Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Fatores associados à duração e severidade do abuso sexual
infantil em São Paulo-Brasil**

Maria Auxiliadora Figueredo Vertamatti

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

**Área de Concentração: saúde, ciclos de
vida e sociedade.**

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de
Abreu**

São Paulo
2017

Fatores associados à duração e severidade do abuso sexual infantil em São Paulo-Brasil

Maria Auxiliadora Figueredo Vertamatti

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: saúde, ciclos de vida e sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu

Versão revisada

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

annie died the other day
never was there such a lay –
whom, among her dollies, dad
first (“don’t tell your mother”) had,
making annie slightly mad
but very wonderful in bed
– saints and satyrs, go your way
youths and maidens: let us pray

e.e.cummings

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças que sofrem na calada da noite e nos quartos fechados, imobilizadas e impossibilitadas de lutar.

E também a minha avó Amanda, que era uma das pessoas que mais se orgulharia de estar aqui hoje...

AGRADECIMENTOS

Aproveito este espaço para agradecer as muitas pessoas que me ofereceram suas melhores energias e vibrações, no longo período de produção deste meu trabalho. Cada um a seu jeito e com seus melhores recursos me cercaram com amor e dedicação incondicionais. Só posso retribuir com estas sinceras e emocionais palavras de afeto e eterno agradecimento:

a todos os pacientes e familiares que estiveram em atendimento no PAVAS, que mesmo em um momento tão delicado, dividiram conosco os detalhes íntimos de seu sofrimento, viabilizando a construção desta casuística;

ao meu marido Luiz Carlos, meu amor e meu companheiro de muitos dias, muitas noites e fins de semana de intenso trabalho, que com suas palavras ou seu silêncio me apoiou com paciência e compreensão incomensuráveis;

a minha mãe, Maria Egle e meu pai, José Darci, que tem sido os melhores companheiros que eu poderia desejar na vida, pessoal e, quem diria, acadêmica!;

aos meus irmãos, Cris, Dar, Paulo e Cica, e meus sobrinhos lindos, Felipe, Vinícius, Lillian, João, Luca e Sofia, que são a razão da minha alegria em viver e produzir;

à minha vovó Amanda, que partiu deste mundo há poucos meses, mas não cansou de me incentivar e demonstrar seu orgulho pelos ideais acadêmicos da neta; tenho certeza que me assiste hoje feliz de onde está;

aos meus tios Norma e Nelson, minha prima Chris, meus cunhados Sérgio, Alessandra, Rita e Matt, pelo incentivo e pela paciência nestes últimos tempos de ausência em festas e finais de semana;

a todos os parceiros de trabalho e pesquisa, do Brasil e de Atlanta, em especial Denise, Bianca, Renato, Victor, Erik e Zane, que tantas vezes renovaram meu ânimo; e aos professores Dabney Evans e Roger Rochat, que me acolheram na Emory University, se

transformaram em grandes amigos, e me incentivaram a abraçar os desafios da carreira científica internacional;

aos meus grandes amigos do HMU, CAISM e do PAVAS, Caio, Rodolfo, Silvia, Regina, Alissandra, Milena, Patrícia, Luciana, Maria José, Ocirema, Marcelinho, Inês, Viviane, Sandra, Kleber, Silvana, Mônica e tantos outros que passaram pela nossa grande equipe, sem os quais os dados aqui apresentados jamais existiriam;

ao professor Caio, meu grande professor e inspirador desde o início da minha carreira, que sempre acreditou em mim e no meu trabalho,

ao amigo Jefferson Drezett, que primeiro me apresentou a face da violência sexual, me ajudou a dar os primeiros passos nesta área, e que tem sido um companheiro incansável nas batalhas que enfrentamos diariamente;

ao professor Luiz Carlos de Abreu, amigo e parceiro de pesquisa de tantos anos, que continua me apontando novos caminhos dentro da ciência;

à Universidade de São Paulo, em especial à Faculdade de Saúde Pública, que no início parecia um local gigante, duro e assustador, e aos poucos foi se transformando em uma segunda casa aconchegante, inspiradora e digna de todas as reverências;

e muito especialmente, ao professor Ivan, que enxergou as minhas dificuldades e me inspirou a crescer; que me fez aproveitar cada minuto destes cursos, e ampliou sobremaneira meus horizontes dentro da ciência e da vida. Sei que ele é avesso aos confetes, e por isso serei sucinta aqui. Mal tenho palavras para agradecer sua dedicação, seu exemplo e seu desprendimento. A sua forma de transmitir o saber e a sua ética me deram a verdadeira dimensão da palavra *ensinar*, e alteraram sobremaneira os rumos da minha carreira acadêmica. Ele me fez compreender que o mais importante neste processo não é o pote de ouro no fim do arco-íris, mas o caminho percorrido até ele.

Vertamatti MAF. Fatores associados a duração e severidade do abuso sexual infantil em São Paulo-Brasil [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2017.

Resumo

Introdução - O Abuso Sexual em Crianças (ASC) é uma grave violação de direitos humanos. Pode causar sequelas psíquicas e somatizações, como dores de cabeça, enurese, comportamentos sexualizados, queda do rendimento escolar, que podem aparecer ainda durante a infância. Outros quadros podem manifestar-se apenas na idade adulta, mais comumente disfunções sexuais, ansiedade, depressão, até indução ao uso de substâncias psicoativas e tendências suicidas. A literatura indica que a idade precoce de início dos abusos, sua longa duração e a concomitância de contato físico íntimo, como penetração, pode acarretar sequelas psicológicas ainda mais severas. Até recentemente, a literatura sobre violência contra a criança consistiu, desproporcionalmente, em adultos lembrando fatos passados. Uma vez que as diretrizes para o tratamento de sobreviventes na infância são difíceis de extrapolar a partir de estudos de adultos, a pesquisa focada em crianças parece ser de grande relevância. **Objetivo** - descrever as características das crianças que sofreram abuso sexual no momento em que tiveram seu primeiro contato com o serviço de saúde, analisando a correlação entre características da violência e a duração e gravidade dos contatos físicos. **Método** - Foi conduzido um estudo transversal das crianças menores de dez anos, que entre os anos de 2004 e 2013 foram atendidas pelo Programa de Atenção a Violência e Abuso Sexual, programa especializado em violência sexual na região metropolitana de São Paulo, Brasil. A duração e a gravidade dos abusos tiveram testada a sua associação com as variáveis ligadas à violência através do teste de qui-quadrado, seguido pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta para o cálculo de Razão de Prevalência (RP). **Resultados** - Crianças cujos pais genéticos tiveram oito ou mais anos de educação formal experimentaram maior duração (RP mãe:4,55/pai:6,67) e gravidade (RP mãe:1,65) da violência. A maioria das crianças vivia com parentes ou amigos como cortesia (45%), o que resultou em atraso na denúncia (RP: 1,64). Os abusos foram menos frequentes entre as crianças do sexo masculino (28%), mas estes foram expostos a abusos mais prolongados (RP: 1,28) e fisicamente agressivos (RP: 4,55). As denúncias foram mais precoces quando realizadas pelos serviços de saúde (RP: 0,63) e os abusos foram menos severos quando denunciados pela escola (RP: 0,22) ou pelos serviços de saúde (RP: 0,27). **Conclusões** - As crianças do sexo masculino sofreram

abusos mais graves e prolongados. Crianças cujos pais biológicos possuíam maior nível de escolaridade sofreram abusos mais prolongados e mais severos. A maioria das crianças vivia em casas de parentes como cortesia, e estiveram sujeitas à demora na denúncia de seus casos. Crianças são mais vulneráveis nestas condições por terem, muitas vezes, que tolerar abusos em troca da moradia. As denúncias realizadas pelos serviços de saúde e pela escola tiveram efeito protetor quanto à duração e gravidade dos abusos. Os fatores que determinaram maior duração e gravidade dos abusos sexuais parecem estar relacionados à melhor administração do segredo pelos envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: violência, maus-tratos infantis, delitos sexuais, tempo de exposição.

Vertamatti MAF. [Factors associated with length and severity of childhood sexual abuse in São Paulo-Brazil] [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017. Portuguese.

Abstract

Introduction - Child Sexual Abuse (CSA) is a serious violation of human rights. It can cause psychological sequelae and somatizations, such as headaches, abdominal pains, enuresis, sexualized behaviors, public masturbation, poor school performance, which may appear even during childhood and adolescence. Other conditions may manifest only in adulthood, most commonly sexual dysfunctions, anxiety, depression, gastrointestinal dysfunctions, chronic pelvic pain, and even use of psychoactive substances and suicidal tendencies. The literature indicates, however, that the early age of onset of abuse, its long duration and the concomitance of intimate physical contact, such as penetration, can lead to even more severe psychological sequels. Until recently, the literature on violence against children consisted, disproportionately, on adults recalling past events. Since guidelines for the treatment of childhood survivors are difficult to extrapolate from adult studies, research focused on children seems to be very relevant. It plays an important role in assessing how children process trauma, and how trauma manifests at various stages of development. **Objective** - This study aims to describe characteristics of the children who suffered sexual abuse when they first arrive to the health facility, and to analyze the association between the characteristics of the violence and the length and severity of the physical contacts reported and/or verified. **Method** - It was conducted a cross-sectional study of children up to ten years of age, who between 2004 and 2013 were referred to a specialty program on childhood sexual abuse in São Paulo, Brazil. Length and severity of the abuse were tested for its association with variables related to the abuse using a Chi-square test, followed by the Poisson regression model with robust variance for prevalence ratio (PR). **Results:** Children whose biological parents had eight or more years of formal education experienced longer (PR mother: 4.55 / father: 6.67) and more aggressive abuse (mother PR: 1.65). Most children lived with relatives or friends as a courtesy (45%), which in general resulted in a delay in reporting the aggression (PR: 1.64). Abuse was less frequent among males (28%), but they were more likely to be abused longer (PR: 1.28) and physically more aggressive (PR: 4.55). Reporting to the authorities were earlier when performed by the health services (PR: 0.63) and abuses were

less severe when reported by the school (PR: 0.22) or health services (PR: 0.27).

Conclusions: Males have suffered more severe and prolonged abuse. Children whose biological parents had higher levels of schooling suffered longer and more aggressive abuses. Children living in relatives' homes as a courtesy were subject to longer sexual abuse. Health agencies reported cases most quickly and cases reported by school and health agencies were less severe. Factors that determined the longer duration and severity of sexual abuse seem to be related to the better secret management by those involved.

KEYWORDS: violence, child abuse, sex offenses, child victims, exposure time.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS	18
1.2 DELIMITAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA ESTUDADA	20
1.3 IMPACTO DO ABUSO SEXUAL SOBRE CRIANÇAS	21
1.4 DURAÇÃO E SEVERIDADE DO ABUSO COMO AGRAVANTE	24
2. OBJETIVO	26
3. MÉTODO	27
3.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO	27
3.2 VARIÁVEIS E ANÁLISE	27
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	29
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSSÃO	35
6. CONCLUSÕES	39
7. REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	
Anexo 1 - Ficha de Atendimento Inicial do PAVAS-SBC	44
CURRÍCULO LATTES	

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 -	Critérios diagnósticos para o Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT)	22
Figura 1 -	Proposta de modelo de agravamento dos transtornos psíquicos e mecanismos de retroalimentação na violência sexual contra crianças	24
Figura 2 -	Fatores relacionados à maior duração do abuso sexual em crianças	36
Figura 3 -	Fatores relacionados à maior severidade do abuso sexual em crianças	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das variáveis ligadas ao abuso sexual de crianças em valores absolutos e percentuais	30
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis de desfecho do abuso sexual em crianças em valores absolutos e percentuais	31
Tabela 3 -	Associação entre variáveis ligadas ao abuso e longa duração na população estudada	32
Tabela 4 -	Associação entre variáveis ligadas ao abuso e ocorrência de penetração na população estudada	33

LISTA DE ABREVIACÕES

ASC - Abuso Sexual em Crianças

CSA – Child Sexual Abuse

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

TEPT – Transtorno do Estresse Pós-traumático

PAVAS – Programa de Atenção a Violência e Abuso Sexual

RP – Razão de Prevalência

IC – Intervalo de Confiança

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 INTRODUÇÃO

O Abuso Sexual em Crianças (ASC) é uma séria violação de direitos humanos. Compreende situações em que a criança é usada para gratificação de necessidades ou desejos sexuais de pessoa mais velha, para a qual a criança seja incapaz de dar um consentimento consciente em virtude de assimetrias de idade, tamanho ou poder (1, 2). Pode configurar-se por violência direta, como beijos, carícias, manipulação da genitália, penetração vaginal, anal ou oral, ou por via indireta, como encorajar a criança a assistir cenas sexuais ou ouvi-las, observar ou fotografar a criança nua ou despindo-se, expor a genitália deliberadamente, entre outras situações (3-6). Na maioria das vezes tais atos envolvem pessoas do círculo íntimo de convivência da criança (6-9).

Não há como delimitar histórica e geograficamente sua ocorrência, sendo descrita em todos os continentes e desde civilizações da antiguidade (10, 11). Porém, apenas a partir da descrição da Síndrome da Criança Espancada por C. H. Kempe em 1962, nos Estados Unidos, o problema passou a ter visibilidade (12). A sociedade civil e autoridades governamentais reconheceram o quanto negligenciaram o fato, e passaram a se articular na criação de planos e convenções que visassem proteger esta população (13).

A prevalência do ASC é elevada em todo o mundo e seus relatos na literatura são extremamente variáveis, dependentes da definição de violência sexual, da população estudada e dos métodos de análise. Finkelhor (1994), em manuscrito clássico, aponta que o abuso sexual na infância foi relatado por pessoas adultas em uma prevalência de 7 a 36% no sexo feminino e de 3 a 29% no sexo masculino (14). Holmes (1998) em revisão de estudos sobre violência sexual contra meninos identificou prevalências desse evento entre 4% e 76%, com os maiores números advindos das pesquisas do continente africano (15). Em trabalho realizado no Canadá, com uma população maior de 15 anos, Polanczyk e col (2003) descreveram abuso sexual durante a infância em 12,8% das mulheres e em 4,3% dos homens (16). Mais recentemente, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos publicou em seu boletim semanal de morbidade e mortalidade (2015) os resultados de um estudo de prevalência de violência sexual na infância realizado em sete países considerados de baixa renda. Os pesquisadores do CDC colaboraram com Camboja, Haiti, Quênia, Malawi, Suazilândia, Tanzânia e Zimbábwe, aplicando questionários às famílias de jovens de 13 a 24 anos, com objetivo de conhecer a extensão informada de violência sexual na

infância. A prevalência de ASC variou de 4% entre as meninas no Camboja a 37% entre as mulheres na Suazilândia, com prevalência na maioria dos países superior a 25% (17).

A violência sexual traz, muitas vezes, impactos à saúde física e psíquica. No curto prazo as mais recorrentes são infecções de transmissão sexual, gravidez, traumatismos do trato genital, e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (9, 18, 19). Já nos casos de abusos intrafamiliares, modalidade de violência sexual mais comumente praticada contra crianças, os eventos são crônicos, e tendem a gerar, a médio e longo prazo, sequelas psíquicas e somatizações, como dores de cabeça, dores abdominais, enurese, comportamentos sexualizados, masturbação em público, déficit no desenvolvimento e queda do rendimento escolar, que podem aparecer ainda durante a infância e adolescência (20). Outros quadros podem manifestar-se apenas na idade adulta, mais comumente disfunções sexuais, ansiedade, depressão, disfunções gastrointestinais, dor pélvica crônica, e até indução ao uso de substâncias psicoativas e tendências suicidas (21-26).

Até recentemente, os achados sobre o impacto do abuso sexual infantil consistiu, desproporcionalmente, em estudos sobre adultos relembrando fatos passados, como apontam Stoltenborgh e col (2011) em abrangente meta-análise, com 217 artigos publicados entre 1980 e 2008 (27). Em outro exemplo, as conclusões de uma revisão amplamente citada sobre ASC (Browne e Finkelhor, 1986) foram baseadas em apenas quatro estudos sobre crianças, em comparação com 23 estudos sobre adultos (28). Por muito tempo acreditou-se que a maioria dos sobreviventes conseguiria verbalizar sua experiência somente anos depois, já na idade adulta. Ou talvez que fosse difícil acessar informações com crianças pequenas, ainda mais após um trauma grave como o ASC. Ou ainda que a maioria dos abusos jamais chegasse, de fato, a ser denunciada. No entanto, diversos autores veem, nos últimos anos, propondo que estudos focados diretamente nas vítimas infantis trazem uma contribuição maior para a abordagem e o tratamento do ASC. As diretrizes para o tratamento do sobrevivente ainda na infância são difíceis de se extrapolar de sintomas e memórias no adulto (27, 29-31). A pesquisa com crianças tem importante papel ainda na avaliação de como elas processam o trauma, e de como o trauma se expressa em vários estágios de desenvolvimento; de posterior desenvolvimento de psicopatologia, e dos efeitos dos mediadores de apoio como a família, a escola e a comunidade (1, 8, 17, 32).

Embora de grande importância, a prevenção primária do ASC ainda aparece como uma tarefa distante da realidade neste momento. Várias organizações internacionais de cunho humanitário têm se debruçado em apontar caminhos para intervenções mais

apropriadas para esta finalidade, mas a sua implementação ainda está distante na maioria dos países, mesmo nos desenvolvidos (17). Desta forma, o esforço em se minimizar as sequelas da violência parece igualmente relevante, além de oportuno.

Para melhor entender a relevância da pesquisa direta com vítimas infantis, e a importância de se estudar a redução de danos para os sobreviventes, faz-se necessário resgatar as relações de poder que envolveram historicamente a criança, e o caminho que estas percorrem com um eventual abusador até que o fato seja denunciado. É o que faremos a seguir.

1.1 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DO ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS

O abuso sexual está presente em toda história, independentemente da classe social, grupo étnico ou religioso, e muitas vezes ele não foi percebido devido a padrões culturais e conceituação de infância vigentes (1, 11, 33). Muito antes dos hebreus escreverem sua primeira bíblia, e dos gregos sua Ilíada, havia um rico sistema de escrita cuneiforme, talhado em placas de argila. Essas placas traziam mitos, lamentações e normas da antiga civilização dos Sumérios, ancestrais da nossa cultura moderna. Uma das placas da Suméria contava a fábula do deus Enlil, que ao se deparar com a deusa Ninlil, banhando-se em um córrego cristalino, desejou-a apaixonadamente. A deusa, no entanto, foi reticente.

*“O senhor fala a ela sobre sexo
Ela não está disposta
Enlil fala de novo a ela sobre sexo
Ela não está disposta”*

Ninlil sentia-se muito jovem para experiências sexuais, e explicou polidamente:

*“Minha vagina é muito pequena
Ela não sabe como se faz sexo
Meus lábios são muito pequenos
Eles não sabem como beijar”*

A partir destes poucos fragmentos, podemos perceber que há cinco mil anos atrás já havia pelo menos uma menina que se achava muito pequena para vivências sexuais, e que verbalizou isso. E já havia pelo menos um homem que pretendia ter relações sexuais com

uma criança (11). O Talmude Babilônico, livro da lei e cerimonial judaico vigente entre os séculos III e V depois de Cristo, previa que quando uma garota completasse três anos e um dia, ela poderia ser “cedida” pelo seu pai para que outro adulto tivesse sexo com ela. Na verdade, atos sexuais com uma menina menor que três anos não eram considerados crimes, mas apenas inválidos como garantia de compromisso. Se um homem penetrasse uma menina após seu aniversário de três anos, ele poderia proclamá-la sua noiva de forma legítima (34).

No tempo das Cruzadas religiosas para reaver a “terra santa”, por volta dos séculos XI e XII, a subordinação sexual de mulheres e crianças também esteve relacionada aos benefícios obtidos pelos vencedores nas batalhas, e o prêmio era a violação sexual do povo conquistado, através de todo tipo de atrocidades (10, 35). Em muitas comunidades nesta mesma época, mulheres e crianças eram propriedades privadas, portanto, poderiam ser vendidas ou cedidas de acordo com o preço e vontade de seus proprietários. (34).

Com o crescimento e a disseminação da Igreja Católica e seus conceitos, ao contrário do que se acredita popularmente, pouco mudou, já que suas normativas mantiveram a permissão para adultos terem relações sexuais com crianças, apenas postergando a idade para sete anos (10). Somente a partir do movimento Renascentista (meados dos séculos XIV e XV) as relações sexuais entre crianças e adultos passaram a ser questionadas, e após muito tempo, a não ser mais toleradas pela sociedade (11). Apesar disso, entre os séculos XIV e XVIII, a prática de vender crianças para conventos e mosteiros tornou-se comum, e muitas delas foram submetidas a castigos físicos, chicoteamentos e diversas práticas sexuais com padres e monges. Acredita-se que as surras provocavam excitação sexual em quem as aplicava (1).

Apenas em 1959 na Assembleia Geral da ONU (Organização das Nações Unidas) foram proclamados os dez princípios da Convenção dos Direitos da Criança. Um deles em especial defendia o direito à proteção especial às crianças, que inclui situações de violência sexual (35, 36). O Brasil ratificou o documento da ONU em 1990, e promulgou a seguir o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (37).

O documento da ONU define como criança todo o ser humano com idade inferior a dezoito anos, e determina que os interesses superiores da criança sejam priorizados em todas as medidas tomadas por instituições de bem-estar social, públicas ou privadas. O artigo 34º da Convenção dos Direitos da Criança da ONU trata especificamente da proteção às situações de abuso e exploração sexual.

1.2 DELIMITAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DE ESTUDO

A Convenção dos Direitos da Criança da ONU é o documento que baliza a maioria das publicações internacionais a este respeito. Desta forma, o ASC refere-se na maior parte das vezes, a pessoas com idade até 18 anos (36). Sabe-se, no entanto, que o impacto do ASC manifesta-se de forma totalmente diversa entre crianças e adolescentes, já que os comportamentos e reações típicas aos toques, carícias e dinâmicas sexuais são muito diferentes, pela própria maturidade hormonal, linguística e de consciência corporal (1).

Quanto mais nova a criança, mais vulnerável ela é ao trauma, em razão de sua capacidade de se impressionar com os fatos, e de sua impotência em reagir. Como consequência, mais graves os efeitos emocionais e psíquicos (38, 39). Crianças com menos de dez anos são ingênuas para compreender que certos comportamentos são inapropriados, e sua capacidade de comunicação é limitada, facilitando a manutenção do relacionamento secreto (1). Bassani e col (2009) entrevistaram cerca de dois mil indivíduos adultos no sudeste brasileiro, questionando entre outras coisas, a idade em que sofreram os abusos sexuais. Encontraram uma prevalência duas vezes maior de pessoas que precisaram de tratamento psicológico entre os que foram abusados antes dos 12 anos (25). Resultados semelhantes obtiveram Spataro e col (2004) que demonstraram a associação entre a ocorrência de abuso sexual na infância precoce e a subsequente busca por tratamento psicológico (40). O uso de modernas técnicas de mapeamento visual do cérebro permite inferir que o estresse na infância precoce pode causar dano permanente à estrutura neural e à função do cérebro em desenvolvimento. O estresse molda o cérebro para exibir vários comportamentos antissociais, ainda que adaptativos (41).

Portanto, torna-se fundamental estudar o abuso sexual e seus comemorativos em crianças em um momento diferente de adolescentes. Para tal, cabe definir os limites da infância. Por tratar-se de uma pesquisa dentro da área da saúde, mais especificamente de abordagem em saúde pública, optei nesta pesquisa por utilizar o conceito de infância e adolescência que ditam a Organização Mundial da Saúde e o Ministério de Saúde do Brasil, segundo os quais os limites da faixa etária de interesse são as idades abaixo de 10 anos incompletos para a infância e entre 10 e 19 anos incompletos para a adolescência (42, 43).

1.3 O IMPACTO DO ABUSO SEXUAL SOBRE CRIANÇAS

As crianças, em geral, têm confiança nos adultos que conhecem. A intimidade sexual progressiva durante os contatos com um abusador conhecido, transforma a confiança depositada inicialmente pela criança em desconfiança, e posterior tristeza e decepção (11). Quando afeição e violência, amor e sofrimento estão entrelaçados, a realidade pode parecer distorcida, e a criança pode desenvolver percepções erradas da realidade. Muitas crianças sentem-se incapazes de confiar em suas próprias percepções sobre o que é ou não adequado. Tornam-se confusas sobre como se sentir, se devem dar ouvido à dor interior ou se devem “aproveitar o prazer” daqueles contatos íntimos, conforme sugestão do molestatador (1, 8, 11).

Está claro, portanto, que o ASC causa importante impacto sobre a criança. Também é inegável que o impacto não é apenas sexual, mas também emocional e psicológico, porém a sua gravidade é variável de caso a caso. A sequela mais recorrente é, sem dúvida, o Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) (26, 29, 44). De forma didática, os critérios para diagnóstico de TEPT encontram-se dispostos no Quadro 1, adaptado do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da *American Psychiatric Association*, quinta versão em inglês publicada em 2013 (45), que reúne os critérios clínicos mais aceitos mundialmente e contempla de forma mais abrangente as reações que podem advir do abuso sexual na infância (1). O diagnóstico é sugerido quando apresentam-se sintomas de pelo menos dois grupos do quadro logo após uma experiência opressiva, abrupta e/ou perigosa, de extremo estresse psíquico, como é o caso da violência sexual.

Quadro 1- Critérios diagnósticos para o Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT)

1. Persistente reexperimentação do evento traumático, através de pelo menos um dos seguintes itens:	2. Fuga persistente de estímulos associados ao trauma, através de pelo menos três dos seguintes itens:	3. Persistente excitação aumentada, através de pelo menos dois dos seguintes itens:
- lembranças recorrentes	- fuga de pensamentos ligados ao trauma	- dificuldade para pegar no sono ou para dormir
- sonhos recorrentes com cenas do trauma	- fuga de situações que provoquem a lembrança do trauma	- irritabilidade ou ataques de raiva
- sensações súbitas de que o evento está acontecendo,	- amnésia psicogênica	- dificuldade de concentração
-sofrimento diante da exposição a traumas simbólicos ou semelhantes ao primeiro	- interesse diminuído em atividades com significado relativo ao trauma	- hipervigilância
- ilusões, dissociações e <i>flashbacks</i> do evento traumático	- perspectiva de futuro diminuída	- reação de susto exagerada
	- incapacidade de experimentar sentimentos de amor e afeto, demonstração de emoções reduzida	- reação fisiológica como sudorese excessiva ou liberação de esfíncteres diante de eventos simbólicos ou semelhantes ao trauma
	- sentimentos de desapego e estranhamento em relação aos outros	

Adaptado de “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” da American Psychiatric Association

Nem todos os sobreviventes de violência sexual apresentam sintomas que se encaixam nos critérios do TEPT, até mesmo porque nem todos os abusos são eventos traumáticos na época de sua ocorrência. Algumas crianças desenvolvem outros quadros como comportamento sexual inadequado, masturbação excessiva, mudança de hábitos alimentares, medo de intimidade, solidão, isolamento, redução das habilidades de comunicação, comportamentos autodestrutivos, tentativas de suicídio, ou ainda comportamentos regressivos, como chupar o dedo ou urinar na cama (1). Estes sintomas não são menos graves que o TEPT, e ainda podem estar associados a ele.

A cronicidade dos eventos, ou seja, sua repetição pode levar ao desenvolvimento de mecanismos de defesa psíquicos pouco conhecidos. À medida que a criança percebe sua impotência diante de um perigo devastador e iminente, a ansiedade e a excitação instintivas chegam a um nível insustentável, e ela pode desenvolver sintomas que promovam uma sensação de “alienação” da vivência presente, por ser incapaz de integrá-la em um nível cognitivo. Dessa forma, as lembranças do abuso sexual tornam-se nebulosas e pouco claras. Trata-se de um mecanismo de dissociação, que as crianças utilizam muito em suas brincadeiras de faz-de-conta. É como se a criança “fizesse-de-conta” que o abuso não está acontecendo com ela. Quanto maior a frequência com que o trauma é experimentado, ou quanto mais repugnante e insuportável parece à criança, mais prática ela adquire em dissociá-lo da realidade, gerando sequelas tardias e de outras graves repercussões sociais e comportamentais (1, 46).

Há uma série de fatores psicológicos que envolvem a relação entre criança e molestador que dificultam a revelação do abuso. Portanto, para que ele venha à tona é necessário que algo ou alguém externo interfira em sua dinâmica. Além de ameaças e violência e/ou morte sofridas pela criança, o silêncio geralmente é alcançado por meio de manipulações da realidade e de suas emoções. Porém a criança normalmente demonstra ou verbaliza para a mãe ou pessoas de confiança quando alguém ou alguma coisa a faz sentir-se aflita ou preocupada. Esse momento é chamado de “Revelação”, e ocorre em um tempo variável de acordo com a capacidade de assimilação da criança, do grau de vigilância dos adultos sobre ela, e da proximidade e oportunidade do molestador (8). Pais atentos ao que a criança diz ou aos seus comportamentos, ou ainda quando recebem esse tipo de suspeita da escola, em geral, iniciam imediatamente o processo de “Comunicação” ou “Denunciação”, que pode começar pela busca de ajuda ou orientação em serviços de saúde, em serviços de apoio social ou diretamente na polícia.

Com base nas concepções de Spaccarelli (1994), Bentovim (2000), Glaser (2002) e Sanderson (2005) a respeito do processo evolutivo na dinâmica do ASC, é possível construir um modelo simplificado dos mecanismos que levam aos traumas psíquicos mais severos, e seus pontos de retroalimentação (1, 33, 47, 48), conforme a Figura 1.

Figura 1 – Proposta de modelo de agravamento dos transtornos psíquicos e mecanismos de retroalimentação na violência sexual contra crianças

Adaptada a partir das pesquisas de Spaccarelli (1994), Bentovim (2000), Glaser (2002) e Sanderson (2005). (TEPT=Transtorno do Estresse Pós Traumático).

1.4 DURAÇÃO E SEVERIDADE DO ABUSO COMO AGRAVANTES

Sanderson e outros autores dedicaram-se a identificar circunstâncias envolvidas com a maior gravidade do impacto do ASC, e apontaram três mais recorrentes: a idade precoce de início dos abusos, a demora na sua denúncia e a concomitância de contato físico íntimo, como penetração ou tentativas de penetração (1, 26, 31, 49-52). A maior gravidade

do impacto em crianças pequenas já foi objeto de argumentação no item 1.2, na delimitação da faixa etária de estudo, e foi fator preponderante na escolha da amostra para esta pesquisa.

A literatura aponta que crianças que sofreram contatos sexuais mais intensos, com penetração, desenvolveram sintomas psíquicos mais graves (29, 44). Russel (1983) apontou que 60% dos sobreviventes que experimentaram sexo oral, anal ou vaginal durante os abusos na infância relataram graves traumas emocionais, comparados com 36% que experimentaram “apenas” exploração digital (39). Sanderson (2005) apoia que a penetração peniana é um poderoso agravante do impacto emocional da agressão sexual (1).

Já a Associação Americana de Psiquiatria defende que os sintomas relacionados ao TEPT em crianças são reforçados nas situações de estresse prologadas e repetidas, o que por si só já indica que os abusos de longa duração colocam a vítima em maior risco de sequelas graves (45). Tsai e Wagner (1978) estudaram mulheres adultas em grupos terapêuticos, e estas relataram que quanto mais duradouros os abusos em sua infância, maior o impacto emocional, piores os sintomas e mais complexo foi o tratamento (53). Habigzang (2008) identificou que nove entre dez meninas em tratamento por psicopatias graves haviam sido expostas a violência sexual por mais de um ano (44). Sabe-se, portanto, que os abusos potencialmente geradores de sequelas psíquicas ocorrem de forma repetida, também chamados de abusos crônicos, ainda que não haja na literatura uma definição, ou mesmo sugestão sobre o número de repetições necessárias para tais sequelas (54-56).

Desta forma, optei nesta pesquisa por considerar uma demora “tolerável” para a primeira comunicação do fato o tempo de 30 dias após o episódio de abuso, prevendo que possa ter havido alguma demora entre a revelação do fato pela criança e a tomada de atitude dos responsáveis. Considerei ainda a possibilidade de algumas famílias terem vivenciado dificuldades financeiras para o transporte até o local onde buscariam ajuda, o que poderia ter retardado sua chegada em até no máximo, 30 dias.

A comunicação, no entanto, pode ser postergada por uma série de fatores, entre eles, dificuldade no reconhecimento dos sinais emitidos pela que a criança, negligência ou até mesmo convivência dos familiares.

Apesar dos esforços em apontar intervenções apropriadas para reduzir o ASC, os pesquisadores da área reconhecem que ainda há um longo caminho a percorrer, tanto por obstáculos políticos, como estruturais ou pelo constrangimento que o tema promove. Desta forma, o esforço em se minimizar as sequelas da violência parece igualmente importante, além de oportuno (5, 17, 57). É o que pretendo com este trabalho.

2 OBJETIVO

Este estudo se propõe a descrever as características de crianças que sofreram abuso sexual, e analisar a associação entre as características da violência e a duração e a gravidade dos contatos físicos relatados e/ou constatados.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, utilizando dados secundários obtidos a partir de prontuários de pacientes do Programa de Atenção a Violência e Abuso Sexual de São Bernardo do Campo entre janeiro de 2004 a dezembro de 2013, conforme formulário do próprio hospital (Anexo 1).

3.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram incluídos todos os indivíduos de ambos os sexos com idade menor que dez anos completos, atendidos pelo Programa de Atenção a Violência e Abuso Sexual (PAVAS) de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, Brasil, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2013. O PAVAS é a única referência municipal para o atendimento a situações de violência sexual, recebendo pacientes de todas as idades e sexos, provenientes de serviços público e privados de saúde, dos Conselhos Tutelares, das Delegacias de Polícia, e dos órgãos de assistência social. Oferece atendimento multidisciplinar especializado para os sobreviventes e suas famílias, contando com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Sou a coordenadora do PAVAS desde sua idealização em 2000, e participo de todos os atendimentos clínicos, além das discussões técnicas com a equipe multidisciplinar. Realizei o levantamento de todos os dados pessoalmente.

3.2 VARIÁVEIS E ANÁLISE:

As variáveis estudadas foram aquelas relacionadas à violência, e incluíram:

- idade da criança à época da denúncia (até 3 anos e entre 4 e 9 anos);
- sexo da criança (masculino e feminino);
- nível de escolaridade da mãe biológica (até 7 anos e 8 ou mais anos);
- nível de escolaridade do pai biológico (até 7 anos e 8 ou mais anos);
- situação de moradia familiar (própria ou alugada, cedida por familiar ou amigo, ou abrigo);

-identidade do agressor (pai biológico, padrasto, familiar ou amigo, pessoa estranha ou incerta);

-agressor convivendo com a criança antes da denúncia (sim ou não);

-agressor convivendo com a criança após a denúncia (sim ou não);

-quem realizou a primeira denúncia do fato (mãe, serviço de saúde, escola, vizinhos ou outra pessoa).

Identificou-se ainda se a criança frequentava escola ou creche, quando aplicável, e o sexo do provável agressor.

As variáveis de desfecho avaliadas neste estudo foram a duração do abuso até a primeira comunicação do fato e a gravidade do abuso sexual de acordo com o grau de contato físico. Os casos foram agrupados em “curta duração” (denúncia dentro dos primeiros 30 dias após o início do abuso) ou “longa duração” (denúncia após 30 dias do início do abuso). O grau de contato físico foi dividido segundo a ocorrência de penetração vaginal, anal e/ou oral ou tentativa de penetração, a partir de agora denominados “sem penetração” e “com penetração”.

Todas as variáveis foram apresentadas em termos de frequência absoluta e percentual. Em seguida foi avaliada a associação entre as variáveis relacionadas ao abuso e a sua duração através do teste de qui-quadrado. O mesmo foi feito para a associação entre as variáveis relacionadas ao abuso e a os tipos de contatos físicos com e sem penetração.

Aplicou-se então o modelo de regressão de Poisson com variância robusta para cálculo da Razão de Prevalência (RP). O cálculo da RP deve ser adotado como medida de associação sempre que o desfecho não for um evento raro, com ocorrência acima de 10%. Além disso, é uma forma mais palatável de demonstrar os resultados, em especial para não *experts* (58, 59). Petersen e Deddens (2008) e Coutinho e col (2008) defendem, com base em dados reais e simulados, que a regressão de Poisson estima melhor a RP para desfechos muito frequentes, quando comparada a outros modelos de regressão (60, 61).

Todas as variáveis com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo final, para ajuste de todas as variáveis de forma cumulativa. Considerou-se o Intervalo de Confiança (IC) de 95% e p

estatisticamente significativo no modelo final quando $< 0,05$. Software estatístico utilizado foi o pacote Stata 11.0.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS:

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC. Foram preservados todos os princípios éticos, legais e de confidencialidade das informações, seguindo os preceitos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com o número de parecer 922.515 e CAAE: 37329914.1.0000.0082.

4. RESULTADOS

Entre os anos de 2004 e 2013 foram atendidos 503 casos de violência sexual contra crianças em idade menor que dez anos, em sua maioria do sexo feminino e com idades entre quatro e nove anos. Em todos os casos o suspeito agressor era do sexo masculino. Todas as crianças em idade escolar estavam matriculadas na escola.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis ligadas à violência, enquanto que a tabela 2 apresenta o mesmo tipo de distribuição para as variáveis de desfecho.

Tabela 1- Distribuição das variáveis ligadas ao abuso sexual de crianças em valores absolutos e percentuais, São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Sexo da criança		
Feminino	362	71,97
Masculino	141	28,03
Idade da criança		
≤ 3 anos	117	23,26
>3 e <10 anos	386	76,74
Educação da mãe		
7 anos ou menos	420	83,50
8 ou mais anos	52	10,34
Não conhecida	31	6,16
Educação do pai		
7 anos ou menos	347	68,99
8 ou + anos	42	8,35
Não conhecida	114	22,66
Moradia		
Própria/alugada	200	39,76
Familiar/amigo	228	45,33
Temporária	75	14,91
Quem foi o agressor		
Pai biológico	129	25,65
Padrasto	167	33,20
Familiar/amigo	161	32,00

Desconhecido	46	9,15
Agressor vive com a criança		
Sim	197	39,17
Não	298	59,24
Não informado	8	1,59
Agressor vive após denúncia		
Sim	31	6,16
Não	464	92,25
Não informado	8	1,59
Quem fez a 1ª denúncia		
Mãe	175	34,79
Serviço de saúde	160	31,81
Escola	121	24,06
Familiar/amigo	47	9,34

A maior parte dos pais biológicos tinha menos de 8 anos de educação formal, e a educação do pai era desconhecida em um quarto do total dos casos (Tabela 1). Perto de metade das crianças vivia em casas de parentes ou amigos, como cortesia. Os agressores mais comuns foram padrastos e parentes ou amigos. Quanto aos desfechos, identificou-se que o número de casos de curta duração foi de 55%, ligeiramente maior que os casos de longa duração. Surpreendentemente, mesmo entre crianças tão jovens, 8% sofreram algum tipo de penetração (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição das variáveis de desfecho do abuso sexual em crianças em valores absolutos e percentuais, São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2017.

Desfecho	N	%
Duração do abuso		
Curta duração	277	55,07
Longa duração	226	44,93
Tipos de abuso sexual		
Sem penetração	461	91,65
Com penetração	42	8,35

O abuso sexual foi mais prolongado em crianças de quatro ou mais anos de idade, do sexo masculino, cujas mães tinham educação formal de oito ou mais anos (RP= 1,65) ou não conhecida (RP=1,89). Também foi mais longo quando o agressor convivia na mesma casa que o menor e quando o abuso era denunciado por familiar ou amigo (Tabela 3). A denúncia feita pelo serviço de saúde abreviou a duração do abuso.

Tabela 3 – Associação entre variáveis ligadas ao abuso e longa duração na população estudada

Variáveis sociodemográficas	< 30 dias n (%)	> 30 dias n (%)	p *	RP (IC 95%)	p **	RP(2) (IC 95%)	P***
Idade da criança							
≤ 3 anos	87 (74,36)	30 (25,64)		ref		ref	
> 3 e <10 anos	190 (49,22)	196 (50,78)	< 0,001	1,98 (1,43-2,73)	< 0,001	1,80 (1,39-2,33)	< 0,001
Educação da mãe							
Até 7 anos	254 (60,48)	166 (39,52)		ref		ref	
8 ou + anos	16 (30,77)	36 (69,23)		1,75 (1,41-2,17)	< 0,001	1,65 (1,22-2,24)	0,001
Não conhecida	7 (22,58)	24 (77,42)	< 0,001	1,95 (1,56-2,45)	< 0,001	1,89 (1,38-2,58)	< 0,001
Agressor junto pós denúncia							
Não	249 (52,75)	223 (47,25)		ref		ref	
Sim	28 (90,32)	3 (9,68)	< 0,001	0,20 (0,06-0,60)	0,004	0,59 (0,13-0,25)	< 0,001
Agressor vive junto com criança							
Não	183 (59,80)	123 (40,20)		ref		ref	
Sim	94 (47,72)	103 (52,28)	0,008	1,30 (1,07-1,57)	0,007	1,62 (1,34-1,95)	0,001
Quem fez 1ª denúncia							
Mãe	86 (49,14)	89 (50,86)		ref		ref	
Serviço de saúde	113 (70,63)	47 (29,38)		0,57 (0,43-0,76)	< 0,001	0,63 (0,48-0,84)	0,002
Escola	61 (50,41)	60 (49,59)		0,97 (0,77-1,22)	0,803	1,17 (0,91-1,49)	0,200
Familiar/amigo	17 (36,17)	30 (63,83)	< 0,001	1,25 (0,96-1,62)	0,087	1,64 (1,27-2,13)	< 0,001
Educação do pai							
Até 7 anos	211 (60,81)	136 (39,19)		ref		ref	
8 ou + anos	13 (30,95)	29 (69,05)	< 0,001	1,76 (1,38-2,24)	< 0,001	0,98 (0,69-1,39)	0,912

Não conhecida	53 (46,49)	61 (53,51)	< 0,001	1,36 (1,10-1,69)	0,005	1,01 (0,77-1,32)	0,916
Sexo da criança							
Feminino	216 (59,67)	146 (40,33)		ref		ref	
Masculino	61 (43,26)	80 (56,74)	0,001	1,40 (1,16-1,70)	< 0,001	1,28 (1,03-1,57)	0,021
Moradia							
Própria/alugada	102 (51,00)	98 (49,00)		ref		ref	
Familiar/amigo	144 (63,16)	84 (36,84)		0,75 (0,60-0,93)	0,012	0,94 (0,75-1,19)	0,652
Temporária	31 (41,33)	44 (58,67)	0,001	1,19 (0,94-1,51)	0,137	1,27 (0,95-1,71)	0,100
Quem foi o agressor							
Pai biológico	75 (58,14)	54 (41,86)		ref			
Padrasto	93 (55,69)	74 (44,31)		1,05 (0,81-1,38)	0,674		
Familiar/amigo	87 (54,04)	74 (45,96)		1,09 (0,84-1,42)	0,487		
Desconhecido	22 (47,83)	24 (52,17)	0,668	1,24 (0,88-1,75)	0,209		

p* teste do Qui-quadrado; p** Regressão de Poisson com variância robusta; p*** Regressão de Poisson com variância robusta, modelo controlado para variáveis com valores p <0,20; RP - Razão de Prevalência; RP (2) - Razão de prevalência no modelo controlado; IC (95%) - Intervalo de Confiança de 95%

O ASC foi mais severo no sexo masculino, quando a mãe da criança tinha 8 ou mais anos de estudo, também quando o pai tinha 8 ou mais anos de estudo e quando o agressor era o padrasto. Os casos denunciados pela escola ou pelo serviço de saúde foram menos severos (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre variáveis ligadas ao abuso e ocorrência de penetração na população estudada

Variáveis sociodemográficas	sem penetração n (%)	com penetração n (%)	p *	RP (IC 95%)	p **	RP(2) (IC 95%)	P***
Sexo da criança							
Feminino	340 (93,92)	22 (6,08)		ref		ref	
Masculino	121 (85,82)	20 (14,18)	0,003	2,33 (1,31-4,14)	0,004	4,55 (2,28-9,08)	< 0,001
Educação da mãe							
Até 7 anos	389 (92,62)	31 (7,38)		ref		ref	

8 ou + anos	41 (78,85)	11 (21,15)		2,86 (1,53-5,35)	0,001	4,55 (2,28-9,08)	0,010
Não conhecida	31 (100,0)	0 (0,0)	0,001	- -	-	-	-
Educação do pai							
até 7 anos	320 (92,22)	27 (7,78)		ref		ref	
8 ou + anos	35 (83,33)	7 (16,67)		2,14 (0,99-4,61)	0,052	6,67 (1,92-23,1)	0,003
Não conhecida	106 (92,98)	8 (7,02)	0,122	0,90 (0,42-1,93)	0,790	1,68 (0,82-3,43)	0,150
Quem fez 1ª denúncia							
Mãe	157 (89,71)	18 (10,29)		ref		ref	
Serviço de saúde	156 (97,50)	4 (2,50)		0,24 (0,08-0,70)	0,009	0,27 (0,09-0,77)	0,015
Escola	116 (95,87)	5 (4,13)		0,40 (0,15-1,05)	0,064	0,22 (0,07-0,65)	0,006
Familiar/amigo	32 (68,09)	15 (31,91)	< 0,001	3,10 (1,69-5,68)	< 0,001	2,01 (0,80-5,04)	0,136
Quem foi o agressor							
Pai biológico	121 (93,80)	8 (6,20)		ref		ref	
Padrasto	145 (86,83)	22 (13,17)		2,12 (0,97-4,61)	0,057	3,99 (1,11-14,28)	0,033
Familiar/amigo	149 (92,55)	12 (7,45)		1,20 (0,50-2,85)	0,677	2,05 (0,42-9,87)	0,369
Desconhecido	46 (100,0)	0 (0,00)	0,017	- -	-	-	-
Agressor junto pós denúncia							
Não	442 (93,64)	30 (6,36)		ref		ref	
Sim	19 (61,29)	12 (38,71)	< 0,001	6,00 (3,46-10,69)	< 0,001	10,05 (3,76-26,85)	< 0,001
Idade da criança							
≤ 3 anos	107 (91,45)	10 (8,55)		ref		ref	
>3 e <10 anos	354 (91,71)	32 (8,29)	0,007	0,96 (0,49-1,91)	0,931	0,58 (0,30-1,13)	0,114
Moradia							
Própria/alugada	183 (91,50)	17 (8,50)		ref			
Familiar/amigo	210 (92,11)	18 (7,89)		0,92 (0,49-1,75)	0,821		
Temporária	68 (90,67)	7 (9,33)	0,922	1,09 (0,47-2,54)	0,827		
Agressor vive junto com criança							
Não	282 (92,16)	24 (7,84)		ref			
Sim	179 (90,86)	18 (9,14)	0,609	1,16 (0,64-2,09)	0,609		

p* teste do Qui-quadrado; p** Regressão de Poisson com variância robusta; p*** Regressão de Poisson com variância robusta, modelo controlado para variáveis com valores p <0,20; RP - Razão de Prevalência; RP (2) - Razão de prevalência no modelo controlado; IC (95%) - Intervalo de Confiança de 95%

5. DISCUSSÃO

Conforme amplamente defendido na literatura, as mulheres são mais acometidas pelo ASC, ou ao menos, têm seus casos denunciados com maior frequência (3, 14, 18, 23, 24, 26). De fato, o sexo feminino responde por 72 % dos casos na minha pesquisa. Os meninos, no entanto, sofreram agressões mais duradouras e também mais graves (Figuras 2 e 3). Todos os agressores neste estudo foram do sexo masculino. De acordo com a literatura, meninos sofrem mais abusos com violência física, e são molestados mais comumente pelo padrasto (15, 52, 62). Holmes e Gail (1998) afirmam ainda que a maioria dos meninos molestados só terão seu sofrimento revelado na idade adulta. São, em sua maioria, filhos de pais separados e os agressores mais frequentes são novos parceiros da mãe ou parentes que os abrigam.

Não se pode ignorar, portanto, a questão de gênero envolvida no fenômeno da violência sexual. A construção social da masculinidade em especial em países latinos, como o Brasil, levanta questões sobre tendências homossexuais em indivíduos vitimados sexualmente, e ainda sobre a superioridade do homem que exerce coerção sexual (27). De fato, todos os prováveis agressores nos resultados da minha pesquisa eram do sexo masculino.

Culturalmente, meninos relutam em explicitar tais experiências, subestimando o problema por mecanismos de negação, enquanto a sociedade deseja acreditar que eles sejam menos afetados psiquicamente (27, 63, 64). Sebold (1987) aponta que a associação entre abuso sexual de meninos e homossexualidade não apenas implica em vergonha e estigma social, mas também em motivo para o número reduzido de denúncias e a pouca informação disponível. Isso decorre das preocupações homofóbicas sobre o futuro do menino. Por um lado, o próprio menino tenta convencer outros meninos de que não é *gay* ou de que é extremamente másculo (65). As mães tentam esconder o abuso da família e da vizinhança, por medo da discriminação. Algumas vezes, há uma tentativa de negar o fato, instalando-se na família uma regra de não se falar sobre o assunto (66).

O sexo masculino foi ensinado a ser "durão", suportando mais agressões sem pedir ajuda. Neste quesito "pedir ajuda", as meninas são vistas como frágeis e as pessoas se dispõem mais facilmente a oferecer apoio (67). Meninos demoram a dividir suas experiências, e os abusos tendem a evoluir, chamando atenção somente nas situações de extrema gravidade. Tais fatos mostram que a concepção de masculinidade associada à força e à dominação nas relações sociais é construída muito precocemente (68). A mentalidade machista influencia abusadores e abusados, agravando a prática do ASC e atrasando a iniciativa de romper o

silêncio. Não são desprezíveis na literatura os relatos de mulheres molestadoras de crianças, porém estes relatos perdem credibilidade pela própria noção de que mulheres são menos fortes, menos ameaçadoras. Pelo seu natural papel maternal, parecem incapazes de cometer tais delitos (1, 68).

A maior parte da literatura sobre ASC indica que os pais com baixos níveis de escolaridade são mais propensos a promover ambientes que favoreçam o abuso (02, 33, 69-70). No entanto, em meu estudo o atraso na denúncia e os contatos físicos mais violentos foram identificados nos casos em que os pais biológicos tinham um nível educacional mais elevado (Figuras 2 e 3), lembrando que os pais biológicos eram os agressores em 25% dos casos.

Tipicamente, a dinâmica do abuso sexual depende de padrões de comportamento do abusador, e é conhecida como “pacto do silêncio”(8). Inicialmente, ele conquista a confiança da criança com carícias sutis. Para que a relação se mantenha, e torne-se mais intensa física e emocionalmente, ele demonstra interesse por brinquedos e filmes atuais, além de conhecer a linguagem, as comidas e bebidas favoritas das crianças. Habilidades intelectuais mais elaboradas podem favorecer as barganhas psicológicas com a criança pelo segredo da relação, seja através de ameaças, seja pela imposição do medo ou vergonha (1, 33). Isso pode levar a contatos cada vez mais intensos e íntimos, mantendo o abuso em segredo e prolongando-o (1, 2, 3).

Vale lembrar, porém, que 32% dos perpetradores eram parentes e amigos e 33% eram padrastos. Um modelo explicativo alternativo é que os pais com maior nível de educação formal podem ter melhores oportunidades de trabalho fora do lar, deixando as crianças sob o cuidado de outras pessoas, o que aumenta sua vulnerabilidade ao abuso (1, 70, 71).

Figura 2 – Fatores relacionados à maior duração do abuso sexual em crianças

Os achados da pesquisa indicam que a maioria das crianças vivia em moradias cedidas por parentes ou amigos. Indicam ainda que a denúncia por parentes ou amigos foi um fator relacionado ao atraso na denúncia. A literatura demonstra que moradias com cinco ou mais pessoas oferecem maior risco de violência sexual entre os moradores (16). Crianças vivendo em cômodos coletivos tornam-se extremamente vulneráveis, muitas vezes sendo forçadas a tolerar a violência em troca da moradia. Alguns autores apontam que o rompimento do ciclo incestuoso deve-se muitas vezes à comunicação de indivíduo externo à dinâmica incestuosa (2, 8), em geral após relato da vítima. Porém, ao que parece, a dependência da moradia pode tornar a vítima refém de outras pessoas além do próprio abusador, reforçando o “pacto do silêncio” e postergando a denúncia (72).

Segundo a literatura, quanto mais próximo da criança está o abusador no dia a dia, mais difícil se torna a revelação por parte da criança (1-3, 8), o que coincide com os achados da minha pesquisa, nos quais a maioria dos abusadores encontrava-se dentro da própria casa, e este fator também atrasou a denúncia (Figura 2).

Figura 3 – Fatores relacionados à maior severidade do abuso sexual em crianças

Por fim, os resultados desta pesquisa apontaram que as denúncias realizadas pelos serviços de saúde e escola tiveram efeito protetor, reduzindo a duração do abuso. Os serviços de saúde têm papel privilegiado na identificação dos casos de violência. Muitas vezes são a porta de entrada dos casos, em especial no momento atual, em que a estratégia do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde do Brasil aproxima ainda mais a comunidade do

profissional de saúde (5, 69). A escola pode desempenhar o mesmo papel, mas depende igualmente de sensibilização e capacitação de seus profissionais. Importante lembrar que os dados desta pesquisa referem-se à população do maior centro urbano do Brasil, onde há, certamente, redes de proteção à criança mais bem estabelecidas e integradas que no restante do país (57, 70). Dito isso, vale considerar que em se tratando de crianças pequenas, é esperado que estas redes de proteção, da qual serviço de saúde e escola fazem parte, exerçam seu papel de forma adequada, pela grande vulnerabilidade da população em questão. A literatura ainda carece de estudos sobre os mecanismos sociais que permitem aos serviços de saúde ou escola abreviarem a violência intrafamiliar, mas a articulação e envolvimento de todos os sujeitos da proteção da criança parecem ter efeitos interessantes neste sentido.

6. CONCLUSÕES

A maioria das crianças abusadas era do sexo feminino, porém, as crianças do sexo masculino sofreram abusos mais graves, em especial quando molestadas por padrastos. A associação entre abuso sexual de meninos e homossexualidade não apenas implica em vergonha e estigma social, mas também em motivo para o número reduzido de denúncias e a pouca informação disponível.

Crianças cujos pais biológicos possuíam maior nível de escolaridade sofreram abusos mais prolongados e mais severos. Dentre os abusadores sexuais de crianças, pais biológicos são dos mais frequentes, e suas habilidades intelectuais podem facilitar as barganhas psicológicas com as vítimas, mantendo os abusos sexuais em segredo e prolongando-os.

A maioria das crianças vivia em casas de parentes ou amigos como cortesia; por sua vez, parentes e amigos retardaram a denúncia do abuso. Crianças nesta condição são mais vulneráveis por terem, muitas vezes, que tolerar a violência em troca da moradia. Isso reforça o chamado "pacto do silêncio".

Os resultados desta pesquisa apontaram ainda que a denúncia quando realizada pelos serviços de saúde e escola teve efeito protetor, reduzindo a duração e gravidade do abuso.

Os fatores que determinaram maior duração e gravidade dos abusos sexuais parecem estar relacionados, portanto, à melhor administração do segredo pelos envolvidos. Há necessidade de programas universais de prevenção à violência infantil, já que potencialmente todas as crianças estão em risco devido à sua natural vulnerabilidade aos adultos.

7. REFERÊNCIAS

1. Sanderson C. Abuso sexual em crianças - Fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia. Sao Paulo: Editora MBdB; 2008.
2. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Sexual abuse against children and family dynamics: juridical processes of a public prosecution service. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2005;21(3):341-8.
3. Girgira T, Tilahun B, Bacha T. Time to presentation, pattern and immediate health effects of alleged child sexual abuse at two tertiary hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health.* 2014;14:92.
4. Molnar B, Buka S, Kessler R. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health.* 2001;91(5):753-60.
5. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saude Publica.* 2002;18(1):315-9.
6. Parent-Boursier C, Hébert M. Security in Father-child Relationship and Behavior Problems in Sexually Abused Children. *J Fam Violence.* 2015;30(1):113-22.
7. Hébert M, Parent N, Daignault IV, Tourigny M. A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreat.* 2006;11(3):203.
8. Azevedo M, Guerra V. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. 2. ed. Sao Paulo: Editora IGLU; 2007.
9. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques J, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio J).* 2001;77(5):413-9.
10. Azambuja M. Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança? Texto contexto-enferm. 2006; 5(1):19. Acesso em 24abril2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1022/802>
11. Rush F. The Best Kept Secret: Sexual Abuse of Children. Denver: Salzburger & Graham Pub Co; 1992.
12. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *Child Abuse Negl.* 1985;9(2):143-54.
13. Terra BB, Figueiredo EA, Terra MPEOL, Andreoli CV, Ejnisman B. Child abuse: review of the literature. *Rev Bras Ortop (English Edition).* 2013;48(1):11-6.
14. Finkelhor D. The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse Negl.* 1994;18(5):409-17.
15. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA.* 1998;280(21):1855-62.
16. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammernan PW. Sexual violence and its prevalence among adolescents, Brazil. *Rev de Saude Publica.* 2003;37(1):8-14.
17. Sumner SA, Mercy JA, Saul J, Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R, et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services in seven countries, 2007-2013. *MMWR.* 2015;64(21):565-9.
18. Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiros MMd, Guglielminetti R, Marmo DB. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(4):465-71.
19. Drezett J, de Vasconcellos RM, Pedroso D, Blake MT, de Oliveira AG, de Abreu LC. Transmission of anogenital warts in children and association with sexual abuse. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2012;22(1):34-40.

20. Cantón-Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *Anal Psic.* 2015;31(2):552-61.
21. Devries KM, Kyegombe N, Zuurmond M, Parkes J, Child JC, Walakira EJ, et al. Violence against primary school children with disabilities in Uganda: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2014;14:1017.
22. Breiding MJ, Reza A, Gulaid J, Blanton C, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. Risk factors associated with sexual violence towards girls in Swaziland. *Bull World Health Org Suppl.* 2011;89(3):203-10.
23. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):331-42.
24. Bebbington P, Jonas S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Cooper C, et al. Child sexual abuse reported by an English national sample: characteristics and demography. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(3):255-62.
25. Bassani DG, Palazzo LS, Béria JU, Gigante LP, Figueiredo ACL, Aerts DRGC, et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. *BMC Public Health.* 2009; 9:133.
26. Serafim ADP, Saffi F, Achá MFF, Barros DM. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Arch Clin Psychiatry.* 2011;38(4):143-7.
27. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79.
28. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull.* 1986;99(1):66.
29. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychol Bull.* 1993;113(1):164-80.
30. Leventhal JM. Epidemiology of Sexual Abuse of Children: Old Problems, New Directions. *Child Abuse Negl.* 1998;22(6):481-91.
31. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30- year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl.* 2013;37(9):664-74.
32. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi L. Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatr.* 2013; 13:202.
33. Bentovim A. *Sistemas Organizados por Traumas.* Quirno ARP, tradutor. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF; 2000.
34. Bass E, Thorton L. *Nunca contei a ninguém.* Sao Paulo: Harper & Row do Brasil; 1985.
35. Labadessa V, Onofre M. Abuso sexual infantil: breve histórico e perspectivas na defesa dos direitos humanos. *Olhar Científico.* 2010;01(01):4-17.
36. United Nations. Declaration of the Rights of the Child. New York; 1959. Acesso em 21maio2017. Disponível em: <http://www.cirp.org/library/ethics/UN-declaration/>
37. Presidência da República (BR), Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF; 1990. Acesso em 21maio2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm.
38. Finkelhor D. *Sexually victimized children.* New York: Free Press; 1979.

39. Russell DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl.* 1983;7(2):133-46.
40. Spataro J, Mullen P, Burgess P, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health - Prospective study in males and females. *Br J Psychiatry.* 2004;184:416-21.
41. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am.* 2002;25(2):397-426.
42. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente. *Caderneta de Saúde do Adolescente.* Brasília (DF); 2010.
43. World Health Organization . *Young People's Health – a Challenge for Society: Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All.* Geneva; 1986.
44. Habigzang LF, Corte FD, Hatzenberger R, Stroehrer F, Koller SH. Psychological assessment in sexual abuse cases in childhood and adolescence. *Psicologia : Reflexão e Crítica.* 2008;21(2):338-44.
45. American Psychiatric Association (USA). *Trauma and Stressor-Related Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* In: *Manual of the American Psychiatric Association.* 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2013. p. 271-76. Acesso em 20maio2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm07>.
46. Terr LC. Treating Childhood Trauma. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am.* 2013;22(1):51-66.
47. Spaccarelli S. Stress, Appraisal, and Coping in Child Sexual Abuse: A Theoretical and Empirical Review. *Psychol Bull.* 1994;116(2):340-62.
48. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6):697-714.
49. Reza A, Breiding MJ, Gulaid J, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z, et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet.* 2009;373(9679):1966-72.
50. Reichenheim M, de Souza E, Moraes C, Mello Jorge M, Silva C, Minayo M. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet.* 2011;377(9781):1962-75.
51. Collin-Vézina D, Daigneault I, Hébert M. Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013;7(1):22.
52. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1991;15(4):537-56.
53. Tsai M, Wagner N. Therapy groups for women sexually molested as children. *Arch Sex Behav.* 1978;7(5):417-27.
54. Pfeiffer L, Salvagni E. Current view of sexual abuse in childhood and adolescence. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(5 Suppl):S197-S204.
55. Pfeiffer L, Rosário N, Nunes LM. Violência contra crianças e adolescentes: proposta de classificação dos níveis de gravidade. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(4):477-82.
56. Lugão K, Gonçalves G, Gomes I, Silva V, Jacobson L, Cardoso C. Abuso sexual crônico: estudo de uma série de casos ocorridos na infância e na adolescência. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2012;24(3):179-82.
57. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Rev Saude Socied.* 2011;20(1):136-46.

58. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross- sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:1-13.
59. Santos CAST, Fiaccone RL, Oliveira NF, Cunha S, Barreto ML, do Carmo MBB, et al. Estimating adjusted prevalence ratio in clustered cross- sectional epidemiological data. *BMC Med Res Methodol.* 2008;8:80.
60. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross- sectional studies. *Rev Saude Publica.* 2008;42(6):992-8.
61. Petersen MR, Daddens JA. A comparison of two methods for estimating prevalence ratios. *BMC Med Res Methodol.* 2008;8:9.
62. Edelson MG. Why Have All the Boys Gone? Gender Differences in Prosecution Acceptance of Child Sexual Abuse Cases. *Sex Abuse.* 2013;25(5):461-81.
63. Romano E, De Luca RV. Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggress Violent Behav.* 2001;6(1):55-78.
64. Cowburn M. Hegemony and discourse: Reconstruing the male sex offender and sexual coercion by men. *Sex Evol Gender.* 2005;7(3):215-31.
65. Sebold J. Indicators of Child Sexual Abuse in Males. *Social Casework.* 1987;68(2):75-81.
66. Almeida T, Penso M, Costa L. Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino? *Estilos da Clínica.* 2009;14(26):46-67.
67. Von Hohendorff J, Santos S, Dell'Aglio D. Estudo de caso sobre a revelação da violência sexual contra meninos. *Contextos Clínicos.* 2015;8(1):46-54.
68. Pavlakis D. Reputation and the Sexual Abuse of Boys. *Men Masc.* 2014;17(3):325-46.
69. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Characterization of sexual abuse in children and adolescents notified in a Sentinel Program. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4):602-8.
70. Costa M, Carvalho R, SantaBarbara J, Santos C, Gomes W, Sousa H. The profile of violence against children and adolescents according to Child Protection Council records: victims, aggressors and patterns of violence. *Cienc Saude Colet.* 2007;12(5):1129-41.
71. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva; 2002. p. 63-9.
72. Jeremiah RD, Quinn CR, Alexis JM. Exposing the culture of silence: Inhibiting factors in the prevention, treatment, and mitigation of sexual abuse in the Eastern Caribbean. *Child Abuse Negl.* 2017;66:53-63.

ANEXO 1 – Ficha de Atendimento Inicial do PAVAS-SBC

Programa de Atenção à Violência e Abuso Sexual – PAVAS – SBC Ficha de Atendimento - Geral

Data: ____/____/____ Horário: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Tempo - Início do abuso e 1ª comunicação ____ dias/meses Data/hora se episódio agudo: _____

Quem fez 1ª comunicação da violência: () mãe/pai () parentes/amigos () escola () serviço saúde () outro _____

Escolaridade (se criança, estuda sim / não) _____ Ocupação _____ Vive com mãe / pai genéticos () sim () não

Moradia da vítima: () casa própria () casa alugada () casa de parentes/amigos () abrigo () outro _____

Escolaridade da mãe em anos: _____ Escolaridade do pai em anos: _____

Vida Sexual: () Ativa () Não Ativa () Virgem / Paridade _____ DUM: ____/____/____

Gestante: () Não () Sim Idade Gestacional: _____ Situação conjugal: () Unida () Não Unida _____

Contracepção antes da violência: () Nenhuma () Pílula () Injetável () DIU () LT () Histerectomia há ____ anos

Local da ocorrência: () casa da vítima () casa do agressor () rua () trabalho () outro _____

Agressor: () Conhecido () Desconhecido () Parentesco _____ No de Agressores: _____

Agressor vivia com a vítima antes da denúncia: () sim () não Agressor continua vivendo com a vítima: () sim () não

Tipo de relação: () Pornografia/voyerismo () Carícias () Vaginal () Anal () Oral () Outros _____

Intimidação: () Arma () Força física () Ameaça verbal () Outros _____

Paciente / Agressor havia utilizado álcool ou drogas? _____

Boletim Ocorrência? () Sim () Não _____ Corpo de Delito? () Sim () Não _____

Breve histórico da ocorrência:

Descrição do Exame Físico:

PA: _____ Pulso: _____ Aspecto geral: _____

Lesões corporais: (descrever o mais minuciosamente possível quanto a localização, intensidade, contornos, número e dimensões):
Face e cavidade oral:

Tronco e mamas:

Abdome e membros:

Genitais e região perianal: (edema, eritema, hematoma, equimose, escoriação, laceração, fissuras, lesão de pregas anais, sangramento, corrimento): _____

Assinatura e carimbo do médico e demais profissionais assistentes

Maria Auxiliadora Figueredo Vertamatti

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2661051894035844>
Última atualização do currículo em 29/11/2017

Médica ginecologista e ultrassonografista, graduada pela Faculdade de Medicina do ABC, Mestre em Ciências da Saúde com vivência científica no setor de aborto terapêutico da UCLA - Universidade da Califórnia - Los Angeles e na Escola de Saúde Pública da Emory University - Atlanta, Estados Unidos da América. Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO (TEGO-1998). Ultrassonografista geral pelo CETRUS- Centro de Treinamento em Ultra-Sonografia de São Paulo. Administradora Hospitalar pelo GESTHOS - Programa de Capacitação de Gestores em Saúde do Ministério da Saúde. Professora da Faculdade de Medicina do ABC, na área de Saúde Sexual e Reprodutiva. Responsável pelo serviço de Ultrassonografia do Instituto Ideia Fértil de Saúde Reprodutiva. Coordenadora do PAVAS-SBC, Programa de Atenção a Violência e Abuso Sexual da Prefeitura de São Bernardo do Campo, programa do qual foi fundadora e responsável técnica desde o início dos trabalhos em 2000. Pesquisadora das áreas de saúde reprodutiva, violência de gênero e direitos humanos, endometriose e dor pélvica, malformações uterinas. Membro do InterOP - International Opportunities Program da Pós graduação da Faculdade de Medicina do ABC. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Maria Auxiliadora Figueredo Vertamatti
Nome em citações bibliográficas	VERTAMATTI, M. A. F.; VERTAMATTI, M A; VERTAMATTI, MARIA AUXILIADORA; VERTAMATTI, MARIA AUXILIADORA F.

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Medicina do ABC, Hospital Municipal Universitario SBC. AVENIDA BISPO CESAR D'ACORSO FILHO 161 Rudge Ramos 09624000 - São Bernardo do Campo, SP - Brasil Telefone: (11) 43651480
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2014	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Fatores associados a demora na denúncia do abuso sexual contra crianças, Orientador: Luiz Carlos de Abreu. Coorientador: Rodolfo Strufaldi. Palavras-chave: saúde da criança e adolescente; sexual violence; violencia sexual; Incesto; Sex offence, Criminal, Adolescent. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia.
2008 - 2009	Mestrado em Ciências da Saúde (Conceito CAPES 4). Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Brasil. Título: FATORES RELACIONADOS AO TEMPO DE CHEGADA DE MULHERES AO SERVIÇO DE SAÚDE APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL, Ano de Obtenção: 2009. Orientador: CAIO PARENTE BARBOSA. Coorientador: LUIZ CARLOS ABREU. Palavras-chave: estupro; saude publica; violencia sexual. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana. Especialização - Residência médica. Centro de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC, CESCO/ABC, Brasil. Residência médica em: Ginecologia e Obstetrícia Número do registro: .
1996 - 1998	
2009 - 2009	Especialização em Therapeutic Abortion. (Carga Horária: 120h). University of California, Los Angeles, UCLA, Estados Unidos. Título: Therapeutic abortion. Orientador: Dr Michael Lu PhD.

Luiz Carlos de Abreu

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6796970691432850>

Última atualização do currículo em 20/12/2017

Professor de Metodologia da Pesquisa e Escrita Científica, Pesquisador do CNPq (luiz.abreu@pesquisador.cnpq.br) e Orientador de Programas de Pós-graduação recomendado pela Capes em Ciências da Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Visiting Scientist Department of Environmental Health, Harvard T.H. Chan School of Public Health (<https://www.hsph.harvard.edu/faculty/>). Coordenador do Projeto Saúde na Amazônia Ocidental, para formação de Professores e Cientistas (Convênio Acre / FMABC 007/2015). Chefe do Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica da Faculdade de Medicina do ABC (Santo André, SP, Brasil). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Luiz Carlos de Abreu
Nome em citações bibliográficas	Abreu LC; Abreu, LC; ABREU, Luiz Carlos de; de Abreu, Luiz Carlos; de Abreu, L. C.; de Abreu, Luiz; Carlos de Abreu, Luiz; Luiz C de Abreu; DEABREU, LUIZ CARLOS; ABREU, LUIZ CARLOS; Luiz Carlos de Abreu; ABREU, LUIZ C; DE ABREU, LUIZ CARLOS; ABREU, LUIZ CARLOS DE; de Abreu L.C.; DE ABREU, L.C.; DE ABREU, LUIZ C; DE ABREU, LUIZ C.; ABREU, LUIZ CARDOS DE; ABREU, LUIZ C.; ABREU, L. C.

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Medicina do ABC, Faculdade de Medicina do ABC. Avenida Príncipe de Gales, 821 Príncipe de Gales 09060870 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 49937255 Fax: (11) 49937255 URL da Homepage: www.fmabc.br
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1999 - 2003	Doutorado em Ciências. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Impacto da fisioterapia neonatal em recém-nascidos pré-termo com doença pulmonar das membranas hialinas em ventilação pulmonar mecânica e pós-reposição de surfactante exógeno, Ano de obtenção: 2003. Orientador: Paulo Hilário Nascimento Saldiva. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
2001 - 2001	Doutorado em Ciências. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. com período sanduíche em Harvard School of Public Health (Orientador: John Godleski). Título: Impacto da fisioterapia neonatal em recém-nascidos pré-termo com doença pulmonar das membranas hialinas em ventilação pulmonar mecânica e pós-reposição de surfactante exógeno, Ano de obtenção: 2003. Orientador: Paulo Hilário Nascimento Saldiva.
1996 - 1998	Mestrado em Reabilitação. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Efeitos terapêuticos da fisioterapia pulmonar e motora em recém-nascidos pré-termo com hemorragia periventricular-intraventricular, Ano de Obtenção: 1998. Orientador: Benjamin Israel Kopelman. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil. Palavras-chave: Recém-nascido, hemorragia, fisioterapia, ultrassom. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
2005 - 2007	Mestrado profissional em Terapia Intensiva. Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, IBRATI, Brasil. Título: Avaliação dos parâmetros da ventilação mecânica em recém-nascidos pré-termo criticamente enfermos após a reposição do surfactante exógeno por via respiratória, Ano