



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ELAINE CRISTINA ARAÚJO MEDEIROS DE SOUZA

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL  
PERPETRADA CONTRA O GÊNERO FEMININO**

CAMPINA GRANDE

2013

ELAINE CRISTINA ARAÚJO MEDEIROS DE SOUZA

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL  
PERPETRADA CONTRA O GÊNERO FEMININO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel/Licenciada em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Sandra dos Santos Sales

CAMPINA GRANDE

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S729c Souza, Elaine Cristina Araújo Medeiros de.  
Caracterização da violência sexual infantojuvenil perpetrada contra o gênero feminino [manuscrito] / Elaine Cristina Araújo Medeiros de Souza. – 2013.

45 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Prof. Esp. Sandra dos Santos Sales, Departamento de Enfermagem”.

1. Violência sexual. 2. Abuso sexual. 3. Saúde pública. I. Título.

21. ed. CDD 362.76

ELAINE CRISTINA ARAÚJO MEDEIROS DE SOUZA

**CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL  
PERPETRADA CONTRA O GÊNERO FEMININO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento à exigência para obtenção do título de Bacharel/Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em: 22 de agosto de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**

Sandra dos Santos Sales

Prof<sup>a</sup>. Esp. Sandra dos Santos Sales / UEPB

Orientador(a)

Maria Cidney da Silva Soares

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>da</sup>. Maria Cidney da Silva Soares / CESED

Examinador(a)

Lanuzya Veríssimo e Oliveira

Prof<sup>a</sup>. Msc. Lanuzya Verissimo e Oliveira / UEPB

Examinador(a)

*Dedico*

*A minha mãe, Fátima Araújo,  
minha fonte de inspiração e exemplo.*

*Amo a senhora!*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pelo presente da vida e por sua eterna fidelidade. Por ser meu guia e meu porto seguro. Pela força, discernimento e bênçãos concedidas a cada momento desta jornada.

A minha família, por ser minha base, meu abrigo e minha eterna alegria, da qual tenho grande prazer em fazer parte. Em especial aos meus pais, Edson e Fátima, pelo incentivo, exemplo, carinho e amor incondicionais que fizeram de mim o que sou hoje. Aos meus irmãos, Karyna e Kemerson, pela atenção e cumplicidade. Aos meus sobrinhos, Vitor e Matheus, por iluminar meu caminho com seus sorrisos e me “aperrear” com suas travessuras. Aos meus avós, Seu Narciso e Vovó Guia, e a minha amiga Diana, por estarem sempre aqui ao lado para me ajudar. Aos tios, primos e cunhados que de alguma forma me apoiaram nesta caminhada. Amo muito vocês!

A meu amigo, namorado (futuro marido) e amor da minha vida, Diogo Rodrigues, pela sua paciência e compreensão, por me aturar, me ajudar e me fazer feliz. Sou imensamente grata a Deus por ter cruzado nossos caminhos pelos corredores desta universidade e por abençoar nosso relacionamento.

A minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Sandra dos Santos Sales, por sua dedicação, gentileza, disponibilidade e conhecimento transmitido.

A banca examinadora, Prof<sup>ª</sup> Msc. Maria Cidney da Silva Soares e Prof<sup>ª</sup> Msc. Lannuzya Verissimo e Oliveira, pelas valiosas contribuições objetivando a melhor qualidade do trabalho.

As minhas amigas: Raísa Barbosa, Yris Luana, Carla Carolina e Yanne de Oliveira, que desde o começo estiveram ao meu lado, acompanharam meu crescimento e compartilharam comigo inúmeros momentos maravilhosos, e às vezes difíceis, mas que me deram ânimo para continuar.

Aos meus amigos e amigas, que colaboraram para a realização deste trabalho e me ajudaram de diversas formas em vários momentos da vida.

Agradeço a coordenação, aos professores e funcionários do departamento de Enfermagem, que colaboraram com seu conhecimento para minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho, quer criticando, quer incentivando, gostaria de manifestar meus sinceros agradecimentos.

*“O amor é o único nexo permanente válido nas relações familiares. Amar e ser amado é um desejo de todos. E também é um direito que a sociedade deveria proteger e estimular”.*  
(KNOBEL, 1992)

## **Caracterização da violência sexual infantojuvenil perpetrada contra o gênero feminino**

SOUZA, Elaine Cristina Araújo Medeiros de.

### **RESUMO**

A violência é considerada um problema de saúde pública mundial, de grande magnitude e complexidade, que envolve geralmente grupos mais vulneráveis pertencentes a classes sociais menos favorecidas. No caso da violência sexual, as crianças e adolescentes do gênero feminino são as principais vítimas. Assim objetivou-se caracterizar a violência sexual contra crianças e adolescentes, do gênero feminino, atendidas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande-PB. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório e transversal, com abordagem quantitativa, realizada a partir da análise de dados secundários. Foram analisados 440 laudos de conjunção carnal e respectivos boletins de ocorrência, relacionados a crianças e adolescentes do gênero feminino, entre zero e 17 anos, possíveis vítimas de abuso sexual, atendidas no NUMOL no período entre janeiro de 2007 e dezembro de 2010. A pesquisa evidenciou a prevalência de vítimas na faixa etária entre 8-14 anos (62%); solteira (80,9%); estudante (69,3%), com ensino fundamental incompleto (35,9%); residente na zona urbana (71,6%) e natural de outros municípios (55,9%); 47% da população infantojuvenil foi vítima de estupro; em 17% dos casos não foi possível descartar a prática de atos libidinosos; e em 34% dos laudos não foi possível determinar qual o tipo de violência sexual perpetrada. A maioria das denúncias foi realizada com mais de 20 dias do ocorrido (28,2%), tendo como principais autores do crime os conhecidos, amigos e vizinhos (44,3%), seguidos por padrastos (10,7%) e genitores (6,7%); a residência da vítima foi o local da agressão em 15,7% dos casos. Houve predomínio da violência executada por um único agressor (80,7%); com o emprego de violência psicológica em 33,2% dos casos, e de força física, identificadas em 15,4% das vítimas. Portanto, pode-se concluir que a vulnerabilidade da população infantojuvenil ao abuso sexual se relaciona com o gênero; com suas condições biológicas, psicológicas e socioeconômicas; e se agrava com a subnotificação e a impunidade. Ressalta-se com este trabalho, a importância de uma abordagem multiprofissional qualificada, humanizada e integral, mediante ações multissetoriais e da capacitação dos profissionais da saúde, para prevenir e reduzir os casos de violência em nossa sociedade, e quando necessário, atender as necessidades dessa demanda.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência sexual; Feminino; Crianças; Adolescentes.



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição, por ano, das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, submetidas ao exame de conjunção carnal. Campina Grande – PB, 2007 a 2010 .....	19
TABELA 2	Distribuição, por mês, das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, submetidas ao exame de conjunção carnal. Campina Grande – PB, 2007 a 2010 .....	19
TABELA 3	Distribuição das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual de acordo com o ano, os dados demográficos e os indicadores sociais. Campina Grande – PB, 2007 a 2010 .....	20
TABELA 4	Aspectos relacionados com a agressão sexual cometidas contra crianças e adolescentes do sexo feminino. Campina Grande – PB, 2007 a 2010 .....	22
TABELA 5	Dados referentes ao relacionamento vítima/agressor e o número de agressores. Campina Grande – PB, 2007 a 2010 .....	23

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	16
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	16
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	16
3.3 UNIVERSO E AMOSTRA .....	16
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	17
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	17
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	17
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	18
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	18
<b>4 RESULTADOS</b> .....	19
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	24
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é considerada um problema de saúde pública mundial e representa uma das principais causas de morbimortalidade entre os jovens e adultos jovens na faixa etária de 15 a 44 anos. (DAHLBERG; KRUG, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, aproximadamente, 1,6 milhões de pessoas morrem a cada ano, em decorrência da violência, resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva (WHO, 2002).

No cenário brasileiro, a violência é frequentemente divulgada pela mídia, e sentida, principalmente, nos grandes e médios centros urbanos (LABRONICI et al., 2007). Dentre as diversas formas de violência, encontra-se o abuso sexual, uma das categorias mais comuns de maus-tratos contra o público infantojuvenil (SCHAEFER; ROSSETTO; KRISTENSEN, 2012).

De acordo com Schaefer, Rossetto, Kristensen (2012), o abuso sexual infantojuvenil consiste em qualquer contato ou interação, hétero ou homossexual, entre uma criança ou adolescente – inapto a compreender ou consentir o ato de cunho sexual – e alguém com desenvolvimento psicossocial mais avançado, onde a criança ou adolescente estiver sendo usado para satisfação sexual do agressor. Varia desde atos que envolvam ou não a penetração genital, anal ou oral; carícias e manipulação da genitália, mama ou ânus; atos que não haja contato sexual, mas que tenha a intenção de estimular sexualmente a criança ou adolescente, ou satisfazer a libido do violador; ou até mesmo, situações de exploração sexual, que visem o lucro, como a prática da prostituição e a produção de material pornográfico infantojuvenil (JUSTINO et al., 2011; SANTANA; SANTANA; LOPES, 2011; HABIGZANG et al., 2006).

O Código Penal Brasileiro estabelece como crimes contra a dignidade sexual infantojuvenil: o estupro/ atentado violento ao pudor (AVP) (art. 213), o assédio sexual (art. 216A), o estupro de vulnerável (art. 217A) e o favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual (art. 218B) (BRASIL, 2009).

Nesse ínterim, cabe destacar que a violência sexual tem repercussão biopsicossocial na vida das crianças e adolescentes. Pode interferir no seu crescimento e desenvolvimento; ocasionar consequências significativas nas esferas física, sexual, comportamental, psicológica, emocional e cognitiva; além de, em situações extremas, levar a morte (MARTINS; JORGE, 2009; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

De acordo com a Constituição Federal Brasileira (capítulo VII, artigo 227) e Lei nº 8.069/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – crianças e

adolescentes são considerados sujeitos de direitos, sendo responsabilidade da família, da sociedade e do Estado garantir a proteção desta população (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Porém, contradizendo o previsto em lei, cotidianamente, crianças e adolescentes são expostos a condições de risco e violação de seus direitos (FIORAVANTE, 2012).

Nesse âmbito, o ECA, em seu artigo 13, afirma que as situações constatadas ou suspeitas de violência contra crianças e adolescentes são de notificação obrigatória, e devem ser encaminhadas ao Conselho Tutelar da respectiva localidade por todos os profissionais e instituições de saúde (BRASIL, 1990). O profissional de saúde que se nega a denunciar a ocorrência do crime ou desconsidera sua possível existência, se coloca em uma posição de colaborador com o pacto do silêncio, sujeito a pena de multa de acordo com o artigo 245 da Constituição Federal (BAPTISTA et al., 2008; HABIGZANG et al., 2006).

Portanto, a notificação dos casos é de grande relevância, visto que é por meio desse instrumento que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção, pois a subnotificação impossibilita conhecer melhor a magnitude do problema, o perfil da vítima e do perpetrador.

Segundo o Mapa da Violência contra Crianças e Adolescentes no Brasil, a violência sexual foi responsável por 19,9% dos atendimentos de saúde na faixa etária de 0 a 19 anos, no ano de 2011. Essa porcentagem corresponde a um total de 10.425 crianças e adolescentes, com predominância do sexo feminino (83,2%), tendo a maior incidência de atendimentos registrados na faixa de 10 a 14 anos (WAISELFISZ, 2012).

Por esta razão, e considerando as características peculiares que envolvem o abuso sexual de crianças e adolescentes, é necessário que os profissionais de saúde tenham uma abordagem diferenciada e qualificada para melhor direcionar a atenção à vítima. Devido à complexidade deste fenômeno, o desenvolvimento de estudos sobre o assunto pode auxiliar a equipe de saúde no diagnóstico, tratamento e prevenção desta ocorrência (SCHAEFER; ROSSETTO; KRISTENSEN, 2012; OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

Ancorado nessa concepção, esta pesquisa disponibiliza dados que contribuem para o enfrentamento da violência sexual infantojuvenil, visto que caracterizou os casos de abuso sexual registrados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande-PB, durante o período de 2007 a 2010. Permitindo assim, uma melhor compreensão da dimensão do referido fenômeno e contribuindo para uma assistência qualificada pelos gestores da saúde, da educação e proteção de crianças e adolescentes.

Face ao exposto, esse estudo buscou caracterizar a violência sexual contra crianças e adolescentes, do gênero feminino, atendidas no NUMOL e, especificamente, traçar o perfil das crianças e adolescentes ofendidas; identificar a relação entre os perpetradores e as vítimas de práticas de violência; quantificar o número de casos e o tipo de abuso sexual cometidos, durante o período de 2007 a 2010.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A violência é um fato social, de conceituação complexa, que se manifesta independente de sexo, idade, raça, etnia ou classe social, e afeta a população de forma diferenciada, envolvendo geralmente grupos mais vulneráveis (como crianças, adolescentes e mulheres) pertencentes a classes sociais menos favorecidas (LABRONICI; FEGADOLI; CORREA, 2010; GOMES et al., 2006). Configura-se, atualmente, um novo perfil epidemiológico no quadro de saúde brasileiro, ao lado de agravos crônicos e degenerativos (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Violência é o termo utilizado para designar um comportamento que ocasiona danos emocionais e/ou psicológicos, físicos ou moral a outras pessoas ou a si próprio (DOMINGUES; MACHADO, 2010). De acordo com a OMS, a violência é definida como o uso de força física ou poder, em forma de ameaça ou na prática, decorrentes de agressões auto-infligidas, contra outras pessoas ou contra um grupo de indivíduos, que resulte em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 2002).

A violência pode ser classificada em quatro tipos: física; psicológica; sexual; e por negligência, privação ou abandono. A violência física ocorre quando há uso de força para causar injúria, dor e sofrimento; a violência psicológica é caracterizada por ameaças, difamação, humilhação, manipulação causando dano emocional ou diminuição da auto-estima; na violência sexual, a vítima é obrigada a manter, presenciar ou participar de relação sexual mediante de alguma ameaça, intimidação; e a violência por negligência, privação ou abandono, consiste na omissão de ajuda, cuidado ou auxílio a quem precisa (DOMINGUES; MACHADO, 2010).

Ao longo da história, a violência baseou-se na relação de poder para se perpetuar na sociedade, partindo do pressuposto que o domínio do mais forte sobrepõe-se sobre o mais fraco. No espaço familiar e doméstico, crianças e adolescentes destacam-se como os mais vulneráveis a sofrerem violência, e na maioria dos casos as vítimas são do sexo feminino em decorrência de sua fragilidade física, o que reforça a discriminação e a exploração que sofrem em relação aos meninos. Nesta relação entre desiguais, à violência sexual está entre uma das categorias mais comuns de violação contra a população infantojuvenil (SCHAEFER; ROSSETTO; KRISTENSEN, 2012; JUSTINO et al., 2011; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

A violência sexual pode ser definida como toda ação erótica ou sexual que desrespeite o direito de escolha de um dos sujeitos envolvidos, onde o perpetrador – em situação de poder sobre a vítima – utiliza de força física, influência psicológica, ou uso de armas ou drogas para

cometer a agressão (SOUTO, 2010; BRASIL, 2001). Nos casos de violência sexual infantojuvenil, a criança ou adolescente participa de atividades sexuais inapropriadas à sua idade, e é vitimada por uma pessoa com desenvolvimento psicosssexual mais avançado (adulto ou adolescente mais velho), com intuito de satisfazer seu prazer sexual (BAPTISTA et al., 2008; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

O abuso sexual pode ser classificado como: extrafamiliar (quando ocorre fora do ambiente familiar, envolvendo geralmente pessoas desconhecidas), ou intrafamiliar (denominado incesto e ocorre dentro da própria família). A violência sexual intrafamiliar pode ser cometida por membros da família nuclear (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos) ou por indivíduos da família extensiva (avós, tios(as), primo(as), entre outros) (SANTOS; DELL'AGLIO, 2008; BRASIL, 2001).

De acordo com o Código Penal Brasileiro são considerados crimes contra a dignidade sexual de crianças e adolescentes: o estupro, o assédio sexual, o estupro de vulnerável e o favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual (BRASIL, 2009).

O estupro, até pouco tempo atrás, era definido como o ato de forçar a mulher a cometer conjunção carnal, mediante o emprego de força ou grave ameaça. A conjunção carnal refere-se à cópula fisiológica, com introdução total ou parcial do pênis na vagina, haja ou não ejaculação, tendo ou não havido rotura do hímen. Desta forma, o estupro só poderia ocorrer tendo o homem como agressor, e a mulher como vítima (BRASIL, 2009; FONTES et al., 2004). O atentado violento ao pudor (AVP), por sua vez, consiste em obrigar alguém (homem ou mulher) a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal, mediante violência física ou psicológica (BRASIL, 2009).

Atualmente, após a reformulação que consta no Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o Código Penal Brasileiro, pela Lei nº 12.015/2009, passou a incluir o atentado violento ao pudor (AVP) no art. 213, que dispõe sobre o estupro/conjunção carnal. Anteriormente o AVP não se classificava como estupro, visto que não havia o coito vaginal. Porém, com essa redefinição, o estupro passa a ser entendido como a ação de forçar alguém, mediante violência física ou psicológica, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso (exemplo: penetração anal ou oral), sendo agora, o estupro e o AVP compreendidos como crime único.

O assédio sexual consiste em conduta de natureza sexual não desejada, ocasionado constrangimento a alguém, e que embora seja repelida, é continuamente repetida pelo agressor, restringindo assim, a liberdade sexual do outro (BRASIL, 2009).

Na Lei nº 12.015/2009, capítulo II, são considerados crimes contra vulneráveis, o estupro de vulnerável – que se refere à prática de conjunção carnal, ou outros atos libidinosos, com menor de 14 anos ou com àqueles que não puderem oferecer resistência – e o favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual – que compreende o fato de “*submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone*” (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, onde a relação de poder é fundamental e determinante, a violência sexual na infância e adolescência deixa consequências difíceis de serem superadas. Nesta situação, a criança ou adolescente é forçada a interromper abruptamente seu desenvolvimento natural, e a vivenciar uma prática a qual ainda não tem maturidade biológica, e principalmente, psicológica para o momento (BARBOSA et al., 2013). Como nem sempre a violência sexual é acompanhada de violência física aparente, o diagnóstico e a possibilidade de denúncia podem tardar, resultando em uma exposição maior da criança ou adolescente à agressão sexual. Os efeitos psicológicos desse tipo de violência podem ser devastadores, e podem perdurar por toda a vida (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

As consequências decorrentes da violência sexual variam desde efeitos mínimos até problemas mais graves, repercutindo nas esferas física e mental, em curto e longo prazos. De imediato, as crianças e adolescentes do sexo feminino estão susceptíveis a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). No futuro, podem surgir distúrbios ginecológicos e sexuais, além de maior vulnerabilidade para depressão, pânico, tentativa de suicídio, abuso e dependência de drogas, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares e transtorno de personalidade. Também são descritos na literatura, sintomas como: tristeza, dificuldade de aprendizagem, medo exagerado de adultos, comportamento avançado para a idade, baixa auto-estima, entre outros (FACURI et al., 2013; SCHAEFER; ROSSETTO; KRISTENSEN, 2012).

Os casos de violência sexual registrados no país, fornecidos por delegacias, conselhos tutelares, hospitais e institutos médico-legais são apenas um alerta, e infelizmente não revelam a verdadeira dimensão do problema, visto que uma pequena parcela das vítimas denuncia ou procura atendimento (FAÚNDES et al., 2006).

O medo de represálias, vergonha, sentimentos de humilhação e culpa, constrangimento de submeterem-se a coleta de exames diagnósticos invasivos ou ainda, a descrença no sistema jurídico brasileiro, são fatores que dificultam e/ou impedem que os dados quantitativos e



qualitativos possam mostrar a real magnitude da situação (LABRONICI et al, 2007; VILLELA; LAGO, 2007). Além do mais, estudos sobre a temática indicam que, na maioria dos casos, a violência é praticada por familiares, pessoas próximas ou conhecidas, o que torna esse crime mais difícil de ser denunciado (BRASIL, 2012a).

É tão complexa e infundável a trama existente nesse contexto, que com frequência, os sobreviventes do abuso sexual repetem o ciclo de vitimização, passando de vítimas a futuros agressores (MARTINS; JORGE, 2009; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Tendo em vista a magnitude da violência sexual contra crianças e adolescentes, tal fenômeno tem suscitado o interesse dos profissionais da saúde, os quais têm dado maior relevância, buscando, mediante o aperfeiçoamento de pesquisas, uma melhor compreensão, com vistas a oferecer uma assistência qualificada (DINIZ, 2007).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizada a partir da análise de dados secundários.

Segundo Gil (2009), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade proporcionar maior proximidade com o problema, no intuito de torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses assim como aprimorar as ideias ou descobrir intuições.

Ainda segundo este autor, as pesquisas descritivas apresentam como objetivo principal *“a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”* (p. 42).

De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2004), os estudos com corte transversal são de grande valia para a realização de diagnósticos comunitários da situação local de saúde, pois permitem constatar a situação de saúde instantânea de uma população ou comunidade, gerando indicadores globais para o grupo investigado.

A abordagem quantitativa caracteriza-se pela utilização de técnicas estatísticas e da investigação com o maior número de pessoas ou prontuários, para testar as hipóteses já formuladas, operando mais dentro da metodologia dedutiva. Sua coleta de dados realiza-se através da obtenção de respostas estruturadas (CRESWELL, 2007).

#### **3.2 Local da pesquisa**

A investigação foi realizada no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de Campina Grande – PB, mediante a análise de dados secundários oriundos do Boletim de Ocorrência (B. O. s) e Laudos de Conjunção Carnal.

#### **3.3 Universo e amostra**

O universo foi composto por 586 laudos periciais e respectivos B.O.s, relativos às mulheres que realizaram o exame médico legal no NUMOL de Campina Grande-PB.

A amostra foi constituída por 440 laudos correspondentes a crianças e adolescentes do sexo feminino, menores de 18 anos, supostas vítimas de violência sexual, e que foram atendidas no NUMOL, no período entre janeiro de 2007 a dezembro de 2010. Segundo o

ECA (BRASIL, 1990), considera-se criança as pessoas até doze anos incompletos, e adolescentes, aquelas entre doze e dezoito anos incompletos.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram inclusos os laudos de conjunção carnal, realizados durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010 e disponíveis no período de coleta de dados, que apontavam a probabilidade de ocorrência de violência sexual praticada contra crianças e adolescentes do gênero feminino.

Excluiu-se da análise os laudos que não constavam a idade da vítima, os que fizeram parte do teste piloto, e os que não apontavam probabilidade de abuso sexual contra população infantojuvenil, totalizando 146 laudos.

### **3.5 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) foi um formulário elaborado com base nas informações disponíveis no laudo pericial do instituto, contendo questões abertas e fechadas, dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis do estudo são relativas: aos dados gerais (mês e ano do laudo, agente denunciante); ao perfil da vítima (idade, faixa etária, naturalidade, município de residência, escolaridade, ocupação e estado civil) e a caracterização da ocorrência (local da violência, confirmação ou não da conjunção carnal, virgindade, tempo do ocorrido, tipo de violência sexual cometida, emprego de outras formas de violência, vínculo com o agressor e nº de envolvidos).

Com relação a variável correspondente a faixa etária, adotou-se a classificação do ECA (1990). Para melhor discussão do dado, a faixa etária das crianças, foi subdividida em intervalos de quatro anos (0-3 anos; 4-7 anos; 8-11 anos) e, para os adolescentes, intervalos de três anos (12-14 anos; 15-17 anos).

### **3.6 Procedimento de coleta de dados**

Foi realizado um estudo piloto antes da coleta para testar a adequação do instrumento aos objetivos propostos, com intuito de detectar falhas e evitar possíveis vieses na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2011, a partir da consulta direta no banco de dados do NUMOL, sendo as informações extraídas dos laudos de conjunção carnal contra crianças e adolescentes, ano a ano, para serem analisados.

### **3.7 Processamento e análise dos dados**

A princípio, o banco de dados foi estruturado no Microsoft Excel 2010, sendo posteriormente analisado no *software SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences)*. Foi realizada a análise estatística descritiva dos dados, que inclui o cálculo de frequências absolutas e percentuais.

### **3.8 Aspectos éticos**

O estudo foi desenvolvido de acordo com os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS; BRASIL, 2012b), que mesmo não envolvendo seres humanos diretamente, assegura o sigilo das informações coletadas nos laudos médicos e B. O. s das crianças e adolescentes inclusas na pesquisa. A coleta de dados procedeu-se somente após a autorização concedida pelo Diretor do NUMOL (ANEXO A) e a assinatura dos Termos de Responsabilidade pelas Pesquisadoras (APÊNDICE B) e de Autorização para Pesquisa em Arquivos e/ou Documentos (APÊNDICE C).

Para a realização deste trabalho, que é um recorte do projeto intitulado “Violência sexual contra a mulher: estudo documental no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande – PB”, a pesquisa foi previamente submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, no documento CAAE 0247.0.000.133-11 (ANEXO B).

#### 4 RESULTADOS

Os dados coletados no NUMOL revelaram que no período de 2007 a 2010 foram examinadas 440 crianças e adolescentes, do sexo feminino, vítimas de violência sexual. Houve poucas oscilações entre os anos, sendo o ano de maior incidência 2007 (29,1%) e o de menor 2010 (16,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição, por ano, das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, submetidas ao exame de conjunção carnal. Campina Grande – PB, 2007 a 2010.

Variável	Frequência		
	Ano	N	%
<b>2007</b>		128	29,1
<b>2008</b>		120	27,3
<b>2009</b>		118	26,8
<b>2010</b>		74	16,8
<b>Total</b>		<b>440</b>	<b>100</b>

Em relação aos meses do ano em que o laudo foi realizado, os meses de Maio (9,8%) e Dezembro (9,3%) foram os de maior acometimento, como apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição, por mês, das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, submetidas ao exame de conjunção carnal. Campina Grande – PB, 2007 a 2010.

Variável					Frequência		
	Mês	2007	2008	2009	2010	N	%
<b>Janeiro</b>		15	9	9	6	39	8,9
<b>Fevereiro</b>		7	7	7	15	36	8,2
<b>Março</b>		10	7	12	10	39	8,9
<b>Abril</b>		8	10	12	9	39	8,9
<b>Maio</b>		15	7	12	9	43	9,8
<b>Junho</b>		10	1	10	8	29	6,6
<b>Julho</b>		20	8	5	6	39	8,9
<b>Agosto</b>		8	13	12	0	33	7,5
<b>Setembro</b>		5	21	12	0	38	8,6
<b>Outubro</b>		8	16	8	0	32	7,3
<b>Novembro</b>		14	11	7	0	32	7,3
<b>Dezembro</b>		8	10	12	11	41	9,3
<b>Total</b>		<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>

A Tabela 3 revela que nas crianças, a faixa etária mais vitimizada foi entre 8-11 anos (18,4%), enquanto nos adolescentes, o maior número de casos situou-se entre 12-14 anos (43,6%). Do total, a maioria era solteira (80,9%), estudante (69,3%), com ensino fundamental

incompleto (35,9%), residente na zona urbana (71,6%) e natural de outros municípios (55,9%). No momento do exame, 15 vítimas (3,4%) encontravam-se gestantes.

Após a perícia, foi diagnosticado que oito vítimas (1,8%) contraíram alguma infecção sexualmente transmissível, evidenciado por leucorreia, prurido e condiloma acuminado.

Tabela 3 – Distribuição das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual de acordo com o ano, os dados demográficos e os indicadores sociais. Campina Grande – PB, 2007 a 2010.

<b>Variáveis</b>					<b>Frequência</b>	
<b>Faixa etária</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>0-3 anos</b>	8	6	3	4	21	4,8
<b>4-7 anos</b>	17	16	19	6	58	13,2
<b>8-11 anos</b>	19	22	25	15	81	18,4
<b>12-14 anos</b>	51	59	48	34	192	43,6
<b>15-17 anos</b>	33	17	23	15	88	20
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Frequência</b>	
					<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Solteiro</b>	104	82	104	66	335	80,9
<b>Casado</b>	0	3	1	4	8	1,8
<b>SR*</b>	24	35	13	4	76	17,3
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
<b>Ocupação</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Frequência</b>	
					<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estudante</b>	85	81	86	53	305	69,3
<b>Outras</b>	2	4	4	0	10	2,3
<b>SR*</b>	41	35	28	21	125	28,4
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Frequência</b>	
					<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeto</b>	19	15	10	7	51	11,6
<b>Alfabetizada</b>	17	14	8	2	41	9,3
<b>Fund. Incomp.</b>	42	40	53	23	158	35,9
<b>Fund. Comp.</b>	3	1	2	0	6	1,4
<b>Médio Incomp.</b>	3	2	3	7	15	3,4
<b>Médio Comp.</b>	2	0	0	0	2	0,5
<b>SR*</b>	42	48	42	35	167	37,9
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
<b>Residência</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Frequência</b>	
					<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Zona rural</b>	32	26	35	12	105	23,9
<b>Zona urbana</b>	94	78	81	62	315	71,6
<b>SR*</b>	2	16	2	0	20	4,5
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
<b>Naturalidade</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Frequência</b>	
					<b>N</b>	<b>%</b>
<b>C. Grande</b>	36	31	44	28	139	31,6

<b>Outros</b>	63	80	61	42	246	55,9
<b>SR*</b>	29	9	13	4	55	12,5
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
					<b>Frequência</b>	
<b>Deficiência</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim**</b>	5	4	6	1	16	3,6
<b>Não</b>	120	114	104	73	411	93,4
<b>SR*</b>	3	2	8	0	13	3,0
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
					<b>Frequência</b>	
<b>Gestante</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	9	1	2	3	15	3,4
<b>Não</b>	110	116	110	70	406	92,3
<b>Suspeita</b>	0	0	2	1	3	0,7
<b>SR*</b>	9	3	4	0	16	3,6
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>

\*SR – informação ausente no laudo.

\*\*Tipo de deficiência – Mental (n=15); Auditiva (n=1).

A violência sexual, na maioria dos casos, foi denunciada pelos genitores (15,9%), dos quais a mãe foi responsável por 14,8% das queixas, e o pai por 1,1% delas. Não houve registro do agente denunciante em 74,8% das denúncias.

A perícia evidenciou que em 47% dos casos, a criança ou adolescente foi vítima de estupro, dos quais 84,5% houve conjunção carnal, e 15,5% referem-se a Atentado Violento ao Pudor (AVP). Os atos libidinosos foram relatados por 75 vítimas (17%). Não foi possível determinar se houve ou não conjunção em 15,7%. A partir dos laudos, constatou-se que 28,2% das agressões foram denunciadas com mais de 20 dias do ocorrido, e que 24,8% das vítimas perdeu sua virgindade após a violência sexual. Em 15,7% dos casos, a residência da vítima foi o local da agressão, seguidos da residência do agressor (8,2%) e outros locais (motel, casas de prostituição, ONG, descampado, sítio) com 9,3%. O local da ocorrência não foi informado em 63,9% dos laudos (Tabela 4).

No presente estudo, a forma de constrangimento que predominou foi à violência presumida pela menoridade (*innocentia consilii*), ocorrendo em 36,4% dos casos com crianças e 43,6% com adolescentes. A condição de violência presumida por alienação e debilidade foi constatada em 16 vítimas (3,6%), sendo que uma (0,2%) era deficiente auditiva, e 15 (3,4%) apresentavam deficiência mental. Ressalta-se que em 2,8% dos casos, a vítima estava sobre o efeito de álcool ou drogas.

Outras formas de constrangimento utilizadas durante a agressão sexual foram constatadas em 183 casos (41,6%), sendo a grave ameaça, relatada em 33,2% dos laudos, e a força física, identificadas em 15,4% das vítimas.

Tabela 4 – Aspectos relacionados com a agressão sexual cometidas contra crianças e adolescentes do sexo feminino. Campina Grande – PB, 2007 a 2010.

Variáveis					Frequência	
Tipo de violência	2007	2008	2009	2010	N	%
<b>Estupro</b>	59	54	62	32	207	47,0
<b>Exploração sexual</b>	2	2	0	0	4	1,0
<b>Assédio sexual</b>	2	0	0	2	4	1,0
<b>Ato libidinoso relatado</b>	21	3	33	18	75	17,0
<b>ND*</b>	44	61	23	22	150	34,0
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
Conjunção carnal					Frequência	
	2007	2008	2009	2010	N	%
<b>Sim</b>	53	43	51	28	175	39,8
<b>Não</b>	56	58	50	32	196	44,5
<b>ND*</b>	19	19	17	14	69	15,7
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
Data provável da violência					Frequência	
	2007	2008	2009	2010	N	%
<b>Recente</b>	29	13	15	6	63	14,3
<b>&gt;20 dias</b>	41	28	35	20	124	28,2
<b>Prejudicado</b>	7	11	17	15	50	11,4
<b>SR**</b>	51	68	51	33	203	46,1
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
Era virgem?					Frequência	
	2007	2008	2009	2010	N	%
<b>Sim</b>	41	22	30	16	109	24,8
<b>Não</b>	4	8	6	3	21	4,8
<b>É virgem</b>	61	67	55	36	219	49,7
<b>ND*</b>	22	23	27	19	91	20,7
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
Local da agressão					Frequência	
	2007	2008	2009	2010	N	%
<b>Resid. Vítima</b>	19	18	19	13	69	15,7
<b>Resid. Agressor</b>	15	12	5	4	36	8,2
<b>Local público</b>	8	1	2	2	13	2,9
<b>Outros</b>	11	12	13	5	41	9,3
<b>SR**</b>	75	77	79	50	281	63,9
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>

\*ND – não é possível determinar.

\*\*SR – informação ausente no laudo.

A Tabela 5 evidencia que 80,8% dos autores da violência eram conhecidos da criança ou adolescente e de sua família. Constatou-se predominância do abuso sexual no ambiente extrafamiliar (64,1%), sendo os conhecidos, amigos e vizinhos (44,3%) os principais acusados. A violência intrafamiliar ocorreu em 23,6% dos casos, apontando padrastos



(10,7%) e genitores (6,7%) como principais agressores. Em 80,7% dos casos, a violência foi executada por um único agressor, e em 12,9%, o crime reincidiu.

Tabela 5 – Dados referentes ao relacionamento vítima/agressor e o número de agressores. Campina Grande – PB, 2007 a 2010.

Variável Agressor	2007	2008	2009	2010	Frequência	
					N	%
<b>Intrafamiliar</b>	<b>23</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>104</b>	<b>23,6</b>
<b>Pai</b>	7	13	4	4	28	6,7
<b>Padrasto</b>	11	12	14	10	47	10,7
<b>Madrasta</b>	0	0	1	0	1	0,2
<b>Cônjuge</b>	0	2	0	1	3	0,7
<b>Avô</b>	0	0	3	2	5	1,1
<b>Tio</b>	1	3	4	1	9	2,0
<b>Irmão</b>	3	1	1	1	6	1,4
<b>Primo</b>	1	2	0	2	5	1,1
<b>Extrafamiliar</b>	<b>85</b>	<b>71</b>	<b>79</b>	<b>47</b>	<b>282</b>	<b>64,1</b>
<b>Namorado</b>	16	11	11	2	40	9,0
<b>Ex-namorado</b>	2	0	1	2	5	1,1
<b>Cunhado</b>	1	0	1	0	2	0,4
<b>Padrinho</b>	0	1	1	0	2	0,4
<b>Professor</b>	1	1	0	0	2	0,4
<b>Patrão</b>	1	2	0	0	3	0,7
<b>Conhecidos**</b>	57	51	53	34	195	44,3
<b>Desconhecido</b>	7	5	12	9	33	7,5
<b>SR*</b>	20	16	12	6	54	12,3
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>
					Frequência	
Nº de envolvidos	2007	2008	2009	2010	N	%
<b>Único</b>	97	100	93	65	355	80,7
<b>Múltiplos</b>	8	6	6	5	25	5,7
<b>SR*</b>	23	14	19	4	60	13,6
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>118</b>	<b>74</b>	<b>440</b>	<b>100</b>

\* SR = informação ausente no laudo.

\*\* Conhecido/vizinho/amigo.

## 5 DISCUSSÃO

A denúncia e notificação da violência sexual contra crianças e adolescentes envolvem diversos fatores: individuais, familiares e/ou sociais. Mesmo sendo considerado um grave problema de saúde pública, as estatísticas não indicam a verdadeira situação deste fenômeno em nosso país, devido à subnotificação dos casos (SANTOS; DELL'AGLIO, 2008; HABIGZANG et al., 2006).

Contudo, de acordo com a literatura, pode-se afirmar que há maior prevalência de violência sexual contra mulheres, principalmente na infância e adolescência, o que pode estar relacionada com: o menor poder de defesa, se comparado com os adultos; maior exposição à violência doméstica e a vida pública; maior frequência de relacionamento com outras pessoas; uso de álcool e outras drogas; além da estimulação sexual precoce, principalmente pela mídia (OSHIKATA et al., 2011; ARAÚJO, 2010; ARAÚJO et al., 2008).

Segundo Souto et al. (2010), o desenvolvimento de pesquisas em Institutos de Medicina Legal não é muito comum, mas caracteriza-se como um modo fidedigno de traçar o retrato da violência sexual. Por esta razão, optou-se em realizar a pesquisa no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal, por ser um órgão responsável em produzir subsídios que contribuam para o julgamento de processos criminais. Nos casos de violência sexual, as vítimas são encaminhadas a este instituto para a realização do exame de conjunção carnal, objetivando quantificar e qualificar a existência da(s) lesão(ões). As informações coletadas são registradas em um Laudo Pericial, relacionando a veracidade dos fatos narrados pela vítima e os vestígios/sinais de abuso identificados pelo perito (SOUTO et al., 2010; SOUZA, 2009).

Com relação aos dados coletados nestes laudos, e correlacionando-os com seus respectivos boletins de ocorrência, foi revelada uma elevada predominância de violência sexual contra as adolescentes na faixa etária entre 12-14 anos (43,6%), seguido das crianças entre 8-11 anos (18,4%). Tal constatação corrobora com os achados de Islam e Islam citado por Aded, Dalcin e Cavalcanti (2007), onde a maioria dos ataques (33,5%) aconteceu entre 12 e 15 anos. Porém, difere dos resultados encontrados por Machado et al. (2005), no município de Itajaí – SC, que identificam maior vitimização de crianças de 7 a 10 anos (16,5%), e seguido da faixa etária entre 11-14 anos (13%), e também contradizem os dados levantados por Barbosa et al. (2013) em São Luiz – MA, onde a maioria das vítimas foram as crianças entre 7-11 anos (36,36%), seguido dos adolescentes de 12-14 anos (32,95%).

A literatura aponta que os grupos com maior vulnerabilidade para serem vítimas de violência sexual são os de menoridade, tendo o aumento da prevalência à medida que se aproximam da adolescência, o que permite supor que, os agressores passam a objetivar a prática sexual com essas meninas em decorrência das alterações puberais; do modo de se vestir, que as torna mais atraentes; e da falta de maturidade para avaliar situações de risco a vida e saúde (ARAÚJO et al., 2008; ADED; DALCIN; CAVALCANTI, 2007; FAÚNDES et al., 2006).

No tocante aos achados relacionados ao estado civil, ocupação e escolaridade das vítimas corroboram com os estudos de Araújo et al. (2008) e Baptista et al. (2008), que evidenciaram a prevalência de jovens solteiras, estudantes e com ensino fundamental incompleto. A baixa faixa etária da população infantojuvenil pode justificar esta constatação (ARAÚJO et al., 2008; LOPES et al., 2004). Provavelmente, o desconhecimento de seus direitos favoreça que pessoas com baixa escolaridade sejam as maiores vítimas de violência sexual, por não oferecerem riscos em denunciar o crime/agressor (ARAÚJO, 2010).

A presença de gravidez no momento do atendimento chama a atenção por tratar-se de um estudo com crianças e adolescentes. Esta pesquisa apontou que 15 vítimas (3,4%) se encontravam grávidas, cuja maioria relatou através do B. O. que a gravidez foi decorrente do estupro sofrido. Este resultado é inferior se comparado ao estudo realizado por Drezett et al. (2004), onde a ocorrência de gravidez resultante da violência sexual se deu em 11 casos (12,6%), e na Etiópia com adolescentes estupradas, no qual 17% delas engravidaram.

Nessa difícil situação de desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, frequentemente o aborto é praticado para se desfazer da gravidez não desejada após a violência sexual. No Brasil, segundo o Código Penal Brasileiro, art. 128, o aborto é considerado crime, exceto no caso em que a gravidez resulte de estupro e se for consentimento da mulher (em caso de incapaz, se for autorizado por representante legal). Porém, muitas vezes essa lei não é aplicada por se deparar com princípios e/ou barreiras dos profissionais na área da saúde (FAÚNDES et al., 2006).

Após o exame médico legal, foram registrados que oito vítimas (1,8%) adquiriram algum tipo de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) resultante da violência sexual. Os estudos de Taquette (2007a) e Pfeiffer, Salvagni (2005) apontam que cerca de 15% das vítimas de violência sexual contraem algum tipo de IST, e 1 a cada 1.000 mulheres são infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A incidência de ISTs em adolescentes é alta, e o abuso sexual é um dos fatores contribuintes para que esta população seja uma das mais infectadas. Essas doenças, quando não tratadas, podem ter consequências a

longo prazo, como: infertilidade feminina, dor pélvica crônica, aumento do risco de infecção pelo HIV, complicações na gestação e transmissão vertical do HIV.

Nesta pesquisa, pode-se observar que na maioria dos casos a denúncia foi realizada pelos genitores, sendo a mãe a principal agente denunciante. Estudos têm demonstrado que os pais, em especial as genitoras, são os que geralmente registram a queixa-crime, acompanham e enfrentam a trajetória para denunciar a violência sexual contra crianças e adolescentes (PINCOLINI; HUTZ; LASKOSKI, 2012; ARAÚJO, 2010; GUIMARÃES; VILLELA, 2011; SILVA, 2009).

A literatura aponta que tanto a família quanto a sociedade encontram grande dificuldade para registrar a denúncia de situações, suspeitas ou confirmadas, de abuso sexual infantojuvenil aos órgãos de proteção, em virtude dos tabus que cercam o ato ligado à sexualidade (BARBOSA et al., 2013). A negação das pessoas em desmascarar a agressão/agressor, as torna coniventes com o ato de violação e participantes do “pacto de silêncio”, onde o perpetrador se aproveita de sua posição privilegiada para garantir que o abuso permaneça crônico e oculto por muito tempo. Surpreende ainda mais, casos em que a família, principalmente a mãe, omite a realidade por vergonha da exposição social, se tornando cúmplice, negligente e ausente da sua responsabilidade social (BARBOSA et al., 2013; PINCOLINI; HUTZ; LASKOSKI, 2012; GUIMARÃES; VILLELA, 2011; SILVA, 2009; DREZETT, 2004).

Ao classificar a violência sexual neste estudo, ficou evidenciado que 47% das vítimas sofreram estupro, das quais 84,5% das crianças e adolescentes foram vítimas de conjunção carnal, e 15,5% sofreram Atentado Violento ao Pudor (AVP). Este resultado é semelhante ao encontrado por Araújo et al. (2008) que observaram a predominância do estupro em relação ao AVP, totalizando 68,96% e 24,14% dos casos, respectivamente. No panorama nacional, essa constatação é confirmada, visto que cerca de 59% das crianças e adolescentes atendidas em serviços de saúde foram vítimas de estupro, e 15,1% sofreram AVP (WAISELFISZ, 2012). A literatura refere que estas práticas abusivas caracterizam o objetivo do agressor, que é o demonstrar poder sobre a vítima e satisfazer sua libido (ARAÚJO et al., 2008).

No abuso sexual infantojuvenil, os atos libidinosos são muito frequentes. Dos laudos examinados por esta pesquisa, os peritos não descartaram a possibilidade de ato libidinoso em 17% da população, uma vez que este tipo de violência pode ser praticado sem deixar vestígios. Nestas situações valoriza-se o relato das vítimas.

Segundo Pfeiffer e Salvagni (2005), o ato libidinoso, inicialmente, constitui-se de manobras de sedução ou intimidação da vítima. Após isto, o agressor adota uma postura

ameaçadora no intuito de obrigar a criança ou adolescente a praticar atos sexuais diversos da conjunção carnal para não caracterizar o estupro, mas que por vezes incluem sexo oral e penetração anal.

A maioria das vítimas desta pesquisa registrou a denúncia de violência sexual após 20 dias ou mais do ocorrido, corroborando com pesquisa realizada por Souto (2010), onde verificou-se associação significativa entre a demora na procura por um serviço e o autor da agressão. De acordo com Souto (2010) e Araújo (2010), nos casos em que vítima e agressor são conhecidos, a procura torna-se mais demorada, principalmente, em decorrência dos sentimentos de medo, vergonha, culpa e onde existe vínculo sentimental entre agressor e vítima.

O atendimento imediato às vítimas de violência sexual recente (com menos de 72 horas) permite oferecê-las medidas de proteção contra danos e agravos oriundos do abuso, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias contra DSTs, Hepatite B e HIV. Essas primeiras horas após a ocorrência também são cruciais para a detecção de espermatozoides, fosfatase ácida ou glicoproteína P30 na cavidade vaginal, pois estes achados são de procedência exclusiva do líquido prostático (BRASIL, 2012a; SOUTO et al., 2010; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Neste estudo, constatou-se que dentre as formas de estupro de vulnerável, a *Innocentia consilii* (violência presumida pela menoridade) foi a mais prevalente. Este fato foi similarmente observado por Reis, Martin e Ferriani (2004), que relataram em seu estudo a ocorrência de violência contra crianças em 94,1% dos casos, e contra adolescentes, em 42,8% destes. A condição de estupro de vulnerável por alienação e debilidade mental também foi observada e totalizou 16 laudos, resultado semelhante encontrado por Souto et al. (2012), que, em pesquisa identificaram maior frequência de vítimas com deficiência mental na adolescência.

Diante desse contexto, Fonseca et al. (2012) e Reis, Martin e Ferriani (2004) destacam em seus estudos que em casos de violência presumida não é obrigatória à comprovação do crime, visto que a menoridade, a alienação e debilidade mental são condições de vulnerabilidade, e excluem o direito de livre consentimento da vítima, em virtude da sua incapacidade de consentir, ou não, o ato. O autor da agressão, adulto ou pessoa mais velha, utiliza-se de sua autoridade para tornar crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais em presas fáceis para a prática da violência sexual. Outros fatores que favorecem que a violência seja mascarada e perdure por um longo tempo são: a confiança por parte da vítima e sua família no agressor; a ingenuidade infantil; a falta de educação sexual; a

imaturidade psicosexual; e a falta de credibilidade na fala desta população. Nessas situações, mesmo inexistindo violência física, o julgamento legal baseia-se na diferença de idade entre agressor e sua vítima, e na subjetividade de percepção em sentir-se vitimizada mediante a prática sexual.

A violência presumida por incapacidade facilitada pelo consumo de álcool e outras drogas foram verificados em 2,8% dos episódios de violência sexual contra as adolescentes. De acordo com Taquette (2007b), há uma distorção no julgamento social, onde a mulher que está sob efeito de bebidas alcoólicas ou outras drogas é culpabilizada pela agressão, já o perpetrador, se estava “sob influência” das mesmas substâncias, é desculpado e justifica sua “perda de controle”. Nesses casos, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais sugestivos de violência sexual facilitado por drogas ou embriaguez no intuito de realizar a coleta de material para exame toxicológico.

No concernente à identificação dos agressores, a violência sexual contra crianças e adolescentes ocorrem, mais comumente, em âmbito extrafamiliar, praticada por conhecidos, vizinhos e amigos da família, assim como evidenciado neste estudo e semelhante ao encontrado por Guimarães e Villela (2011). No lócus intrafamiliar, padrasto e genitores foram os principais autores da agressão, representando respectivamente, 10,7% e 6,7% das notificações, perfil semelhante ao encontrado por Baptista et al. (2008) e Baía et al. (2013). Estes achados são confirmados por Monteiro et al. (2006) que revela os vizinhos, padrastos e pais como principais perpetradores da violência.

Nesse aspecto, o ambiente mais propício para a prática da violência sexual é a residência da vítima, totalizando neste estudo 15,7% dos casos. Estes resultados, relacionados ao autor e local da agressão, salientam que a violência sexual na infância e adolescência é praticada por pessoas de dentro da família ou muito próximas a ela, que tenham livre acesso ao interior da casa, e gozem de certa confiança por parte das vítimas. O vínculo entre abusador/vítima, a vulnerabilidade e a ingenuidade das crianças e adolescentes são usadas pelo agressor para cometer o delito, repeti-lo, e ainda convencer as vítimas de serem as verdadeiras culpadas pelo abuso sofrido, colocando-as como provocadoras e participantes do ato sexual (BARBOSA et al. 2013; GUIMARÃES; VILLELA, 2011; PFEIFFER; SALVAGNI, 2005; DREZETT et al., 2004).

Em relação ao número de envolvidos no crime, o agressor único prevaleceu em 80,7% dos casos, superando a prevalência encontrada por Souto et al. (2010), Araújo (2010) e Barbosa et al. (2013), que observaram a participação de um único abusador em 74,8%, 56,9% e 47,56% dos casos. A quantidade de autores do delito é considerada uma variável importante

conforme Souto et al. (2010), porque pode estar relacionada ao desenvolvimento de sequelas psicológicas mais severas em vítimas de abuso sexual perpetrado por múltiplas pessoas.

No tocante a associação de outras formas de violência durante o abuso sexual, neste estudo foi observado que a grave ameaça predominou em 33,2% dos casos, e a utilização de força física foi identificado em 15,4% das vítimas. Estes achados estão em consonância com o estudo de Araújo et al. (2008) e Drezett et al. (2004), que perceberam a utilização de violência psicológica em 37,93% e 38% dos casos, respectivamente.

Guimarães e Villela (2011) e Souto et al. (2010) apontam que, frequentemente, o abuso sexual é praticado sem o uso de força física, e por esta razão, a maioria das vítimas encontram-se ilesas fisicamente durante o exame médico legal. Segundo estes autores, a violência sexual geralmente é perpetrada por meio de ameaças, coação e/ou sedução, que apesar de não deixarem marcas visíveis, contribuem para a manutenção do silêncio e geram sentimentos de medo e impotência da vítima. Em decorrência disso, há necessidade em incluir o relato da vítima, sobre qualquer prática de relação sexual forçada, durante o exame clínico de crianças e adolescentes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública de grande magnitude, complexo e multifacetado, afetando de modo diferenciado cada vítima.

Foi evidenciado que as denúncias de violência sexual contra a população infantojuvenil do gênero feminino, tiveram alta frequência e poucas oscilações entre 2007 e 2009, porém em 2010 registraram-se menos casos. Esse dado pode estar relacionado com a subnotificação do abuso sexual, e por esta razão, faz-se necessário que diante de situações potencialmente abusivas, a família, a sociedade e os profissionais possam quebrar o “pacto de silêncio” e garantir os direitos das crianças e adolescentes a uma vida plena e saudável.

Os resultados desta pesquisa mostram a prevalência de vítimas na faixa etária entre 8-14 anos, solteiras, estudantes e com ensino fundamental incompleto. Na maioria dos casos, o agressor era único, conhecido da vítima e perpetrou a agressão na residência da mesma. O estupro de vulnerável contra a menoridade foi a mais prevalente, sendo a violência psicológica/grave ameaça à forma de violência predominante nas agressões sexuais.

Diante desses achados, ressalta-se a importância de uma abordagem multiprofissional qualificada, humanizada e de contemplação integral no atendimento de vítimas de violência sexual para poder lidar com os significativos impactos físico, subjetivo, sexual e afetivo na vida das crianças e adolescentes violentadas. Destaca-se ainda a necessidade de ações interdisciplinares e multissetoriais, para a prevenção e redução nos casos de violência em nossa sociedade.

Nesse estudo, observou-se a ausência do registro de informações importantes para melhor compreensão da magnitude e complexidade da violência sexual infantojuvenil, sendo esta uma das principais limitações encontradas para a obtenção de resultados mais fidedignos. Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, as variáveis preenchidas inadequadamente ou sem informação tiveram alta incidência nos laudos e não puderam ser resgatadas com as vítimas.

Deve-se destacar também que, em muitos laudos foram detectadas informações prejudicadas/indeterminadas, onde os peritos não podiam confirmar ou negar a veracidade dos fatos. Em casos de estupro, os peritos justificaram estes achados em decorrência do longo período de tempo entre a violência sofrida e a realização do exame médico legal; a utilização de preservativo durante a violência sexual; quando a criança ou adolescente não eram virgens antes do abuso, apresentando cicatrizações himenais antigas; ou quando as meninas apresentavam características de hímen complacente.



Sendo assim, perante os resultados encontrados, torna-se essencial investir em capacitações dos profissionais de saúde para intervir adequadamente nos casos de violência sexual na infância e adolescência. Bem como, ampliar a disseminação de informações que enfatizem: os protocolos de atendimento, sinais e sintomas de crianças e adolescentes vítimas de agressão sexual e a importância do preenchimento correto da ficha de notificação. Estas adequações poderão facilitar as pesquisas, contribuir para a divulgação de resultados mais fidedignos e favorecer a construção de conhecimento sobre o assunto.

## REFERÊNCIAS

- ADED, N. L. de O.; DALCIN, B. L. G. da S.; CAVALCANTI, M. T. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1971-1975, ago. 2007.
- ARAÚJO, C. A. A. de et al. Violência sexual: caracterização das vítimas atendidas em um hospital de Taubaté, São Paulo. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 2, n. 3, p. 226-232, jul./set. 2008.
- ARAÚJO, F. K. C. D. de. **Violência sexual entre homens e mulheres: Estudo no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal - NUMOL do município de Campina Grande-PB**. 2010. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Enfermagem, Campina Grande. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/160/1/PDF%20-%20Francisco%20Kleiton%20Carvalho%20Dantas%20de%20Araujo.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.
- BAÍIA, P. A. D. et al. Caracterização da revelação do abuso sexual de crianças e adolescentes: negação, retratação e fatores associados. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 193-202, jun. 2013.
- BAPTISTA, R. S. et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 602-608, 2008.
- BARBOSA, L. V. et al. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE. **Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 1, n. 2, p. 9-20, fev. 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jul. 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm)>. Acesso em: jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)> Acesso em: jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: MS, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)>. Acesso em: jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 ago. 2009. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm)>. Acesso em: jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: MS, 2011. 72p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva\\_instrutivo\\_not\\_viol\\_domestica\\_sexual\\_e\\_out.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf)>. Acesso em: jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente**: normas técnicas. Brasília: MS, 2012a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)>. Acesso em: jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: ago. 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2007.

DINIZ, D. Fórum: violência sexual e saúde. Posfácio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. Lei Maria da penha: limites ou possibilidades?. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 92, abr. 2010.

DREZETT, J. et al. Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos. **Adolesc. Saúde**. v.1, n.4, p. 31-39, out/dez. 2004.

FACURI, C. de O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, maio 2013.

FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006.

FIORAVANTE, A. P. **O depoimento judicial de crianças vítimas de violência sexual**: controvérsias a respeito do projeto depoimento sem dano. 2012. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/31232/ALINE%20PEDROSA%20FIORAVANTE.pdf?sequence=1>>. Acesso em: jun. 2013.

- FONSECA, M. do S. S. et al. Caracterização das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos no centro de perícias técnicas para a criança e o adolescente (CPTCA) de São Luis (MA). **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.14, n.2, p. 139-145, jul/dez. 2012.
- FONTES, R. L. de O. et al. Rotura himenal em criança violentada: estupro ou atentado violento ao pudor?. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 38-41, 2004.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GOMES, M. L. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. S27-S34, maio 2006.
- GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. da; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-311, abr. 2013.
- GUIMARÃES, J. A. T. L.; VILLELA, W. V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1647-1653, ago. 2011.
- HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006.
- JUSTINO, L. C. L. et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 781-787, dez. 2011.
- KNOBEL, M. (1992). **Orientação familiar**. São Paulo: Papyrus.
- LABRONICI, L. M. et al. Caracterização das vítimas e agressores de violência sexual em um serviço ambulatorial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 0, p. 701-713, 2007.
- LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 401-406, jun. 2010.
- LOPES, I. M. R. S. et al. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 111-116, mar. 2004.
- MACHADO, H. B. et al. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. spe, p. 54-63, 2005.
- MARTINS, C. B. de G.; JORGE, M. H. P. de M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de

atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 315-334, dez. 2009.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 273-279, ago. 2006.

OLIVEIRA, C. C. de; FONSECA, R. M. G. S. da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 605-612, dez. 2007.

OSHIKATA, C. T. et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-713, apr. 2011.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. S197-S204, 2005.

PINCOLINI, A. M. F.; HUTZ, C. S.; LASKOSKI, L. Caracterização da Violência Sexual a partir de Denúncias e Sentenças Judiciais. **Psicologia em Pesquisa**, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 1, p. 19-28, jan/jun. 2012.

REIS, J. N. dos; MARTIN, C. C. S.; FERRIANI, M. G. C. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 465-473, apr. 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Introdução à Epidemiologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

SANTANA, J. S. S.; SANTANA, R. P.; LOPES, M. L. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise de notificações dos Conselhos Tutelares e Departamento de Polícia Técnica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 68-86, jan/jun. 2011.

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

SCHAEFER, L. S.; ROSSETTO, S.; KRISTENSEN, C. H. Perícia Psicológica no Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 227-234, abr/jun. 2012.

SILVA, D. M. B. C. **A família em pedaços: denunciante da violência sexual contra criança e adolescente em Salvador-BA, uma perspectiva de gênero**. 2009. 146f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Estudo Interdisciplinar sobre Mulher, Gênero e Feminismo, Salvador. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9940/1/Dissertacao%20Debora%20Silvaseg.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

SOUTO, R.Q. **Violência sexual contra a mulher: Estudo no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de Campina Grande/PB**. 2010. 101f.

Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Campina Grande. Disponível em: < [http://bdttd.uepb.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=239](http://bdttd.uepb.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=239) >. Acesso em: jul. 2013.

SOUTO, R. Q. et al. Violência sexual contra a mulher no município de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v. 12, n. 3, p. 30-38, 2010.

SOUTO, R. Q. et al. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 72-77, jan/mar. 2012.

SOUZA, D. C. B. **Das provas periciais nos crimes sexuais contra mulheres**. 2009. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso - Centro Universitário do Norte Paulista, São José do Rio Preto. Disponível em: < [http://www.unipos.com.br/Monografias/DeboraCBS\\_Pericia.pdf](http://www.unipos.com.br/Monografias/DeboraCBS_Pericia.pdf) >. Acesso em: jul. 2013.

TAQUETTE, S. R. Quando suspeitar, como diagnosticar e como tratar doenças sexualmente transmissíveis na adolescência – Parte 1. **Adolesc. Saúde**. v. 4, n. 2, p. 6-11, abr/jun. 2007a.

TAQUETTE, S. R. (org.). **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007b. 128 p.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, fev. 2007.

WASELFISZ, J. **Mapa da violência contra crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. Disponível em: <<http://www.institutosangari.org.br/mapadaviolencia>>. Acesso em: jun. 2013. 83p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

**Adaptado da Ficha de Notificação/Investigação Individual para: Violência Doméstica,  
sexual e outra(s) violência(s)**

1 Dados Gerais	
<b>Nº do laudo</b>	
<b>Data do laudo</b>	
<b>Denunciante</b>	( ) Genitores ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó ( ) Vítima ( ) SR ( ) Outros. Quem? _____

2 Dados da vítima	
<b>Idade</b>	( ) 0 – 2 anos ( ) 9 – 11 anos ( ) 3 – 5 anos ( ) 12 – 14 anos ( ) 6 – 8 anos ( ) 15 – 17 anos
<b>Gestante</b>	( ) Sim ( ) Suspeita ( ) Não ( ) SR
<b>Escolaridade</b>	( ) Não alfabetizado ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) SR
<b>Ocupação</b>	( ) Estudante ( ) Outras ( ) SR
<b>Situação conjugal/ Estado civil</b>	( ) Solteiro ( ) Casado/União consensual ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) SR
<b>Deficiência</b>	( ) Sim ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Mental ( ) Não
<b>Residência</b>	( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana

3 Dados da agressão	
<b>Data da agressão</b>	( ) < 72 horas ( ) > 72 horas e < 20 dias ( ) > 20 dias ( ) Prejudicado ( ) SR
<b>Local da agressão</b>	( ) Residência da vítima ( ) Residência do agressor ( ) Via pública ( ) Outros. Qual? _____ ( ) SR



<b>Tipo de violência sexual</b>	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Relato de ato libidinoso <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> Outro: _____
<b>Era virgem antes da agressão?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> É virgem <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ND
<b>Houve conjunção carnal?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ND
<b>Ocorreu outras vezes?</b>	<input type="checkbox"/> Sim. Quantas vezes? _____ <input type="checkbox"/> Não
<b>Outras formas de constrangimento</b>	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Prejudicado <input type="checkbox"/> SR
<b>Outra causa pode ter impossibilitado a vítima de resistir?</b>	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prejudicado <input type="checkbox"/> SR

#### 4 Dados do agressor

<b>Relação vítima/agressor</b>	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Namorado <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-namorado <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Conhecido/Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> Avô <input type="checkbox"/> Patrão <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____ <input type="checkbox"/> SR
<b>Nº de agressores</b>	<input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Múltiplos <input type="checkbox"/> SR

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE COMPROMISSO DAS PESQUISADORAS**

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo assinado, respectivamente pesquisadora e orientandas da pesquisa intitulada “**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: ESTUDO DOCUMENTAL NO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL DE CAMPINA GRANDE - PB**”; assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 93.833, de janeiro de 1987, visando os direitos e os deveres que dizem respeito à comunidade científica e ao(s) sujeito(s) da pesquisa.

Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo correspondente a cada sujeito incluso na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta; além de assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto em questão.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Maria Cidney da Silva Soares  
Pesquisador (a)

---

Jéssica Lisandra Farias da Silva  
Orientanda

---

Carla Carolina da Silva Leite  
Orientanda

---

Raísa Barbosa de Andrade  
Orientanda

---

Elaine Cristina Araújo M. de Souza  
Orientanda

---

Priscila Lopes Araújo  
Orientanda

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM ARQUIVOS E/OU**  
**DOCUMENTOS**

Título do projeto: “VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: ESTUDO  
DOCUMENTAL NO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL DE  
CAMPINA GRANDE - PB”

Eu, \_\_\_\_\_,  
responsável pelo arquivo e/ou documentos: do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal,  
declaro ter sido esclarecido que o trabalho “VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER:  
ESTUDO DOCUMENTAL NO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL DE  
CAMPINA GRANDE - PB” apresenta os seguintes objetivos: Identificar o tipo de violência  
sexual perpetrada contra mulheres examinadas no NUMOL de Campina Grande-PB, no  
período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010; traçar o perfil da vítima e do agressor;  
identificar a relação vítima/agressor.

Foi-me garantido que:

- 1) Os dados serão usados unicamente para fins científicos
- 2) Em nenhum momento da pesquisa os nomes dos participantes que constam nos arquivos e/ou documentos serão divulgados
- 3) Poderei desistir de permitir o acesso aos arquivos e/ou documentos a qualquer momento, sem ser penalizado fisicamente, financeiramente e moralmente
- 4) Ao final da pesquisa, se for do meu interesse ou da instituição, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador

Caso queira entrar em contato com o pesquisador responsável, poderei fazê-lo pelo número (83) 8896 – 5995.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino esta autorização.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelos arquivos

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

# **ANEXOS**

**ANEXO A**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL – NUMOL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: ESTUDO DOCUMENTAL NO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL DE CAMPINA GRANDE – PB**” desenvolvida pelas alunas Carla Carolina da Silva Leite; Elaine Cristina Araújo Medeiros de Souza; Jéssica Lisandra Farias da Silva; Priscila Lopes Araújo; Raísa Barbosa de Andrade, discentes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Maria Sidney da Silva Soares.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Diretor do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

**ANEXO B**  
**COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**COMPROVANTE DE APROVAÇÃO**  
**CAAE 0247.0.000.133-11**

**Pesquisadora Responsável: MARIA CIDNEY DA SILVA SOARES**

<b>Andamento do Projeto CAAE- 0247.0.000.133-11</b>				
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b>				
VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: ESTUDO DOCUMENTAL NO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL DE CAMPINA GRANDE-PB				
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>
Aprovado no CEP	23/02/2011 08:00:46	16/03/2011 12:01:11		
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	05/02/2011 10:41:44	Folha de Rosto	<b>FR – 400886</b>	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/02/2011 08:00:46	Folha de Rosto	0247.0.000.133-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	16/03/2011 12:01:11	Folha de Rosto	0247.0.000.133-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralécia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa