



INTER
FACES
CIENTÍFICAS

SAÚDE E AMBIENTE

ISSN IMPRESSO 2316-3313

ISSN ELETRÔNICO 2316-3798

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE

Lidiane Vieira Barbosa^I
Ana Célia Goes Melo Soares^{II}

Karla Viviane Andrade Cruz^{III}
Renata Alves dos Silva^{IV}

RESUMO

Este estudo tem como objetivo caracterizar a violência sexual em crianças em Aracaju no período de 2009 a 2011. Para tal, foi utilizado o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Os resultados mostraram que 82 crianças foram vítimas de violência sexual no município de Aracaju, das quais 79,23% são meninas e 20,74% meninos; 37,8% das vítimas são da raça parda; 23,18% estudaram até a 4^o série; 6,1% possuem algum tipo de transtorno. Em relação à violência sexual, 31,72% sofreram estupro; 87,81% dos casos ocorreram com apenas um agressor; em 47,56% da violência houve reincidência; e as consequências detectadas no momento da notificação mostraram que 6,10% das vítimas possuíam estresse pós-traumático. Em relação ao agressor, 41,46% são conhecidos da vítima e da família, e 89,03% são do sexo masculino; 20,74% estavam sob suspeita de uso

de álcool no momento da agressão; 76,83% da violência sexual ocorreram na própria residência da vítima. Quanto aos procedimentos e encaminhamentos realizados à vítima, 80,49% coletaram sangue para realização de exames; 85,37% foram encaminhadas para ambulatórios e 69,51% foram encaminhados para o conselho tutelar; 85,37% dos casos foram classificados como provável agressão. Com este estudo pode-se concluir que a violência é um problema complexo, recorrente, com múltiplas causas e consequências extremamente devastadoras para as crianças. Seus agressores ainda são pessoas próximas da vítima e da família e uma mesma criança pode sofrer mais de um tipo de violência simultaneamente.

PALAVRAS-CHAVE

Violência Sexual. Notificação. Criança.

ABSTRACT

This study aims to characterize sexual violence on children in Aracaju in the period from 2009 to 2011. For this we used the database of the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), supplied by the Municipal Health Department of Aracaju. The results showed that 82 children were victims of sexual violence in Aracaju, of which 79.23% are girls and 20.74% boys, 37.8% of victims are mulattoes; 23.18% studied up to the fourth grade, 6.1% have some kind of disorder. Regarding sexual violence, 31.72% suffered rape; 87.81% of cases with only an aggressor; 47.56% in the violence there was recurrence and consequences detected at the time of notification showed that 6.10% of the victims had post-traumatic stress. Concerning the perpetrator, 41.46% are known to the victim and family and 89.03% are male, 20.74% were under suspicion of alcohol at the time of the assault; 76.83% of sexual violence occurred in the victim's own residence. As for the procedures and referrals to victims, 80.49% had their blood sampled for laboratory tests, 85.37% were referred for outpatient and 69.51% were referred to the child protection agency; 85.37% of cases were classified as probable aggression. With this study we can conclude that violence is a complex problem, recidivist with multiple causes and consequences extremely devastating for children, their abusers are still people close to the victim and the family and the same child may suffer more than one type of violence simultaneously.

KEYWORDS

Sexual Violence. Notification. Child.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo caracterizar la violencia sexual en niños de Aracaju en el período comprendido entre 2009 y 2011. Para ello se utilizó la base de datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN), ofrecida por la Secretaría Municipal de Salud de Aracaju. Los resultados mostraron que 82 niños fueron víctimas de violencia sexual en la ciudad de Aracaju, de los cuales un 79,23% son niñas y un 20,74% son niños, el 37,8% de las víctimas son de raza mixta; el 23,18% estudió hasta el cuarto año básico, el 6,1% tiene algún tipo de trastorno. En cuanto a la violencia sexual, el 31,72% fueron violadas; en 87,81% de los casos sólo había un agresor; en el 47,56% de los casos hubo reincidencia de la violencia y las consecuencias que se detectaron en el momento de la notificación mostraron que 6,10% de las víctimas tenía estrés postraumático. En relación al agresor, en 41,46% de los casos se trata de algún conocido de la víctima y de la familia y un 89,03% son del sexo masculino, el 20,74% estaban bajo sospecha de alcohol en el momento del asalto; un 76,83% de los actos violentos ocurrieron en la propia residencia de la víctima. En cuanto a los procedimientos y direccionamientos ofrecidos a las víctimas, el 80,49% colectaron muestras de sangre para pruebas de laboratorio, el 85,37% fueron direccionados para servicios de salud y en 69,51% las víctimas fueron enviadas a agencias de protección al niño; un 85,37% de los casos fueron clasificados como probable agresión. Con este estudio se puede concluir que la violencia es un problema complejo recurrente, con múltiples causas y consecuencias muy devastadoras para los niños, sus agresores siguen siendo personas cercanas a la víctima y a su familia y el mismo niño puede sufrir más de un tipo de violencia simultáneamente.

PALABRAS CLAVE

La Violencia Sexual. Notificación. Niños.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra criança é constituída como um problema de saúde pública que acomete as diversas classes sociais no país. Não existem estudos que revelem que essa problemática atinja prioritariamente uma única classe social, é o tipo de violência que não escolhe idade nem endereço e a qualquer momento uma criança pode estar sofrendo algum tipo de violência. Foi na década de 60 que a área da saúde começou a preocupar-se com a violência contra crianças e adolescentes, sobretudo a área de Pediatria, que no Brasil passou a tratá-la como um problema de saúde (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

A violência representa hoje no Brasil uma das principais causas de morbimortalidade. A violência sexual, em particular o estupro, atinge sobretudo meninas, adolescentes e mulheres jovens em todo o mundo. Os estudos sobre o tema indicam que, na maioria das situações, a violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, o que torna esse crime mais difícil de ser denunciado. Estima-se que menos de 10% dos casos desse tipo de abuso sejam denunciados (BRASIL, 1999; SAITO, 2001).

A Constituição Federal Brasileira em seu Art. 227 preconiza que:

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

Nesse contexto, pesquisas demonstram que nem sempre essa proteção é realizada por parte de quem de fato deveria proteger (Estado e família); ao contrário, é no seio da família que essa criança, na maioria das vezes, é violentada. É o tipo de violência provocada geralmente por adultos contra crianças, envol-

vendo ato sexual, sedução ou carícias eróticas, com o objetivo de estimular sexualmente a vítima e de satisfazer os desejos sexuais do abusador. Pode se dar de modo heterossexual ou homossexual (MALTA, 2002).

A violência sexual leva a criança a interromper de modo severo o seu desenvolvimento natural, vivenciando uma prática para a qual ainda não se encontra biologicamente e, principalmente, psicologicamente amadurecida. Tal interrupção deixa consequências difíceis de serem superadas, que podem perdurar por toda a vida (MALTA, 2002).

Existe por parte das autoridades competentes uma preocupação em minimizar esse problema social, considerado um problema de saúde pública, através de políticas públicas que atendam essa população, não só de crianças como adolescentes, que sofreram algum tipo de violência. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou em 27 municípios brasileiros, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva), a partir da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Os dados mostraram que a violência sexual contra criança foi a principal causa de atendimento nos serviços de referência de violência. Dos 1.939 registros de violência contra criança, 44% foram de violência sexual (BRASIL, 2010).

No município de Aracaju, capital do Estado de Sergipe, a Secretaria Municipal de Saúde possui um programa voltado para a violência: o Núcleo de Prevenção a Violência e Acidentes (Nupeva). Foi instituído pela Portaria/SMS nº 182 de 21 de novembro de 2011, que vem atuando através da Portaria/MS nº 936 de 19 de maio de 2004 da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. A criação do núcleo surgiu da necessidade de agir em prevenção ao alto índice de violência e acidentes que vem ocorrendo nesse município (ARACAJU, 2012).

Em Aracaju, atualmente existem dois meios de notificação: a ficha da Vigilância de Violência e Acidentes (Viva) e o Sistema de Aviso Legal (Salve). Este é encaminhado às autoridades legais, sendo 100% transcritos pelo Núcleo de Prevenção a Violência e Acidentes (Nupeva), através das notificações realizadas pelos profissionais da saúde do município de Aracaju, vinculados às Unidades de Saúde da Família, das Redes de Urgência e Emergência, rede Especializada, e Atenção Psicossocial. Além desses, a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes notifica especificamente os casos de vítimas de violência sexual. Todas as notificações são realizadas com os cuidados devidos para manter o sigilo do profissional notificante e do notificado.

2 MÉTODO

O tipo de estudo utilizado foi o transversal descritivo. A amostra está constituída de todos os casos notificados de violência sexual com vítimas de 0 a 12 anos incompletos e residentes no município de Aracaju, no período de 2009 a 2011. Para o resultado foram utilizados os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) da Secretaria Municipal de Saúde do município de Aracaju, cedidos pelo Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes (Nupeva). Os dados foram coletados através das fichas de notificação, investigação individual de violência doméstica, sexual, dentre outras violências, priorizando as notificações de violência sexual contra criança. Como variáveis, destaca-se: idade, sexo, raça/cor, es-

Os dados e as informações coletados a partir das fichas de notificação do Sistema Viva permitem aos gestores identificar os principais tipos de violência, onde elas ocorrem, os horários de maiores frequências e o perfil do possível autor da agressão, entre outras informações, dando subsídios para o planejamento de ações de prevenção e de investigação. (BRASIL, 2010)

Assim, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a violência sexual em crianças vítimas de violência sexual no município de Aracaju, na faixa etária de 0 a 12 anos incompletos, bem como identificar o perfil das vítimas e do agressor, e também descrever a evolução das notificações realizadas pelos profissionais de saúde.

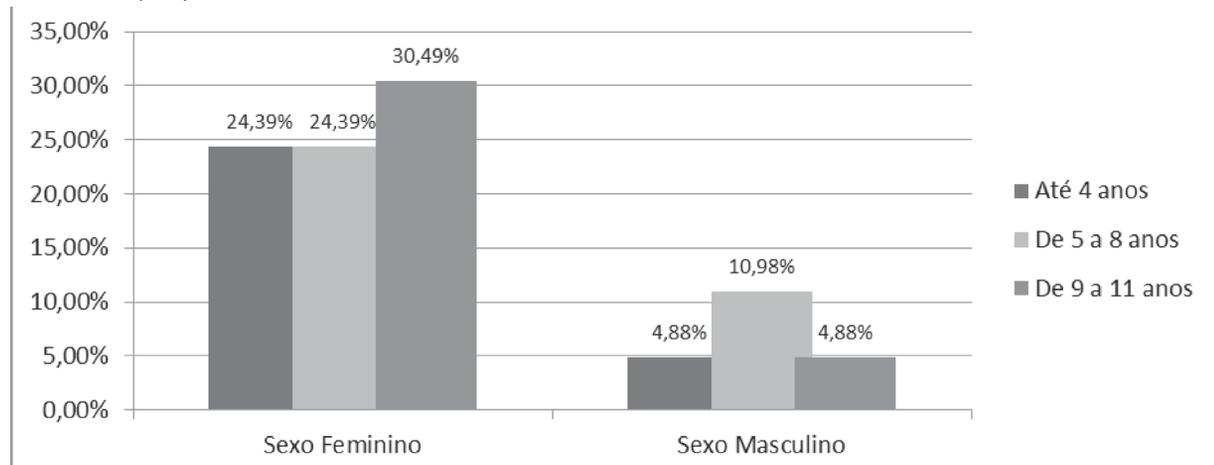
colaridade, bairro que ocorreu a violência, se a vítima possui algum tipo de deficiência/ transtorno, tipo específico da violência sexual, procedimento realizado pela equipe que atendeu a vítima, consequências da violência, dados do provável autor da agressão (grau de parentesco, sexo, uso de álcool), encaminhamentos realizados à vítima e classificação final (se o caso foi confirmado, descartado, provável ou inconclusivo). Para tabular os dados foi utilizado o TabWin 3.4. e o Excel. Para realização desse estudo foi elaborado um projeto enviado e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Tiradentes (cadastro 100612), data do parecer 27 de junho de 2012. A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

3 RESULTADOS

Os dados encontrados nos registros do Sinan revelaram que no período de 2009 a 2011 foram notificadas 82 vítimas de violência sexual no município de Aracaju, das quais 79,23% são meninas e 20,74% meninos (figura - 1). Em relação à cor/raça das vítimas, 37,8% corresponde a raça parda, seguido de 25,62% da raça branca, 10,98% da raça

preta, 3,66% raça amarela, e 18,29% consta como ignorado. Os casos ignorados consistem em casos onde a vítima encontra-se inconsciente quando adentraram no serviço de saúde. Vale ressaltar que as classificações da cor/raça são declaradas pela pessoa atendida ou acompanhante no ato da notificação.

Figura - 1 Distribuição da idade e sexo das vítimas que sofreram violência sexual em Aracaju no período de 2009 a 2011.



Fonte: Sinan

A tabela 1 mostra que somente 31,72% das crianças possuem idade escolar, que corresponde a 1ª a 8ª série. Das 82 crianças vítimas de violência sexual, 3,66% possuem deficiência física e mental e o tipo de violência que mais acomete esse público é o estupro. No momento da notificação foi identificado pelo profissional de saúde que

7,32% das vítimas apresentavam como consequências transtorno pós-traumático e transtorno de comportamento. Em relação ao local da ocorrência, esta ocorre com maior constância na própria residência da vítima, crime esse que reincidiu em 47,56% dos casos, envolvendo no ato da violência um único agressor.

Tabela 1 – Dados das vítimas e da violência sexual cometidas contra crianças de Aracaju no período de 2009 a 2011.

Escolaridade	n	%
Não se Aplica	34	41,47
1° a 4° Série	19	23,18
Ignorado	19	23,17
4° Serie Completo	4	4,88
5° a 8° Série	3	3,66
Deficiência/Transtorno		
Deficiência Mental	2	1,22
Deficiência Física	1	2,44
Tipo de Violência		
Estupro	26	31,72
Atentado ao Pudor	21	25,62
Ignorado	20	24,40
Outros	19	23,18
Exploração Sexual	7	8,54
Assédio Sexual	4	4,88
Pornografia Infantil	1	1,22
Consequência		
Ignorado	20	24,39
Estresse pós-traumático	5	6,10
Transtorno de Comportamento	1	1,22
Local de Ocorrência		
Residência	63	76,83
Outro	8	9,76
Ignorado	7	8,54
Via Pública	3	3,66
Bar ou Similar	1	1,22
Comércio/Serviços	1	1,22

Número de envolvidos		
Um	72	87,81
Ignorado	6	7,32
Dois	5	6,10
Ocorreu outra vez		
Sim	39	47,56
Não	25	30,50
Não se Aplica	19	23,17

Fonte: Sinan

No que diz respeito ao agressor, observamos na tabela 2 que o sexo do agressor prevalece masculino, que na maioria das vezes esse agressor é conhecido da vítima e de sua família e que 20,74% destes são suspeitos de ingerir bebida alcoólica antes de cometer a violência.

Tabela 2 - Dados do provável autor da agressão da violência sexual e sua relação com a vítima.

Sexo do Autor	n	%
Masculino	73	89,03
Ignorado	9	8,57
Feminino	1	1,22
Relação com a Vítima		
Ignorado	52	63,41
Conhecido	34	41,46
Padrasto	12	14,64
Desconhecido	12	14,64
Pai	11	13,42
Outros	8	9,76
Namorado	3	3,66
Cuidador	1	1,22

Suspeita de ingerir Álcool		
Ignorado	40	48,77
Não	32	39,03
Sim	17	20,74

Fonte: Sinan

Das crianças atendidas nos serviços de saúde, 15,86% não necessitaram de encaminhamentos internos, concentraram-se nos ambulatórios; 80,49% coletaram sangue para a realização de exames. Em relação às vítimas do sexo feminino, 23,18% realizaram coleta de secreção vaginal. Foi identificado também que outros encaminhamentos foram realizados para outros setores externos, sendo 69,51% dos casos encaminhados para o conselho tutelar. Destes, 28,05% foram referentes a crianças de 9 a 12 anos incompletos e 20,73% dessa mesma faixa etária também foram encaminhados para realizar exame de corpo delito no IML. Ao final da notificação, a conclusão dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento à vítima de violência sexual classifica o caso como 85,37% de violência provável; destes, em 24,39% a vítima tinha de 0 a 4 anos. (tabela 3)

Tabela 3 - atendimentos e procedimentos realizados às vítimas de violência sexual no município de Aracaju.

Encaminhamento ao setor saúde	n	%
Ambulatorial	70	85,37
Ignorado	11	13,42
Não se Aplica	2	2,44
Encaminhamento para outros Setores de Saúde		
Conselho Tutelar	57	69,51
IML	41	49,99
CREAS	28	34,15

Delegacia de proteção a criança	28	34,14
Outras delegacias	23	28,06
Ministério Público	6	7,32
Programa Sentinela	4	4,88
Vara da Infância	2	2,44
Procedimento Realizado		
Coleta de sangue	66	80,49
Ignorado	36	43,90
Coleta da secreção vaginal	19	23,18
Profilaxia DST	4	4,88
Profilaxia Hepatite B	3	3,66
Profilaxia HIV	3	3,66
Classificação Final		
Provável	70	85,37
Confirmado	6	7,32
Inconclusivo	5	6,10
Descartado	1	1,22

Fonte: Sinan

A localização em que predominou a ocorrência da violência sexual foi o bairro Santos Dumont, com 6,82%, seguido do 18 do Forte, Bugio e Santa Maria com 4,55% dos casos, cada bairro.

4 DISCUSSÃO

Os dados revelaram que, em Aracaju, 82 crianças sofreram violência sexual entre 2009 a 2011, o que corresponde a 79,23% das vítimas do sexo feminino e 20,74% do sexo masculino e que seu agressor, em sua maioria, é do sexo masculino. Dos 79,23% das vítimas do sexo feminino, 54,88% possuem faixa etária de 05 a 12 anos incompletos. O estupro é o tipo de violência sexual que mais acometeu as vítimas desse estudo.

O mapa de violência mostra que a violência física é maior tipo de violência contra crianças notificada pelo SUS, seguida da violência sexual contra crianças que ocupa a segunda maior entre a faixa etária entre 5 e 10 anos (BRASIL, 2012).

Ao classificar a violência sexual nesta pesquisa, ficou evidenciado que 31,72% das crianças sofreram estupro, 24,62% sofreram atentado violento ao pudor e 24,40% são casos ignorados. O Manual Instrutivo diz que, com a implantação da Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009, este conceito foi alterado e que o atentado violento ao pudor passou a ser considerado como estupro. De acordo com o referido manual, a porcentagem referente ao estupro nesse estudo seria acrescida.

Os suspeitos agressores em sua maioria são conhecidos da família e da vítima, geralmente são pessoas muito próximas que estabeleceram vínculo e confiabilidade da família, o que comprova a pesquisa. O ambiente mais propício para a ocorrência da violência é a própria residência da vítima, uma vez que esse lugar é seguro para o agressor, é lá que ele possui livre acesso por ser bem vindo neste ambiente pela família. A pesquisa revelou que a violência teve reincidência em 47,56% dos casos.

Ocorrendo no âmbito doméstico, a violência sexual envolve uma série de questões e segredos difíceis de serem revelados, pois a vítima geralmente é amea-

çada pelo agressor. Em muitos casos, outros membros da família, além do agressor e vítima, tomam conhecimento, mas preferem manter-se em silêncio, pois o ato ligado à sexualidade é cercado de tabus. Assim, o abusador costuma ficar impune, pois a própria família tende a omitir o caso por vergonha da sociedade. Diante da impunidade, o abusador tende a reincidir na sua prática, podendo continuar abusando a mesma vítima por muitos anos ou procurar outras vítimas (MALTA, 2002). A autora afirma ainda que “esse tipo de violência traz consequências para a vida dessa vítima, que em algumas aparece em curto prazo, em outras, quando adultos”.

Nesse estudo, segundo os dados obtidos no Sisan da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, verificou-se que um pequeno percentual das vítimas apresentou algum tipo de consequência causada pela violência sofrida. Dentre estas, se destacaram o transtorno de comportamento e o estresse pós-traumático. Vale ressaltar que esse percentual pode ser bem maior, uma vez que esse número foi registrado a partir da percepção do profissional de saúde no ato da notificação, o que não previne o aparecimento após essa notificação.

Deslandes (1994) afirma que alguns sinais podem ser perceptíveis em uma criança vítima de violência sexual. Ela pode apresentar as seguintes alterações físicas: dificuldade de caminhar, queixas de infecção urinária frequente ou dificuldades para urinar, secreções na vagina ou no pênis, dor ou coceira na região genital, edema e sangramento na genitália, canal vaginal alargado, dor de garganta e dificuldade de deglutir. Outras alterações podem ser observadas, como as alterações comportamentais: vergonha excessiva, comportamento sexual inadequado para a idade, grande interesse por assuntos sexuais, baixa autoestima, depressão, autoagressão, comportamento regressivo, tendências suicidas e fugas de casa, entre

outras. Tais sinais devem ser observados pelos membros da família ou alguém que se disponha a ajudá-la.

Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal nº 8069 de 13/07/1990, ficaram assegurados direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente. Além disso, o ECA tornou compulsória a notificação por parte do profissional de saúde de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos no sistema público de saúde ou em consultórios particulares (BRASIL, 1990).

O atendimento à vítima caracteriza um momento importante, tanto no que diz respeito à notificação e encaminhamentos, como, principalmente, nos procedimentos realizados pela equipe de saúde, a fim de reduzir o dano causado pela violência, bem como a prevenção de doenças. A garantia de atendimento às vítimas da violência sexual nos serviços de saúde representa apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes desse tipo de violência. A oferta desses serviços permite à pessoa vitimada o acesso aos cuidados e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006).

O encaminhamento ambulatorial em Aracaju inclui: atenção básica, Caps, ambulatórios especializados, centro de referência, laboratórios, serviços de média complexidade e de urgência e emergência (prontos atendimentos), desde que não tenham sido encaminhadas para internação em hospitais.

Dos encaminhamentos pesquisados para realização desse estudo no setor saúde, 85,37% correspondem a ambulatório. Neste encontram-se inclusas as notificações das unidades de pronto atendimento. Não foi encontrado nos registros nenhum caso que necessitasse de atendimento hospitalar. Nos procedimentos realizados, percebeu-se a importância do atendimento à vítima, mas o que se pôde observar é que alguns procedimentos a exemplo da profilaxia DST, Aids, e hepatite possuem ainda uma baixa per-

centagem de registros dos casos de violência sexual contra crianças, o que é uma realidade preocupante.

É imprescindível que haja essa intersectorialidade para que se gere um fluxo de atendimento as essas vítimas e para que se tenha uma maior resolatividade dos casos e não se revitimize ainda mais essas crianças. O estudo verificou ainda que o percentual mais significativo foi o encaminhamento ao conselho tutelar, com 69,51% dos casos, percentual esse considerado ainda muito baixo, se for analisado que, as vítimas de violência sexual são crianças. Existem casos em que são realizados mais de um encaminhamento, como, por exemplo, um caso pode ser encaminhado ao mesmo tempo para o conselho tutelar, delegacia de proteção à criança e a adolescente e aos centros de referências especializados da assistência social (Creas) para realizar acompanhamento psicológico, e pode ser encaminhado para o instituto médico legal, para realizar exame de corpo delito, caracterizando às vezes vários encaminhamentos para uma mesma ocorrência. Sem a intersectorialidade esse fato não ocorreria.

Ao atender a vítima de violência sexual, pode ocorrer no momento da notificação uma inibição por parte da vítima e do acompanhante para responder os itens da ficha de notificação. Nestes casos o Manual Instrutivo da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências recomenda ao profissional de saúde que esclareça para a vítima e acompanhante sobre a relevância que tem as informações para as políticas de saúde (BRASIL, 2009).

Após o atendimento à vítima, ao realizar os procedimentos e encaminhamentos necessários, o profissional de saúde que está à frente do caso e que está notificando-o, deverá realizar a classificação final: se a violência sexual foi confirmada, ou seja, quando a pessoa atendida/vítima apresenta evidências de ter sido alvo de um evento violento; se a violência foi provável, quando a pessoa atendida apresenta indícios de violência, podendo ter ou não sinais, sintomas e história de violência; ou ainda se o caso foi Incon-

clusivo. Neste caso por força das características dos eventos de violência, esse item não se aplica nessa ficha (BRASIL, 2009).

A ficha de notificação deverá ser assinada pelo notificador, seguida da função que exerce no serviço de saúde. No município de Aracaju, essas fichas são encaminhadas para Secretaria Municipal de Saúde e registradas no Sinan, onde a identificação do profissional é retirada e substituída pelo nome da secretaria para resguardar o sigilo do profissional. O estudo, em relação a esse atendimento, concluiu que 85,37% da violência sofrida foi classificada como provável.

[...] que existem condições que favorecem a ocorrência dos casos de violência sexual contra criança, muitas vezes essas condições estão associadas ao agressor (a dependência de drogas, alcoolismo, história de abuso na infância, classe social, incluem falta de leis de

proteção, desigualdade social, marginalidade, desemprego, analfabetismo, ambientes conflituosos e alta aceitação de violência). (PIRES; MIYAZAKI, 2005)

Em consonância com as autoras acima citadas, este estudo identificou as Características da violência sexual em relação à vítima, suposto agressor e aos atendimentos realizados a vítima. A caracterização possibilitou identificar no que se refere ao baixo número de notificações se for comparado a o que é veiculado na mídia local. A classe social, desigualdade social, marginalidade, desemprego, analfabetismo, ambientes conflituosos e alta aceitação de violência também contribuem para a violência sexual, além da confiança que os pais estabelecem ao deixar seus filhos sós em casa, na maioria dos casos para trabalhar e sustentá-los, ou por negligência.

5 CONCLUSÃO

Durante vários séculos, a violência sexual passou despercebida no Brasil e começou a ter relevância no meio científico, passando a ser considerado um problema de saúde pública. Por parte do Estado, essa relevância ocorreu a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que veio assegurar direitos especiais e proteção integral às crianças e adolescentes, além da exigência da notificação compulsória.

O estudo evidenciou que a violência sexual contra criança é um problema complexo, recorrente, com múltiplas causas e consequências extremamente devastadoras para as vítimas, que os principais agressores estão no âmbito familiar da vítima e que uma mesma criança pode sofrer mais de um tipo de violência simultaneamente.

Diante dos dados coletados pelo Sinan no período de 2009 a 2011, ficou notório o aumento da violência sexual contra criança, embora esse nú-

mero pudesses ser bem maior se não fosse a omissão de alguns autores (família, sociedade e Estado). A falta de notificação ou falta de competência de profissionais de saúde para lidar com esse público também interfere na realidade dos dados. Vale ressaltar que os profissionais de saúde, independente da sua área de atuação, devem possuir condição de reconhecer uma vítima de maus-tratos utilizando-se do princípio de que a omissão pode representar uma opção pela violência. Tal conduta prejudica a obtenção de dados oficiais representativos da realidade, necessários para evidenciar o problema e para o desenvolvimento de políticas públicas. A pesquisa se faz relevante tanto para a sociedade quanto para os gestores públicos, além da necessidade de capacitar e especializar continuamente todos os profissionais da rede de atendimento em saúde e da violência sexual, além da importância de programar um atendimento a partir da realidade local e buscar soluções definitivas e não pontuais para o problema.

Este estudo sugere uma pesquisa em cada local de saúde que notifica os casos de violência sexual contra criança para analisar as notificações e saber se elas estão sendo enviadas para o setor competente para

serem registradas no SINAN. para possibilitar e analisar se a violência contra criança vem crescendo cada dia ou se os profissionais estão mais preparados para notificar os casos que estavam omissos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes**: Prevenção de Violência e Promoção da Cultura de Paz. Secretaria de Promoção a Saúde, Departamento de ações e programáticas estratégicas, Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

BRASIL, **Violência faz mal a saúde**. Secretaria de Promoção a Saúde, Departamento de ações e programáticas estratégicas, Ministério da Saúde; Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente**: normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da ficha de notificação/ investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília, versão de 27 de novembro 2009

Brasil. Lei nº 8069 de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União;1990 jul. 16

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência**: um desafio

para os profissionais da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

DESLANDES, S. F. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MALTA, Sílvia. **Violência na Família**: Uma matriz da violência na sociedade, Prevenção, identificação, controle. Realização: Prefeitura Municipal de Cururipe, Usina Cururipe e Ministério Público de Alagoas; Alagoas, 2002.

SAITO, M. I. **Adolescência e violência**: adolescência: prevenção e riscos. São Paulo: Atheneu, 2001. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/Release%2018%20de%20maio.pdf>. Acesso em: 07 de jun. 2012.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência**: Crianças e adolescentes do Brasil; Flacso, 2012

PIRES, A.L.D., MIYAZAKI, M.C.O.S., Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arq Ciênc Saúde**; v.12, n.1, p.42-49, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados_do_censo2010.php> Acesso em: 30 de maio 2012.

Recebido em: 11 set. 2012
Avaliado em: 10 out. 2012
Aceito em: 2 dez. 2012

I Assistente social, residente em Saúde Coletiva pela Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: lidiane.vieira21@hotmail.com;

II Assistente social, tutora da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Tiradentes, mestranda em Saúde e Ambiente na mesma Universidade. E-mail: anaceliagoes@hotmail.com;

III Enfermeira, coordenadora do Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Aracaju, mestranda em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: renata.silva@aracaju.se.gov.br

IV Psicóloga, coordenadora no Núcleo de Prevenção a Violência e Acidentes da Secretaria de Saúde de Aracaju, especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família. E-mail: kaviviane@infonet.com.br.