



Tatiana Fonseca da Silva

Abuso sexual em adolescentes: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no serviço de referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho de 2018.

Brasília
2019

Tatiana Fonseca da Silva

Abuso sexual em adolescentes: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no serviço de referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho de 2018.

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz vinculado ao Polo Brasília/Fiocruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos

Co-orientador: Prof. Dr. José Agenor Álvares da Silva

Brasília
2019

S586a Silva, Tatiana Fonseca da
ABUSO SEXUAL EM ADOLESCENTES: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no serviço de referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho de 2018. / Tatiana Fonseca da Silva; orientador Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos; co-orientador Dr. José Agenor Álvares da Silva. -- Brasília, 2019.
125 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da Família- PROFSAÚDE) -- FIOCRUZ, 2019.

1. adolescência. 2. violência sexual. 3. abuso sexual.
4. revelação. I. Eduardo de Campos, Prof. Dr. Francisco, orient. II. Agenor Álvares da Silva, Dr. José, co-orient. III. Título.

Tatiana Fonseca da Silva

Abuso sexual em adolescentes: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no serviço de referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho de 2018.

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz vinculado ao Polo Brasília/Fiocruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: de de 20xx.

Banca Examinadora

Brasília
Abril/ 2019

Dedico este trabalho a todas as vítimas de violência sexual, especialmente as adolescentes, que na idade onde deveriam estar construindo projetos de vida e sonhos foram violadas e brutalmente ceifadas.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é uma qualidade de quem reconhece que alguém lhe prestou um benefício. Para mim uma das qualidades mais importantes do ser humano.

Passaria dias escrevendo e descrevendo toda ajuda que tive até aqui, mas começarei agradecendo a Deus, ao supremo criador do Universo e causa primária de todas as coisas, sem ele e sem a fé que tenho na providência divina não seria capaz de nada.

A meu exemplo de vida, minha base terrena, quem tudo fez e faz por mim, que não impõe limites para me ver sorrindo, a distância física ou na proximidade mantém por mim e eu por ela o maior sentimento do mundo... o amor, a você minha mãe, Antônia Francisca, meu eterno obrigada.

A meu filho, João Pedro, que me transformou, que salvou e salva a minha vida, que me impulsiona a cada dia ser uma pessoa melhor, mais humana. Contigo aprendi amar sem esperar nada em troca, simplesmente amar.

A meu pai, irmãos, especialmente a minha lindinha, Maria das Graças, que não mediu e não mede esforços em todas as etapas da minha vida estando presente e atuante, nos acertos, nos erros, apoiando e ensinando. Obrigada, também, pelo presente que é meu afilhado e sobrinho Matheus.

Aos meus sobrinhos, cunhadas, e demais familiares que mesmo distante sei que torcem e vibram por mim.

A Jailton pelo incentivo durante todos esses anos, pelas contribuições na construção, nas inovações das leis.

Aos meus amigos, seria difícil listar todos, mas ainda que saiba que não conseguirei citar, não poderia deixar de destacar alguns nomes: Helenita, Luiza, Nilceia, Talita, Eloá, obrigada por todo apoio.

A Thamires por ter me acolhido, por ser parceira, por tamanho empenho em cuidar para que pudesse chegar até aqui, obrigada amiga.

A equipe Pav Flor de Lótus, por ter me acolhido, por serem tão comprometidos com o que se propõem a fazer... muito orgulho de fazer parte desta equipe.

Aos pacientes que me permitem diariamente poder adiantar suas vidas no momento de intenso sofrimento, obrigada pela confiança.

A Escola Fiocruz de Governo, na figura da diretora Fabiana Damásio e aos responsáveis pela idealização e organização do mestrado ProfSaúde, pela oportunidade de fazer

este mestrado, não fosse neste formato e com o objetivo proposto não conseguiria chegar até aqui.

A Universidade Católica de Brasília pela oportunidade da docência com destaque ao incentivador e colaborador em todas as etapas deste trabalho, Professor Osvaldo Sampaio.

Aos meus alunos pelo aprendizado diário, estímulo para jamais estacionar.

Ao meu orientador Prof. Dr. Francisco Eduardo Campos, por ter aceito este desafio, por não ter desistido, por entender e compreender meus momentos difíceis... meu muito obrigada.

Ao co orientador Dr. José Agenor Álvares pelo incentivo, articulador das reuniões...gratidão.

Aos membros da banca Dr. Armando Raggio, Dra. Palmira Bonolo e Dr. José Paranaguá obrigada por terem aceitado e pelas contribuições desde a qualificação.

A Maria das Graças Barroso, não tenho palavras para agradecer o cuidado a cada e-mail, telefonema e a preocupação com prazos, muito obrigada.

In memoriam a minha avó Carmerina, obrigada por ter sido a melhor avó do mundo, agradeço diariamente a oportunidade de ser sua neta.

In memoriam a meu amigo Moacir, a pessoa que conseguia colocar sorriso nos meus olhos, mesmo que os encontrassem com lágrimas.

Um dia será possível...

*A adolescência ser uma etapa de vida com todas
as transformações físicas e psíquicas com
harmonia;*

*Ainda que o impulso, movido pelo córtex pré-
frontal imaturo e o descontrole dopaminérgico,
esteja presente... um dia será possível;*

*Ainda que o centro da recompensa esteja ativado
freneticamente... um dia será possível;*

*Ainda que a curiosidade esteja presente e medo do
perigo ausente... um dia será possível;*

*Um dia será possível ...a experiência única de
viver o hoje de forma livre e com crença de que é
capaz de tudo, movida por buscas positivas,
construtivas e transformadoras.*

*E será possível... quando crianças e adolescentes
forem enxergados como um ser social que pensa,
sente, que precisa de atenção e orientação, sem
direitos violados, sem sonhos destruídos.*

*Nesse dia será possível... entender que adulto feliz
e produtivo teve infância e adolescência com
direitos respeitados, deveres orientados, limites
estabelecidos e isso só será possível com base no
amor.*

(Autor desconhecido)

RESUMO

A saúde reconhecida como direito no Brasil é condição recente. A promoção de saúde teve seu conceito ampliado com a inclusão de fatores determinantes e condicionantes. A história da violência é tão antiga quanto a própria história da humanidade e se caracteriza por uma violação de direitos, impactando de diferentes formas na saúde. Adolescentes por estar em fase de desenvolvimento com inúmeras descobertas, transformações, dúvidas e incertezas, advindas das modificações estruturais e psíquicas se colocam em situações de comportamento de risco e maior vulnerabilidade. O abuso sexual sofrido por este grupo populacional tem inúmeras consequências por estar relacionado a sequelas neuropsicológicas. Objetivando caracterizar o perfil de adolescentes vítimas de violência sexual em um serviço de referência este trabalho utilizou uma amostra de prontuários de usuários que foram atendidos no período de julho de 2017 a junho de 2018 num serviço de saúde do Distrito Federal. A amostra composta por 90 participantes trouxe como resultados que a maioria das vítimas são mulheres (84,44%) e 75,56% das vítimas se auto reconhecem como parda, a mediana de idade é 12 anos, a maioria das mães tem baixa escolaridade e 40% das vítimas tem defasagem série/ idade de até 2 anos. As famílias em mais de 50% é constituída pela figura materna (56,67%); o principal órgão encaminhador foi o conselho tutelar em 54% e mais de 80% das vítimas não fizeram profilaxias emergenciais, o agressor é em sua maioria masculino, média de idade de 31 anos, conhecido da vítima em 90% dos casos, sendo que mais de 50% é parente, pai e padrasto são os principais abusadores somando 24,44%. A casa da vítima, seguida do agressor são os principais locais de ocorrência. Entre as circunstâncias a violência psicológica é a que teve maior representatividade. A revelação do abuso sexual foi feita a mãe em 45,56% e não foi acreditada por esta figura em quase 15%. Em 74,4% a revelação foi intencional e medo foi o responsável pela demora deste ato, retardando em até 10 meses, quando comparados a outros motivos. Culpa, tristeza e baixa autoestima foram os principais sintomas e teve forte associação com os 26 casos de tentativa de autoextermínio (92,31% tiveram os sintomas de tristeza, 88,46% tiveram sintomas de baixo nível de estima própria e 80,77% tiveram o sintoma de culpa). Comportamento autodestrutivo foi verificado em 44,44% da amostra. A partir dos conhecimentos descritos espera-se que os profissionais de saúde, educação, possam identificar o perfil, os sinais e sintomas, principalmente os psíquicos, entre eles baixa autoestima, para que propiciem ambiência para revelação e intervenção tempestiva com minimização das consequências biopsicossociais.

Palavras-chave: adolescência, violência sexual, abuso sexual, revelação.

ABSTRACT

Health recognized as a right in Brazil is a recent condition. Health promotion had its concept expanded with the inclusion of determinants and conditioning factors. The history of violence is as old as the history of humanity itself and is characterized by a violation of rights, impacting in different ways on health. Adolescents because they are in the development phase with innumerable discoveries, transformations, doubts and uncertainties, arising from structural and psychic modifications, are placed in situations of risk behavior and greater vulnerability. The sexual abuse suffered by this population group has many consequences because it is related to neuropsychological sequelae. Aiming to characterize the profile of adolescents victims of sexual violence in a referral service, this study used a sample of patient records that were attended in the period from July 2017 to June 2018 in a health service of the Federal District. The sample of 90 participants showed that the majority of the victims are women (84.44%) and 75.56% of the victims recognize themselves as brown, the median age is 12 years, the majority of mothers have low levels of schooling and 40% of the victims have series / age lags of up to 2 years. The families in more than 50% are constituted by the maternal figure (56.67%); The primary referral body was the guardianship council in 54% and more than 80% of the victims did not perform emergency prophylaxis, the perpetrator is mostly male, mean age 31 years, known to the victim in 90% of cases, and more of 50% are related, father and stepfather are the main abusers totaling 24.44%. The home of the victim followed by the aggressor are the main places of occurrence. Among the circumstances, psychological violence is the most representative. The revelation of sexual abuse was made to the mother in 45.56% and was not believed by this figure in almost 15%. In 74.4% the disclosure was intentional, and fear was responsible for the delay of this act, delaying in up to 10 months, when compared to other reasons. Guilt, sadness and low self-esteem were the main symptoms and had a strong association with the 26 cases of self-extermination (92.31% had the symptoms of sadness, 88.46% had symptoms of low self-esteem and 80.77% had the symptom of guilt). Self-destructive behavior was verified in 44.44% of the sample. From the knowledge described, it is expected that health professionals, education, can identify the profile, signs and symptoms, especially psychics, among them low self-esteem, to provide ambience for disclosure and timely intervention with minimization of biopsychosocial consequences.

Keywords: adolescence, sexual violence, sexual abuse, revelation.

RESUMEN

La salud reconocida como derecho en Brasil es condición reciente. La promoción de la salud tuvo su concepto ampliado con la inclusión de factores determinantes y condicionantes. La historia de la violencia es tan antigua como la propia historia de la humanidad y se caracteriza por una violación de derechos, impactando de diferentes formas en la salud. Los adolescentes por estar en fase de desarrollo con innumerables descubrimientos, transformaciones, dudas e incertidumbres, derivadas de las modificaciones estructurales y psíquicas se plantean en situaciones de comportamiento de riesgo y mayor vulnerabilidad. El abuso sexual sufrido por este grupo poblacional tiene innumerables consecuencias por estar relacionado con secuelas neuropsicológicas. Objetivo caracterizar el perfil de adolescentes víctimas de violencia sexual en un servicio de referencia este trabajo utilizó una muestra de prontuarios de usuarios que fueron atendidos en el período de julio de 2017 a junio de 2018 en un servicio de salud del Distrito Federal. La muestra compuesta por 90 participantes trajo como resultados que la mayoría de las víctimas son mujeres (84,44%) y el 75,56% de las víctimas se auto reconocen como parda, la mediana de edad es de 12 años, la mayoría de las madres tienen baja escolaridad y el 40% de las víctimas tiene un desfase serie / edad de hasta 2 años. Las familias en más del 50% están constituidas por la figura materna (56,67%); el principal órgano encaminador fue el consejo tutelar en un 54% y más del 80% de las víctimas no hicieron profilaxis de emergencia, el agresor es en su mayoría masculino, de edad media de 31 años, conocido de la víctima en el 90% de los casos, siendo que más de 50% es pariente, padre y padrastro son los principales abusadores sumando el 24,44%. La casa de la víctima, seguida del agresor, son los principales lugares de ocurrencia. Entre las circunstancias la violencia psicológica es la que tuvo mayor representatividad. La revelación del abuso sexual fue hecha a la madre en un 45,56% y no fue acreditada por esta figura en casi el 15%. En el 74,4% la revelación fue intencional y el miedo fue el responsable de la demora de este acto, retrasándose en hasta 10 meses, en comparación con otros motivos. En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de depresión, depresión, de ansiedad, tuvieron el síntoma de culpa). El comportamiento autodestructivo se verificó en el 44,44% de la muestra. A partir de los conocimientos descritos se espera que los profesionales de salud, educación, puedan identificar el perfil, los signos y síntomas, principalmente los psíquicos, entre ellos baja autoestima, para que propicien un ambiente para la revelación e intervención temprana con minimización de las consecuencias biopsicosociales.

Palabra clave: adolescencia, violencia sexual, abuso sexual, revelación

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - fluxo de linha de cuidado.....	25
Figura 2 - fluxo de linha de cuidado.....	25
Figura 3 - Fluxo de atendimento a vítimas de violência no Distrito Federal	26
Figura 4 - Fluxo violência aguda.....	27
Figura 5 - Fluxo violência crônica.....	27
Figura 6 - Espectro de cores dos menores valores para os maiores valores	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Profilaxia Anticoncepção de emergência.....	22
Quadro 2 - Profilaxia IST não viral	23
Quadro 3 - Profilaxia HIV esquema preferencial para crianças e adolescentes até 12 anos	23
Quadro 4 - Profilaxia HIV esquema preferencial adultos e adolescentes maiores 12 anos	23
Quadro 5 - Acompanhamento laboratorial HIV, Sífilis, Hepatite B e C.....	24
Quadro 6 - Escala de autoestima de Rosenberg adaptada	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da Variável Sexo por raça	41
Tabela 2 - Descrição da Variável Idade por Gênero	41
Tabela 3 - Estatísticas das Variáveis Idade por Gênero	42
Tabela 4 - Descrição da Variável Idade real por Gênero	42
Tabela 5 - Estatísticas das Variáveis Idade real por Gênero	43
Tabela 6 - Descrição da Variável Benefício	44
Tabela 7 - Descrição da Variável Situação Habitacional	44
Tabela 8 - Descrição da Variável Escolaridade Materna	45
Tabela 9 - Descrição da Variável Composição da família	46
Tabela 10 - Descrição da Variável Responsável	46
Tabela 11 - Descrição das Variáveis Procura do Serviço por Instituições que encaminha.....	47
Tabela 12 - Descrição da Variável de Procedimentos Realizados	49
Tabela 13 - Descrição da Variável Kit Profilaxia.....	50
Tabela 14 - Descrição das Variáveis Sobre o Agressor.....	52
Tabela 15 - Descrição das Variáveis Idade e Sexo do Agressor	52
Tabela 16 - Estatística das Variáveis da Idade do Agressor.....	54
Tabela 17 - Descrição da Variável Uso de Álcool ou Outras Drogas	55
Tabela 18 - Descrição da Variável Sobre Abuso Anterior	56
Tabela 19 - Descrição da Variável Sobre o Abuso (momento).....	56
Tabela 20 - Descrição das Variáveis Circunstâncias da Violência	57
Tabela 20 - continuação.....	57
Tabela 21 - P-valores do Teste de Associação das Variáveis Circunstâncias da Violência....	57
Tabela 21 - continuação.....	58
Tabela 22 - Descrição da Variável Local da Violência	59
Tabela 23 - Descrição da Variável Sintomas Físicos das Vítimas do Sexo Feminino	60
Tabela 24 - Descrição das Variáveis de Escola e Socialização	62
Tabela 25 - P-valores do teste de associação das Variáveis de Escola e Socialização.....	62
Tabela 26 - Atraso escolar	63
Tabela 27 - Descrição das Variáveis de A quem revelou?	64
Tabela 28 - Descrição da Variável Quem Acreditou.....	64
Tabela 29 - Descrição da Variável Quem Não Acreditou	65
Tabela 30 - Descrição da Variável Tipo da Revelação	65

Tabela 31 - Descrição da Variável Motivo da revelação.....	70
Tabela 32 - Descrição das Variáveis de Tempo Após a Violência	70
Tabela 33 - Medo x Revelação	71
Tabela 34 - Descrição das Variáveis Psíquicos	72
Tabela 35 - P-valores do teste de associação das Variáveis Psíquicos.....	74
Tabela 36 - Descrição da Variável de Sintomas psíquicos e Autoextermínio.....	79
Tabela 37 - Comportamento Autodestrutivo ou Ideação Suicida X Tipo de Violência.....	80

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DF	Distrito Federal
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do adolescente
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NEPAV	Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção as Violências
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIVA/SINAN	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação
VS	Violência Sexual

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. VIOLÊNCIA.....	16
1.2. VIOLÊNCIA SEXUAL.....	18
1.3. ADOLESCÊNCIA.....	18
1.4. ESTATÍSTICAS DA VIOLÊNCIA.....	19
1.5. VIOLÊNCIA SEXUAL EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.....	21
1.6. FLUXO VIOLÊNCIA SEXUAL.....	24
1.7. LEGISLAÇÃO.....	27
1.8. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA.....	30
1.9. REVELAÇÃO.....	32
1.10. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	34
2. OBJETIVOS	35
2.1. OBJETIVO GERAL.....	35
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3. MÉTODOS	36
3.1. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	36
3.2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	36
3.3. ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4. ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1. IDENTIFICAÇÃO.....	40
4.1.1 Sexo e Raça	40
4.1.2 Idade por sexo	41
4.1.3 Renda familiar	43
4.1.4 Escolaridade Materna	45
4.2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR.....	45
4.3. PROCURA DO SERVIÇO E INSTITUIÇÕES QUE ENCAMINHARAM.....	47
4.4. PROCEDIMENTOS REALIZADOS.....	49
4.4.1 Procedimentos estabelecidos pelo ECA	49
4.4.2 Procedimentos profiláticos nos serviços de saúde	50
4.5. SOBRE O AGRESSOR E A VÍTIMA.....	51
4.6. CIRCUNSTÂNCIAS DA VIOLÊNCIA.....	56

4.7. LOCAL DA VIOLÊNCIA.....	59
4.8. SINTOMAS FÍSICOS	60
4.9. ESCOLAR E SOCIALIZAÇÃO.....	61
4.10. REVELAÇÃO	63
4.10.1 A quem revelou, quem acreditou, forma de revelação.....	64
4.10.2 Motivos e tempo da revelação.....	69
4.11. PSÍQUICOS	72
5. CONCLUSÕES	85
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE A - Ficha de Coleta de dados	96
ANEXO A - Folha de Rosto.....	117
ANEXO B – Encaminhamento ao CEP	99
ANEXO C – Solicitação de Dispensa de TCLE	100
ANEXO D- Termo de Concordância de instituição Coparticipante	101
ANEXO E - Termo de Concordância de instituição Coparticipante.....	102
ANEXO F – Parecer Consubstanciado do CEP	103

1. INTRODUÇÃO

Na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”. Apesar de questionado, dito como utópico e inalcançável ao longo dos anos, para a época, 1948, este conceito foi um avanço, pois ampliou o fulcro que era centrado na doença. É considerado proveitoso para avaliar os fatores que influenciam a saúde, norteando a saúde pública no processo de intervenção (1).

A promoção de saúde é tema de debate em várias partes do mundo. A Conferência de Alma-Ata realizada no Cazaquistão em 1978 reafirma categoricamente que saúde é um direito humano fundamental e é necessária para o desenvolvimento econômico e social, mas os determinantes da saúde e a responsabilização de todos neste processo é fundamental para se atingir o nível mais alto de qualidade de vida e paz mundial (2).

No Brasil, a discussão sobre saúde teve como marco fundamental a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a primeira aberta à sociedade, tendo como base o conceito da saúde como direito, a reorientação da política nacional que era dicotomizada, centralizada e acessível a uma minoria e o financiamento (3). Propunha um sistema de Saúde Universal que foi legalmente instaurado com a Constituição de 1988 que em seu art. 196 traz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”(4).

O Sistema Único de Saúde (SUS) idealizado pelo movimento de Reforma Sanitária, instituído pela constituição de 1988 e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, tem como propósito modificar as desigualdades na atenção à saúde da população. A lei nº 12.864 (5), que modifica o artigo 3º da lei 8080, complementa: “a saúde é resultante dos determinantes e condicionantes como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais“. Neste contexto amplia-se o conceito e a responsabilidade com a saúde.

1.1. VIOLÊNCIA

A origem da palavra violência é do latim *Violentia* e segundo Aurélio (6) significa “ato de violentar; irascibilidade; abuso de força, tirania; opressão; veemência, constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a fazer um ato qualquer”, e se apresenta como um

problema de saúde e devido sua severidade, significância e impacto no indivíduo e na sociedade se configura como um problema de saúde pública.

A OMS define a violência como “uso proposital da força física ou do poder exercido, verdadeiro ou em ameaça, contra grupo, outra pessoa ou si próprio, podendo ter ou tendo como consequência lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (7).

O tema violência no sistema de saúde brasileiro ganha ênfase em 2001, quando se estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência que tem como diretrizes (8):

- I. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, monitorização da ocorrência de acidentes e de violência;
- II. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- III. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violência;
- IV. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- V. Capacitação de recursos humanos;
- VI. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;
- VII. Responsabilidades institucionais.

A violência e suas consequências vêm avançando de forma grave, transgredindo o direito da pessoa humana e prejudicando a forma de viver. Pensar em políticas públicas que possam atuar na prevenção, promoção e reabilitação é condição necessária e imprescindível para promover saúde (9,10).

Avaliando a história da humanidade desde a idade antiga à contemporaneidade, a violência permeia em todas as civilizações; coletiva e individualmente, indo desde a luta entre tribos e impérios, até opressão/imposição, das quais uma das formas mais conhecidas é a escravidão.

O épico de Homero, descrito em ambas as obras *Ilíada* e *Odisséia* com os mitos e lendas da Grécia antiga, traz consigo a violência que atingiu a humanidade desde a sua criação, tornando evidente que a índole humana é permeada pela racionalidade, mas não apenas por esta, já que o instinto e o impulso conduz o ser humano a praticar atos de violência extrema em diversas circunstâncias (11).

Ambroise Tardieu, legista francês, em meados do século XIX, fez o relato das diferentes formas de maus tratos e, mesmo após inúmeros estudos, suas descrições mantêm-se atualizadas. Apesar de todos os esforços e tentativas de argumentar sobre o espaço social onde a violência contra crianças e adolescentes era praticada, não conseguiu convencer os estudiosos

da época que ocorria não apenas no trabalho e escola, mas que o ambiente doméstico era importante nesta estatística (12).

1.2. VIOLÊNCIA SEXUAL

A Violência Sexual (VS) é definida pela OMS como “qualquer ato sexual tentado ou consumado sem a concordância da vítima, exercido por meio coercitivo ou intimidatório, com emprego da força física, ameaça, armas ou temor psicológico” (7).

Juridicamente, no Brasil, estupro é definido pela lei 12.015/2009 no seu Art. 213 como: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Em menores de catorze anos, deficientes mentais e incapazes de discernir por outra causa ou que não possa oferecer resistência é considerado estupro de vulnerável (13).

Quando o conceito é relativo às crianças e adolescentes, pode ser entendido como envolvimento em atividade sexual em que por seu desenvolvimento, ainda inconcluso, não é capaz de dar consentimento, bem como de avaliar as consequências advindas, e, portanto, não tem competência para compreender que se trata de abuso. Diferença de idade e/ou poder permeiam a relação, que em sua maioria, é perpetrada por pessoas de seu conhecimento e em consequência da sua confiança (14).

Desde a antiguidade, os abusos sexuais têm sido descritos entre as grandes mazelas que a sociedade não conseguiu extirpar da humanidade. Tibério, imperador romano, tinha inclinações sexuais que incluíam crianças como objeto de prazer. Segundo narrativas ele violentava crianças, forçando-as a ter relações sexuais (15).

1.3. ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período, momento de vida, que envolve as mais profundas alterações, quais sejam, biológicas, psicológicas, sociais e comportamentais. A palavra adolescência vem do latim *adolescere*, que significa crescer ou crescer na maturidade. Historicamente, foi empregada pela primeira vez em 1430, contemplando idades entre 14 e 21 anos aos homens e 12 e 21 a mulheres (16–18).

O marco cronológico que caracteriza a adolescência é muito variável, no âmbito da saúde vem sendo seguido o critério da OMS que estabeleceu entre 10 e 19 anos. No direito, se utiliza critérios cronológicos e psicológicos: para o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA),

Lei nº 8069 de 1990, contempla dos 12 aos 18 anos (artigo 2º). A maioridade é atingida aos 18 anos pelo Código Civil Brasileiro, e é facultado o voto aos maiores de dezesseis e menores de dezoito anos. Definir cronologicamente adolescência utilizando esta norma é insuficiente para delimitar este momento de vida permeado por diversidades dos padrões biológicos e psicossociais. Por outro lado, a imposição posta ao final desta fase, que é a construção de um indivíduo adulto, com identidade, capacidade de trabalho e relações afetivas felizes é complexa e difícil, pois não é possível prever em qual idade, e se efetivamente, irá ocorrer (16,19–21).

A adolescência é um período da vida repleto de modificações, dúvidas, incertezas, alterações estruturais e de maturação, seja ela física ou psíquica. Estas modificações corroboram o aumento da vulnerabilidade com o consequente comportamento de risco, como as relações sexuais desprotegidas, podendo culminar em gravidez não planejada, não desejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); além do uso de drogas, acidentes e violências.

1.4. ESTATÍSTICAS DA VIOLÊNCIA

Nos anos 90, a OMS reconheceu a violência sexual contra crianças e adolescentes como um problema de saúde pública, que se deve à sua elevada ocorrência e seus impactos (14).

Seus custos, sejam pelos desfechos na qualidade de vida de indivíduos - que estão em fase de desenvolvimento - ou das despesas advindas da violência sofrida, seja pelo setor saúde, pela rede de proteção e responsabilização, são estimados, mas difíceis de serem calculados, pois consequências como transtornos mentais, abuso de álcool e drogas, gravidez indesejada, IST, baixa produtividade laboral e absenteísmo futuros não são contemplados na carga econômica global dos países.

Em relação à violência sexual, sua prevalência entre crianças e adolescentes era, na década de 90, de 7% a 34% entre meninas e de 3% a 29% entre meninos (14).

As estatísticas da VS contra adolescentes, apesar de inúmeros trabalhos publicados, ainda são de difícil acesso e, por isso mesmo, inconclusas. Está posta no campo da saúde dentre as doenças de notificação compulsória, contudo, há falta de sistematização das informações e dificuldades dos profissionais de reconhecerem sinais e sintomas. O desconhecimento dos fluxos de encaminhamentos para rede de apoio, atrelado ao medo da realização da denúncia, especialmente quando o agressor tem conflito com a lei, são contribuintes para subnotificação e como consequência o conhecer real destes dados (22).

Trabalho com equipes de Saúde da Família retrata o quão complexo esta temática é na atuação dos profissionais, seja por omissão, negação, despreparo e insegurança no atendimento do adolescente em sua integralidade. Os desafios vão desde atrair este público para unidades de saúde ou buscá-los em ambientes como escola, até oferecer condições necessárias para introduzir nas consultas questões relacionadas à violência sexual, o que culmina em subnotificação (21).

O Relatório de 2017 apresentado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre VS traz estimativas globais alarmantes. Aproximadamente 15 milhões de meninas adolescentes de 15 a 19 anos tiveram experiência de VS ao longo da vida; 09 milhões dessas meninas foram vitimadas em 2016. Embora meninos e meninas tenham riscos de serem violentados em qualquer idade, as meninas são mais vulneráveis após a puberdade. Em 38 países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, aproximadamente 17 milhões de mulheres adultas relatam ter vivenciado VS na infância. Em 20 países, em cerca de nove a cada dez meninas adolescentes que foram vítimas de VS o fato ocorreu pela primeira vez na adolescência. Noventa por cento das meninas adolescentes relataram que a VS foi perpetrada por familiares ou conhecidos. Nos meninos, amigos/colegas de classe e parceiros são os protagonistas da violência. Das adolescentes que sofreram VS, 1% buscaram ajuda profissional e não há relato se efetivamente conseguiram (23).

Trabalho realizado por Martins e Jorge (2010) no Sul do país identificou em 186 casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes predomínio do sexo feminino (74,2%), numa razão de masculinidade de 0,3. Entre as meninas, observou-se concentração de casos na faixa etária dos 10 aos 14 anos (58,0%). O agressor era principalmente do sexo masculino (97,3%). Em 4,9% o agressor era desconhecido ou não informado, caracterizando em 95,1% dos casos pessoas conhecidas, parentes e do vínculo da vítima. O local que ocorreu em 88,2% era residência da vítima, do agressor ou de parentes. Houve lesão corporal em 90,3% dos casos, com seqüela física e psicológica em 97,8% (24).

Pesquisa com objetivo de caracterizar a população vítima de abuso sexual atendida no Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) no período de 2011 a 2014, demonstrou que há uma predominância do gênero feminino, envolvendo crianças e adolescentes de três a 18 anos de idade, é mais frequente no âmbito intrafamiliar, sendo a maior parte dos abusadores padrastos e pais. Entre os fatores de riscos identificados estão famílias de baixa renda, desestruturadas, com baixo nível de escolaridade, inclusive por parte das próprias vítimas (25).

Perfil do estudo de Delziovo et al (2017) para avaliar características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, revelou que as adolescentes sofreram violência por agressor único, no domicílio, à noite, com penetração vaginal e maior número de gravidez decorrente da violência (26).

Souto et al (2017) em estudo para avaliar estupro e gravidez em meninas até 13 anos, com e sem notificação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) no período de 2011 e 2015, obteve como resultado que 31.611 meninas até 13 anos tiveram filhos, sendo elas predominantemente negras (67,5%), a maioria desses nascimentos ocorreu na Região Nordeste (39,4%). Das violências notificadas, o provável autor foi o namorado/ex-namorado/, cônjuge/ex-cônjuge (51,6%), seguido de amigo/conhecido (17,6%) e pai/padrasto (13,0%). O local onde, predominantemente, ocorreu o evento foi a residência (69,3%), o que mostra uma relação direta com o autor, ou seja, pessoas próximas do convívio familiar. A violência de repetição ocorreu em 58,2% dos casos. Quanto aos procedimentos realizados nos serviços de saúde para prevenir gravidez indesejada e IST, observou-se que apenas 6,4% das vítimas fizeram profilaxia de IST, 7,1% profilaxia de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), 4,8% profilaxia de Hepatite B e 1,3% de contracepção de emergência (27).

Estudo realizado com base nas fichas de notificação de 2009 a 2013 em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, demonstrou que a prevalência foi em meninas (94,8%), de cor branca (37,8), intrafamiliar (51,7%) e em 66,9% com um perpetrador; a gravidez foi consequência em 8,7% (28).

1.5. VIOLÊNCIA SEXUAL EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

A caracterização da violência sexual é de suma importância para o atendimento humanizado e qualificado, não podendo ser postergada por razões óbvias.

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) é uma medida de prevenção de urgência à contaminação pelo HIV, hepatites virais e outras IST e consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Já a anticoncepção de emergência objetiva reduzir risco de gravidez advinda da violência.

A profilaxia para HIV idealmente deverá ser iniciada nas primeiras duas horas após a exposição e ser mantida por 28 dias. Não há benefícios após 72 horas da exposição e isto se deve por ser este o tempo que o HIV pode levar para ser detectado nos linfonodos regionais. A

evidência que a PEP deve ser utilizada é baseada em estudos animais, análises retrospectivas para exposição ocupacional e pesquisas de transmissão vertical; não é infalível, e considera-se que fatores relacionados à baixa adesão e resistência a medicamentos da fonte estejam envolvidos (29).

A Lei nº 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, evitando-se assim encaminhamentos e transferências desnecessários (30). Os seguintes procedimentos estão contemplados na lei:

I. Diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II. Amparo médico, psicológico e social imediatos;

III. Facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV. Profilaxia da gravidez, em casos onde este risco seja caracterizado de acordo com o Quadro 1 (31);

V. Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST (Quadros 2 a 4) (31,32).

VI. Coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia (Quadro 5) (32).

VII. Fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis. Em se tratando de crianças e adolescentes a comunicação ao conselho tutelar é obrigatória.

Quadro 1 - Profilaxia Anticoncepção de emergência

Método	Dose	Via	Observação
Levonorgestrel <i>Primeira escolha</i>	0,75mg de Levonorgestrel 1,5mg de Levonorgestrel	Oral Oral	02 comprimidos - dose única 01 comprimido - dose única
Método de Yuzpe <i>Segunda escolha</i>	AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e 0,25 mg Levonorgestrel AHOC com 0,03 mg de etinil-estradiol e 0,15 mg Levonorgestrel	Oral Oral	02 comprimidos cada 12 horas - total de 04 comprimidos 04 comprimidos cada 12 horas - total de 08 comprimidos

Fonte: Brasil, MS, 2012 (31)

Quadro 2 - Profilaxia IST não viral

IST	Medicação	Posologia Adultos e adolescentes com mais 45kg	Posologia Crianças e adolescentes com menos de 45kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo	50 mil UI/Kg, IM
Gonorreia	Ceftriaxona	500mg, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Infecção por C. Trachomatis	Azitromicina	1g, VO, dose única	20mg/Kg, VO, dose única
Tricomoníase	Metronidazol	2g, VO, dose única	15mg/Kg/dia, divididos a cada 8 horas por 07 dias

Fonte: Brasil, MS, 2012 (31)

Quadro 3 - Profilaxia HIV esquema preferencial para crianças e adolescentes até 12 anos

Faixa etária	Esquema Preferencial	Medicações alternativas
0-14 dias	AZT+3TC+NVP	-
14 dias-2 anos	AZT+3TC+LPV/r	Impossibilidade do uso de LPV/r: NVP
2 anos-12 anos	AZT+3TC+RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r

Fonte: Brasil, MS, 2018 (32)

Acima de 12 anos: seguir recomendações para adultos

Legenda:

AZT: zidovudina
 3TC: lamivudina
 NVP: nevirapina
 LPV/r: Lopinavir/ ritonavir
 RAL: raltegravir

Quadro 4 - Profilaxia HIV esquema preferencial adultos e adolescentes maiores 12 anos

Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF+3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg+ 3TC 300mg) Na indisponibilidade da apresentação coformulada Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	01 comprimido VO 1x/dia Na indisponibilidade da apresentação coformulada 01 comprimido VO 1x/dia + 02 comprimidos VO 1x/dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	01 comprimido VO 1x/dia

Fonte: Brasil, MS, 2018 (32)

Legenda:

TDF: tenofovir
 3TC: lamivudina
 DTG: dolutegravir

Quadro 5 - Acompanhamento laboratorial HIV, Sífilis, Hepatite B e C

Exames laboratoriais	Primeiro atendimento	2ª semana pós início da PEP	4ª semana pós início da PEP	12ª semana pós início da PEP	24ª semana pós início da PEP
Ureia/ creatinina	x	x			
AST/ALT	x	x			
Amilase	x	x			
Glicemia	x	x			
Hemograma	x	x			
Teste HIV	x		x	x	
Teste sífilis	x		x		
Hepatite B e C	x		x		x

Fonte: Brasil, MS, 2018 (32)

Legenda:

AST: aspartato aminotransferase

ALT: alanina aminotransferase

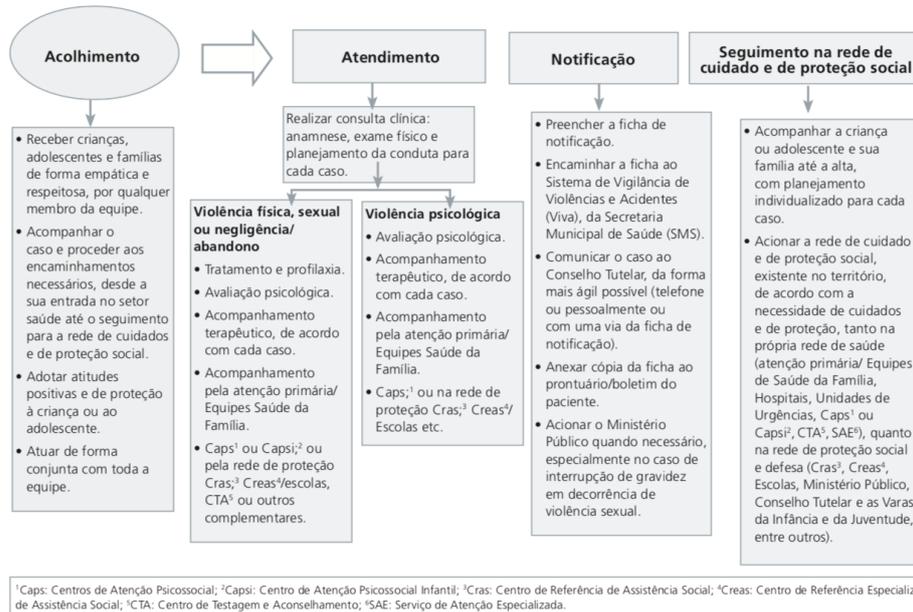
1.6. FLUXO VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual é uma demanda de difícil abordagem seja para a vítima ou profissionais envolvidos, principalmente por envolver muitos serviços que não se integram estruturalmente, a saber: Conselho Tutelar (CT), Ministério Público (MP), delegacias, educação, serviços de saúde entre outros.

Para os profissionais de saúde é importante diante da suspeita ou confirmação de violência sexual contra adolescentes, o conhecimento das medidas profiláticas, que devem ser instituídas em tempo oportuno, a definição de fluxo no serviço e os órgãos que devem ser acionados para proteção, responsabilização e continuidade do cuidado.

O Ministério da Saúde (MS) descreveu, na 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, o fluxo objetiva uma ação contínua e permanente para o estabelecimento de atenção integral à crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, colocando como prioridade o acolhimento com escuta efetiva e humanizada. Neste contexto, independente do nível de atenção onde seja acolhido, a rede deverá estar integrada para otimizar as necessidades (33) (Figura 1 e 2).

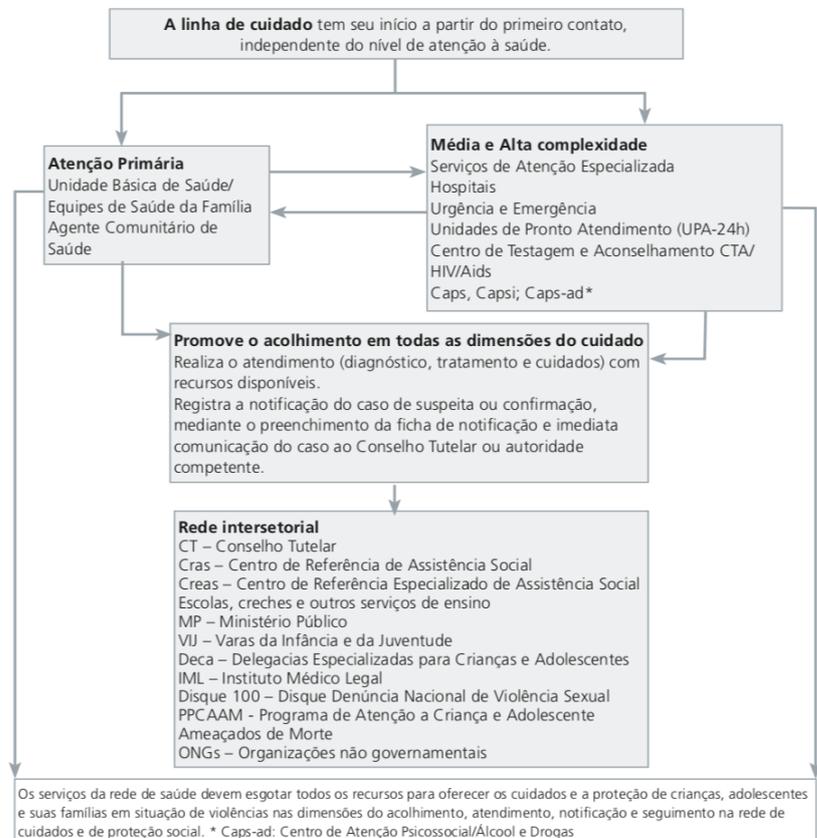
Figura 1 - fluxo de linha de cuidado



Fonte: Brasil 2010, p. 51 (33)

Figura 2 - fluxo de linha de cuidado

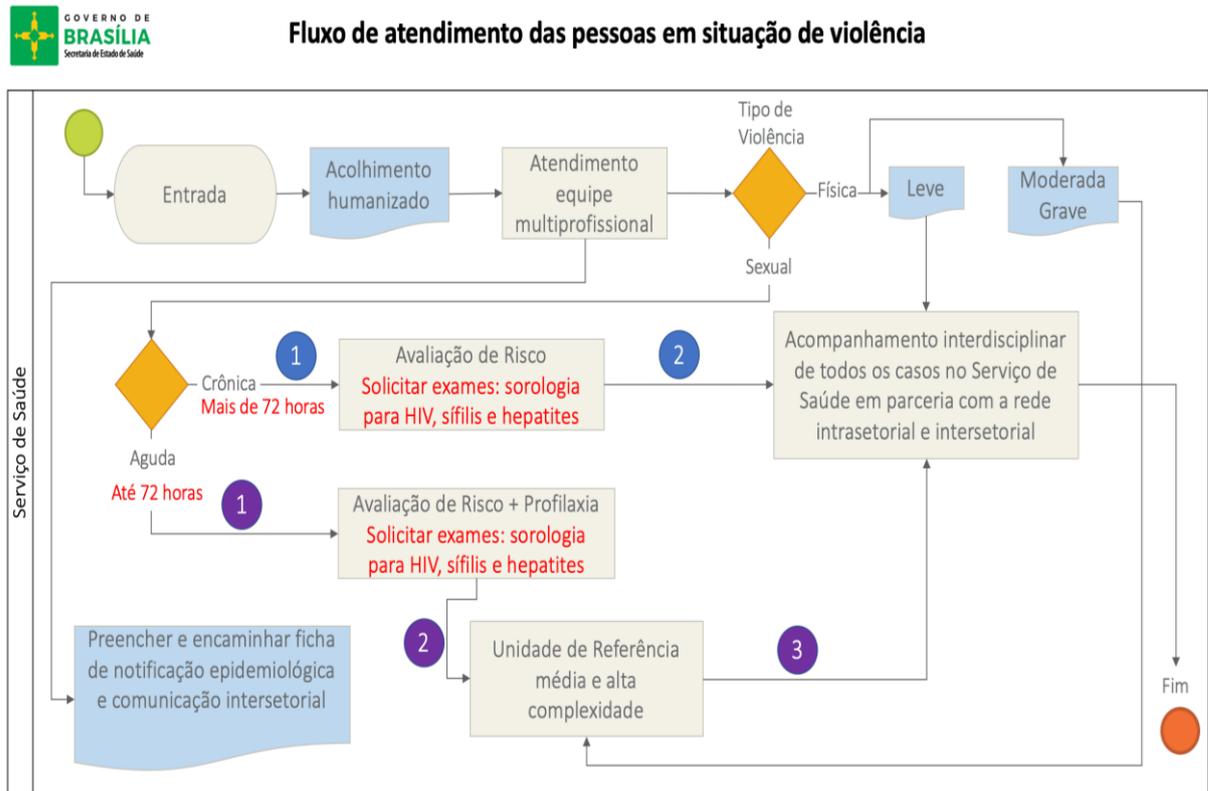
Fluxo Linha de cuidado para a atenção integral em situação de violências nos níveis da atenção à saúde



Fonte: Brasil 2010, p. 52 (33)

O Distrito Federal (DF) através do Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências (NEPAV) estabeleceu o fluxo de encaminhamento geral das pessoas em situação de violência nos serviços de Saúde do DF (figura 3).

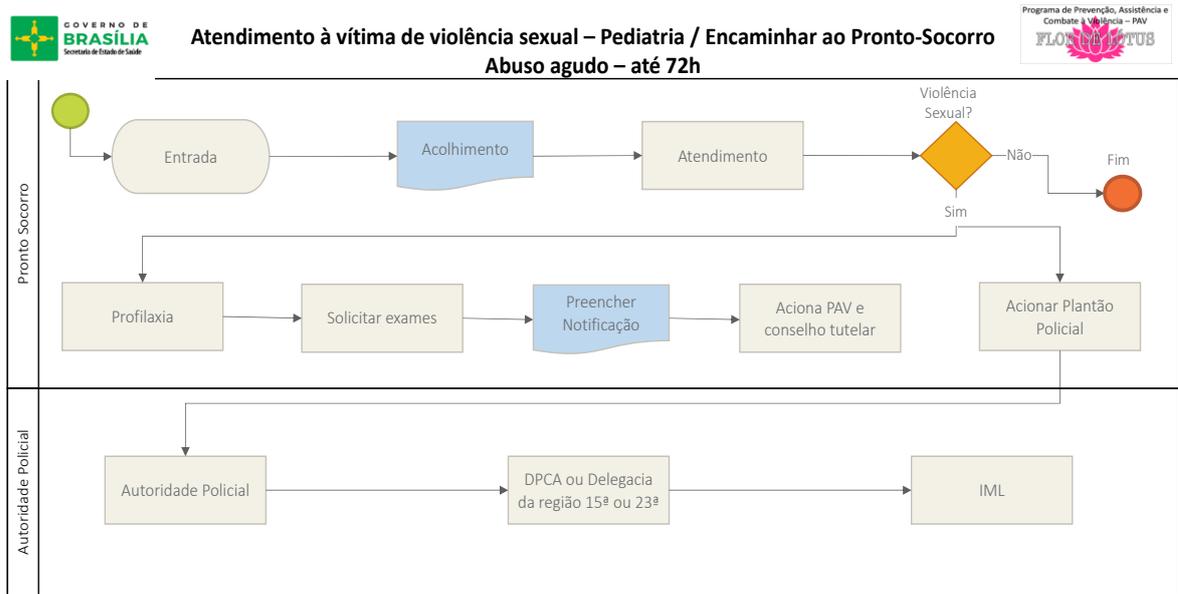
Figura 3 - Fluxo de atendimento a Vítimas de Violência no Distrito Federal



Fonte: SESDF (formatação adaptada pela autora)

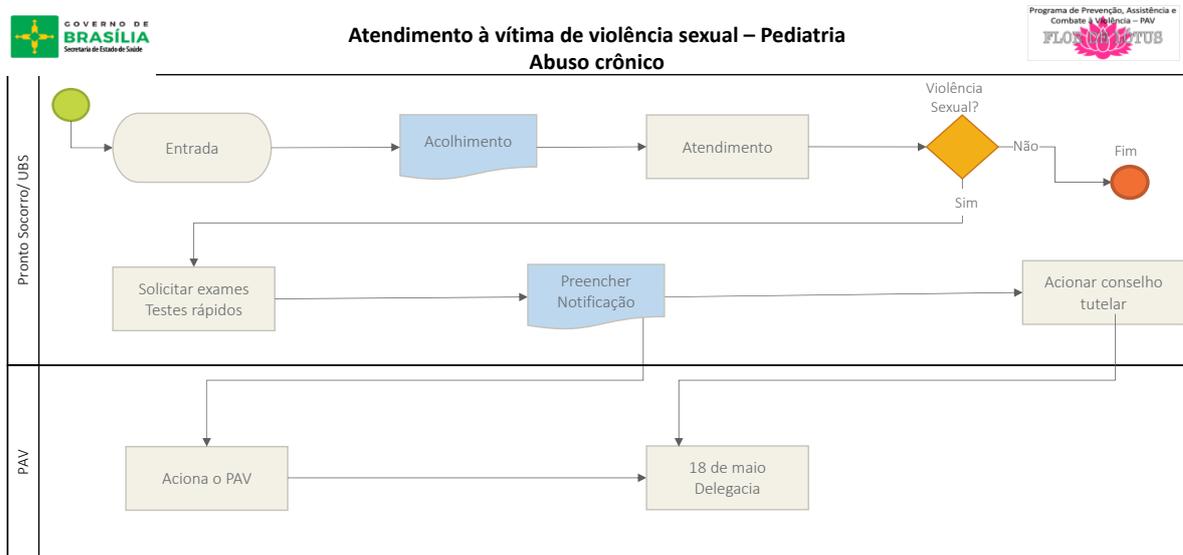
Devido a particularidades locais da Região Oeste de Saúde, onde este trabalho foi desenvolvido, o fluxo foi construído, baseado no do DF, mas respeitando as especificidades da Região. A construção foi realizada em 2017, sugerida pela autora e teve aprovação das redes da região: social e de saúde, incluindo o conselho de saúde e de proteção. O fluxo da Região Oeste está descrito nas figuras 4 e 5.

Figura 4 - Fluxo violência aguda



Fonte: própria autora (aprovado pela rede local)

Figura 5 - Fluxo violência crônica



Fonte: própria autora (aprovado pela rede local)

1.7. LEGISLAÇÃO

Políticas públicas voltadas para garantia dos direitos de crianças e adolescentes vêm sendo implementadas desde a constituição de 1988 estabelecendo que:

Artigo 227: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à

dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (4).

E no parágrafo 4º complementa: *A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.*

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define diretrizes para assegurar proteção integral a indivíduos em fase de desenvolvimento, estabelecendo direitos e deveres e determinando responsabilidades para o Estado, a Família e a Sociedade, objetivando garantir qualidade de vida para futuras gerações.

Art. 13: “Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (34).

Inúmeros outros dispositivos legais vêm sendo instituídos ao longo dos anos e faremos um breve relato cronologicamente.

I. Portaria MS, nº 737/2001: Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (VIVA) (35).

II. Portaria MS, nº 1.968/2001: Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS estabelecendo:

Artigo 1º: “que os responsáveis técnicos: de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema único de Saúde - SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos” (36).

III. Portaria MS, nº 1.508/2005: Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS (37).

IV. Lei 12.015/2009: Conferiu nova redação ao art. 213 do Código Penal e revogou expressamente o art. 214 do mesmo diploma legal. Por esse novo disciplinamento, a figura típica do estupro passou a ser:

Artigo 213: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (13).

V. Norma técnica humanizada ao abortamento: Fornece aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só um cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizá-las alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos. Para mulheres com abortamentos espontâneos e que desejem nova gestação deve ser garantido um atendimento adequado às suas necessidades (38).

VI. Norma Técnica: Aspectos jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual. Contribui para uma atuação mais qualificada dos profissionais de saúde, bem como soma com os esforços e as iniciativas governamentais e não governamentais de enfrentamento à violência contra as mulheres em todos os seus ciclos de vida (39).

VII. Lei 4.730/2011: Cria a Notificação Compulsória de Violência contra Criança ou Adolescente e dá outras providências no âmbito do Distrito Federal (40).

VIII. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, com a revisão das normas gerais de atendimento e apoio psicossocial e a atualização de importantes procedimentos profiláticos (31).

IX. Decreto 7.958/2013: Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS (41).

X. Lei 12.845/2013: Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

Artigo 1º: “Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social” (30).

XI. Portaria 1.271/2014: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências e violência passa a ser de notificação obrigatória em todo o país (42).

XII. Portaria nº 485/ 2014 Gabinete do Ministro (GM)/MS: Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (43).

XIII. Lei 13.431/2017: Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069 (44).

XIV. Lei 12.718 / 2018: Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro,

tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais) (45).

Ainda que tenhamos vários aparatos legais que contemplem vítimas de violência sexual, este é um tema complexo e difícil. Em se tratando de pessoas em fase de desenvolvimento e construção de sua personalidade, como adolescentes, é um desafio ainda maior. Para maior assertividade é fundamental a atuação de forma interdisciplinar, intersetorial, integrando toda a rede de atenção à saúde, proteção e responsabilização.

1.8. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA

A violência tem uma amplitude de sequelas que vão desde o físico ao psicológico, comportamental, cognitivo e social compreendendo: IST, gravidez, medo do agressor e de pessoas do sexo do agressor; comportamento sexual inapropriado, sentimentos de desamparo, tendências suicidas, isolamento, fugas de casa, dificuldade de confiar no outro e estabelecer relações interpessoais, transtornos mentais incluindo: Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), depressão, ansiedade, psicoses, transtorno obsessivo-compulsivo, distúrbios de sono, distúrbios alimentares, quais sejam, obesidade, anorexia, bulimia; dificuldade de aprendizagem, alterações na linguagem, abuso de álcool e outras drogas (46–48).

Diversos fatores influenciam a gravidade, estando entre eles: as condições de resiliência e os aspectos biológicos individuais. Outros determinantes como idade do início da violência, duração, grau de envolvimento, tipo de vínculo com o agressor, número de vezes, associação com outras violências entre elas a psicológica, principalmente, caso a violência seja revelada, são também relatados (28).

O trabalho de Angelone (2018), avaliou mulheres que sofreram revitimização de violência sexual no ensino médio e posteriormente, na faculdade, sendo encontrada associação com uso de álcool e outras drogas de forma abusiva. Este trabalho sugere que a prevenção deste tipo de violência deve ocorrer no máximo no final do ensino fundamental na tentativa de cingir o risco desta associação (49).

Na tentativa de justificar os impactos da violência sexual sofrida por crianças e adolescentes, trabalhos sobre a neurobiologia do cérebro têm evidenciado que há relação

significativa entre evento causador de estresse e alteração cerebral. Estudos abordam as alterações estruturais do cérebro e avaliam o trauma da infância em adolescentes com e sem psicopatologia. A análise por imagem de cérebros de adolescentes com TEPT que sofreram violência sexual na infância pareados com adolescentes saudáveis demonstrou anormalidades na integridade do Corpo Caloso, relacionados a sintomas de raiva. Essas mudanças no corpo caloso em crianças e adolescentes que experimentaram trauma psicológico podem estar relacionadas a distúrbios na conectividade com núcleos subcorticais límbicos, resultantes ou subjacentes aos distúrbios na regulação emocional. A novidade é que adultos com TEPT tem relato de redução do volume do hipocampo e as novas publicações indicam que nos adolescentes estas anormalidades são no corpo caloso (50–52).

Vários estudos descrevem que dos transtornos psicológicos/ psiquiátricos o mais prevalente é o TEPT, que é incluído nos transtornos de ansiedade. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5) para fazer um diagnóstico de TEPT em crianças de 6 anos e mais jovens, os quatro critérios a seguir devem ser observados, os sintomas devem estar presentes por mais de um mês, causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo e não ser manifestação de uma substância ou condição médica (53).

A) Exposição pessoal a morte real ou ameaça, lesão grave, ou violência sexual, pela experiência direta do evento traumático; testemunho a evento que ocorreu com outros, especialmente os cuidadores primários; ou saber que o evento traumático ocorreu a um pai ou cuidador.

B) A presença de um ou mais dos seguintes sintomas associados com o acontecimento traumático:

- 1) Memórias recorrentes, involuntárias e angustiantes do evento;
- 2) Sonhos aflitivos relacionados ao evento;
- 3) Reações dissociativas (por exemplo, flashbacks) em que a criança se sente ou age como se o evento estivesse ocorrendo;
- 4) Intensa ou prolongada angústia quando expostos a estímulos internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento;
- 5) Reação marcada a lembrança do evento.

C) Um ou mais dos seguintes sintomas:

- 1) Esquiva persistente de atividades, locais, pessoas ou situações que lembrem o evento;
- 2) Crenças negativas (medo frequente, culpa, vergonha, diminuição de participação em atividades, retração).

D) Alterações na excitação e reatividade associada ao evento traumático como evidenciado por dois ou mais dos seguintes: irritabilidade e explosões de raiva com pouca ou nenhuma provocação

- 1) Hipervigilância;
- 2) Exagerada resposta de sobressalto;
- 3) Problemas de concentração;
- 4) Perturbação do sono.

Dificuldade em lidar com eventos negativos e de adaptar-se às adversidades colaboram para instauração do transtorno (22,48,53–56).

Impactos relacionados a doenças crônicas têm sido estudados. O estudo de Mason (2016), objetivou avaliar a associação entre violência física e sexual na infância e adolescência e diabetes gestacional. O resultado apontou que 11% relataram atividade sexual forçada na infância ou na adolescência. A conclusão é que a vitimização nesta população está associada ao aumento do risco de diabetes gestacional em mulheres adultas (57).

Quando a consequência da VS sofrida é gravidez, tem se verificado que crianças e adolescentes tendem a prosseguir na gestação numa maior frequência que mulheres adultas. A interrupção legal é prevista em lei, e está disponível nos centros de referência, porém não está disponibilizada em todos os estados e a concentração dos serviços é essencialmente nas capitais, dificultando o acesso (27,58-60).

As alterações sejam elas de estrutura cerebral, de aumento de risco de doenças biológicas, psiquiátricas ou de alterações comportamentais têm sido descritas. A forma de apresentação do adolescente vítima de violência sexual, que já manifesta transtornos mentais ou alterações com prejuízos, como encoprese, enurese, hiperssexualização, uso de álcool e outras drogas, é impactante e torna evidente o pensar em violência sexual sofrida, contudo, o tratamento seja ele medicamentoso e/ou psicoterápico já deverá ser instituído de imediato na tentativa de minimizar os prejuízos relacionais, comportamentais e em consequência da qualidade de vida.

1.9. REVELAÇÃO

A revelação é considerada como momento decisivo na história da violência sexual. É a primeira e mais importante etapa, onde a vítima conta para alguém sobre a violência que sofreu ou está sofrendo, possibilitando a prevenção primária e secundária (61) e tem sido alvo de estudos nacionais e internacionais (62–65).

É conceituada de diversas maneiras, desde a narração da violência sofrida pela vítima a amigos e familiares, até entrevista durante uma consulta, arguição legal ou no curso de uma terapia (66).

O tempo transcorrido entre o início da violência e a revelação do abuso é variável. No trabalho de Lira (2017), o tempo médio foi de 12 anos (67). Muitos são os motivos da não revelação desde não entendimento de que se trata de um ato violento até o pacto de silêncio que é imposto nos abusos intrafamiliares, através das ameaças ou da transferência de culpa do agressor para vítima, que teme não ser acreditada.

A brevidade e assertividade na condução de VS revelada pode contribuir para assegurar intervenções para atuação biopsicossocial e o estabelecimento de medidas que garantam a preservação dos direitos que já foram violados. Na VS intrafamiliar a revelação tende a se dar mais tardiamente, fato justificado pelas ameaças para não revelação, sentimento de responsabilidade, culpa, temor em não ser acreditada, necessidade de retratação e medo das consequências, especialmente desestruturação do ambiente familiar. Estes fatores permeiam o pacto de silêncio tão difundido nos lares onde a violência é estabelecida.

Na caracterização da revelação ela pode ser intencional, acidental e estimulada. Na população adolescente a intencional é a mais relatada, pois as consequências advindas da violência sofrida são mais evidentes e o entendimento do ocorrido é mais claro. Estimular revelação nos ambientes de escola e saúde é fundamental para favorecer os relatos e oportunizar os encaminhamentos para a rede de apoio e proteção, para isto implementação de questões referentes a VS, ainda que não se fale da violência, nas anamneses de adolescentes podem ser um instrumento de grande relevância (68,69).

A adolescência pode ser um momento da revelação e denúncia da violência sofrida, quer seja vivenciada na infância ou na atualidade. O medo de não ser acreditado é um dos obstáculos relatados. Pouco mais de 40% dos adolescentes, em uma pesquisa, diz ter revelado a um adulto, e este foi representado por familiares, amigos e conhecidos. Os profissionais de saúde não foram citados como ouvintes da revelação. O desfecho do ato de contar foi transformado em ações, como afastamento do agressor, encaminhamento aos serviços médicos e judiciais, em 48% dos casos (70,71).

A figura materna tem sido descrita em diversos estudos como de grande importância na revelação (63-65,72,73). Instruir as mães sobre formas eficazes de explorar suspeitas e ponderar as evidências a favor ou contra o abuso pode melhorar a proteção materna e acelerar as investigações (64).

1.10. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

A prevenção do abuso sexual é de suma importância. Serviços de saúde, em parceria com outras instituições como a escola, tem papel fundamental para que crianças e adolescentes tenham acesso a informações sobre a conceituação, possam compreender situações de violação dos seus direitos e sintam-se seguras para revelar, caso o abuso já tenha ocorrido, quebrando o ciclo da violência e oportunizando a intervenção o mais precoce possível, diminuindo os impactos e em consequência, o sofrimento.

Uma revisão de artigos objetivando avaliar a precisão diagnóstica de ferramentas que identificam violência encontrou um total de 2280 artigos. Treze destes foram selecionados, dos quais sete trataram de abuso físico, quatro do abuso sexual, um abuso emocional e outro de negligência física. Em 11 estudos, os instrumentos identificaram crianças maltratadas somente quando apresentavam sintomas clínicos. A conclusão é que os instrumentos utilizados são de baixa precisão para identificação de crianças abusadas. As ferramentas identificadas não foram adequadas ao rastreio por causa da baixa sensibilidade e da identificação tardia de crianças abusadas quando elas já têm sérias consequências de maus-tratos (74).

O atendimento do profissional da saúde na prevenção da violência sexual perpetrada contra crianças e adolescentes assume uma grande importância, por estes serem profissionais que estão presentes em todos os níveis de atenção a saúde. Sensibilizar estes profissionais para que abordem a temática VS, pode ser um caminho para revelação mais tempestiva, aumentar a capacidade de reconhecer sinais e sintomas das vítimas e ter a sapiência da rede de apoio para medidas de proteção, garantia dos direitos e tratamento das possíveis consequências físicas e psicológicas.

Apesar de vários trabalhos trazerem características do perfil de adolescentes vítimas de violência sexual, há especificidades de cada região e por se tratar de temática de grande impacto tanto para vítimas como para a sociedade geral, se faz necessário obter informações, para que medidas de prevenção possam ser instituídas, objetivando orientação de pais, professores, profissionais de saúde e adolescentes focando na prevenção primária, e não negligenciando a secundária.

Caracterizar adolescentes vítimas de violência sexual, conhecendo perfil da vítima e motivos da revelação, é fundamental para qualificar profissionais na atenção primária, onde a identificação precoce terá grande impacto nas consequências advindas da violência sofrida e na atenção especializada, melhorando a qualidade da assistência prestada a estas vítimas, bem como, atuação na prevenção.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil de adolescentes vítimas de violência sexual acompanhadas no Serviço de Referência.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Identificar os adolescentes que sofreram violência sexual acompanhadas no Programa de Assistência a Vítimas de Violência da Região Oeste de Saúde no Distrito Federal;
- II. Caracterizar o agressor;
- III. Descrever o local da violência;
- IV. Descrever as circunstâncias da violência;
- V. Descrever os procedimentos realizados;
- VI. Identificar a origem do encaminhamento;
- VII. Identificar os sintomas físicos e psíquicos;
- VIII. Identificar se houve repercussão escolar e social;
- IX. Conhecer tempo e os motivos da revelação.

3. MÉTODOS

3.1. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Este é um estudo observacional, descritivo, transversal. Considerou-se importante caracterizar o perfil das vítimas com o objetivo de contribuir para a formação dos profissionais que atendem a essa população no contexto de prevenção primária e secundária da violência.

Para isso, o estudo foi dirigido a compreender alguns elementos da ocorrência da agressão, do agressor e da revelação da violência sexual em adolescentes, a saber: 1) Características das vítimas; 2) Características da agressão; 3) Sinais e sintomas; 4) características do agressor e 4) Características da revelação. Tais elementos nortearam a construção do instrumento de coleta de dados (Apêndice A).

3.2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A pesquisa foi desenvolvida nas seguintes etapas: 1) Levantamento e análise documental dos prontuários de adolescentes vítimas de violência sexual e 2) Análise das variáveis.

O estudo foi realizado no Programa de Assistência e Vigilância a Violência (PAV) da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal (DF), localizado no ambulatório II do Hospital Regional de Ceilândia, Região Administrativa do DF com maior índice de violência, o que justificou sua seleção.

A Região Oeste de Saúde é constituída pelas regiões administrativas de Ceilândia e Brazlândia; o programa atende principalmente os usuários de Ceilândia. A IX Região Administrativa do DF, constituída por Ceilândia, surgiu em 27 de março de 1971 em decorrência da Campanha de Erradicação de Favelas, possui uma área urbana de 29,10 km² e uma população estimada em 2015 de 489.351 habitantes, o que corresponde a 16% da população do DF. Dos moradores da Ceilândia, 57,95% declararam ser pardos e 36,64% brancos. Pouco mais de 16% da população é adolescente e 44,94% têm atividades remuneradas (75).

O Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV foi criado na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pela Portaria nº 141/2012, e tem como função prestar assistência a vítimas de violência, realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, oferecendo os serviços de acolhimento através do atendimento humanizado

no qual o profissional proporciona a escuta qualificada da situação enfrentada pelo usuário; vigilância com notificação dos casos e análise epidemiológica da situação de violência; atendimentos integral biopsicossocial individual, da família e em grupo. O programa tem vinte serviços distribuídos pelo DF nas 07 regiões de saúde. Todos os programas têm em comum ser identificados por um nome de uma flor, o da Região Oeste é Flor de Lótus (76).

O PAV Flor de Lótus tem uma equipe composta por 04 psicólogos, 01 enfermeira, 01 assistente social e 01 pediatra. A estratégia de assistência é realizada com acolhimento programado com base nos encaminhamentos de diversos órgãos, tais como: Ministério Público, Conselho Tutelar, CREAS, Educação, Unidade Básica de Saúde (UBS) entre outros, de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e maus tratos e mulheres vítimas de violência doméstica. O acolhimento de livre demanda é oferecido, mas por ser um serviço especializado, esta procura é menor.

No momento do acolhimento, realizado por profissionais qualificados no atendimento a pessoas vítimas de violência, de maneira individual é feita escuta do caso, em ambiente reservado, onde são extraídos dados sócio demográficos pessoais e da família e abordadas as circunstâncias da violência sofrida e suas repercussões.

O espaço físico no qual o programa está instalado é o ambulatório especializado do Hospital Regional de Ceilândia, denominado ambulatório II. O PAV tem duas salas, sendo uma ludoteca, para atendimento. Os prontuários são físicos e armazenados em armários com chave.

A primeira etapa consistiu na análise documental através da revisão de prontuários de adolescentes que sofreram violência sexual. A análise dos prontuários foi realizada pelo pesquisador principal e possibilitou o preenchimento da ficha de coleta de dados (Apêndice) com dados retrospectivos.

Os riscos aos pacientes proporcionados por este estudo foram mínimos, pois a pesquisa envolveu uma análise retrospectiva de prontuários sem intervenção no estado de saúde dos envolvidos. Mesmo diante desse fato, como medida preventiva e objetivando a redução dos possíveis riscos advindos desta pesquisa, a análise dos prontuários foi realizada exclusivamente dentro do ambulatório II, em sala específica, durante o horário de funcionamento, para garantir a integridade e sigilo das informações contidas nos prontuários.

Os critérios de inclusão foram: ser adolescente de acordo com critérios da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde (ter idade entre 10 e 19 anos), ter sofrido violência sexual e estar sendo ou ter sido atendido no programa no período em análise.

Para tanto, foi usado uma amostra de 90 adolescentes, de ambos os sexos. Os participantes foram selecionados de forma não-probabilística intencional por quotas.

O universo de estudo é composto por adolescentes que já tiveram a violência notificada aos órgãos competentes. Foi preenchido um questionário (Apêndice) baseado nos prontuários das vítimas atendidas no período de julho de 2017 a junho de 2018.

O preenchimento do apêndice A possibilitou a obtenção de informações referentes às seguintes categorias e variáveis:

- I. Identificação;
- II. Composição familiar;
- III. Procura do Serviço e Instituições que encaminharam;
- IV. Procedimentos realizados;
- V. Circunstâncias da violência;
- VI. Sobre o Agressor e a vítima;
- VII. Local da violência;
- VIII. Sintomas físicos;
- IX. Sintomas psíquicos;
- X. Repercussão escolar e socialização;
- XI. Revelação.

Essas categorias e suas variáveis foram utilizadas com o objetivo de traçar o perfil dos adolescentes incluídos no estudo. Para isto, foram analisadas através de estatística descritiva frequência, média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação.

Os testes Qui-quadrado e teste exato de Fisher foram utilizados a fim de verificar a associação entre variáveis da categoria circunstâncias da violência e categoria sintomas psíquicos e entre as variáveis comportamento autodestrutivo/ideação suicida e tipo de violência. Para isto foi adotado intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

Os dados foram armazenados em banco de dados no Microsoft Excel e analisados através do SAS Enterprise Guide 5.1. Todos os dados foram anonimizados de forma a garantir o sigilo dos participantes.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Para realização da pesquisa foram respeitados princípios bioéticos das resoluções 466/12 do Ministério da Saúde e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando: a dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade; a ponderação entre riscos e benefícios.

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa e aprovado sob nº CAAE:
92506618.0.0000.8027 e 92506618.0.3001.5553.

4. ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conjunto de dados analisados consiste em informações de 90 vítimas de violência, obtidas por meio do preenchimento do apêndice, em anexo.

O objetivo desta seção é descrever as características básicas dos resultados da pesquisa, incluindo alguns cruzamentos em tabelas a fim de resumir e caracterizar o perfil dos adolescentes, comparando os achados com dados da literatura.

4.1. IDENTIFICAÇÃO

4.1.1 Sexo e Raça

A descrição das variáveis dispostas na tabela 1 apresentam a frequência absoluta e a frequência relativa das variáveis sexo por raça. Uma inspeção nesta tabela permite concluir que a grande maioria das vítimas são do sexo feminino e da raça parda. Os resultados mostraram que 84,44% das vítimas são mulheres e que 75,56% das vítimas se auto reconhecem como parda. Marconi et al (77), encontrou no seu estudo que 56,5% eram de pele negra e 77,1% eram do sexo feminino. No boletim epidemiológico do MS 2018 (78) mais de 90% eram do sexo feminino e metade tinham como raça a negra. Enquanto em estudo de Platt et al (79), a maioria era do sexo feminino e branca.

A predominância do sexo feminino parece ser consenso na literatura (24,28,77,80–83) e foi observada no nosso estudo; este fato, talvez, esteja fulcrado nas questões de gênero que são muito arraigadas na nossa sociedade, colocando as mulheres em posição de objeto sexual e centro de interesse dos agressores, ou em mitos, como pensar que o abuso em meninos é menos comum, bem como, os prejuízos ao desenvolvimento sejam menores. Fatores culturais, nos quais a violência sexual masculina é banalizada, enquanto a ocorrência da violência sexual feminina é prevista podem influenciar para que a revelação seja dificultada e em consequência a subnotificação seja ainda maior.

O interesse de estudar violência em meninos vem crescendo, pois as consequências são similares as encontradas nas meninas (84,85). Números da UNICEF (23) demonstram lacuna em dados sobre este grupo populacional. Quarenta países têm estatísticas comparáveis sobre violência sexual contra meninas e apenas sete têm dados comparáveis sobre violência sexual contra meninos. Quanto ao quesito raça as divergências encontradas poderiam ser justificadas pelas diferenças sociais e perfis populacionais entre os estados.

Tabela 1 - Descrição da Variável Sexo por raça

Cor	Sexo		Total	Total %
	Feminino	Masculino		
Branca	11	1	12	13
Indígena		1	1	1
Parda	56	12	68	76
Preta	9		9	10
Total	76	14	90	100
Total %	84,44	15,56	100	

Fonte: Própria autora

4.1.2 Idade por sexo

Os dados da tabela 2 mostram a distribuição de idade por sexo. Enquanto as informações da tabela 3 mostram que a média de idade do sexo feminino é de 13,80 anos, e 50% das meninas têm 13,50 anos ou menos (mediana), o que indica uma quantidade maior de adolescentes do sexo feminino, entre 11 e 16 anos. Cabe destacar a inversão deste cenário no caso dos meninos, que quanto maior a idade menor a incidência de violência. A média de idade do sexo masculino é de 12,64 anos, 50% têm 13 anos ou menos (mediana).

Assim, é importante considerar que a mediana e a média referente à idade de vítimas de violência do sexo feminino é maior que a mediana encontrada para os casos de violência entre o sexo masculino (tabela 3).

Tabela 2 - Descrição da Variável Idade por Gênero

Idade	Feminino	Masculino	Feminino %	Masculino%
10	2	4	2,63	28,57
11	10	1	13,16	7,14
12	14	1	18,42	7,14
13	12	3	15,79	21,43
14	11	1	14,47	7,14
15	6	3	7,89	21,43
16	10	1	13,16	7,14
17	8		10,53	
18	2		2,63	
19	1		1,32	
Total	76	14	100,00	100,00

Fonte: Própria autora

Tabela 3 - Estatísticas das Variáveis Idade por Gênero

	Casos válidos	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Feminino	76	13,80	2,20	10,00	12,00	13,50	16,00	19,00
Masculino	14	12,64	2,17	10,00	10,00	13,00	15,00	16,00

Fonte: Própria autora

Os dados da Tabela 4 mostram a distribuição de idade do acontecimento da violência por sexo. As informações da Tabela 5 mostram que a média de idade real do sexo feminino é de 11,93 anos, e 50% das meninas têm 12 anos ou menos (mediana), o que indica uma quantidade maior de adolescentes do sexo feminino, entre 11 e 13 anos. Cabe destacar a inversão deste cenário no caso dos meninos, que quanto maior a idade menor a incidência de violência. A média de idade do sexo masculino é de 11 anos, 50% dos respondentes têm 12 anos ou menos (mediana).

Assim, é importante considerar que a mediana e a média referente à idade real de vítimas de violência do sexo feminino é maior que a mediana encontrada para os casos de violência entre o sexo masculino.

Tabela 4 - Descrição da Variável Idade real por Gênero

Idade	Feminino	Masculino	Feminino %	Masculino%
5	2	0	2,63	
6	4	1	5,26	7,14
7	1	0	1,32	
8	3	0	3,95	
9	4	3	5,26	21,43
10	4	2	5,26	14,29
11	12	3	15,79	21,43
12	10	2	13,16	14,29
13	17	0	22,37	
14	6	1	7,89	7,14
15	6	2	7,89	14,29
16	3	0	3,95	
17	2	0	2,63	
18	1	0	1,32	
19	1	0	1,32	
Total	76	14	100,00	100,00

Fonte: Própria autora

Tabela 5 - Estatísticas das Variáveis Idade real por Gênero

	Casos válidos	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Feminino	76	11,93	2,96	5	11	12	13,25	19
Masculino	14	11,00	2,51	6	9,25	11	12	15

Fonte: Própria autora

A média e a mediana da idade da violência sofrida em meninas são em torno de 12 anos, fato talvez justificável devido desenvolvimento puberal e por já possuir caracteres sexuais secundários, contudo a chegada ao serviço de saúde só ocorreu após uma média de 18 meses. Nos meninos este dado é encontrado em um estágio de desenvolvimento biopsicossocial mais prematuro, talvez pela impossibilidade de defesa. Os meninos em idade mais adiantada, devido possivelmente ao desenvolvimento e força física podem dificultar a ação dos agressores. Tais resultados são comparáveis a outros trabalhos (24,28,81–83). No nosso estudo os meninos têm entrada dois anos após a violência sofrida, mais tardio quando comparado às meninas.

Embora se discuta que a idade que a vítima sofreu violência influencia nas consequências, não se sabe ao certo em qual idade este prejuízo é maior. Talvez, crianças mais novas tenham mais dificuldades em reconhecer a relação abusiva e o tempo transcorrido entre a violência e a revelação seja maior, o que poderia estar associado a maiores impactos; contudo isoladamente a variável idade não é descrita como conclusiva quando se avalia consequências do abuso.

Nossa amostra teve uma variação grande de idade dos 5 aos 19 anos, concentrando na adolescência, seja da ocorrência, seja da revelação. Contudo, avaliando a variável sexo o feminino teve maior ocorrência entre 11 e 13 anos.

4.1.3 Renda familiar

As famílias da maioria das vítimas (58,89%) não recebem nenhum benefício do governo. Entretanto, 27,78% recebem Bolsa Família, conforme tabela 6.

De acordo com os dados da tabela 7, 43,33% das famílias das vítimas residem em casas alugadas, enquanto 38,89% tem casa própria.

Tabela 6 - Descrição da Variável Benefício

	BPC	Bolsa família	Outro	Não recebe benefício	Total
Família recebe benefício	7	25	5	53	90
	7,78%	27,78%	5,56%	58,89%	100,00%

Fonte: Própria autora

Tabela 7 - Descrição da Variável Situação Habitacional

Situação habitacional	Frequência	%
Alugada	39	43,33
Cedida	7	7,78
Sem informação	9	10,00
Própria	35	38,89
Total	90	100,00

Fonte: Própria autora

Baixo nível socioeconômico tem sido associado na literatura a fatores de risco familiares para ocorrência do abuso sexual (88,89). Em paralelo, diversos estudos evidenciam que a violência atinge todos os estratos sociais (71,88,89).

Nosso estudo não quantificou renda familiar por número de salários mínimos, porém a maioria dos participantes mora em casa alugada e não recebe benefício. Estas variáveis não possibilitam isoladamente definir a renda familiar, entretanto, a literatura demonstra que nos casos de violência sexual as famílias geralmente têm baixa renda e esta é descrita como inferior a 05 salários mínimos (71,90,91).

Sabemos que na região onde o estudo foi realizado, segundo dados da CODEPLAN (Companhia de Planejamento do Distrito Federal) no ano de 2015, a renda média dos moradores era de 3,9 salários mínimos, sendo que na área onde os índices de violência são maiores, conhecida como Sol Nascente, mais de 40% da população não tem atividade remunerada (92).

A influência comunitária nas vidas das famílias é muito expressiva e, pertencer a um contexto despossuído de recursos e oportunidades econômicas, educacionais, profissionais e sociais, pode ser um fator de risco. Diante disso, o entendimento da dinâmica familiar e de sua inclusão comunitária é essencial para que se compreenda mais adequadamente a violência sofrida e suas mais amplas repercussões.

4.1.4 Escolaridade Materna

Os dados relativos à variável “Escolaridade Materna” revelam que um pouco mais da metade das mães das famílias dos entrevistados não chegaram a concluir o Ensino Fundamental. Considerando a educação até o Ensino Médio, 28,89% das mães chegaram a concluir esse nível. Menos de 10% chegaram a começar uma faculdade e somente 7,78% das mães das famílias concluíram o Ensino Superior (tabela 8).

Tabela 8 - Descrição da Variável Escolaridade Materna

Escolaridade	Frequência	%	% Acumulado
Sem informação	16	17,78	17,78
Analfabeta	3	3,33	21,11
Fundamental incompleto	28	31,11	52,22
Fundamental Completo	5	5,56	57,78
Médio Incompleto	4	4,44	62,22
Médio Completo	26	28,89	91,11
Superior incompleto	1	1,11	92,22
Superior	7	7,78	100,00
Total	90	100,00	

Fonte: Própria autora

Se observarmos a escolaridade materna, menos de 10% iniciaram ou concluíram o ensino superior; a maior porcentagem se concentra no fundamental incompleto. Autores citam associação entre baixa escolaridade materna e violência (93), o que corrobora com nossa amostra. Marra e Costa (2016) encontraram em sua amostra que a escolaridade média dos membros da família das vítimas de violência era ensino fundamental (90).

A variável escolaridade dos familiares pode ter viés, pois a maioria dos trabalhos se baseia em dados coletados de serviços públicos de saúde e de centros de referência de assistência social, onde a renda das famílias é mais baixa e a oportunidade de melhor escolarização é menor.

4.2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Em relação à composição do grupo familiar, a maioria tem somente a figura materna (56,67%). O núcleo familiar composto de pai e mãe representa apenas 26,67% da amostra.

Somente 2,22% das famílias têm exclusivamente a figura do pai. Outras estruturas familiares representam 14,44%, nesses não se tem a presença do pai ou da mãe (tabela 9).

Tabela 9 - Descrição da Variável Composição da família

	Pai e Mãe	Somente Mãe	Somente Pai	Outros	Total
Composição da família	24	51	2	13	90
	26,67%	56,67%	2,22%	14,44%	100,00%

Fonte: Própria autora

No que se refere à variável Responsável, conforme apresentado na tabela 10, 78,89% tem como responsável pelo núcleo familiar a mãe, e em segundo lugar com 8,89% a figura da responsável está representada na figura da avó.

Tabela 10 - Descrição da Variável Responsável

Responsável	Frequência	%
Mãe	71	78,89
Avó	8	8,89
Tia	5	5,56
Pai	3	3,33
Maior de idade	2	2,22
Estado	1	1,11
Total	90	100,00

Fonte: Própria autora

A constituição familiar tem inúmeras variáveis na atualidade. Verificamos que presença da figura materna assume grande relevância no nosso estudo. No estudo de Botucatu a constituição pais e irmãos é responsável por 27,78% dos casos e outra estrutura 62,5% (94). Na tese de De Paula (2011), a composição familiar mais frequente foi a matrifocal (73,3%), assim como o nosso, onde a presença exclusiva da mãe é a principal, seguida do núcleo mãe/pai em 20% e outras formações como tia/tio em 6,7% (95). Velho (2012) ratifica esses dados no seu trabalho, quando encontra que a maioria vive com a mãe (40,1%), seguido dos pais (20%), somente o pai, instituição de acolhimento e outros familiares tem a mesma porcentagem (13,3%) (93).

No trabalho de Marra e Costa (2016) que caracterizou o perfil de 15 famílias de baixa renda atendidas pelo CREAS, foi possível evidenciar que as famílias são chefiadas por mulheres, que as mães são as responsáveis e por isso assumem um papel fundamental no contexto da violação dos direitos dos seus filhos, desde a suspeição, até revelação e acompanhamento nos serviços de proteção e atenção (90).

A família é caracterizada por indivíduos agrupados que usufrui de uma posição ímpar na organização da vida afetiva dos indivíduos. Permeia uma relação de sentimentos, papéis e funções que objetiva o cuidar. Evolutivamente a família vem sofrendo transformações e rearranjos. A matrifocalidade tem sido descrita como difícil, pois a mãe assume sozinha a responsabilidade pelos laços afetivos e todas as necessidades da ordenação familiar (96). Neste contexto, as mães precisam trabalhar mais, ficam menos tempo em casa, acompanham menos o desenvolvimento e o cuidado dos seus filhos e neste cenário os riscos e vulnerabilidades, entre eles a violência sexual, aumentam.

4.3. PROCURA DO SERVIÇO E INSTITUIÇÕES QUE ENCAMINHARAM

É possível apreender, com base nos dados evidenciados na tabela 11, que a distribuição de Procura do Serviço é altamente assimétrica – por exemplo: enquanto há 87 registros de encaminhamentos, somente três foram caracterizados como Livre Demanda. A instituição que apresenta maior número de encaminhamentos foi o Conselho Tutelar, com mais da metade dos adolescentes, em seguida foram os hospitais e o IML (Instituto Médico Legal).

O Distrito Federal inaugurou o Centro de Atendimento Integrado 18 de Maio em outubro de 2016, objetivando atuação conjunta para atendimento humanizado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Entende-se que a aproximação entre a rede de proteção e responsabilização pode evitar a revitimização, pois num único espaço e momento a vítima seria ouvida e esta escuta fundamentariam os atendimentos psicossociais e as medidas legais para responsabilização do agressor. Porém, observamos baixa frequência de encaminhamento deste serviço para acompanhamento na nossa amostra.

Tabela 11 - Descrição das Variáveis Procura do Serviço por Instituições que encaminharam

Instituições que encaminharam	Encaminhado	
	Frequência	%
CI 18 maio	4	4,60
Conselho Tutelar	47	54,02
CREAS	1	1,15
Delegacia Circunscricional	4	4,60
DPCA	1	1,15
Escola	2	2,30
Hospitais	16	18,39
IML	15	17,24
Ministério Público	2	2,30

Outros PAVs	3	3,45
TJDFT	4	4,60
UBS	4	4,60
Outros	1	1,15
Total de Caso	87	

Fonte: Própria autora

Legenda:

CI 18 de maio: Centro Integrado 18 de maio

CREAS: Centro de Referência Especializado em Assistência Social

DPCA: Delegacia de Proteção Criança e Adolescente

IML: Instituto Médico Legal

PAV: Programa de Assistência Violências

TJDFT: Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

UBS: Unidade Básica de Saúde

A rede de apoio é de fundamental importância no contexto da violência sexual, seja na proteção, no tratamento, apoio médico e psicológico, ou na responsabilização. No nosso estudo, o conselho tutelar foi o principal órgão que encaminhou, e em sua maioria o principal procurado no momento da denúncia da violência, fato, também, evidenciado no trabalho de Habigzang et al (97).

O conselho Tutelar (CT) é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, tem como atribuição o atendimento direto de denúncias, o diagnóstico da realidade de violação de direitos, o monitoramento do Sistema de Garantia de Direitos e o atendimento direto de serviços. Os Conselhos Tutelares foram criados no país a partir da implementação do ECA pela Lei nº 8069/90 (34). O CT como porta de entrada dos casos de violência sexual é observado em outros trabalhos, demonstrando que houve melhoria neste serviço em relação a procura, reconhecimento, atuação, capacidade de registro e atuação em rede (98).

A rede de apoio efetiva é de extrema relevância, sendo descrita como minimizadora dos efeitos negativos da violência sofrida, principalmente no instante do acolhimento. Autores destacam que a comunicação adequada entre os diversos órgãos que atuam no atendimento às vítimas adolescentes de violência sexual, associada a medidas eficazes de proteção e acompanhamento psicológico, são essenciais no enfrentamento e no prognóstico da vida das vítimas e suas famílias (97,99).

A rede de apoio às crianças e adolescentes vítimas de violência da região onde o estudo foi realizado tem uma comunicação constante e permanente. Reuniões periódicas são realizadas para discussão de casos, além do contato por via eletrônica e telefônica; isto tem favorecido a melhoria da assistência e a não repetição de idas a órgãos, contribuindo para diminuição da revitimização.

4.4. PROCEDIMENTOS REALIZADOS

4.4.1 Procedimentos estabelecidos pelo ECA

Os dois procedimentos com maior indicativo de realização de acordo com os dados dispostos na tabela 12, foram a Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial (65,56%) e o procedimento de Orientação, apoio e acompanhamento temporários (54,44%).

Acolhimento institucional e colocação em família substituta tiveram apenas um caso cada um (2,22%). Intervenção com solicitação de matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental foi pouco descrito com uma estatística de dois casos.

Tabela 12 - Descrição da Variável de Procedimentos Realizados

Procedimentos realizados	Frequência	%
Acolhimento institucional	1	1,11
Colocação em família substituta.	1	1,11
Encaminhamento aos pais ou responsável	3	3,33
Inclusão em programa de acolhimento familiar.	2	2,22
Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.	0	
Inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente.	1	1,11
Matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental	2	2,22
Orientação, apoio e acompanhamento temporários	49	54,44
Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial.	59	65,56
Total de Casos	90	100,00

Fonte: Própria autora

Os procedimentos realizados estão descritos no ECA e orientação e requisição de tratamento foram os mais prevalentes no estudo. No trabalho de Habiggzang et al (97) abrigagem (98,6%), tratamento psicológico (32,4%), colocação em outra família (31,1%), departamento de polícia (25,7%), IML (9,5%), termo de responsabilidade/guarda a outros parentes (9,5%) e hospital (6,9%) são os mais prevalentes. Abrigamento ou acolhimento institucional não foi um dado relevante na nossa amostra, isto pode ser justificado ou porque os usuários que chegaram para atendimento permanecem com a família ou por não ser este um procedimento frequente na região.

“O acolhimento institucional é uma medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade” de acordo com o ECA em seu artigo 101(34).

O estudo de Carinhanha e Penna (2012), que avaliou a vivência da violência de adolescentes em situação de acolhimento institucional, demonstrou que mais da metade tem dificuldade em reconhecer a violência a qual foram submetidas e que desencadeou a atual situação. Apesar de conseguirem identificar os vários tipos de violência existente, quando se fala sobre a perpetrada por pessoas que teriam função de proteger e cuidar, como seus familiares, um misto de necessidade de guardar e esconder são evidenciados. A necessidade de quebra do ciclo da violência sofrida é compreendida, mas de alguma forma se sentem penalizados pela revelação, uma vez que, foram afastados de seus familiares e muitas vezes estão sozinhos, num ambiente desconhecido e que a violência muitas vezes, ainda, é mantida nestas instituições; neste contexto a família não conseguiu manter um ambiente capaz de proteger e cuidar e o Estado, como alternativa, não foi diferente (100).

4.4.2 Procedimentos profiláticos nos serviços de saúde

As informações que compõem a Tabela 13, mostram que 81,11% das vítimas não fizeram uso de kit de profilaxia. Todavia, que 15 (16,67%) dos adolescentes, do sexo feminino, fizeram o uso de anticoncepção de emergência, IST não viral e HIV.

Tabela 13 - Descrição da Variável Kit Profilaxia

Kit profilaxia	Frequência	%
Anticoncepção de emergência/ IST não viral/ HIV	15	16,67
IST não viral/ HIV	2	2,22
Não fez uso	73	81,11
Total	90	100,00

Fonte: Própria autora

A profilaxia é indicada quando a vítima sofreu violência em até 72 horas ou quando sofria violência crônica por um autor e nas últimas 72 horas o agressor foi diferente. No nosso trabalho, 19 adolescentes revelaram a violência neste tempo e 17 (89,4%) fizeram profilaxia; 15 meninas e 02 meninos. A grande maioria 81,11% revelaram após este prazo, não sendo oportunizada a profilaxia o que é mais comum na violência em adolescentes, corroborando com o trabalho de Chehab et al (81). No estudo de Florianópolis com dados de notificação de 2008 a 2014 a maioria das vítimas não fez profilaxia para IST (71,7%), para HIV (72,9%) ou hepatite

B (78,6%) (79). No norte do país não é diferente, de acordo com dados de 2011 a 2015, de Porto Velho, não fizeram profilaxia para IST 73,4%, 79,3% para HIV, 82,4% para Hepatite B, 86,3% anticoncepção de emergência (82).

No Brasil, desde 2013 os serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual foram classificados em quatro categorias desde atenção ambulatorial em UBS aos especializados nos hospitais (78).

No atendimento a vítimas por decreto deve-se prestar: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico e seguimento ambulatorial (41). A realização das profilaxias é fundamental, pois minimiza riscos de IST, entre elas o HIV, e a gravidez não desejada, devendo ser conhecida pelos profissionais e disponibilizada nos serviços de emergência.

Na região oeste de Saúde do DF há 03 portas de entrada para disponibilização da profilaxia, sendo 02 hospitais secundários e uma Unidade de Pronto Atendimento. Em todas elas há um receituário padrão, inclusive com doses de antirretrovirais já calculadas para os menores de 12 anos, facilitando e agilizando o atendimento para não perder a janela de oportunidade.

Com base no exposto e considerando as demais análises, destacamos que os próximos dados serão realçados a partir do espectro de maior valor, com destaque mais para tom de vermelho e o menor valor para o tom mais para o verde, de acordo com a Figura 6.

Figura 6 - Espectro de cores dos menores valores para os maiores valores



4.5. SOBRE O AGRESSOR E A VÍTIMA

Sobre os dados dos agressores, a tabela 14 procurou identificar se o agressor tem vínculo de parentesco e se, caso não fosse parente, seria um conhecido. Também destaca se a vítima tinha ou não contato com o agressor. Entre os parentes, o principal agressor é o padrasto, de acordo com os dados registrados na tabela, e entre os não-parentes, o principal agressor é um amigo da família.

Tabela 14 - Descrição das Variáveis Sobre o Agressor

		Frequência	%	Total %	Ainda tem contato com o agressor
Qual o parentesco?	Avô	2	2,22	53,33	1
	Irmão	7	7,78		5
	Mãe	2	2,22		2
	Padrasto	12	13,33		5
	Pai	10	11,11		4
	Primo	9	10,00		2
	Tio	6	6,67		0
Se não for parente é um conhecido?	Amigo da Família	22	24,44	36,67	5
	Namorado	2	2,22		1
	Pedófilo	1	1,11		0
	Profissional da Educação	2	2,22		2
	Vizinho	6	6,67		2
Não é nem parente e nem conhecido		9	10,00	10,00	0
Total		90	100,00	100,00	29

Fonte: Própria autora

Os dados mostram que 53,33% das vítimas tinham como agressor um parente e que no que se refere às vítimas cujo agressor não é parente, mas conhecido, esses percentuais decaem para 36,67%. Noventa por cento dos agressores eram conhecidos das vítimas. O agressor em 97,77% foi do sexo masculino, conforme tabela 15.

Tabela 15 - Descrição das Variáveis Idade e Sexo do Agressor

Idade	Masculino	Feminino
14 – 19	20	0
20 – 25	8	0
26 – 31	8	1
32 – 37	9	0
38 – 43	7	0
44 – 49	7	1
50 – 55	4	0
56 – 61	1	0
Maior que 61 anos	2	0
Não informado	22	0
Total	88	2

Fonte: Própria autora

Os achados de agressor do sexo masculino e pessoa do convívio próximo ao adolescente corroboram com os de outros estudos (24,28,78-83). O predomínio de agressor do sexo masculino parece estar associado a questões de gênero, reforçando um padrão de uma

sociedade patriarcal e de uma cultura de afirmação de uma identidade masculina hegemônica, baseada no uso da força e do poder (101).

Em relação ao vínculo, os agressores em sua maioria são da família ou conhecidos da vítima, pessoas de confiança, que convivem com a vítima e sua família e se valem da relação de poder, aproximando-se de forma gradativa. Isso pode ser interpretado pelo adolescente como ato de carinho e proteção, dificultando a identificação da violência sofrida, pois o adolescente demora a entender que esta relação é abusiva. Posteriormente, o agressor utiliza, muitas vezes, da imaturidade e a posição vacilante da vítima para pactuar o silêncio. A não revelação por temer desestruturação familiar, por ameaça e em consequência o medo de dano a pessoas que ama, faz do adolescente um refém; aliado a esta posição, a culpa e pavor de não ser acreditado corrobora para dificuldade na notificação e investigação (27).

São muitos os estudos sobre perfil do agressor. Martins (2010) destaca no seu trabalho o padrasto como principal agressor (30,1%), seguido de outros parentes, vizinhos, desconhecidos, amigos da família e o pai (7%) (24). Pai e padrasto também são descritos como agressores com maior prevalência em outros trabalhos (81,102,103), sendo congruente com os achados que encontramos, que destacam padrasto e pai como principais autores da violência intrafamiliar.

A figura paterna é descrita como importante para o desenvolvimento cognitivo e social, implicando sua presença como facilitadora da capacidade do filho aprender e se relacionar na comunidade (104,105). A literatura mostra que a presença de forma efetiva do pai na vida do filho é promotora de importantes aquisições como autoestima, autonomia, segurança e estabilidade emocional (106). Estudo em adolescentes tem evidenciado que a ausência paterna está associada a maiores índices de delinquência, uso precoce de álcool e outras drogas e de obesidade (107).

O pai e pessoas que se propõe a colaborar com esta função, como o padrasto, exercem um papel de cuidador, são vistos pelos filhos como protetores e intermediadores dos seus ensinamentos com a mãe, são um elo importante, além de serem agentes para estabelecimento de limites claros, com amorosidade e comunicação eficaz e afetiva.

Considerando pai e padrasto como os principais autores de violência sexual em adolescentes, entende-se que a relação de confiança estabelecida entre as partes, bem como a diferença de poder, são pilares para a facilitação da abordagem que, muitas vezes, são envolvidas em sedução. Quando o adolescente identifica a relação violenta ou se sente desconfortável e deseja não mais a continuidade ou diz que irá relatar para alguém, incorre sofrer com ameaças e a violência psicológica indo desde a incerteza se será acreditado até ser

colocado na posição de culpado. Este contexto de dualidade, onde quem deveria proteger é o responsável pela agressão, é responsável pela manutenção do segredo e das complicações psicológicas.

Merece destaque observar que nesta amostra 29 (32,22%) dos agressores ainda mantém contato com a vítima. Em números relativos, a figura do irmão, sendo agressor, é o que foi mais frequente, além do pai e do padrasto.

A manutenção do contato foi descrita por Wolf (1998) entre abusador e vítima com vínculo pai/filho como possível quando a vítima não esteja apresentando TEPT e ambos estejam em terapia (108).

4.5.1 Idade e Sexo do Agressor

A respeito da variável “idade do agressor” as informações da Tabela 20 mostram que 22 agressores não tiveram sua idade informada. A maioria das idades dos agressores informado estão entre 14 e 19 anos. De acordo com os dados constantes da idade dos agressores informados (casos válidos), variam entre 14 e 72 anos, com uma média de idade de 31,38 anos, mediana de 29,5 e um desvio padrão de 13,91 (tabela 16).

Tabela 16 - Estatística das Variáveis da Idade do Agressor

	Casos válidos	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Idade	62	31,38	13,91	14	18	29,50	40	72

Fonte: Própria autora

Em relação à idade do agressor há grande variação, sendo mais frequente no nosso estudo os agressores adolescentes entre 14 e 19 anos, contudo a média de idade foi cerca de 31 anos. Autores encontraram idade de 40 anos e mais como a mais frequente em estudo de Londrina (24), outros entre 25 e 49 anos (109). Soares (2016) encontrou uma idade média de 36 anos, com variação de 13 anos, parecido com nosso trabalho (103). A idade do agressor é muito variável, entretanto, a quarta década de vida foi vista como a mais frequente nas descrições.

Nossos achados demonstram o agressor adolescente em 20 casos (29,41%), considerando o total de dados onde a informação do agressor foi preenchida. No trabalho de Santos et al, os agressores adolescentes menores de 18 anos completos foram responsáveis por quase 19% dos casos, e as vítimas geralmente são crianças (109).

DeLisi et al (2014) avaliaram dados de 2520 jovens infratores encarcerados e seus dados sugerem que ter sido vítima de abuso sexual na infância aumenta a probabilidade posterior de ser agressor sexual em quase seis vezes (110).

Necessitamos entender melhor porque indivíduos em estágio de desenvolvimento que demandam proteção e cuidado estão violando direitos. Ter sido vítima na infância parece ser um fator de risco para o adolescente agressor, mas não explica a totalidade dos casos e o estudar melhor este grupo populacional é necessário para melhor compreender.

Contudo, evidenciamos agressores em uma amplitude de idades e, portanto, o indicador idade não é parâmetro para avaliar risco ou proteção.

4.5.2 Agressor: uso de álcool e outras drogas na percepção da vítima

A referência descrita na tabela 17 mostra que, em 41,11% dos casos, a vítima declarou que o agressor não fez uso de álcool ou outra droga e que 40% das vítimas não sabem se houve ou não esse uso de álcool ou outra droga.

Tabela 17 - Descrição da Variável Uso de Álcool ou Outras Drogas

	SIM	NÃO	DESCONHECE	TOTAL
Agressor fez uso de álcool ou outras drogas?	17 18,89%	37 41,11%	36 40,00%	90 100,00%

Fonte: Própria autora

O uso de álcool e outras drogas pelo autor da violência tem sido descrito como de maior gravidade, piores consequências para as vítimas e ocorrência de múltiplos momentos.

Autores descrevem dados similares ao que nós encontramos: baixa prevalência do uso de álcool e outras drogas pelo agressor (28,77,82), entretanto, o desconhecimento do uso e a necessidade da percepção pela vítima podem ser um viés de informação. Platt (2018) descreveu no seu trabalho que quase 70% dos agressores não haviam consumido álcool no momento do abuso (79).

Como a análise foi realizada a partir da percepção da vítima esses dados tem menor fidedignidade, pois se trata de fato pregresso, de difícil lembrança por causa dos sentimentos envolvidos. Ademais, o agressor é conhecido da vítima, na maioria dos casos, e tem a sua confiança, o que talvez justifique a não necessidade do uso de álcool e outras drogas no momento do evento.

4.5.2 Vítima: Passado e frequência do abuso

De acordo com amostra, 10% dos entrevistados declararam que já haviam sofrido abusos anteriormente, e 58,89% das vítimas sofreram abusos múltiplos (tabelas 18 e 19).

Tabela 18 - Descrição da Variável Sobre Abuso Anterior

	SIM	NÃO	Não respondeu	TOTAL
A vítima já sofreu abuso anteriormente?	9	80	1	90
	10,00%	88,89%	1,11%	100,00%

Fonte: Própria autora

Tabela 19 - Descrição da Variável Sobre o Abuso (momento)

	ÚNICO	MÚLTIPLOS	Não respondeu	TOTAL
Sobre o abuso (momento)	36	53	1	90
	40,00%	58,89%	1,11%	100,00%

Fonte: Própria autora

A violência em adolescentes, por ser em sua maioria por conhecidos e integrantes da família, tende a ter múltiplos episódios. Nossos resultados demonstraram que em quase 60% a ocorrência foi mais de uma vez. Teixeira et al (2013) encontrou que 59% relataram ter sofrido múltiplos momentos de violência, na sua maioria pelo mesmo agressor (71).

Em paralelo, autores relatam que mais da metade das vítimas sofreu apenas 01 episódio, contudo a porcentagem dos episódios múltiplos, quatro ou mais vezes, é muito relevante, com média de 40%, o que caracteriza o aspecto insidioso da violência contra adolescentes, que temem a verbalização e as consequências advindas da fala, prolongando a revelação e permitindo reiteradamente os múltiplos momentos (24,71,81). Nosso estudo 10% das vítimas tinham sofrido abuso anterior. Estudo internacional encontrou prevalência maior, contudo as vítimas não eram só adolescentes (111).

4.6. CIRCUNSTÂNCIAS DA VIOLÊNCIA

As circunstâncias das violências, sofridas pelas vítimas, nem sempre estão isoladas. Desta forma, foi realizado teste de associação das variáveis referentes às várias circunstâncias da violência. Os indicadores descritos na tabela 20 mostram que a violência psicológica é a que tem maior representatividade e que, em grande parte, não houve reação da vítima. Exploração sexual teve baixa frequência com apenas três casos.

Tabela 20 - Descrição das Variáveis Circunstâncias da Violência

	Vítimas sem reação	Violência com uso de força	Violência psicológica	Uso de Álcool e/ou outras drogas pela vítima	Sedução	Sob ameaça com uso de armas	Intoxicação exógena/envenenamento	Exploração sexual
Tabela 21 - continuação								
Vítimas sem reação	44	21	30	7	11	7	5	3
	Vítimas sem reação	Violência com uso de força	Violência psicológica	Uso de Álcool e/ou outras drogas pela vítima	Sedução	Sob ameaça com uso de armas	Intoxicação exógena/envenenamento	Exploração sexual
Violência com uso de força		28	19	4	5	8	2	1
Violência psicológica			47	5	18	9	3	3
Uso de Álcool e/ou outras drogas pela vítima				9	4	0	4	1
Sedução					26	2	2	2
Sob ameaça com uso de armas						9	0	1
Intoxicação exógena/envenenamento							5	1
Exploração sexual								3

Fonte: Própria autora

Para a análise das informações constantes da tabela 20 foi realizado o teste de associação Qui-quadrado para verificar a existência ou não de relação entre dois tipos de Circunstâncias da Violência. Os dados apresentados na tabela 21 mostram os valores de significância (p-valor) dos testes de associação Qui-quadrado e do teste exato de Fisher.

Tabela 22 - P-valores do Teste de Associação das Variáveis Circunstâncias da Violência

Violência com uso de força	Violência psicológica	Uso de Álcool e/ou outras drogas	Sedução	Sob ameaça com uso de armas	Intoxicação exógena/envenenamento	Exploração sexual

Tabela 23 - continuação

			pela vítima				
Vítimas sem reação	0,0009	0,0030	0,0676	0,4260	0,0865	0,0247a	0,1127
Violência com uso de força	---	0,0460	0,3624	0,1207	0,0002	0,6445	0,9999
Violência psicológica		---	1	0,0395	0,0024	0,9999	0,2430
	Violência com uso de força	Violência psicológica	Uso de Álcool e/ou outras drogas pela vítima	Sedução	Sob ameaça com uso de armas	Intoxicação exógena/envenenamento	Exploração sexual
Uso de Álcool e/ou outras drogas pela vítima			---	0,2751	0,5901	0,0002	0,2737
Sedução				---	1	0,6241	0,1991
Sob ameaça com uso de armas					---		0,2737
Intoxicação exógena/envenenamento						---	0,1592

Fonte: Própria autora

As circunstâncias da violência no nosso estudo apontam como principal associação a violência psicológica. A violência sexual contra adolescentes em 90% foi perpetrada por conhecido, sendo que em 53,33% era um familiar, ou seja, violência doméstica. Neste contexto, autores descrevem que o agressor impõe a vítima através de violência física, indução de vontade e ameaças, seja com cunho de risco a si ou a terceiros da família a quem ela tem vínculo afetivo, para que não revele a outras pessoas dentro ou fora da família (112,113).

Diversos estudos nacionais e internacionais apontam que a violência sexual tem co-ocorrências de outras violências como a negligência, a violência física e psicológica (98,114,115). Entretanto, estudo realizado em Feira de Santana na Bahia identificou baixa ocorrência de violência psicológica no mesmo evento da violência sexual e atribui estes valores a subregistro (98).

Quando do uso de álcool e outras drogas pela vítima, a violência psicológica esteve relacionada em 100% dos casos.

A vítima sem reação teve associação com sedução, o que é justificável pelo caráter da violência praticada por conhecido e da sua relação de confiança.

A exploração sexual apesar de pequeno número na estatística teve associação com uso de força.

O estudo das circunstâncias da violência especialmente a polivitimização é importante para se conhecer a magnitude do problema, seus riscos e consequências, pois pode gerar efeito adicional na resposta das vítimas e conseqüentemente maior prejuízo e apresentações mais graves dos efeitos esperados.

4.7. LOCAL DA VIOLÊNCIA

O local com maior número de indicação dos episódios de violência foi a própria casa da vítima, com quase a metade dos casos (46,67%) e o segundo lugar, apontado pelas vítimas, foi a casa do agressor (tabela 22).

Tabela 24 - Descrição da Variável Local da Violência

Local da violência	Frequência	%
Ambiente Extrafamiliar	4	4,44
Casa Da Vítima	42	46,67
Casa De Outro Familiar	5	5,56
Casa Do Agressor	26	28,89
Escola	4	4,44
Via Pública	8	8,89
Não informado	1	1,11
Total	90	100,00%

Fonte: Própria autora

Os dados que encontramos são similares aos encontrados por outros autores (24,78,79), sendo a casa da vítima, do agressor e via pública os mais frequentes. Isso se justifica por ser o agressor familiar ou conhecido da vítima, em sua maioria, e ter uma relação de confiança para que estes ambientes possam ser utilizados no momento do abuso.

4.8. SINTOMAS FÍSICOS

Com base nas informações demonstradas na tabela 23, a grande maioria das vítimas de abuso, do sexo feminino, não declaram sintomas físicos. Porém, vale destacar que 5 meninas ficaram grávidas e uma delas fez interrupção legal da gravidez.

Tabela 25 - Descrição da Variável Sintomas Físicos das Vítimas do Sexo Feminino

Sintomas físicos	SIM	NÃO
Infecções sexualmente transmissíveis?	0	76
Infecções urinárias?	3	73
Corrimento ou outras secreções vaginais e penianas?	7	69
Gravidez?	5	71
Interrupção legal da gravidez?	1	75

Fonte: Própria autora

Entre as consequências da violência sexual estão as variáveis físicas. Na nossa amostra destacamos a gravidez, cinco adolescentes grávidas, o que corresponde a 6,57%. A gravidez decorrente de violência sexual, assim como o próprio abuso, é subnotificada. Para autores pode ser considerada uma segunda violência, na medida em que demandará tomada de decisões pela adolescente diante das possibilidades que podem lhe ser apresentadas, como: interromper a gravidez, prosseguir com a gravidez e realizar o pré-natal e após o nascimento permanecer com a criança ou proceder de forma legal à doação (116). Entendendo que a adolescente não tem maturidade psicoemocional completada, esta decisão é considerada ainda mais difícil.

Delziovo et al (2018) em seu estudo que avaliou gravidez e violência sexual identificou que a idade entre 15 e 19 anos e a baixa escolaridade (0 a 4 anos de estudo) estão associadas à maior chance de gravidez. Ser atendida em até 72 horas e receber anticoncepção de emergência foram protetivos para gravidez. Violência de repetição aumenta 1,69 vezes a chance de gravidez (117).

De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde (31), que aborda a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, o risco de estupro ter como consequência gravidez é variável, com valores entre 0,5 e 5%, dependendo de alguns fatores como: idade da vítima, coincidência com o período fértil, se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada, e se a vítima estava utilizando métodos anticoncepcionais. Estima-se que os casos em adolescentes sejam em maior número devido elevada prevalência de abuso nesta fase da vida e em consequência haja aumento da chance de gravidez (118).

No nosso estudo apenas uma adolescente fez interrupção da gravidez. A interrupção legal da gravidez em decorrência de estupro está prevista em lei. Ainda na norma do MS, verifica-se que as vítimas adultas realizaram interrupção em 19,3%, enquanto as adolescentes em 10,6%. Este fato pode ser justificado pelo caráter crônico da violência em adolescentes, e em consequência da demora da revelação, dificultando a chegada aos serviços de interrupção em idade gestacional que possa realizar o procedimento, qual seja, em até 20 semanas (31).

Outro aspecto discutido é a associação entre histórico de violência sexual e gravidez na adolescência. No estudo de Flores e Schirmer (2006), que objetivava avaliar o perfil epidemiológico da violência intrafamiliar entre grávidas e não grávidas observou-se uma chance de cento e oitenta vezes maior de uma adolescente grávida ter sofrido violência sexual (119).

Nos Estados Unidos, o estudo de Noll e Shenk (2013) demonstrou que a média de idade da primeira gestação entre as que sofreram violência sexual foi de 17 anos e a chance de gravidez foi duas vezes maior para o parto em adolescente naquelas que sofreram abuso sexual e negligência (120).

A gravidez na adolescência é muito impactante, trazendo riscos à vida como: maior probabilidade de doença hipertensiva específica da gravidez, pré-eclampsia, partos prematuros, anemia, além dos advindos do aborto provocado clandestinamente. Outros prejuízos bem identificados são a evasão escolar, a dificuldade de retorno a escola após o período de pós-parto, limitando a formação acadêmica e a melhor inserção no mercado de trabalho (121). Somando-se o impacto da gravidez prematura se a causa for secundária a violência sofrida, as consequências podem ser ainda mais alarmantes, necessitando um olhar diferenciado, humanizado e não julgador para esta adolescente.

4.9. ESCOLAR E SOCIALIZAÇÃO

Em relação à escola e socialização das vítimas, as comparações revelam que a maioria dos adolescentes apresentaram baixo rendimento escolar causado por dificuldade de concentração e aprendizagem.

Tendência a isolamento social e dificuldade de confiar nas pessoas em termos absolutos foram vistos na frequência de 44,44% e 47,77 %, respectivamente (tabela 24).

Contudo, observa-se na tabela 25 que não há nenhuma associação entre as variáveis escola e socialização.

A não associação encontrada no estudo poderia ser explicada pela amostra ser retirada de uma avaliação inicial e da percepção da vítima ou de seu responsável.

Uma análise baseada em critérios psicopedagógicos, talvez, retratasse com melhor acurácia, bem como, o acompanhamento a longo prazo.

Tabela 26 - Descrição das Variáveis de Escola e Socialização

	Queda injustificada na frequência escolar	Baixo rendimento causado por dificuldade de concentração e aprendizagem	Tendência de isolamento social	Dificuldade de confiar nas pessoas a sua volta
Queda injustificada na frequência escolar	25	24	19	21
Baixo rendimento causado por dificuldade de concentração e aprendizagem		56	32	32
Tendência de isolamento social			40	34
Dificuldade de confiar nas pessoas a sua volta				43

Fonte: Própria autora

Tabela 27 - P-valores do teste de associação das Variáveis de Escola e Socialização

	Baixo rendimento causado por dificuldade de concentração e aprendizagem	Tendência de isolamento social	Dificuldade de confiar nas pessoas a sua volta
Queda injustificada na frequência escolar	0,0000	0,0001	0,0000
Baixo rendimento causado por dificuldade de concentração e aprendizagem		0,0018	0,0224
Tendência de isolamento social			0,0000

Fonte: Própria autora

Os resultados não demonstraram associação entre socialização e violência sofrida, contudo, a literatura descreve que o comportamento social é afetado de forma alarmante, comprometendo a forma de se relacionar e de confiar nas pessoas. Autores descrevem que o comportamento pro social é afetado desde a compartilhar menos, retraimento e relacionamentos superficiais (55,122).

De acordo com a tabela 26 temos que 39,53% das vítimas estão atrasadas em relação a sua idade escolar. Cabe destacar que a média de atraso é de 2 anos escolares e que 4 adolescentes não tiveram a informação de idade escolar revelada.

Tabela 28 - Atraso escolar

Atraso Escolar	Frequência	%
Atrasado	34	39,53
Normal	52	60,47
Total	86	100,00%

Fonte: Própria autora

Funções como capacidade de associação entre informações são dependentes da memória e o hipocampo, região do sistema límbico, tem um papel essencial neste processo. Estudos com pacientes que sofreram traumas e desenvolveram TEPT evidenciam um menor volume hipocampal quando comparados a pacientes sem TEPT (123). Essa diminuição pode desencadear problemas na memória de curto-prazo, na memória verbal e na memória dependente de contexto (124).

Jaffee (2011) no seu trabalho descreve que vítimas de maus-tratos apresentam níveis de inteligência geral mais baixos do que seus pares, e isso implica em menor rendimento acadêmico ao longo da vida (125).

Defasagem idade/ série associada a violência sexual em adolescentes já foi descrita em estudos internacionais (126,127). No Brasil, Fontes (2017) encontrou associação com mais chance de ter sofrido *bullying*, defasagem idade-série e menor pretensão de estudar além do ensino fundamental (128).

Em análise, os impactos da violência no aprendizado são uma realidade, nossos achados traduzem o baixo rendimento escolar em decorrência da dificuldade de concentração e, em consequência, a dificuldade de aprendizagem. Corroborando com este aspecto notamos que nesta amostra quase 40% tem atraso na relação idade/série, o que demonstra o prejuízo não só acadêmico, mas também social e de autoestima, por conviver com a discrepância de sua idade em relação aos colegas, podendo inclusive ser fator de risco para outras violências como *bullying*.

4.10. REVELAÇÃO

4.10.1 A quem revelou, quem acreditou, forma de revelação

Observa-se que 45,56% das revelações foram feitas para as mães das vítimas, conforme tabela 27.

Tabela 29 - Descrição das Variáveis de A quem revelou?

A quem revelou?	Frequência	%
Amigo	5	5,56
Anônimo	2	2,22
Avó	6	6,67
Colega	1	1,11
Conselho Tutelar	1	1,11
Família	2	2,22
Irmã	1	1,11
Irmão	1	1,11
Madrasta	1	1,11
Mãe	41	45,56
Mãe E Avó	1	1,11
Namorado	2	2,22
Não teve	1	1,11
A quem revelou?	Frequência	%
Pai	1	1,11
Prima	3	3,33
Profissional de Saúde	7	7,78
Profissional Educação	8	8,89
Tia	5	5,56
Vizinho	1	1,11
TOTAL	90	100,00%

Fonte: própria autora

De acordo com as tabelas 28 e 29, a pessoa que mais acreditou na vítima, em sua grande maioria, foi a própria mãe dos adolescentes com 46,67%. Observou-se também que 22,22% das pessoas não acreditaram nas vítimas. A tabela 30 mostra que quase três quartos das vítimas fizeram suas revelações de forma intencional.

Tabela 30 - Descrição da Variável Quem Acreditou

Quem acreditou?	Frequência	%
Amigo	4	4,44
Avó	6	6,67
Conselho Tutelar	3	3,33
Família	2	2,22

Irmã	1	1,11
Irmão	1	1,11
Madrasta	1	1,11
Mãe	42	46,67
Namorado	2	2,22
Pai	2	2,22
Pais	1	1,11
Prima	2	2,22
Profissional de Saúde	8	8,89
Profissional Educação	9	10,00
Tia	5	5,56
Não informado	1	1,11
Total	90	100,00%

Fonte: Própria autora

Tabela 31 - Descrição da Variável Quem Não Acreditou

Quem não acreditou?	Frequência	%
Família Do Agressor	1	1,11
Família Materna	1	1,11
Mãe	13	14,44
Não teve	70	77,78
Pai	3	3,33
Prima	1	1,11
Profissional Educação	1	1,11
Total	90	100,00%

Fonte: Própria autora

Tabela 32 - Descrição da Variável Tipo da Revelação

Tipo da revelação	Frequência	%
Acidental	23	25,56
Intencional	67	74,44
Total	90	100,00%

Fonte: Própria autora

A revelação tem sido estudada e descrita por diversos autores (62,65,66,71,72,81,84,89,129,130), sendo o momento mais difícil e decisivo de todo processo da violência sofrida. Variáveis como padrão, a quem revelou, se foi acreditado, medidas deflagradas após a revelação, motivos que impulsionaram ou retardaram, tempo de abuso, se único ou recorrente, relação com agressor, além de fatores pessoais como resiliência, presença de transtornos mentais na vítima e o apoio que teve da família são fundamentais para o desfecho.

A prevenção primária é realizada com a revelação, pois oportuniza impedir que outras crianças e adolescentes sejam vítimas, caso os agressores sejam descobertos, e a secundária por quebrar o ciclo da violência, atuando na vítima, tentando minimizar os efeitos deletérios da violência sofrida. Neste contexto, a revelação é parte integrante da prevenção e da atuação nos diversos setores, quais sejam: proteção, cuidado e responsabilização, sendo, portanto, o passo mais importante da trajetória do abuso.

A literatura tem descrito padrões de revelação do abuso em diferentes circunstâncias. Collings, Griffiths e Kumalo (2005) em seu trabalho destacaram quatro padrões: a intencional, que seria a revelação proferida pela vítima sem subterfúgios; a acidental, onde através de sintomas físicos ou alterações comportamentais se suspeita e a vítima é questionada; a indireta, que ocorre de forma espontânea pela vítima, mas sem a clareza das palavras; e a detecção por testemunha, em que a violência foi vista por outra pessoa que revelou ao cuidador ou autoridade. A revelação parece estar associada ao desvio da regra e as estatísticas traduzem bem estes dados, quando se estima que as taxas de não revelação variam de 33% a 92% para meninas e de 42% a 100% para meninos (131).

No presente estudo, a amostra é de adolescentes e a forma intencional foi evidenciada em 74,44%, corroborando com outros autores que descrevem que adolescentes do sexo feminino e que foram abusadas por agressores mais velhos tendem a utilizar este tipo de revelação (66,129). A adolescência é caracterizada por uma etapa de vida onde a maior compreensão das vivências e o poder de identificar que o vivido se tratou de abuso é mais claro, talvez, por isso, a intencional seja a forma de revelação mais prevalente. A figura materna foi responsável por quase 45% da nossa amostra quando o quesito foi a quem revelou. A literatura é congruente com estes dados e destaca a mãe como o elo de maior importância para a revelação e o desfecho favorável deste ato (71,132–134).

A forma como a mãe acolhe a revelação, associada a acreditação, apoio e medidas tomadas a partir do ato difícil de contar o segredo que o adolescente conseguiu revelar, bem como esta figura processa a informação e elabora sua vida após o conhecimento, são indicadores prognósticos. Muito além da violência sofrida, a maneira como foi acolhida a revelação pode ser decisiva para a ocorrência e gravidade dos transtornos mentais.

A maternidade é vista na nossa sociedade como uma experiência única, independente da gravidez ter sido ou não desejada. O papel da mãe na vida do seu filho, vai desde a sobrevivência com a alimentação com leite humano, até o desenvolvimento psicossocial. Autores advogam da importância do binômio mãe-bebê como determinante para a desenvolvimento. O século XX inova, e para mulher o papel dantes apenas de mãe, agora é

ampliado para a trabalhadora fora do lar, com capacidade de preencher posições só ocupadas pelos homens. Ampliam-se a função e os papéis sociais desempenhados e a mulher passa a ser vista como indivíduo que é capaz de produzir, encontrando realização em atividades profissionais, esportes, política, artes, ainda que, com expectativas e reconhecimento equidistante do homem (136,137).

Em paralelo a todas estas inovações, o conceito de família vem sendo modificado e de acordo com Rolf Madaleno (137):

A família matrimonializada, patriarcal, hierarquizada, heteroparental, biológica, institucional vista como unidade de produção cedeu lugar para uma família pluralizada, democrática, igualitária, hétero ou homoparental, biológica ou socioafetiva, construída com base na afetividade e de caráter instrumental.

Roudinesco (2003) retrata que os laços de parentesco, apesar do aumento do número de divórcios, são mais humanizados e a família contemporânea se pretendeu "frágil, neurótica, consciente de sua desordem," recebendo novas conceituações, como famílias "co-parentais", "recompostas", "monoparentais", "biparentais", "multiparentais" ou "pluriparentais", um arcabouço, que ganha forma e vem refletindo o rearranjo contemporâneo da família (138).

A violência sexual tem sua origem desde o início dos tempos e apesar de todos os esforços de instituições nacionais e internacionais para fazer prevenção, evitando ou diminuindo o número de casos ou conseguindo um controle, a maior visibilidade vem demonstrando que o nosso conhecimento ainda é pequeno e a dinâmica envolvida nas famílias tem um comportamento próprio, singular e que necessita de investigação contínua. Para algumas mães, pode ser complexa a revelação, devido à diversas razões, como permanência da aparente situação de bem-estar conjugal e familiar, desmotivação para buscar ajuda, medo de perder o companheiro, especialmente quando se trata de padrasto, ou imposição de ter de escolher entre o filho ou o cônjuge (133,139,140).

Autores descrevem, e a nossa prática clínica é condizente com os dados, de que mães de vítimas relatam a presença de revivência da sua própria história de abuso sexual na infância, e a revelação do abuso do filho pode desencadear lembranças do próprio abuso, que por vezes não foi revelado e estava adormecido, e isso possa gerar dificuldades de lidar com a situação (72,140).

A maioria dos trabalhos nacionais que abordam a figura materna são descritos por psicólogos, qualitativos e fulcrados em grupos focais e pequenas amostras, descrevem que para mãe a revelação é um processo que envolve três momentos distintos: antecedentes, a revelação

e as repercussões. Para as mães que conseguem perceber mudanças, sejam elas físicas, como alterações urinárias, enurese, encoprese, dores crônicas; ou psíquicas comportamentais, como agressividade, isolamento, dificuldades escolares; este pode ser um aviso que algo está mudado e que necessita de olhar diferenciado, contudo, algumas vítimas não têm sintomas aparentes ou a mãe não consegue identificar as mudanças comportamentais de seus filhos e suas formas não-verbais de pedir ajuda, dificultando ou demorando o momento da quebra de silêncio (133).

Uma mistura de sensações e sentimentos como: culpa, vergonha, medo, raiva, prazer e desamparo podem tomar conta da vítima, muitas vezes, impedindo-a de contar por temer não ser acreditada, tendo os papéis invertidos de vítima à culpada e, por isso, pode manter-se neste estágio, não tendo coragem de falar e denunciar por toda existência (134).

Quando da revelação propriamente dita, a acreditação passa a ter um papel fundamental, e é um momento decisivo para o enfrentamento das consequências. A mãe assume destaque neste instante, sendo o principal ouvinte e a pessoa de confiança do adolescente. Neste estudo 77,78% da amostra o adolescente foi acreditado, em pouco mais de 45% dos casos a mãe acreditou, contudo em 14% esta figura foi a responsável pela descrença da fala da vítima. No trabalho de Habigzang (2011) a maioria das pessoas (92,5%) acreditou na revelação da situação de abuso, contudo 10% destas não adotou nenhuma atitude protetiva (62).

A reação materna como apoiadora está associada a mecanismos de proteção, afastamento do agressor e melhor capacidade das vítimas de lidar com as consequências; a hesitação das mães em acreditar e denunciar pode estar associada a medo, principalmente se o abusador for seu companheiro, perda da estrutura familiar, culpa, temor de como o restante da família vai enxergá-la no papel de mãe, bem como seu ciclo social, além de dúvidas em relação a veracidade da fala do filho (71,132–134).

Sabe-se que mães que foram vítimas de violência tendem a acreditar mais na revelação e a desencadear fatores protetivos, notificação e procura pela rede de apoio (141).

Ainda que estatisticamente menor na nossa amostra, mas, atrás da figura materna como a pessoa a quem o adolescente revelou, encontram-se os profissionais de educação (8%) e saúde (7%). Autores tem demonstrado interesse em estudos com este público, principalmente, evidenciando as dificuldades que estes profissionais relatam na condução da abordagem e na qualificação da ausculta. A postura frente a revelação é vista pela vítima como positiva, quando é acreditada, a rede de proteção é acionada e é fornecido ambiente seguro e acolhedor, ou negativa, quando por desconhecimento e falta de preparo técnico desvaloriza a fala, questiona a veracidade e não aciona a rede para que medidas sejam deflagradas (62,65).

Em se tratando de crianças e adolescentes, no artigo 13 do ECA , que ganhou nova escrita na Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014 “ Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”(142). Entende-se a obrigatoriedade da comunicação e o conselho tutelar é fundamental na rede que compreende ainda: a família, escola, comunidade, delegacias, Conselho de Direitos da Criança, Ministério Público e Juizado da Infância e Adolescência, abrigos, serviços de saúde (UBS, serviços especializados de atendimento a vítimas de violência, hospitais) e assistência social (Centro de Referência da Assistência Social e CREAS).

A atuação em rede e a coordenação assertiva deste processo são essenciais para o enfrentamento das repercussões após a revelação, sejam as do contexto familiar, social, escolar, ou da saúde física e mental da vítima e do seu núcleo familiar.

As consequências da revelação vão depender da forma como foi acreditada e que medidas foram deflagradas. No contexto familiar, a dinâmica tenderá a ser modificada, indo desde afastamento do agressor e a aproximação da relação com a figura materna, quando esta foi a pessoa a quem foi revelada, a descaracterização da fala e confiança abalada entre os familiares.

Faz-se necessário, que reforçemos a importância de trabalhar, em espaços sociais governamentais ou não, a capacidade de aquisição de habilidades na população adolescente para poderem ser protagonistas de suas histórias de vida com capacidade de compreender o significado e dinâmica da violência, suas consequências se o ciclo não for quebrado e qual rede poderá se apoiar no processo de revelação, além de seus efeitos a curto, médio e longo prazo.

4.10.2 Motivos e tempo da revelação

No nosso estudo 22,22% retardaram a revelação da violência sofrida por medo ou ameaça, sendo que em 18,89% a causa foi o medo. Necessitar de atendimento em serviço de saúde foi responsável por oportunizar 11,11% das revelações e participar de palestra sobre o tema motivou 5,56% e este dado foi igual a ter confiança em alguém. Do total de adolescentes 31,11% não informaram o motivo da revelação (tabela 31).

Entre as adolescentes do sexo feminino, 31,58% delas revelaram em até um mês após sofrerem a violência. E entre os adolescentes, do sexo masculino, a maioria revelou somente

24 meses após sofrerem a violência. De acordo com os dados da Tabela 32, nove meninas não informaram quando a violência ocorreu e entre os meninos apenas um não informou quando sofreu a violência.

Tabela 33 - Descrição da Variável Motivo da revelação

Motivo	Frequência	%
Ameaças	3	3,33
Atendimento De Saúde	10	11,11
Ausência Escolar	1	1,11
Confiança	5	5,56
Denúncia	1	1,11
Flagrante	4	4,44
Gravidez	4	4,44
Medo	17	18,89
Palestra Sobre o Tema	5	5,56
Suspeita de Terceiro	6	6,67
Tentativa de Autoextermínio	5	5,56
Violência Física	1	1,11
Não Informado	28	31,11
Total	90	100,00%

Fonte: Própria autora

Tabela 34 - Descrição das Variáveis de Tempo Após a Violência

Quanto tempo após a violência?	Masculino	%	Feminino	%
< 1	2	14,29	20	26,32
1	1	7,14	4	5,26
2	2	14,29	1	1,32
3	0		3	3,95
4	0		4	5,26
6	0		2	2,63
8	0		1	1,32
12	1	7,14	3	3,95
15	0		0	
24	4	28,57	8	10,53
36	0		2	2,63
48	2	14,29	5	6,58
60	0		4	5,26
72	1	7,14	4	5,26
84	0		1	1,32
96	0		3	3,95
108	0		1	1,32
120	0		1	1,32
Não informado	1	7,14	9	11,84
Total	14	100,00%	76	100,00%

Fonte: Própria autora

As informações descritas na tabela 33 mostram que as vítimas que tiveram como motivação **medo** ou **ameaça** demoraram mais tempo após a violência para denunciar o fato,

levando em média 32,40 meses, enquanto as vítimas que tiveram outra motivação, demoraram em média 22,73 meses para a realização da denúncia.

Tabela 35 - Medo x Revelação

	Tempo médio após a violência (meses)
Medo ou ameaça	32,40
Outros motivos	22,73

Fonte: Própria autora

O motivo da revelação e da não revelação é importante para a condução da quebra do ciclo de violência. Estudar estas variáveis é fundamental para oportunizar ambientes adequados para escuta seja na família, nos espaços da comunidade, serviços de saúde ou escola.

Autores descrevem que o medo é um dos entraves observados para guardar o segredo, seja do repúdio da família, de perder a confiança dos pais, de ser posto para fora de casa, de ser o responsável pela separação ou desentendimento dos pais. Além destas variáveis o pacto de silêncio estabelecido com o abusador, muitas vezes, envolvidos em ameaças de que não será acreditado imobiliza a vítima e prolonga o tempo da revelação (65,143,144).

Estudo de Velho et al (2012) que avaliou uma série de casos de meninas atendidas num hospital do Sul do Brasil aponta que medo e ameaça em 26,6% foram os deflagradores da quebra de segredo, antagonizando nossos achados (93).

Trabalhar relações confiáveis e abordar a temática violência sexual com o adolescente, desde seu conceito até suas consequências a curto, médio e longo prazo, podem ser caminhos para otimizar o tempo da revelação, que é descrito como longo. No nosso estudo este tempo foi muito variável, de um dia a 10 anos. Medo e ameaça foram avaliados neste estudo e são componentes associados a demora da revelação, retardando em até 10 meses.

As vítimas do sexo feminino em pouco mais de 30% revelaram no primeiro mês, muitas delas tendo oportunidade de fazer as profilaxias, minimizando os danos físicos e diminuindo os riscos dos psíquicos. O sexo masculino demorou mais tempo para revelar e a literatura tem descrito que fatores socioculturais como homem não pede ajuda, que violência sexual não é plausível para meninos, impressão que outras pessoas poderiam achar ou até o medo de ser taxado de homossexual ou sentir-se estigmatizado com a revelação, além da equivocada convicção que meninos não são vítimas de violência sexual, podem colaborar para esta demora (84,145,146).

Palestra em escolas apareceu como impulsionador da revelação, ainda, que em apenas pouco mais de 5% dos casos. Programas de intervenção em escola têm sido descritos em estudos

como úteis, desde a abordagem com professores para poderem falar sobre a temática, a identificar precocemente sinais e sintomas nos alunos, incluindo a família para uma comunicação mais efetiva com base na confiança (147,148).

Estudos demonstram que crianças que participam de programas de prevenção a violência sexual conhecem mais sobre a temática e mulheres que participaram na infância destes programas foram duas vezes menos vitimizadas, quando comparadas aquelas que não participaram, sugerindo efeito protetor (147,149).

Foram feitos testes para associação entre **Escolaridade Materna** com o **Tempo de revelação**, mas como mais de 86% das células da tabela tem frequência menor que 5 e mais que 37% das células tem valor igual 0 nesse cruzamento, o teste perde sua validação e não há como afirmar se há associação ou não entre essas duas variáveis.

4.11. ASPECTOS PSÍQUICOS

Os elementos descritos na tabela 34 mostram a relação entre os sintomas psíquicos das vítimas.

Destacam-se que os sintomas de baixo nível de estima própria, culpa e tristeza aparecem com maior frequência, e também aparecem de forma associada uma com a outra.

Os dados da tabela 35 mostram os valores de significância (p-valor) dos testes de associação Qui-quadrado e do teste de Fisher. As células que estão destacadas significam que $p > 0,05$ e, portanto, que as variáveis têm associação.

Tabela 36 - Descrição das Variáveis Psíquicas

	Automutilação	Baixo nível de estima própria	Comportamento agressivo	Comportamento autodestrutivo	Culpa	Desenvolvimento de brincadeiras	Envolvimento em situação de	Frequentes fugas de casa e prática	Interesse ou conhecimento	Medo do escuro ou de lugares	Medo ou pânico em relação a	Mudança de hábito alimentar	Padrão de sono perturbado	Tristeza	Uso e abuso de drogas ³	Vergonha excessiva
Automutilação	17	16	8	15	15	1	1	3	2	3	9	5	10	17	2	12
Baixo nível de estima própria		66	30	37	52	2	3	9	5	7	24	13	31	56	12	32
Comportamento agressivo			38	23	30	3	3	6	6	2	12	9	20	31	8	19
Comportamento autodestrutivo ou ideação suicida				40	32	2	2	7	5	4	15	11	26	38	7	24
Culpa					62	2	3	7	5	6	22	12	29	52	11	30
Desenvolvimento de brincadeiras sexuais						3	1	3	3	0	1	0	1	2	1	2

¹ Desenvolvimento de brincadeiras sexuais e masturbação compulsiva.

² Medo ou pânico em relação a alguma pessoa ou sentimento generalizado de desagrado quando sozinha com alguém.

³ Uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Envolvimento em situação de exploração sexual
Frequentes fugas de casa e prática de delitos
Interesse ou conhecimento súbito e não usuais sobre questões sexuais
Medo do escuro ou de lugares fechados
Medo ou pânico em relação a alguma pessoa
Mudança de hábito alimentar
Padrão de sono perturbado
Tristeza
Uso e abuso de drogas
Vergonha excessiva

3	2	2	0	1	1	1	3	3	3
11	5	2	3	1	5	8	5	7	
6	1	4	2	4	5	3	5		
7	6	3	6	6	1	5			
25	10	19	23	4	17				
14	13	14	2	9					
33	32	3	20						
66	12	33							
12	11								
35									

Fonte: Própria autora

Tabela 37 - P-valores do teste de associação das Variáveis Psíquicas

	Baixo nível de estima própria	Comportamento agressivo	Comportamento autodestrutivo ou ideação suicida	Culpa	Desenvolvimento de brincadeiras sexuais ⁴	Envolvimento em situação de exploração sexual	Frequentes fugas de casa e prática de delitos	Interesse ou conhecimento súbito e não usuais sobre questões sexuais	Medo do escuro ou de lugares fechados	Medo ou pânico em relação a alguma pessoa ⁵	Mudança de hábito alimentar	Padrão de sono perturbado	Tristeza	Uso e abuso de drogas ⁶	Vergonha excessiva
Automutilação	0,0314	0,6539	0,0001	0,0557	0,4706	0,4706	0,4288	0,3165	0,1212	0,0159	0,0801	0,0353	0,0058	1,0000	0,0029
Baixo nível de estima própria		0,3032	0,0002	0,0008	1,0000	0,5618	0,4970	0,5664	0,0966	0,0026	0,0722	0,0008	0,0000	0,0248	0,0020
Comportamento agressivo			0,0087	0,0781	0,0718	0,0718	0,3771	0,0030	0,6943	0,6343	0,0689	0,0072	0,1305	0,0655	0,0645
Comportamento autodestrutivo ou ideação suicida				0,0417	0,5829	0,5829	0,1715	0,0472	0,6955	0,0967	0,0052	0,0000	0,0000	0,2983	0,0002
Culpa					1,0000	0,5493	0,7338	0,4289		0,0151	0,1389	0,0031	0,0016	0,0671	0,0060
Desenvolvimento de brincadeiras sexuais						0,0978	0,0014	0,0002				1,0000	0,7906	0,3524	0,5576
Envolvimento em situação de exploração sexual							0,0034	0,0109	1,0000		0,4016	1,0000	0,2881	0,0019	0,0557
Frequentes fugas de casa e prática de delitos								0,0000	0,2028	1,0000	1,0000	0,5186	0,9613	0,0054	0,0723
Interesse ou conhecimento súbito e não usuais sobre questões sexuais									0,4001	0,0481	0,2334	0,1867	0,5664	0,0294	0,0313
Medo do escuro ou de lugares fechados										0,0004	0,0727	0,0050	0,4405	1,0000	0,1045
Medo ou pânico em relação a alguma pessoa											0,0001	0,0000	0,0130	0,7316	0,0004
Mudança de hábito alimentar												0,0000	0,0141	1,0000	0,0339
Padrão de sono perturbado													0,0001	0,5240	0,0013
Tristeza														0,0314	0,0003
Uso e abuso de drogas															0,0001

Fonte: Própria autora

⁴ Desenvolvimento de brincadeiras sexuais e masturbação compulsiva.⁵ Medo ou pânico em relação a alguma pessoa ou sentimento generalizado de desagrado quando sozinha com alguém.⁶ Uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

As consequências psíquicas da violência sexual vem sendo descritas por vários autores (71,93,128,132,150,151). Nesta pesquisa, 16 variáveis de sintomas e comportamentos foram analisadas. Podemos observar que eles aparecem isolados e associados uns aos outros, demonstrando que o fenômeno violência sexual é complexo e envolve várias apresentações clínicas sobrepostas, sinalizando sofrimento e prejuízos no desenvolvimento.

Baixo nível de estima própria, culpa e tristeza foram os sentimentos mais descritos. Conceituar estes sentimentos é tarefa difícil, mas importante, especialmente em se tratando de adolescentes que, como já descrito anteriormente, estão em fase de vida permeada por inúmeras descobertas e a forma como se auto conceituam e se enxergam são fundamentais para sua apresentação social.

Autoestima exprime um sentimento ou conduta positiva ou negativa de si mesmo. Ela se revela na maneira como o indivíduo se aceita, valoriza o outro, bem como das expectativas que tem em relação a sua vida e posicionamento social. É considerada um indicador relevante para avaliação da saúde mental, por afetar as relações intrínsecas de capacidade de se valorar e extrínsecas nas relações sociais e afetivas, interferindo significativamente na qualidade de vida (152,153).

A avaliação de autoestima em adolescentes vem sendo objeto de estudos. Morris Rosenberg em 1965 partindo da concepção que autoestima é a auto avaliação pessoal, que agrega componente afetivo e exprime um posicionamento em relação a si mesmo de anuência ou não anuência desenvolveu uma escala constituída por 10 questões que avalia sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo (154,155). Esta escala foi validada no Brasil e já foi utilizada em mais de 50 países.

Quadro 6 - Escala de autoestima de Rosenberg adaptada

Item avaliado	Respostas
De uma forma geral (apesar de tudo) estou satisfeito comigo mesmo	(0) Concordo plenamente (1) Concordo (2) Discordo (3) Discordo plenamente
As vezes eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros)	(3) Concordo plenamente (2) Concordo (1) Discordo (0) Discordo plenamente
Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades	(0) Concordo plenamente (1) Concordo (2) Discordo (3) Discordo plenamente
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas (desde que me ensinadas)	(0) Concordo plenamente (1) Concordo (2) Discordo (3) Discordo plenamente
Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito que me orgulhar	(3) Concordo plenamente (2) Concordo (1) Discordo (0) Discordo plenamente
Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	(3) Concordo plenamente (2) Concordo (1) Discordo (0) Discordo plenamente
Eu sinto que eu sou uma pessoa de valor, pelo menos no plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas	(0) Concordo plenamente (1) Concordo (2) Discordo (3) Discordo plenamente
Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo	(3) Concordo plenamente (2) Concordo (1) Discordo (0) Discordo plenamente
Quase sempre eu estou inclinado a achar que eu sou um fracassado	(3) Concordo plenamente (2) Concordo (1) Discordo (0) Discordo plenamente
Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo	(0) Concordo plenamente (1) Concordo (2) Discordo (3) Discordo plenamente

Fonte: Versão EPM/ Rosenberg (155)

O cálculo é feito por meio da soma dos valores encontrados, variam de zero a trinta, onde zero corresponde à melhor autoestima (156).

Considerando que baixa auto estima esteve associado a inúmeras outras variáveis como comportamento agressivo, fugas de casa, medo de escuro e de lugares fechados e mudança de hábitos alimentares, bem como iremos ver na tabela 36 que teve associação com autoextermínio, entendemos que a aplicação da escala de Rosenberg por ser um instrumento simples, rápido e prático pode objetivamente sinalizar, especialmente em adolescentes, como

eles se enxergam nas respostas oferecidas, podendo antecipadamente perceber sinais outros de riscos para transtornos mentais como depressão e comportamento suicida.

No estudo 66 (73,3%) declararam baixa auto estima, e está descrita por outros autores como uma das consequências da violência sexual (71,128,132). No trabalho de Teixeira (2013) quase 10% da amostra responderam positivamente a este quesito, sendo que a associação entre baixa autoestima e pensamento suicida foi verificada em 73% da amostra e a forma tentada em 42,1% (71). Nós encontramos dados ainda mais alarmantes pois, 88,46% dos que tiveram comportamento suicida tinham baixa autoestima, Tabela 41.

Em nossa amostra, culpa é um achado muito representativo, sendo que, quase 70% dos participantes trouxeram esta resposta. Conceituar culpa é complexo por ser multifacetado, com aspectos sociais, culturais, jurídicos, filosóficos e religiosos entremeando a expressividade deste sentimento. É descrito como mal-estar, angústia.

O sentimento de culpa é considerado um dos mais graves danos emocionais e pode vir acompanhado por outros como a baixa autoestima. Apesar de não ser imprescindível este sentimento pode vir associado a medo de punição. Fatores como maior tempo de duração do abuso e vínculo próximo com o agressor, especialmente quando é genitor, parecem estar associado a maior possibilidade de consequências nefastas nas vítimas que se sentem culpadas (55).

A sensação de culpa em vítimas de violência sexual é descrita associada a medo e ao segredo não revelado. Sentimentos de desamparo e ausência de figuras protetivas ou que possa confiar, associados ao baixo desenvolvimento biopsicossocial interagem neste processo propiciando o sentimento de culpa (55,88).

Gava, Silva e Dell Aglio (2013) encontraram culpa em pouco mais de 10% como sintomas narrados em laudos periciais de um estado no Sul do País (157).

Associação entre culpa e comportamento suicida foi verificada na nossa amostra em mais de 80%, o que nos sinaliza a importância de questionar sobre este sentimento nas consultas, objetivando o entendimento da complexidade das consequências da violência sexual e dos futuros desdobramentos, em particular os transtornos mentais que podem surgir.

Entre os transtornos mentais mais associados a violência sexual contra crianças e adolescentes o mais prevalente é o TEPT (55,157-159). Definido como uma reação exacerbada a um evento estressor, trauma, caracterizado por dor, terror, medo e pavor (160).

Nosso trabalho não objetivou avaliar transtornos mentais, contudo, considerando os sintomas de TEPT, podemos observar avaliando os critérios que muito além da exposição pessoal a evento traumático, sintomas como: presença de padrão de sono perturbado, medo de

lugares e pessoas, culpa, vergonha, comportamento agressivo e problemas de concentração foram descritos na nossa amostra, inclusive associados. Ainda que não consigamos fazer uma associação entre os sintomas para caracterizar o transtorno, a presença deles por si só já é impactante para a população em estudo, merecendo nossa vigilância para fazer diagnóstico precoce e oportunizar o tratamento adequado.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT são descritos escolaridade baixa, rede de proteção social frágil, gravidade do trauma; em sendo o trauma a violência sexual outros colaborativos se associam como idade e tempo do abuso, vínculo com o agressor e circunstâncias da revelação (160–162).

Nosso estudo demonstrou baixa escolaridade materna, quase 35% eram analfabetas ou tinham fundamental incompleto, alta defasagem idade/série em 40% dos adolescentes, mais de 50% o agressor era da família e em 90% conhecidos da vítima, o que incrementa o risco de desenvolvimento de TEPT.

Quando verificamos a idade da violência sofrida, encontramos uma média de 12 anos. Avaliando o desenvolvimento cerebral dos adolescentes, notamos que fisiologicamente há um aumento da substância cinzenta e das sinapses no início da puberdade, posteriormente, há uma expressiva poda sináptica, que de forma simples seguiria esta regra: usou é seu, não usou perdeu, ou seja, as conexões usadas com periodicidade permanecem e são reforçadas, enquanto que outras, são excluídas. As vivências de violências nesta fase podem ter efeitos diferenciais no cérebro, podendo desencadear transtornos ou reprodução da experiência vivida (163).

Outras variáveis que encontramos como: frequentes fugas de casa, alteração do padrão alimentar, comportamentos agressivos, vergonha, comportamento sexual inadequado, medo, tristeza e uso de drogas são congruentes com diversos trabalhos, reforçando que os impactos da violência sexual em adolescentes são diversos, influenciando sua forma de se relacionar consigo mesmo e com outras pessoas, sendo crucial que se intervenha de maneira rápida e efetiva (71,93,128,132,150,151,157).

Os dados descritos na tabela 36 mostram a associação de tentativa de autoextermínio com outros sintomas psíquicos. De acordo com o resultado, 26 pessoas tentaram o autoextermínio, destas 92,31% tiveram os sintomas de tristeza, 88,46% tiveram sintomas de baixo nível de estima própria e 80,77% tiveram o sintoma de culpa.

Tabela 38 - Descrição da Variável de Sintomas psíquicos e Autoextermínio

Sintomas psíquicos	Frequência	%
Automutilação	10	38,46
Baixo nível de estima própria	23	88,46
Comportamento agressivo	14	53,85
Culpa	21	80,77
Desenvolvimento de brincadeiras sexuais e masturbação compulsiva	1	3,85
Envolvimento em situação de exploração sexual	1	3,85

Tabela 36 – continuação

Sintomas psíquicos	Frequência	%
Frequentes fugas de casa e prática de delitos	3	11,54
Interesse ou conhecimento súbito e não usuais sobre questões sexuais	4	15,38
Medo do escuro ou de lugares fechados	2	7,69
Medo ou pânico em relação a alguma pessoa ou sentimento generalizado de desagrado quando sozinha com alguém	11	42,31
Mudança de hábito alimentar	6	23,08
Padrão de sono perturbado	18	69,23
Tristeza	24	92,31
Uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas	3	11,54
Vergonha excessiva	14	53,85
Total de caso	26	100,00

Fonte: Própria autora

As informações descritas na tabela 37 mostram as pessoas que tiveram o comportamento autodestrutivo ou ideação suicida associada ao tipo de violência que o adolescente sofreu e o resultados do teste de associação Qui-quadrado e Fisher. De acordo com a tabela abaixo, qualquer tipo de condição associada a violência sexual é estatisticamente correlacionado com o comportamento autodestrutivo ou ideação suicida. A maioria das pessoas que teve o comportamento autodestrutivo ou ideação suicida foram vítimas sem reação e/ou sofreram violência psicológica.

Tabela 39 - Comportamento Autodestrutivo ou Ideação Suicida X Tipo de Violência

Comportamento autodestrutivo ou ideação suicida			
	Frequência	%	p-valor
Vítimas sem reação	24	60,00	0,0593
Violência com uso de força	11	27,50	0,5081
Violência psicológica	24	60,00	0,1864
Uso de Álcool e/ou outras drogas pela vítima	2	5,00	0,2890
Sedução	13	32,50	0,4990
Sob ameaça com uso de armas	6	15,00	0,1786

Tabela 37 – continuação

Comportamento autodestrutivo ou ideação suicida			
	Frequência	%	p-valor
Intoxicação exógena/envenenamento	2	5,00	0,9999
Exploração sexual	2	5,00	0,5829
Total de casos Comportamento autodestrutivo ou ideação suicida	40		

Fonte: Própria autora

O suicídio é atualmente um grave problema de saúde pública. É uma das principais causas de morte a nível mundial, sendo a 2ª causa mais comum em indivíduos dos 15 aos 29 anos de idade. A OMS (2014) divulgou dados de que em 2012 mais de 800.000 pessoas morreram por suicídio, numa taxa de 11,4 para 100.000 habitantes, sendo quase o dobro evidenciado na população masculina. Mundialmente, 50% de todas as mortes violentas em homens e 71% em mulheres são atribuídas a esta causa (164). Em muitos países estes dados são subnotificados e a real prevalência passa a ser uma incógnita.

O suicídio é considerado um fenômeno multicausal, multifacetado, universal, alcançando as mais diversas culturas, idades, classes sociais e muitas vezes é visto como solução para alívio de tristeza, fuga, como libertação por não ter habilidade para encontrar outras saídas.

Vários fatores de risco são descritos para o suicídio. A OMS descreve fatores ligados ao sistema de saúde como dificuldade de acesso, estigma para as pessoas com comportamento suicida, as que tenham transtornos mentais e abuso de substâncias; ligados a comunidade como guerra, desastres, abuso, violência e os de nível individual como tentativa previa de suicídio, transtornos mentais, uso nocivo de álcool, perda financeira, dor crônica e histórico familiar de suicídio (164).

As estratégias para enfrentar os fatores de risco são descritas e vão desde universais, como aumentar o acesso aos serviços de saúde e promover saúde mental, a intervir de forma seletiva em grupos vulneráveis, como pessoas que sofreram traumas, a estímulo de fatores protetores como crença pessoal, formação de vínculo e resiliência (164).

O suicídio e a tentativa de suicídio na adolescência são um tema que vem sendo discutido, seja pelo aumento do número de casos, seja pela idade da população em estudo, seja pelas próprias características da adolescência.

A adolescência é descrita como fase, etapa de vida, entre a infância e a vida adulta, permeada por inúmeras transformações, quais sejam: biológicas com as modificações próprias da puberdade, comportamentais e sociais. Na tentativa de compreender estas modificações tem-se estudado o cérebro do adolescente.

O Cérebro do adolescente é alvo de reorganização intensa, pois se na infância há um aumento progressivo do volume da substância cinzenta, devido a crescente aumento das sinapses, na adolescência o fenômeno de poda faz uma seleção, eliminando sinapses não utilizadas. O córtex frontal dorsolateral, responsável pela inibição dos impulsos, planejamento das ações e pensamento abstrato; e o córtex orbitofrontal, que se encarrega dos julgamentos morais e das informações emocionais que embasam os processos de decisão são as últimas áreas a maturarem neste processo (16,163,165).

Além das modificações estruturais, neurotransmissores e padrão de resposta dos receptores são diferenciados nesta etapa de vida. A dopamina tem sido alvo de estudos, pois é um dos mais importantes neurotransmissores associados ao sistema mesolímbocortical, que é conhecido como sistema de recompensa. Trabalhos em cobaias tem indicado uma maior quantidade de receptores e maior hipersensibilidade dos receptores dopaminérgicos em adolescentes quando comparados a adultos, em paralelo, os adolescentes tem uma menor quantidade de sinapses no núcleo acumbens, com isso menos dopamina é liberada nesta região durante a adolescência. O significado, na prática, dessa descoberta é que ainda que o sistema tenha uma intensidade menor, possibilitando ao adolescente menos sensações, estas são mais intensas que no adulto, o que talvez explique o comportamento de risco desta etapa de vida, aumentando a vulnerabilidade (166,167).

Portanto, antes de completado o desenvolvimento cerebral o adolescente poderá estar vulnerável a transpor etapas críticas, compreendendo desde inadequado controle de impulsos a comportamento impróprio e desestabilizado, podendo comprometer sua segurança, como uso e abuso de álcool e outras drogas, gravidez não planejada e nem desejada, a ideação suicida e suicídio.

As experiências vivenciadas nesta fase serão importantes para que esta arquitetura cerebral em remodelamento e maturação possa oportunizar um padrão de saúde mental para o adulto.

Eventos que perturbem a homeostasia e ambientes não acolhedores podem ser importantes gatilhos para desestabilização. Traumas como violência sexual têm sido associados a aumento de estresse emocional, podendo desencadear transtornos mentais como depressão, TEPT e comportamentos suicidas.

Ainda que a associação entre exposição a experiências abusivas e ideação suicida já esteja posta na literatura, não se sabe muito sobre os mecanismos pelos quais essas experiências levam ao comportamento suicida.

Na nossa amostra a associação entre as variáveis, violência psicológica e vítima sem reação foram as mais prevalentes, enfatizando que a comunhão de violências parece estar associada a um maior risco deste comportamento.

Contudo, as variáveis uso de álcool e outras drogas pela vítima, sedução, ameaça com uso de armas, intoxicação exógena pela vítima e exploração sexual, tiveram associação, demonstrando que o fenômeno do comportamento suicida é multifatorial e a sobreposição deles parece potencializar os riscos. Este dado é importante, pois na prática do atendimento de adolescente, especialmente as vítimas de violência sexual, as presenças destas variáveis devem servir de sinal de alerta para risco potencial de suicídio, seja na sua forma pensada, como ideação ou tentada, e o conhecimento servirá para que se evite a forma consumada.

No nosso trabalho, 40 (44,44%) adolescentes tiveram comportamento autodestrutivo ou ideação suicida. Destes, 27 (67,5%) tiveram a forma tentada de autoextermínio, sendo 05 (18,5%) do sexo masculino e 22 (81,5%) feminino. Se avaliarmos que nesta amostra o número de meninos foi 14, teríamos que 35,71% tentou o suicídio e no grupo das meninas este valor foi 28,94%, concluímos que apesar do número absoluto no gênero feminino ser maior, em termos relativos os meninos superam as meninas nas tentativas.

Da amostra que tentou autoextermínio, 17 (62,96%) tinham padrão de sono perturbado, 25 (92,59%) declaravam ter tristeza e 22 (81,48%) culpa, este resultado sugere que as variáveis culpa, tristeza e sono perturbado tem associação com a forma tentada de suicídio.

Quando o quesito foi baixa autoestima, dos 40, apenas 02 (5%) haviam descrito que não tinha problemas com a autoestima e estes dois tiveram a forma tentada de suicídio.

Entre as consequências do abuso sexual o comportamento suicida é descrito na literatura (24,71,79,128,132). No trabalho de Schäfer et al (2017), que objetivava estudar a associação entre exposição a violência física e sexual e ideação suicida em escolares, numa

amostra de 3.547 estudantes de 12 a 17 anos, encontrou-se uma prevalência de ideação suicida de 21,7%, e que em ambos os sexos a probabilidade de associação era 3 vezes mais que aqueles não expostos, considerando apenas os últimos 30 dias. Elucida, ainda, que as meninas com ideação sofreram mais abuso sexual e os meninos os físicos (168).

Platt (2018) avaliando fichas de notificação de um Hospital pediátrico do Sul do país, encontrou uma prevalência de 1% da sua amostra de tentativa de suicídio, elucubra que este dado tão aquém do que é verificado na literatura poderia ser melhor explicado por não ter dados de seguimento e avaliação por profissional especializado (79).

Teixeira et al (2013) encontrou uma prevalência de pensamento suicida em 39,8%, o que corrobora com nosso trabalho, sendo que 16,5% tentaram. A associação entre baixa autoestima verificada em 26 adolescentes foi associada a 73.0% de pensamento suicida e, desses, 42.1% tentaram (71). Na nossa amostra esta associação foi de 100% quanto ao pensamento e 95% de tentativas.

As diferenças encontradas, talvez sejam explicadas pela metodologia de coleta de dados, enquanto no trabalho de Teixeira foi aplicado um questionário anônimo, na sala de aula, nosso trabalho teve como base a ficha de acolhimento de um serviço especializado em violência, onde um profissional de saúde, geralmente um psicólogo, de forma individualizada e durante uma conversa, assimila os dados da vítima, que foi encaminhada para atendimento em serviço de saúde pela violência sofrida e na grande maioria das vezes pelas consequências já instaladas.

Limitações do estudo

A metodologia empregada através da análise de prontuário de forma retrospectiva tem limitações como ausência de dados, coleta realizada por vários profissionais em diversos momentos e pela própria temática, que é difícil, e demanda sensibilidade para os questionamentos e não apenas preenchimento de uma ficha de acolhimento.

O tamanho da amostra é outro limitador, pois tivemos que utilizar o Teste exato de Fisher nas análises para alcançar significância estatística, sem muitas variações.

Ainda avaliando a amostra, por se tratar de um centro de referência especializado ao atendimento de vítimas de violência, nos limitamos a uma população que já tinha feito a revelação, que órgãos de proteção já tinham sido acionados, ainda que 32% tivesse contato com agressor e possivelmente medidas protetivas ainda não tenham sido implementadas, e a

notificação no setor saúde realizada, portanto, podemos ter viés de memória em relação ao abuso, já que o adolescente havia sido ouvido em outros cenários.

Contudo, mesmo diante das limitações apresentadas, os objetivos esperados foram alcançados, pois conhecer o perfil de adolescentes vítimas de violência sexual nos direciona para o pensar na temática, identificar os fatores de risco e de proteção, conhecer o fluxo preconizado no país, estado e região e estar atentos às consequências, especialmente ao comportamento suicida.

5. CONCLUSÕES

O delineamento deste trabalho foi pautado na análise do perfil de vítimas de violência sexual na adolescência.

Muitos dos dados encontrados já haviam sido descritos na literatura por outros autores, contudo, apesar de diversos estudos, a temática violência sexual por questões históricas, culturais, sociais ainda é difícil de ser revelada, notificada e devidamente conduzida, especialmente, quando a população é de indivíduos em desenvolvimento como adolescentes.

Verificamos que a maioria das vítimas notificadas e que chegam aos serviços de saúde são meninas e que estas conseguem revelar em menos tempo o abuso sofrido, quando comparadas aos meninos, sendo necessário que se desmistifiquem que ser do sexo masculino seja um efeito protetor, atentando para este subgrupo como potencial para este sofrimento e que tem mais dificuldades na revelação.

O comportamento autodestrutivo ou ideação suicida foi visto em quase metade da amostra, este dado é alarmante. Sabemos que suicídio é a segunda causa de morte em adolescentes e ter a visão que violência sexual sofrida pode ser a impulsionadora desta prática deve ser sabida por profissionais de saúde, educação, pais e pela sociedade geral.

Entender que culpa, tristeza e baixa autoestima são sentimentos presentes e muito prevalentes nas vítimas podem nortear as histórias clínicas nos serviços de atenção primária e servirem de sinal de alerta para suspeição da violência. A utilização de escalas como a de Rosenberg adaptada para avaliação de autoestima nos fornece de forma objetiva dados que a subjetividade muitas vezes não consegue mensurar.

Entendemos que todos os profissionais da saúde e educação estão envolvidos nesta temática. Os adolescentes frequentam escolas e ainda que a demanda nos serviços de saúde não seja a revelação intencional, e na maioria das vezes não vai ser, é imprescindível a capacitação continua, o conhecimento dos sinais e sintomas, além dos prejuízos emocionais, psíquicos, escolares e sociais advindos da violência podem ser norteadores e modificadores das histórias de vidas de indivíduos em desenvolvimento e que necessitam do olhar atento para expressar suas potencialidades.

A rede de apoio social é muito importante, principalmente no momento da revelação. Este parece ser o ponto chave para quem sofreu violência sexual, pois os impactos do abuso são potencializados negativamente, quando o acolhimento à vítima é desastrado, não respeitoso e não acreditado, em particular, quando a mãe é a pessoa descrente; tornando essencial o apoio

à vítima e à figura materna, que poderá enfrentar inúmeras dificuldades econômicas, sociais e psicológicas.

O foco da violência sexual parece ser a revelação, portanto tornam-se necessárias que mais pesquisas, especialmente as de cunho qualitativo, possam ser realizadas para expandir o conhecimento e promover ambientes seguros e adequados para que as vítimas se sintam acolhidas, sejam no seio das suas famílias, na escola ou serviços de saúde para este momento tão crucial.

Portanto, saber acolher, ouvir, conhecer os fatores associados, os sinais e sintomas e o perfil do agressor é o caminho para que pais, profissionais de saúde, educação e sociedade possam ser promotores de momentos que favoreçam a revelação dos adolescentes que sofrem ou sofreram abuso sexual possam revelar. O conhecimento sobre fluxos e rede de apoio é o rumo para que medidas eficazes possam ser tomadas e os impactos advindos do relato sejam minimizados, propiciando a oportunidade de uma vida atual e futura mais saudável.

REFERÊNCIAS

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):29–41.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. 2002;56.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. 1986;430.
4. Brasil. Constituição de 1988 - Publicação Original - Portal Câmara dos Deputados [Internet]. 1988 p. 292. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 12864. Lei 12864 [Internet]. 13 de setembro de 2013 [citado 17 de março de 2018]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm
6. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Edição: 5ª. Positivo; 2014. 2272 p.
7. Krug EG et al. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [citado 10 de fevereiro de 2018]. (World report on violence and health). Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM no 737 de 16/5/01 [Internet]. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>
9. Belga SMMF, Silva KL, Sena RR de. Concepções de programas de prevenção à violência e promoção da cultura de paz. *Cad Saude Colet*. 2017;25(2):177–82.
10. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cienc Saúde Coletiva*. 1999;4:7–23.
11. Palma MD. A violência nos contos e crônicas da segunda metade do século XX [Internet] [Doutorado]. [Londrina]: Universidade Estadual de Londrina; 2008 [citado 10 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp077300.pdf>
12. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(4):311–24.
13. Brasil. Presidência da República. Lei 12.015 [Internet]. 12.015 ago 7, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
14. WHO. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention [Internet]. 1999 [citado 10 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
15. Carter-Lourensz, Johnson-Powell. Abuso Físico, Abuso Sexual e Negligência da Criança. In: Kaplan, HI; Saddock, BJ *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 2660–76.
16. Almeida R. Adolescência e contemporaneidade - aspectos biopsicossociais. *Res pediátrica*. 2015;5(3):13–6.
17. Santos MFS, Cruz FML, Belém R. Adolescentes podem ser alunos ideais? *Educ Rev*. 2014;30:173–93.
18. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silveiras EFM. Adolescência através dos séculos. *Psic: Teor e Pesq*. 2010;26(2):227–34.
19. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc e Saude*. 2005;2(2):6–7.
20. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1717–25.
21. Trabbold VLM, Caleiro RCL, Cunha CF, Guerra AMC. Concepções sobre adolescentes

- em situação de violência sexual. *Psicol Soc.* 2016;28(1):74–83.
22. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. *Psicol Cien Prof.* 2015;35(1):182–98.
 23. UNICEF. A familiar face violence in the lives of children and adolescents [Internet]. New York: United Nation’s Children’s Fund; 2017 [citado 18 de março de 2018]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face>
 24. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto - Enferm.* 2010;19(2):246–55.
 25. Gorges JC, Brito KPP, Siqueira AC, Gomes KF. Vítimas de abuso sexual: caracterização da população atendida em um centro de referência especializado de assistência social (CREAS). *Rev Farol.* 2016;1(1):190–205.
 26. Delzivo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(6):e00002716.
 27. Souto RMCV, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CCF, Barufaldi LA, Freitas MG, et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Cienc Saúde Coletiva.* 2017;22(9):2909–18.
 28. Justino LCL, Nunes CB, Gerk MAS, Fonseca SSO, Ribeiro AA, Paranhos Filho AC. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36:239–46.
 29. Sultan B, Benn P, Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. *HIV AIDS (Auckl).* 2014;6:147–58.
 30. Brasil. Presidência da República. Lei 12.845 [Internet]. 12.845 ago 1, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. 2012.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. 2018.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde. [Internet]. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_integral_saude.pdf
 34. Brasil. Presidência da República. Lei 8069. 8069 jun 13, 1990.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 737 [Internet]. Portaria 737 maio 16, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html
 36. Brasil. Ministério da Saúde, GM. PORTARIA Nº 1.968 [Internet]. Portaria 1.968 out 25, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html
 37. Brasil. Ministério da Saúde/GM. PORTARIA Nº 1.508 [Internet]. 1.508 set 1, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html
 38. Brasil. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. departamento de ações Programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica /

- ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Área técnica de saúde da mulher [Internet]. 2. ed. – Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. [Internet]. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf
 40. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Lei 4.730 [Internet]. dez 28, 2011. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=70257
 41. Presidência da República. Decreto 7958. Decreto 7958 mar 13, 2013.
 42. Brasil. Ministério da Saúde/GM. PORTARIA Nº 1.271 [Internet]. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
 43. Brasil. Ministério da Saúde/GM. PORTARIA Nº 485 [Internet]. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html
 44. Brasil. Presidência da República. LEI Nº 13.431 [Internet]. 13.431 abr 4, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm
 45. Brasil. Presidência da República. Lei 13.718 [Internet]. 13.718 set 24, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13718.htm
 46. Amazarray MR, Koller SH. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicol Reflex Crit.* 1998;11(3):559–78.
 47. Day VP, Telles LE de B, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiat Rio Gd Sul.* 2003;25(suppl.1):9–21.
 48. Habigzang LF, Koller SH, Stroehrer FH, Hatzenberger R, Cunha RC, Ramos M da S. Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estud Psicol (Natal).* 2008;13(3):285–92.
 49. Angelone DJ, Marcantonio T, Melillo J. An Evaluation of Adolescent and Young Adult (Re)Victimization Experiences: Problematic Substance Use and Negative Consequences. *Violence Against Women.* 2018;24(5):586–602.
 50. Bremner JD. Neuroimaging in Posttraumatic Stress Disorder and Other Stress-related Disorders. *Neuroimaging clinic N Am.* 2007;17(4):523–38.
 51. Rinne-Albers MAW, Werff SJA, Hoof M-J, Lang ND, Lamers-Winkelmann F, Rombouts SA, et al. Abnormalities of white matter integrity in the corpus callosum of adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: a DTI study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25(8):869-78.
 52. Schmithorst VJ, Wilke M, Dardzinski BJ, Holland SK. Cognitive functions correlate with white matter architecture in a normal pediatric population: a diffusion tensor mr imaging study. *Hum Brain Mapp.* 2005;26(2):139–47.
 53. American Psychiatric Association. DSM 5. DSM-5 [Internet]. 2013 [citado 25 de março de 2018]. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
 54. Cunha MP, Borges LM. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância e na adolescência e sua relação com a violência familiar. *Bol Acad Paul Psicol.* 2013;33:312–29.
 55. Florentino BRB. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal : Rev Psicologia.* 2015;27(2):139–44.

56. Martins-Monteverde CMS, Padovan T, Juruena MF. Trauma and stressor-related disorders. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*. 2017;50(supl.1):37.
57. Mason SM, Tobias DK, Clark CJ, Zhang C, Hu FB, Rich-Edwards JW. Abuse in Childhood or Adolescence and Gestational Diabetes. *Am J Prev Med*. 2016;50(4):436–44.
58. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):563–72.
59. Nunes MCA, Lima RFF, Morais NA. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Psicol Cien Prof*. 2017;37(4):956–69.
60. Nunes MCA, Morais NA de. Estupro e gravidez: Relatos das vivências de mulheres antes e após o desfecho da gestação. *Estud Psicol (Natal)*. 2016;21(4):468–76.
61. Marra MM, Costa LF. Entre a revelação e o atendimento: família e abuso sexual. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2018;36(3):459.
62. Habigzang LF, Ramos MS, Koller SH. A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. *Psic: Teor e Pesq*. 2011;27(4):467–73.
63. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse & Neglect*. 2007;31(2):111–23.
64. Plummer CA. The discovery process: What mothers see and do in gaining awareness of the sexual abuse of their children. *Child Abuse & Neglect*. 2006;30(11):1227–37.
65. Santos SS dos, Dell’Aglío DD. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psico Soc*. 2010;22(2):328–35.
66. Baía PAD, Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell’Aglío DD. Caracterização da Revelação do Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes: Negação, Retratação e Fatores Associados. *Temas Psicol*. 2013;21(1):193–202.
67. Lira MOSC, Nitschke RG, Rodrigues AD, Rodrigues VP, Couto TM, Diniz NMF, et al. Surviving sexual abuse in everyday life: forms of resistance used by children and adolescents. *Texto contexto Enferm*. 2017;26(2):e00050016.
68. Alaggia R. Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28(11):1213–27.
69. Paine ML, Hansen DJ. Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinic psychol rev*. 2002;22(2):271–95.
70. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psic: Teor e Pesq*. 2005;21(3):341–8.
71. Teixeira Filho FS, Rondini CA, Silva JM, Araújo MV. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. *Psicol Soc*. 2013;25(1):90–102.
72. Lima JA, Alberto MFP. O Olhar de Mães acerca do Abuso Sexual Intrafamiliar Sofrido por suas Filhas. *Psicol Cien Prof*. 2015;35(4):1157–70.
73. Santos SS dos, Dell’Aglío DD. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estud Psicol (Campinas)*. dezembro de 2008;25(4):595–606.
74. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi L-R. Is early detection of abused children possible? a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics*. 2013; 13:202.
75. Vieira JM. Doenças de veiculação hídrica sob vigilância: uma análise dos casos da regional de Ceilândia-DF em 2015. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Saúde Coletiva). Brasília: Universidade de Brasília, 2016.
76. Violência – Secretaria de Saúde do Distrito Federal [Internet]. [citado 6 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/>

77. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monteiro RA. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola - Brasil, 2010-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017059.
78. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017 [Internet]. 2018 [citado 16 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>
79. Platt VB, Back I de C, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Cienc Saúde Coletiva*. 2018;23(4):1019–31.
80. Canuto PQ, Gouveia SMH, Diniz BKL, Araújo LP. Epidemiologia de Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes nas Capitais Nordestinas. *Rev Semente* 2011: 6(6). *Revista Semente* [Internet]. 13 de abril de 2013; Disponível em: <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/semente/article/view?path=>
81. Chehab MAD, Paiva L da S, Figueiredo FW dos S, Daboïn BEG, Reato L de FN, Adami F. Sexual abuse characteristics in Santo André, São Paulo, Brazil: from victims to aggressors, from diagnosis to treatment. *J Hum Growth Dev*. 2017;27(2):228–34.
82. Moreira KFA, Oliveira DM, Oliveira CAB, Alencar LN, Orfão NH, Farias ES. Perfil das crianças e adolescentes vítimas de Violência. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(11):4410–7.
83. Sena CA, Silva MA, Falbo Neto GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013. *Cienc Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1591–9.
84. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*. 2012;23(2):395–416.
85. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediat*. 2005;81(Supl.):s197–204.
86. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(9):664–74.
87. Hecht DB, Hansen DJ. The environment of child maltreatment: contextual factors and the development of psychopathology. *Aggres Violent Behav*. 2001;6(5):433–57.
88. FURNISS. Abuso Sexual da Criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
89. Costa LF, Penso MA, Rufini BR, Mendes JAA, Borba NF. Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. *Arq Brasil Psicol*. 2007;59(2):245–55.
90. Marra MM, Costa LF. Caracterização do abuso sexual em clientela do CREAS. *Rev Subjetividades*. 2016;16(2):105–16.
91. Freitag KC. Perfil das crianças e adolescentes atendidas no Programa Sentinela: compreendendo o fenômeno da violência. *Serv Soc Rev*. 2010;13(1):119.
92. Governo de Brasília. PDAD-Ceilândia-2015 [Internet]. [citado 25 de março de 2018]. Disponível em: https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/images/agencia_brasilia/2016/01-Janeiro/pdad-ceilandia-2015.pdf
93. Velho MTAC, Cantarelli DS, Silva LC, Santos FG. Abuso sexual na infância e na adolescência femininas: um estudo em um hospital escola. *Rev Saúde (Santa Maria)*. 2012;38(1):71–82.
94. Fukumoto AECG, Corvino JM, Olbrich Neto, J. Perfil dos agressores e das crianças e

- adolescentes vítimas de violência sexual. *Rev Ciênc Ext.* 2011;(2):71–83.
95. Paula ESP. O abuso sexual na família: um estudo sobre o enfrentamento a partir de intervenção institucional [Mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
 96. Barbosa JS, Sampaio SMR. Família matrifocal: A experiência das crianças. *Estud Psicol (Natal)*. 2017;22(1):109–19.
 97. Habigzang LF, Azevedo GA, Koller SH, Machado PX. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicol Reflex Crit.* 2006;19(3):379–86.
 98. Oliveira JR, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Cienc Saúde Coletiva.* 2014;19(3):759–71.
 99. Lessinger Borges J, Zingler VT. Fatores de risco e de proteção em adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicol Estud.* 2013;18(3):453–63.
 100. Carinhonha JI, Penna LHG. Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituição de abrigamento. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(1):68–76.
 101. Minayo MCS, Assis, SG. *Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. 187–201 p.
 102. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Cienc Saúde Coletiva.* 2007;12(5):1129–41.
 103. Soares EMR, Silva NLL, Matos MAS, Araújo ETH, Silva LDSR, Lago EC. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. *Rev interdisciplinar.* 2016;9(1):87-96.
 104. Gomes AJS, Resende VR. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicol: Teor e Pesq.* 2004;20(2):119–25.
 105. Benczik EBP. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Rev Psicopedag.* 2011;28(85):67–75.
 106. Damiani CC, Colossi PM. A ausência física e afetiva do pai na percepção dos filhos adultos. *Pensando fam.* 2015;19(2):86–101.
 107. Sganzerla IM, Levandowski DC. Adolescentes que vivenciam a ausência paterna temporária: características pessoais e planos em relação ao futuro. *Aletheia.* 2011;34:81-95.
 108. Wolfe VV. Child Sexual Abuse. In: Mash EJ, Barkley RA. *Treatment of Childhood Disorders.* New York: The Guilford Press; 1998. 545–597 p.
 109. Santos CA, Costa MCO, Amaral MTR, Sobrinho CLN, Musse JO, Costa AM. Agressor sexual de crianças e adolescentes: análise de situações relacionadas à violação e vítimas. *Adolesc Saude.* 2015;12(3):7–20.
 110. DeLisi M, Kosloski AE, Vaughn MG, Caudill JW, Trulson CR. Does childhood sexual abuse victimization translate into juvenile sexual offending? New evidence. *Violence Vict.* 2014;29(4):620–35.
 111. Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry.* 2003;183:332–9.
 112. Azevedo MA, Guerra V. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.* São Paulo: Iglu Editora; 1989.
 113. Habigzang LF, Corte FD, Hatzenberger R, Stroehrer F, Koller SH. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicol Reflex Crit.* 2008;21(2):338–44.

114. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl.* 2007;31(1):7–26.
115. Finkelhor D, Turner H, Hamby S, Ormrod R. Polyvictimization: children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse [Internet]. 2011. Disponível em: <http://purl.fdlp.gov/GPO/gpo33915>
116. Cavalcante LV, Raposo JCS, Claudino KA, Santos CFBF, Amorim VCSA. Associação entre gravidez na adolescência e violência sexual. *Adolesc Saude.* 2015;12(2):89–93.
117. 121. Delzियो CR, Coelho EBS, d'Orsi E, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina Brasil. *Cienc Saúde Coletiva.* 2018;23(5):1687–96.
118. Nunes MCA, Morais NA. Gravidez decorrente de violência sexual: revisão sistemática da literatura. *Arq Brasil Psicol.* 2017;69(2):88–103.
119. Flores Sulca T, Schirmer J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno - Peru. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006;14(4):579–85.
120. Noll JG, Shenk CE. Teen Birth Rates in Sexually Abused and Neglected Females. *Pediatrics.* 2013;131(4):e1181.
121. Taborda JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(1):16–24.
122. Flores RZ, Caminha RM. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Ver Psiquiatr Rio Gd Sul.* 1994;16(2):158–67.
123. Brenner LA. Neuropsychological and neuroimaging findings in traumatic brain injury and post-traumatic stress disorder. *Dialogues clin neurosci.* 2011;13(3):311–23.
124. Creeden, K. How trauma and attachment can impact neurodevelopment: Informing our understanding and treatment of sexual behaviour problems AU. *J Sex Aggression.* 2009;15(3):261–73.
125. Jaffee SR, Maikovitch-Fong AK. Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *J child psychol psychiatry.* 2011;52(2):184–94.
126. Boden JM, Horwood LJ, Fergusson DM. Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse & Neglect.* 2007;31(10):1101–14.
127. Noll JG, Shenk CE, Yeh MT, Ji J, Putnam FW, Trickett PK. Receptive Language and Educational Attainment for Sexually Abused Females. *Pediatrics.* 2010;126(3):e615.
128. Fontes LFC, Conceição OC, Machado S. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(9):2919–28.
129. Baía P, Veloso M, Habigzang L, Dell'Aglio D, Magalhães C. Padrões de revelação e descoberta do abuso sexual de crianças e adolescentes. *Rev Psicologia.* 2015;24 (1):1–19.
130. Collin-Vézina D, De La Sablonnière-Griffin M, Palmer AM, Milne L. A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect.* 2015;43(1):123–34.
131. Collings SJ, Griffiths S, Kumalo M. Patterns of Disclosure in Child Sexual Abuse. *South African J Psychology.* 2005;35(2):270–85.
132. Borges JL, Dell'Aglio DD. Abuso sexual infantil: indicadores de risco e consequências no desenvolvimento de crianças. *Interam J Psychol.* 2008;42(3):528–36.

133. Santos SS, Dell’Aglío DD. O processo de revelação do abuso sexual na percepção de mães. *Psicol: Teor Prat.* 2013;15(1):50–64.
134. Siqueira AC, Arpini DM, Savegnago SDO. Família e abuso sexual na perspectiva de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Aletheia.* 2011;109–22.
135. Gutierrez DMD, Pontes KDS. Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. *Ver NUFEN.* 2011;3(2):3-24.
136. Menezes RS, Santos TS, Veloso NO, Freitas VN, Santos MS, Rahim MAA. Maternidade, trabalho e formação: lidando com a necessidade de deixar os filhos. *Const psicopedag.* 2012;20(1):23–47.
137. Madaleno R. Curso de direito de família. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2015. 36 p.
138. Roudinesco E. A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.
139. Arabolaza OG, Piedra CV. Abusos sexuales: una situación de desprotección. *Medifam.* 2001;11(1):41–51.
140. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol Estud.* 2002;7(2):3–11.
141. Santos SS, Dell’Aglío DD. Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas. *Psicol: Teor e Pesq.* 2009;25(1):85–92.
142. Presidência da República. Lei 13.010 [Internet]. 13.010 jun 26, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm
143. Azevedo EC. Atendimento psicanalítico a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicol Cienc Prof.* 2001;21(4):66–77.
144. Crisma M, Bascelli E, Paci D, Romito P. Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse & Neglect.* 2004;28(10):1035–48.
145. Alaggia R. Disclosing the Trauma of Child Sexual Abuse: A Gender Analysis. *J Loss Trauma.* 2005;10(5):453–70.
146. Hohendorff JV, Santos SS, Dell’Aglío DD. Estudo de caso sobre a revelação da violência sexual contra meninos. *Contextos Clinic.* 2015;8(1):46–54.
147. Pelisoli C, Piccoloto LB. Prevenção do abuso sexual infantil: estratégias cognitivo-comportamentais na escola, na família e na comunidade. *Rev Bras Ter Cogn.* 2010;6(1):108–37.
148. Brino RF, Williams LCA. Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil. *Interação Psicologia.* 2003;7(2):1-10.
149. Gibson LE, Leitenberg H. Child sexual abuse prevention programs: do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect.* 2000;24(9):1115–25.
150. Krindges CA, Habigzang LF. Regulação emocional, satisfação sexual e comportamento sexual de risco em mulheres vítimas de abuso sexual na infância. *Estud Psicol (Campinas).* 2018;35(3):321–32.
151. Serafim AP, Saffi F, Achá MFF, Barros DM. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev Psiq Clin.* 2011;38(4):143–7.
152. Bednar RL, Peterson SR. Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 1995. 433 p.
153. Moreno ES, Roda ABL. Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. *Span J Psychol.* 2003;6(1):3–11.
154. Viscardi AAF, Correia PMS. Questionários de avaliação da autoestima e/ou da

- autoimagem: vantagens e desvantagens na utilização com idosos. *Rev Bras Qual Vida*. 2017; 9(3):261-80.
155. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Aval Psicol*. 2011;10(1):41–9.
 156. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. 2004;19(1):41–52.
 157. Gava LL, Silva DG, Dell’Aglío DD. Sintomas e Quadros Psicopatológicos Identificados nas Perícias em Situações de Abuso Sexual Infanto-Juvenil. *Psico*. 2013;44(2):235–44.
 158. Oliveira LH, Santos CSS. As diferentes manifestações do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em crianças vítimas de abuso sexual. *Rev SBPH*. 2006;9(1):31–53.
 159. Habigzang LF, Borges JL, Dell’Aglío DD, Koller SH. Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicol Clín*. 2010;22(2):27–44.
 160. Borges JL, Dell’Aglío DD. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicol Estud*. 2008;13(2):371–9.
 161. Ozer EJ, Weiss DS. Who Develops Posttraumatic Stress Disorder? *Curr Dir Psychol Sci*. 2004;13(4):169–72.
 162. Buckley TC, Blanchard EB, Neill WT. Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(8):1041–65.
 163. Houzel SH. *O cérebro em transformação*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2005.
 164. World Health Organization. Preventing suicide. 2014;143(7):609–10.
 165. Siegel D. *Brainstorm. The Power and Purpose of the Teenage Brain*. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin; 2013.
 166. Tarazi FI, Tomasini EC, Baldessarini RJ. Postnatal Development of Dopamine D1-Like Receptors in Rat Cortical and Striatolimbic Brain Regions: An Autoradiographic Study. *Developmental Neuroscience*. 1999;21(1):43–9.
 167. Goto Y, Grace AA. Dopamine-Dependent Interactions between Limbic and Prefrontal Cortical Plasticity in the Nucleus Accumbens: Disruption by Cocaine Sensitization. *Neuron*. 21 de julho de 2005;47(2):255–66.
 168. Schäfer JL, Teixeira VA, Fontoura LP da, Castro LC de, Horta RL. Exposure to physical and sexual violence and suicidal ideation among schoolchildren. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(2):96–103.

APÊNDICE A - Ficha de Coleta de dados

1. Notificação

Ficha de Notificação de violência preenchida? Sim | Não

2. Identificação

Número		Idade		
Gênero <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de Nascimento	Cor/Raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena	Série escolar	A família recebe algum benefício? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual benefício? <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> BPC <input type="checkbox"/> Outro: _____		Situação habitacional <input type="checkbox"/> Própria quitada <input type="checkbox"/> Própria Financiada <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Invasão <input type="checkbox"/> Outro: _____		

3. Composição da família

Pai | Mãe | Irmãos | Outros | Responsável _____

4. Procura do serviço

Livre demanda | Encaminhado

5. Instituições que encaminharam - Selecione a(s) Instituição(ões)

<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)
<input type="checkbox"/> Delegacia Circunscrição	<input type="checkbox"/> TJDF (VIJ, SERAV, etc.)
<input type="checkbox"/> DPCA	<input type="checkbox"/> UBS/Centro de Saúde
<input type="checkbox"/> CREAS	<input type="checkbox"/> CAPSi
<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Escola
<input type="checkbox"/> Outros PAVs	<input type="checkbox"/> Hospitais
<input type="checkbox"/> Centro integrado 18 de maio	<input type="checkbox"/> Outros: _____

6. Procedimentos realizados

<input type="checkbox"/> Medida Protetiva	<input type="checkbox"/> Encaminhamento aos pais ou responsável.	<input type="checkbox"/> Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial.
	<input type="checkbox"/> Orientação, apoio e acompanhamento temporários.	<input type="checkbox"/> Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.
<input type="checkbox"/> Kit profilaxia	<input type="checkbox"/> Matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental.	<input type="checkbox"/> Acolhimento institucional.
	<input type="checkbox"/> Inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente.	<input type="checkbox"/> Inclusão em programa de acolhimento familiar.
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Colocação em família substituta.	
	<input type="checkbox"/> Anticoncepção de emergência	<input type="checkbox"/> IST não viral

7. Circunstâncias da violência

Vítimas sem reação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sedução	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Violência com uso de força	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sob ameaça com uso de armas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Violência psicológica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Intoxicação exógena/envenenamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de Álcool e/ou outras drogas pela vítima	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

8. Sobre o Agressor e a vítima

Parentesco com o agressor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual o parentesco? Parentesco: _____	Tem contato com o agressor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Idade do agressor Idade: _____	Sexo do agressor <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Agressor faz uso de álcool ou outras drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhece	A vítima já sofreu abuso anteriormente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sobre o abuso (momento) <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Múltiplos		

9. Local da violência

Casa da vítima Casa do agressor Casa de outro familiar Ambiente extrafamiliar

10. Sintomas físicos

Infecções sexualmente transmissíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infecções urinárias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Corrimento ou outras secreções vaginais e penianas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Aborto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	--

11. Psíquicos

Automutilação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Baixo nível de estima própria	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comportamento agressivo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comportamento autodestrutivo ou ideação suicida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Culpa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Desenvolvimento de brincadeiras sexuais e masturbação compulsiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Envolvimento em situação de exploração sexual	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Frequentes fugas de casa e prática de delitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Interesse ou conhecimento súbito e não usuais sobre questões sexuais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Medo do escuro ou de lugares fechados	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Medo ou pânico em relação a alguma pessoa ou sentimento generalizado de desagrado quando sozinha com alguém	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Mudança de hábito alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Padrão de sono perturbado;	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Tristeza	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Vergonha excessiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quantidade de itens marcados		

12. Escolar e socialização

Queda injustificada na frequência escolar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Baixo rendimento causado por dificuldade de concentração e aprendizagem	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Tendência de isolamento social	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dificuldade de confiar nas pessoas a sua volta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quantidade de itens marcados		

13. Revelação

Quem revelou?
 Parente Profissional de saúde Profissional de educação Amigo Outro: _____

Quanto tempo após a violência? Quem acreditou? Quem não acreditou?
 ___ dias, ___ meses, ___ anos

Motivos da revelação ou da não revelação

Consequências da revelação ou da não revelação

ANEXO I – Folha de Rosto



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: ABUSO SEXUAL EM ADOLESCENTES: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no Serviço de Referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho 2018			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 180			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Tatiana Fonseca da Silva			
6. CPF: 940.373.105-20		7. Endereço (Rua, n.º): CCSW 3 LOTE 5 BLOCO B APARTAMENTO 209 SETOR SUDOESTE ED. PORTO FELIZ BRASILIA DISTRITO FEDERAL 70680395	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (61) 3797-5060	10. Outro Telefone:
			11. Email: tatiana_fonseca@icloud.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 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. Aceito 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.</p>			
Data: <u>06</u> / <u>06</u> / <u>18</u>		<p><u>Tatiana Fonseca da Silva</u> Assinatura</p>	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Fundação Oswaldo Cruz		13. CNPJ: 33.781.055/0009-92	14. Unidade/Órgão: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
15. Telefone: (21) 3836-2103		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>MARIA FABIANA DAMÁSIO PASSOS</u>		CPF: <u>897903755-49</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETORA</u>			
Data: <u>06</u> / <u>06</u> / <u>2018</u>		<p><u>Fabiana Damásio</u> DIRETORA Gerência Regional de Brasília Fundação Oswaldo Cruz Assinatura SIAPE: 1924283</p>	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO A – Encaminhamento ao CEP



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Brasília, 21 de maio de 2018

Senhor(a) Coordenador(a),

Venho por meio desta, encaminhar o projeto de pesquisa intitulado: **“ABUSO SEXUAL EM ADOLESCENTES: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no Serviço de Referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho 2018”**, sob minha responsabilidade, para apreciação do CEP-FIOCRUZ/Brasília. Trata-se de projeto de mestrado do Mestrado Profissional em Medicina de Família.

Sendo o que havia para o momento, despeço-me cordialmente.

Atenciosamente,

Tatiana Fonseca da Silva

Tatiana Fonseca da Silva

061 99801-5060

Francisco Eduardo de Campos

Francisco Eduardo de Campos

061 3329-4598

ANEXO B – Solicitação de Dispensa de TCLE



Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Brasília, 21 de maio de 2018

Senhor(a) Coordenador(a),

Venho por meio desta requerer a esse Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos a liberação da exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do projeto intitulado **ABUSO SEXUAL EM ADOLESCENTES: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no Serviço de Referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho 2018.**

1. O estudo será realizado através de análise retrospectiva de dados em prontuários, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente, uma vez que, o estudo é meramente observacional;
3. A preservação da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados através de iniciais e números de registros que servem apenas para validar a individualidade da informação, garantindo o sigilo;
4. Será solicitado consentimento do serviço;

Nestes termos, pede deferimento.

Tatiana Fonseca da Silva

Tatiana Fonseca da Silva

ANEXO C- Termo de Concordância de instituição Coparticipante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

AUTORIZAÇÃO

Eu, *Talita Lemos Andrade*, *Superintendente da Região Oeste de Saúde*, estou ciente de minhas corresponsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa **ABUSO SEXUAL EM ADOLESCENTES: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no Serviço de Referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho 2018**, de responsabilidade da pesquisadora *Tatiana Fonseca da Silva*, para finalidade, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da *Fundação Oswaldo cruz (Fiocruz Brasília)*, como instituição proponente do projeto de pesquisa, e também da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/FHB/SES como instituição co-participante.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos *participantes de pesquisa* nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Talita Lemos Andrade
Superintendente da Região Oeste de Saúde

Dra. Talita L. Andrade
Mat. 174098-9 - CRM/DF 13746
Sup. de Reg. de Saúde Oeste
Superintendente



ANEXO D - Termo de Concordância de instituição Coparticipante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO CO- PARTICIPANTE

Ilma. Sra. Talita Lemos Andrade, Superintendente da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **ABUSO SEXUAL EM ADOLESCENTES: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no Serviço de Referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho 2018** a ser realizada no Programa de Assistência a Vítimas de Violência da Região Oeste de Saúde pela aluna Tatiana Fonseca da Silva, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fiocruz Brasília, sob orientação do *Dr. Francisco Eduardo de Campos e Dr. José Agenor Álvares da Silva, com os seguintes objetivos: Caracterizar o perfil de adolescentes vítimas de violência sexual acompanhadas no Serviço de Referência, identificar os adolescentes que sofreram violência sexual acompanhadas no programa de assistência a vítimas de violência de uma Região de Saúde selecionada no Distrito Federal e conhecer tempo e os motivos da revelação; necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos na sala de atendimento a vitimas de violência do ambulatório II, do Hospital Regional de Ceilândia. A pesquisa envolve revisão de prontuários e não faremos entrevistas ou abordagem a usuários ou servidores.*

Salientamos que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. A pesquisa não acarretará despesas para esta Instituição, sendo esta, por sua vez, voluntária.

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS-MS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo desta pesquisa.

Agradecemos antecipadamente a colaboração, e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Brasília, 21 de maio de 2018

Tatiana Fonseca da Silva

Tatiana Fonseca da Silva

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABUSO SEXUAL EM ADOLESCENTES: Caracterização do perfil das vítimas atendidas no Serviço de Referência da Região Oeste de Saúde do Distrito Federal no período de julho de 2017 a junho 2018

Pesquisador: Tatiana Fonseca da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92506618.0.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.768.593

Apresentação do Projeto:

Este será um estudo observacional, descritivo, transversal. Considera-se importante caracterizar o perfil das vítimas com o objetivo de contribuir para a formação dos profissionais que atendem a essa população no contexto de prevenção primária e secundária da violência. Para isso, o estudo estará dirigido a compreender alguns elementos da ocorrência da agressão, do agressor e da revelação da violência sexual em adolescentes, a saber: 1) Características das vítimas; 2) Características da agressão; 3) Sinais e sintomas; 4) características do agressor e 4) Características da revelação. Tais elementos nortearão a construção do instrumento de coleta de dados (Apêndice A). A pesquisa será desenvolvida nas seguintes etapas: 1) Levantamento e análise documental dos prontuários de adolescentes vítimas de violência sexual; e 2) Análise das variáveis; O estudo será realizado no Programa de Assistência e Vigilância a Violência da Região Oeste de saúde do Distrito Federal (DF), localizado no ambulatório II do Hospital Regional de Ceilândia, Região Administrativa (RA) do DF com maior índice de violência, o que justifica sua seleção. A primeira etapa consistirá na análise documental através da revisão de prontuários de adolescentes que sofreram violência sexual. A análise dos prontuários possibilitará o preenchimento da ficha de coleta de dados (Apêndice A) com dados retrospectivos e será realizada pelo pesquisador principal. A segunda etapa será a análise das variáveis. Como resultado, será possível construir um perfil clínico-epidemiológico dessa população. A amostra será não-probabilística intencional por quotas, visto

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 2.769.598

que incluirá os usuários que já tiveram a violência notificada aos órgãos competentes e as medidas protetivas, se necessárias, já foram instauradas. Para fins de amostragem será utilizada a média dos acolhimentos do programa, que corresponde a quinze adolescentes por mês, estimando-se uma amostra de 180 prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil de adolescentes vítimas de violência sexual acompanhadas no Serviço de Referência.

Objetivo Secundário:

1. Identificar os adolescentes que sofreram violência sexual acompanhadas no programa de assistência a vítimas de violência de uma Região de Saúde selecionada no Distrito Federal;
2. Conhecer tempo e os motivos da revelação;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos pacientes proporcionados por esse estudo serão mínimos, pois a pesquisa envolve uma análise retrospectiva de prontuários sem intervenção no estado de saúde dos envolvidos. Mesmo diante desse fato, como medida preventiva e objetivando a redução dos possíveis riscos advindos desta pesquisa, a análise dos prontuários será realizada exclusivamente dentro do ambulatório II, em sala específica, durante o horário de funcionamento, para garantir a integridade e sigilo das informações contidas nos prontuários.

Benefícios:

Conhecendo perfil da vítima e motivos da revelação e sensibilizar profissionais na atenção primária, onde a identificação precoce terá grande impacto nas consequências advindas da violência sofrida e na atenção especializada, melhorando a qualidade da assistência prestada a estas vítimas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Contexto de pesquisa relevante, materiais e métodos parecem adequados para a consecução dos objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presença de todos os termos, conforme protocolos e legislação vigente.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 2.768.598

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise documental, discussão dos possíveis riscos e sugestões, o Comitê julgou pela APROVAÇÃO do projeto para realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ Brasília, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1134735.pdf	12/06/2018 06:05:04		Aceito
Outros	Termo_de_concordancia.pdf	12/06/2018 06:04:16	Tatiana Fonseca da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	12/06/2018 05:54:30	Tatiana Fonseca da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_encaminhamento.pdf	12/06/2018 05:53:16	Tatiana Fonseca da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_dispenza.pdf	12/06/2018 05:50:49	Tatiana Fonseca da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Abuso_sexual_em_adolescentes.pdf	12/06/2018 05:44:42	Tatiana Fonseca da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/06/2018 05:38:39	Tatiana Fonseca da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.768.598

BRASILIA, 12 de Julho de 2018

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br