 do Código Penal, que define o estupro, passa a ser: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”¹².

Com relação ao autor, esse foi considerado conhecido, caso a vítima ou os familiares soubessem quem foi e se o mesmo tivesse consanguinidade, esse foi considerado incestuoso.

Os pacientes foram divididos em dois grupos no que diz respeito ao tipo de abuso sexual, se estupro ou não e de acordo com o autor se incestuoso ou não; e associados ao gênero, idade e duração aguda ou crônica.

Os dados foram computados em ficha clínica e processados empregando-se o *software* SPSS-16.0 [SPSS Inc., Chicago, IL, USA]. Para a comparação entre os grupos,

foram usados os testes: Qui-quadrado ou Exato de Fisher de acordo com a variável estudada. Determinou-se, também, a razão de chances prevalente bruta (RCP) e seu intervalo de confiança de 95% (IC 95%) no Epi Info. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,05$ ¹³.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, protocolo 831/2009.

RESULTADOS

Entre os anos de 2003 e 2007 foram atendidos 551 casos de violência a criança e adolescente no Hospital de Clínicas da UNICAMP, incluindo abuso físico (13,4%), sexual (31,9%), psicológico (2,0%), negligência (33,9%) e outros não definidos (18,7%). Do total, 55,9% era do gênero feminino, com até 17 anos de idade (média = 5,75; DP = 4,18), sendo 50% com até 5 anos e a maioria da cidade de Campinas (67,3%) (Tabela 1).

Das 95 crianças e adolescentes analisadas com hipótese de abuso sexual, 80% eram do gênero feminino, com idade até 14 anos (média = 7,26 e DP = 2,98) sendo 56,8% entre 5 e 10, 23,2% menores de 5 e 20,0% acima de 10 anos. A maioria (58,9%) procedente de Campinas e os outros de cidades da região. De acordo com o tipo de violência sexual, 39% foram caracterizadas como estupro (vaginal 22,1%, anal 13,7% e oral 3,2%), atentado ao pudor 59,57%

Tabela 1 – Distribuição dos casos de violência doméstica entre 2003 e 2007 atendidos no Hospital das Clínicas – UNICAMP divididos de acordo com gênero, idade procedência e tipo de violência

	2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero												
Masculino	58	43,6	35	42,2	22	36,1	71	50,4	49	36,8	235	42,6
Feminino	70	52,6	47	56,6	38	62,3	68	48,2	84	63,2	308	55,9
Idade												
0-5 anos	51	38,3	48	57,8	28	45,9	93	66,0	64	48,1	284	52,8
6-10 anos	36	27,1	27	32,5	27	44,3	26	18,4	48	36,1	164	30,5
11-15 anos	35	26,3	7	8,4	6	9,8	22	15,6	20	15,0	90	16,7
Procedência												
Campinas	90	67,7	51	61,4	41	67,2	104	73,8	85	63,9	371	67,3
Sumaré	19	14,3	10	12,0	4	6,6	5	3,5	14	10,5	52	9,4
Hortolândia	6	4,5	6	7,2	7	11,5	12	8,5	10	7,5	41	7,4
Outras	17	12,8	16	19,3	9	14,8	20	14,2	24	18,0	86	15,6
Tipo de violência												
Física	17	12,8	8	9,6	9	14,8	16	11,3	24	18,0	74	13,4
Sexual	43	32,3	34	41,0	36	59,0	27	19,1	36	27,1	176	31,9
Psicológica	7	5,3	–	–	–	–	1	0,7	3	2,3	11	2,0
Negligência	36	27,1	37	44,6	15	24,6	54	38,3	45	33,8	187	33,9
Outros	30	22,6	8	9,6	9	14,8	43	30,5	25	18,8	103	18,7

e apenas dois com hipótese de assédio sexual. A maioria (72,6%) ocorreu em área doméstica, sendo 81,1% por autor conhecido e 31,6% por relação incestuosa. Com relação ao tempo de duração do abuso sexual, 47,4% foram considerados crônicos e a descrição do exame físico de 51 pacientes foi normal em 76,5%. O Conselho Tutelar foi acionado na maioria das vezes (81,1%). A utilização ou não de medicação antirretroviral foi estudada em 55 pacientes, dos quais em quase metade (49,1%) foi indicado o uso da medicação. Na pesquisa de sorologias, foram realizadas para HIV em 46 (48,4%) crianças e adolescentes, *Lues* em 42 (44,2%), Hepatite B em 44 (46,3%) e Hepatite C em 45 (47,4%), sendo todas negativas (Tabela 2). Nos pacientes vítimas de estupro, a coleta de sorologias e a instituição de medicamentos antirretrovirais foi estatisticamente significativa ($p = 0,00$).

Na comparação entre os grupos, naqueles com hipótese de estupro houve associação com relação ao grupo etário, sendo mais frequente nos adolescentes entre 10 e 15 anos ($p = 0,01$) (Tabela 3).

Na análise por autor, se incestuoso ou não, houve associação à duração do abuso sexual, predominando os crônicos nos autores incestuosos ($p = 0,01$) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Uma das questões mais delicadas, dentre tantas, no que se refere à problemática da violência infantil, diz respeito ao problema da notificação e do diagnóstico adequado desses quadros, o que vai repercutir também no campo das pesquisas sobre o tema.

A violência doméstica infantil, especialmente sob a forma de abuso sexual, se constitui um gravíssimo problema de saúde pública, trazendo um enorme desafio para a sociedade e organização dos serviços^{6,9,14}.

Um enorme muro de silêncio costuma se erguer em torno do fato, o que resulta em graves prejuízos psicológicos, emocionais e sociais para as vítimas⁸. O encobrimento do abuso pode ocorrer por inúmeras razões, desde a omissão da família ou o receio da própria criança em relatar o ocorrido, temendo futuras punições; passando pela dificuldade diagnóstica e de notificação até a falta de dispositivos padronizados e efetivos para a adequada condução desses casos pelo sistema de saúde brasileiro.

Os profissionais de saúde, especialmente os médicos-pediatras, devido à posição que ocupam na prestação de serviços à população infanto-juvenil, são peças-chave na identificação de sujeitos e grupos populacionais mais vulneráveis à violência, e também para o desenvolvimento de ações que promovam intervenções mais adequadas nos casos diagnosticados. Além disso, poderiam desenvolver estratégias preventivas junto aos grupos de risco^{15,16}.

A real prevalência de violência em crianças e adolescentes é desconhecida, pois muitos só o revelam na idade adulta. Estudos mostram que, no mundo todo, a prevalência de

Tabela 2 – Distribuição das características clínicas (gênero, grupo etário, procedência, tipo de abuso, local, autor, alteração no exame físico, uso de medicação e sorologias) de 95 crianças e adolescentes atendidos no Hospital das Clínicas – UNICAMP entre 2003 e 2007, com diagnóstico de abuso sexual

Características	n (%)
Gênero	
Feminino	80 (84,2)
Masculino	15 (15,8)
Grupo etário	
0-5 anos	22 (23,1)
5-10 anos	54 (56,8)
10-15 anos	19 (20,0)
Procedência	
Campinas	56 (58,9)
Outros	39 (41,1)
Tipo	
Estupro	37 (38,9)
Outros	58 (61,0)
Local	
Doméstico	69 (74,2)
Urbano	24 (25,8)
Autor	
Conhecido	77 (81,9)
Não conhecido	17 (18,1)
Incesto	
Sim	30 (31,6)
Não	65 (68,4)
Duração	
Aguda	45 (69,2)
Crônica	20 (30,8)
Exame físico	
Normal	39 (76,5)
Alterado	12 (23,5)
Medicação	
Sim	27 (49,1)
Não	28 (50,9)
Sorologias realizadas	
HIV	
Negativa	46 (48,4)
Lues	
Negativa	42 (44,2)
Hepatite B	
Negativa	44 (46,3)
Hepatite C	
Negativa	45 (47,4)

Tabela 3 – Avaliação do tipo de abuso sexual, estupro ou não, com relação a gênero, idade, autor, duração, realização de sorologia para HIV e tratamento de 95 crianças e adolescentes atendidos no Hospital das Clínicas – UNICAMP entre 2003 e 2007, com diagnóstico de abuso sexual. $p = \text{Qui-quadrado} (< 0,05)$

	Estupro	Outros	OR	IC 95%	p
Gênero					
Feminino	30	49	1		
Masculino	7	8	0,70	0,20-2,43	0,52
Idade					
0-5 anos	4	17	1		
5-10 anos	22	32	2,92	0,77-11,95	0,07
10-15 anos	11	8	5,84	1,18-31,61	0,01*
Autor					
Incesto	12	18	1,04	0,39-2,76	0,93
Não incesto	25	39	1		
Duração					
Aguda	23	22	2,44	0,70-8,73	0,11
Crônica	6	14	1		

*Significante; OR, *odds ratio*.

Tabela 4 – Avaliação do autor, se incestuoso ou não, com relação a gênero, idade, duração, realização de sorologia para HIV e tratamento de 95 crianças e adolescentes atendidos no Hospital das Clínicas – UNICAMP entre 2003 e 2007, com diagnóstico de abuso sexual. $p = \text{Qui-quadrado}$ ou teste exato de Fisher ($< 0,05$)

	Incestuoso	Não	OR	IC 95%	p
Gênero					
Feminino	28	52	1		
Masculino	2	13	0,29	0,04-1,49	0,08 ^a
Idade					
0-5 anos	6	16	1		
5-10 anos	19	35	1,45	0,43-4,98	0,50
10-15 anos	5	14	0,95	0,19-4,67	0,94
Duração					
Agudo	11	34	1		
Crônico	11	9	3,78	1,09-13,45	0,01 ^b

^a Teste exato de Fisher; ^b significativa; OR, *odds ratio*.

maus-tratos na infância e adolescência é muito alta, apesar da dificuldade de avaliação desses dados¹⁷⁻¹⁹. Em nosso país, encontrou-se aproximadamente 15% de casos de abuso e negligência em crianças, prevalência menor que na Índia (36%), Egito (26%) e Filipinas (37%), mas muito acima dos dados do Chile (4%) e dos Estados Unidos (4,9%)⁶.

Nesse estudo, na análise da violência doméstica na criança e no adolescente como um todo, predominam a negligência e o abuso sexual. Negligência é a forma mais frequente de maus-tratos, com até 65% de todos os casos^{9,19}. Nesse trabalho, a faixa etária predominante era menor que 5 anos, e com distribuição semelhante entre os gêneros. Em adolescentes, acredita-se que ocorra diferença entre o tipo de abuso sofrido e o gênero, predominando o físico nos meninos e o emocional e o sexual nas meninas^{20,21}.

Com relação ao abuso sexual, é inquestionável o efeito negativo que esse propicia na autoestima e no desenvolvi-

mento psicológico das crianças, com graves repercussões na vida adulta²². Um trabalho recente evidenciou a grande relação entre transtorno mental e histórico de abuso sexual infantil, ou seja, ser vitimado por abuso sexual na infância pode afetar de forma impactante o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes²³.

No atual estudo, na avaliação apenas das vítimas de abuso sexual, esse predomina entre as meninas e na faixa etária entre 5 e 10 anos de idade. A observação de abuso sexual mais frequente em meninas também é relatada em outros estudos e em outros países^{21,22,24}. Alguns motivos poderiam ajudar a compreender essas diferenças. De modo geral, os meninos têm maior relutância e são mais discrepantes ao relatar o fato, subestimam o problema por mecanismos de negação, enquanto a sociedade não considera o abuso em meninos e acredita que eles sejam menos afetados^{24,25}.

Com relação à faixa etária, estudo realizado no Rio de Janeiro também encontrou maior prevalência em crianças até 14 anos, faixa etária em que a vítima tem menor capacidade de autodefesa²⁰. Nesse estudo, a maioria dos casos de abuso sexual ocorreu em ambiente doméstico, por autor conhecido, sendo 31% desses incestuosos. Outro estudo brasileiro mostrou que 84,5% das crianças foram abusadas por agressores identificáveis, a maioria do núcleo familiar, enquanto em 72,3% das adolescentes o autor era desconhecido²⁶.

Daqueles que procuram esse atendimento, a maioria foi encaminhada ao Conselho Tutelar para avaliação de procedimentos legais. A legislação brasileira define que os pediatras e demais profissionais que atendem crianças e adolescentes notifiquem os casos de suspeita de violência doméstica, mesmo que não tenham certeza absoluta. Esse procedimento não é fácil e, para tal, deve-se adotar uma abordagem cuidadosa, sistemática e séria na avaliação dessas crianças^{15,16,27}.

Estudos mostram que a necessidade crescente de prestação de adequado atendimento às vítimas de violência sexual, que chegam em quantidade cada vez maior, especialmente às unidades de emergência pediátrica. Isso traz à tona uma fragilidade estrutural dos profissionais de saúde, além de explicitar as debilidades estruturais do próprio sistema, dificultando o diagnóstico precoce, a tomada de condutas emergenciais, a notificação e o acompanhamento posterior das vítimas¹⁵⁻¹⁷.

Aproximadamente metade dos casos de abuso sexual quando notificados já eram crônicos. Quando procuraram atendimento médico, a maioria dos pacientes apresentava exame físico normal, o que acaba por dificultar ainda mais esse diagnóstico. A ausência de alterações físicas também foi observada em outro estudo, o que não invalida o diagnóstico de abuso. A presença de alterações ao exame clínico, quando suspeita, deve levar em consideração o contexto médico, social, a história e a explicação para o fato^{7,28,29}.

A demora no reconhecimento do abuso sexual é inversamente proporcional ao grau de parentesco da vítima com o autor, quanto mais próxima a relação, maior o tempo para o reconhecimento^{24,30}. Nesse estudo, nos casos crônicos, a chance do autor da violência sexual ser incestuoso foi 3,78 vezes maior.

A maioria dos abusos sexuais se caracteriza por atentado ao pudor, mas mais de um terço é formado por vítimas de estupro, o que acarreta maiores preocupações, realização de investigação laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis e uso de medicação profilática^{30,31}.

Apesar de não muito frequente (aproximadamente 5%)²⁴, não se pode negligenciar as doenças sexualmente transmissíveis, nos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes, incluindo o HIV. O HIV para ser transmitido depende se o agressor é ou não portador do vírus

e das características e circunstâncias do abuso. Para a transmissão, é necessário o contato direto com o sêmen ou sangue de pessoa contaminada, sendo a contaminação mais susceptível no contato por relação sexual anal que vaginal²⁵. Nesse serviço, indica-se coleta de sorologias de HIV, Lues, hepatite B e C para os pacientes vítimas de estupro. Dos exames realizados, todos foram negativos e em 55% indicou-se profilaxia com metronidazol, penicilina benzatina e medicação antirretroviral. A indicação de profilaxia pós-exposição deve levar em conta além do tempo pós-contato, características do autor, o tipo de abuso, os efeitos colaterais da medicação e a aderência ao tratamento²⁹⁻³¹.

Na avaliação de grupos de risco para estupro, não foi encontrada associação com gênero, autor e duração, mas sim com faixa etária, semelhante a outros estudos. O grupo entre 10 e 15 anos teve 5,84 vezes mais chance de sofrer esse tipo de abuso do que as crianças até 5 anos, provavelmente pelo próprio desenvolvimento puberal. Drezzet *et al.*²⁶ encontraram 90,8% de estupro em adolescentes vítimas de abuso sexual e atentado violento ao pudor em 46,5% das crianças.

Nos casos de estupro, não se verificou diferença entre os gêneros, provavelmente por ser o tipo de violência sexual mais relatada pelos meninos. Como era de se esperar, a coleta de sorologias e introdução de medicação foi estatisticamente superior nas vítimas de estupro.

Dubowitz *et al.*³² apontam a necessidade da prevenção dos maus-tratos na infância e ressaltam cinco aspectos de vulnerabilidade para a ocorrência desse problema: baixo desempenho em testes do cotidiano, menor escolaridade materna, uso de drogas pela mãe, depressão materna e presença de mais crianças na família. Também não se pode esquecer que, após o diagnóstico e o problema se tornar público, as famílias passam a enfrentar dificuldades e demandam intervenções de diversas instituições médicas, psicológicas, legais e psicossociais^{33,34}.

Embora se reconheça que os dados obtidos na pesquisa possam não refletir a total dimensão do problema, esse trabalho serve de alerta para a classe médica, em especial à pediátrica para o problema. Dentre as limitações dos dados, tem-se principalmente o “muro de silêncio” que a violência doméstica apresenta, além da perda de seguimento desses pacientes, falhas na notificação dos casos e na recuperação dos dados de prontuários.

CONCLUSÃO

Mesmo com o aumento crescente da preocupação dos profissionais de saúde com relação ao problema da violência, além do desenvolvimento de programas específicos para a abordagem correta desses casos, ainda observamos um déficit na notificação e na caracterização adequada dos casos, o que pode afetar o tratamento adequado e a pesquisa.

A suspeita de crianças vítimas de maus-tratos, incluindo o abuso sexual, deve ser sempre lembrada principalmente nos serviços de atendimento primário de saúde para que as mesmas sejam reavaliadas em programas especializados com equipe multiprofissional incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, conselhos tutelares e todo o amparo legal. A importância de atendimento multidisciplinar específico justifica-se para organização de projetos preventivos e acompanhamento de sequelas físicas e psicológicas.

É necessário romper o muro de silêncio, retirando essas crianças e adolescentes, do abandono a que são lançadas, quando vitimadas pela violência doméstica, especialmente, a violência sexual.

REFERÊNCIAS

- Messman-Moore T, Brown AL. Child maltreatment and perceived family environment as risk for adult rape: is child abuse the most salient experiences? *Child Abuse Negl.* 2004;28:1019-34.
- Marcondes de Moura ACA, Scodelario AS, Ferreira de Camargo CNM, Ferrari DCA, Mattos GO, Miyahara RP. Reconstrução de vidas: como prevenir e enfrentar a violência doméstica, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes. São Paulo: SMADS (Secretaria Municipal de Assistência e desenvolvimento Social), Instituto SEDES Sapientiae; 2008. p. 96.
- Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2002;18:315-9.
- Lopes Neto AA. Violência contra crianças e adolescentes. *Rev Acervo.* 2002. [citado jan 2012]. 11. Disponível em: <http://revistas.an.gov.br/seer/index.php/info/article/view/254/216>.
- Asnes AG, Leventhal JM. Managing child abuse: general principles. *Pediatr Rev.* 2010;31:47-55.
- Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet.* 2011;377:1962-75.
- Palusci VJ, Palusci JV. Screening tools for child sexual abuse. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82:409-10.
- Honoror H. Child sexual abuse: psychosocial risk factors. *J Pediatr Health Care.* 2002;16:187-92.
- Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences *Pediatrics.* 2006;118:933-42.
- II Boletim do SISNOV: Sistema de Notificação de Violência. Prefeitura Municipal de Campinas. Projeto Iluminar. Violência doméstica contra crianças e adolescentes e violência sexual em Campinas. Informativo – SISNOV; 2007.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais da saúde. Rio de Janeiro; 2001.
- Artigo penal 213 do Código Penal. [citado 10 jun 2011]. Disponível em: http://www.dji.com.br/codigos/1940_dl_002848_cp/cp213a216.htm.
- Montgomery DC. Design and analysis of experiments. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1991.
- Souza ER, Ribeiro AP, Penna LHG, Ferreira AL, Santos NC, Tavares CMM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14:1709-19.
- Minayo MCS, Souza ER, Malaquias JV, Reis AC, Santos NC, Veiga JPC *et al.* Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 109-130.
- Souza ER, Lima MLC. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11:363-74.
- Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *J Pediatr (Rio J).* 1995;71:313-6.
- Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(5 supl):S197-S204.
- Legano L, McHugh MT, Palusci VJ. Child Abuse and Neglect. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2009;39:31.e1-26.
- Aded NLO, Oliveira SF, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Children and adolescents victimized by sexual abuse in the city of Rio de Janeiro: An appraisal of cases. *J Forensic Legal Med.* 2007;14:216-20.
- Danielsson I, Blom H, Nilsen C, Heimer G, Högborg U. Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstet Gynecol.* 2009;88:528-35.
- Serafim A, Saffi F, Achá MFF, Barros DM. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev Psiquiatria Clin.* 2011;38:143-7.
- Walker JL, Carey N, Stein DJ, Seedat S. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health.* 2004;7:111-21.
- Fajman N, Wright R. Use of antiretroviral HIV post-exposure prophylaxis in sexually abused children and adolescents treated in an inner-city pediatric emergency department. *Child Abuse Negl.* 2006;30:919-27.
- Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser E, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16:79-101.
- Drezetz J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio J).* 2001;77:413-9.
- Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas doméstica. *Rev Saúde Pública.* 1999;33:547-53.
- Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2003;25(Supl 1):9-21.
- Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child.* 2005;90:182-6.
- Kellogg N. the Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics.* 2005;116:506-12.
- Shapiro RA, Makoroff KL. Sexually transmitted diseases in sexually abused girls and adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2006;18:492-7.
- Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl.* 2011;35:96-104.
- Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(5 supl):S173-80.
- Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:28-38.