

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MESTRADO

Ana Jéssica Cassimiro da Silva

**VULNERABILIDADE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE 0 A 13 ANOS:
DELINEAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DO ABUSO SEXUAL EM
MACEIÓ/ALAGOAS**

MACEIÓ

2019

Ana Jéssica Cassimiro da Silva

**VULNERABILIDADE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE 0 A 13 ANOS:
DELINEAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DO ABUSO SEXUAL EM
MACEIÓ/ALAGOAS**

Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Alagoas/ UFAL apresentado para banca de defesa da Universidade acima citada.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ruth França Cizino da Trindade

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos

MACEIÓ
2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

S586v Silva, Ana Jéssica Cassimiro da.

Vulnerabilidade da criança e do adolescente de 0 a 13 anos : delineamento epidemiológico do abuso sexual em Maceió/Alagoas / Ana Jéssica Cassimiro da Silva. - 2019.

79 f. : il.

Orientadora: Ruth França Cizino da Trindade.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 69-78.

Anexo: f. 79.

1. Enfermagem. 2. Populações vulneráveis. 3. Crime sexual contra as crianças. 4. Crime sexual contra adolescentes. 5. Epidemiologia. 6. Direitos das crianças. I. Título.

CDU: 616-083: 343.541-053.2/6(813.5)

ANA JÉSSICA CASSIMIRO DA SILVA

**VULNERABILIDADE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE 0 A 13 ANOS:
DELINEAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DO ABUSO SEXUAL EM
MACEIÓ/ALAGOAS**


Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Alagoas/ UFAL apresentado para banca de defesa da Universidade acima citada.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ruth França Cizino da Trindade

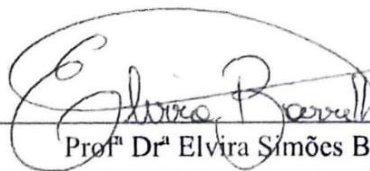
Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos

Aprovada pela banca examinadora em : 28 de fevereiro de 2019

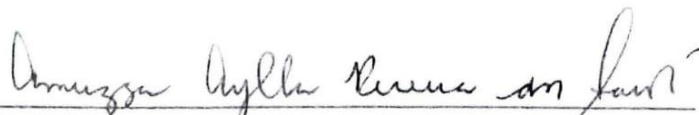
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª Dr^ª Ruth França Cizino da Trindade- UFAL
(Orientadora)



Prof^ª Dr^ª Elvira Simões Barreto- (Externa)
Faculdade de Serviço Social (UFAL)



Prof^ª Dr^ª Amuzza Aylla Pereira dos Santos- (Interno)
Escola de Enfermagem e Farmácia (UFAL)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus
que me abençoa constantemente.

A minha filha, minha motivação diária, meu
sorriso mais lindo.

E por fim, dedico também a cada criança e
adolescente que infelizmente teve sua doce
inocência roubada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, meu Paizinho, que cuida, ensina e me ama de uma forma sobrenatural. Eu sei Senhor, que cada conquista e alegria são frutos dos teus planos para minha vida. Obrigada por me abençoar incansavelmente.

A minha princesa, Ana Beatriz, minha Bia, que esteve presente ao meu lado em todos os momentos, desde o preparo do projeto até o dia de hoje. Obrigada filha, por entender os momentos de ausência, os dias de correria, a falta de atenção em dias e noites, a troca do lazer pelos momentos de leitura. Obrigada pelos abraços nos momentos de tensão, pelos beijinhos nos momentos de lágrimas e alegrias e pelas palavras doces e simples, porém extremamente reconfortantes em meus dias “calma mamãe, tá acabando, vamos jaja passear”. Amo você, minha filha.

Aos meus Pais, meus exemplos de vida, Ana Karla e Aldo, que me acompanham e me amam diariamente, que acreditaram em mim quando nem eu mesma acreditava, que fizeram de suas vidas exemplos para minha vida. Obrigada mainha por cada ligação e por cada abraço. Obrigada painho, por toda dedicação e carinho.

Ao meu noivo, Thiago Padro, que segurou em minhas mãos, me motivou e me mostrou o quanto eu era forte e capaz pra chegar aqui. Que sonhou junto comigo e que aprendeu sobre o assunto de tanto que conversávamos sobre. Obrigada meu amor, por vivenciar cada etapa dessa conquista ao meu lado, por toda dedicação, carinho e cuidado dedicados a mim, sua presença e apoio foram fundamentais.

A toda minha família, a meu irmão Arthur e minhas Avós Tania e Ademilde, vocês me ajudaram com cada palavra de incentivo e motivação a alcançar esse objetivo.

Aos meus amigos, em especial Thiane e Lorena, que estão presentes ativamente nos meus dias, compartilhando as alegrias, tristezas e desesperos. Obrigada por cada conversa, risada, puxada de orelha, motivação e ajuda. Minha doce gratidão a vocês.

Aos meus amigos do mestrado, em especial ao Willams, Isadora, Lucas, Nayara, Tamara e Luana que compartilharam comigo esses longos e intensos dois anos. Agradeço a cada um e tenho a certeza do potencial de vocês.

A minha orientadora, Prof Dr^a Ruth Trindade, que sempre me motivou e se fez presente com toda paciência e dedicação, construindo junto comigo toda essa dissertação.

As professoras da Banca examinadora Prof Dr^a Amuzza Ayla e Prof^a Dr^a Elvira Simões, que muito contribuíram com sugestões e críticas durante a qualificação, sendo fundamentais para a estruturação e aprimoramento do estudo.

A todos os membros do meu Programa de Pós Graduação em Enfermagem (ESENFAR/UFAL), que cada um a sua maneira particular contribuíram para meu crescimento acadêmico.

A instituição FAPEAL/CAPES, pelo auxílio financeiro durante parte da pesquisa, destinado a mim quanto pesquisadora.

“Não te mandei eu? Sê forte e corajoso; não temas, nem te espantes, porque o Senhor, teu Deus, é contigo por onde quer que andares”.

Josué 1:9

RESUMO

No Brasil realizar conjunção carnal ou praticar qualquer ato libidinoso com ou na presença de um menor de 14 anos é crime sexual contra vulnerável, independente de consentimento, obedecendo a justificativa legal que o vulnerável não possui necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por algum motivo, não pode oferecer resistência. O presente estudo possui como objetivo geral analisar o abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes entre 0 a 13 anos de idade, notificados e presumidos em Maceió no período de 2009 a 2017. Para o alcance desse objetivo realizou-se um estudo epidemiológico do tipo observacional com delineamento ecológico envolvendo crianças e adolescentes menores de 14 anos de idade que foram notificados e registrados como vítimas de abuso sexual e registradas como abuso presumido pela gestação durante esta faixa etária, Maceió/Alagoas. Os dados foram retirados de três bancos: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação da Polícia (SISPOL) e Sistema de Informação sobre Nascidos vivos (SINASC) e analisados estatisticamente utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), para a estatística descritiva e inferencial e o TerraView para a realização do georreferenciamento dos registros. Após a triagem dos bancos identificou-se 953 recém-nascidos em Maceió, com mães menores de 14 anos; 170 vítimas de abuso sexual notificadas com menos de 14 anos (SINAN) e 211 registros de boletins de ocorrências de abusos sexuais cometidas contra menores de 14 anos (SISPOL). Ao comparar os três bancos, percebe-se que nos dados colhidos com a Secretária Estadual de Saúde por meio do SINAN e da Delegacia Geral da Polícia Civil (SISPOL) estão registrados como abuso sexual 381 vítimas, entretanto no mesmo período analisado foram registrados 953 nascimentos de crianças com mães em idades de 10 a 13 anos. No cruzamento dos bancos foram identificadas que apenas 1,4% (14) das meninas que tiveram filhos foram registradas como vítimas de abuso sexual. As meninas foram as mais representativas em ambos os bancos, 87,1% (SINAN) e 84,8% (SISPOL). Entretanto os meninos são violentados mais cedo que as meninas, em média 2,049 anos a menos, variando entre 0,418 e 3,681. Crianças abusadas sexualmente por desconhecidos são significativamente mais velhas que as abusadas por parentes, com diferença de 3,82 anos e significativa a p-valor < 0,000. Cônjuge/Parceiro são significativamente mais jovens que os demais. O local de ocorrência mais frequente dos abusos é a própria residência das vítimas com 57,1%, local este onde as crianças acometidas são as mais jovens que aquelas abusadas em via pública, com diferença de 3,9 anos. Dentre as 953 registradas pela declaração de nascidos vivos 20,3% declaram ser casadas ou estar em algum tipo de união estável. Dentre os 50 bairros de Maceió destacam-se Guaxuma, Benedito Bentes e Tabuleiro do Martins como os que concentram o maior número de casos notificados e presumidos. É preciso que haja uma maior orientação aos profissionais de saúde inseridos nos órgãos componentes da rede de atenção a esse público, de que a notificação não é sinônimo de denúncia, no caso de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, apenas a suspeita já é suficiente para a realização da notificação. Conclui-se que visualizar a criança e o adolescente como grupo vulnerável permite conhecer e compreender as particularidades desses sujeitos, tanto na visão micro (indivíduos) como no macro (grupo social), para o enfrentamento de situações como é o caso do abuso sexual, seja confirmado ou presumido.

Descritores: Populações vulneráveis; Abuso sexual na infância; Adolescente; Enfermagem.

ABSTRACT

In Brazil, performing a carnal conjunction or practicing any libidinous act with or in the presence of a minor of 14 years is a sexual crime against a vulnerable person, regardless of consent, obeying the legal justification that the vulnerable does not have the necessary discernment for the practice of the act or, for some reason, cannot offer resistance. The present study aims to analyze the sexual abuse involving children and adolescents between 0 and 13 years of age, reported and presumed in Maceió from 2009 to 2017. To achieve this objective, an epidemiological study of the observational type with an ecological design involving children and adolescents under 14 years of age who were notified and registered as victims of sexual abuse and registered as pregnancy presumed abuse during this age group, Maceió / Alagoas. Data were collected from three banks: the SINAN, the Police Information System (SISPOL) and the Live Birth Information System (SINASC) and analyzed statistically using the Statistical Package for Social Sciences), for descriptive and inferential statistics, and TerraView for the georeferencing of the records. After the screening of the banks, 953 newborns were identified in Maceió, with mothers under 14 years of age; 170 reported victims of sexual abuse under the age of 14 (SINAN) and 211 records of reports of sexual abuse occurring against children under the age of 14 (SISPOL). When comparing the three banks, it is noticed that in the data collected with the State Secretary of Health through SINAN and the General Police Department of the Civil Police (SISPOL) are registered as sexual abuse 381 victims, however in the same period analyzed were registered 953 births of children with mothers aged 10 to 13 years. At the crossing of the banks it was identified that only 1.4% (14) of the girls who had children were registered as victims of sexual abuse. Girls were the most representative in both banks, 87.1% (SINAN) and 84.8% (SISPOL). However, boys are raped earlier than girls, averaging 2,049 years younger, ranging from 0.418 to 3.681. Children who are sexually abused by strangers are significantly older than those abused by relatives, with a difference of 3.82 years and significant at p-value <0.000. Spouse / Partner are significantly younger than the others. The most frequent place of abuses is the victims' own residence with 57.1%, where the children are younger than those abused on public roads, with a difference of 3.9 years. Among the 953 registered by the declaration of live births 20.3% declare to be married or to be in some type of stable union. Among the 50 districts of Maceió, Guaxuma, Benedito Bentes and Tabuleiro do Martins stand out as the ones that concentrate the largest number of cases reported and presumed. There is a need to give more guidance to health professionals in the component organs of the network of attention to this public, that notification is not synonymous with reporting, in the case of children and adolescents who are victims of sexual abuse, only the suspicion is enough notification. It is concluded that visualizing the child and adolescent as a vulnerable group allows to know and understand the particularities of these subjects, both in the micro (individuals) and in the macro (social group) view, in order to deal with situations such as sexual abuse, be confirmed or presumed.

Keywords: Vulnerable populations; Child Abuse, Sexual; Adolescent; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Distribuição percentual das notificações compulsórias e registro da segurança pública de abuso sexual em crianças e adolescentes, segundo sexo da vítima. Maceió, 2009-2017	47
Figura 2-Boxplot- Distribuição da idade por sexo das vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos, registrados pela segurança pública. Maceió, 2009-2017.....	49
Figura 3- Boxplot- Distribuição da idade por sexo das vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos, Maceió, 2009-2017.	49
Figura 4- Boxplot: Distribuição da idade por sexo afinidade com agressor, em vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos, Maceió.....	53
Figura 5: Boxplot- Distribuição da variação da idade por afinidade com agressor, em vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos, Maceió.....	53
Figura 6- Regressão linear pela proporção de nascidos vivos de mães menores de 14 anos pelo total de nascidos vivos de acordo com os anos de nascimento. Maceió, 2009 - 2017.....	55
Figura 7: Mapa da distribuição das ocorrências de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes de 0 a 13 anos por local de ocorrência, notificadas pelo sistema de notificação de agravos (sinan) entre 2009 a 2017, Maceió.....	56
Figura 8: Mapa da distribuição das ocorrências de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes de 0 a 13 anos por local de ocorrência, registradas pelo sistema de informação da policia (sispol) entre 2009 a 2017, Maceió.....	56
Figura 9: Mapa da distribuição de abuso sexual presumido de acordo com os registros do sistema de informação de nascidos vivos (sinasc) pelo local de residência das mães menores de 14 anos com filhos nascidos vivos entre 2009 a 2017, Maceió.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição percentual das notificações compulsórias e do registro policial de abuso sexual da secretária de saúde e segurança pública, respectivamente e do registro de nascidos vivos envolvendo crianças e adolescentes segundo idade em ano.	46
Tabela 2- Distribuição da idade da vítima de abuso sexual por sexo em menores de 14 anos. Maceió/alagoas, 2009- 2017.....	48
Tabela 3- Distribuição da idade por sexo da vítima de abuso sexual entre 0 a 13 anos. Maceió. 2009-2017.....	48
Tabela 4- Teste t: comparação das médias da idade por sexo da vítima de abuso sexual entre 0 a 13 anos, registrados no sispol e no sinan. Maceió, 2009-2017.....	50
Tabela 5- Distribuição das vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos pelo segundo afinidade com possível autor. Maceió, 2009-2017 (sispol).....	51
Tabela 6- Distribuição das vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos pelo segundo afinidade com possível autor. Maceió. 2009-2017 (sinan).....	52
Tabela 7- Post-hoc de tukey: comparação entre as médias de idade das vítimas por afinidade com agressor. Maceió, 2009-2017. Sispol.....	51
Tabela 8- Post-hoc de tukey: comparação entre as médias de idade das vítimas por afinidade com agressor. Maceió, 2009-2017. Sinan.....	51
Tabela 9- Caracterização do abuso sexual notificado com vítimas de 0 a 13 anos. Maceió, 2009 a 2017	53
Tabela 10- Distribuição das mães menores de 14 anos registradas do sinasc, maceió 2009 a 2017.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SINAN	Sistema de informação de Agravos Notificados
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPOL	Sistema de Informação da Polícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1. O contexto histórico da criança e do adolescente.....	17
2.2 A sexualidade no ocidente e a questão de gênero: a criança e o adolescente em questão.....	21
2.3 Abuso sexual de crianças e adolescentes:.....	27
2.3.1 Os preceitos legais sobre o abuso sexual de crianças e adolescentes	27
2.3.2 Reflexo do abuso sexual e os direitos sociais das crianças e adolescentes vitimadas.....	33
3 METODOLOGIA.....	38
3.1 Delineamento do estudo	38
3.2 População do estudo	39
3.3 Local do estudo.....	39
3.4 Aspectos éticos	41
3.5 Variáveis.....	41
3.6 Coleta de dados.....	42
3.7 Critérios de Inclusão e Exclusão:	43
3.8 Tratamento e análise dos dados	43
4 RESULTADOS	45
5 DISCUSSÃO	57
6 CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS	69
ANEXO 1.	78

1 INTRODUÇÃO

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), disposto na Lei brasileira nº 8.069/1990, criança é a pessoa com até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aqueles entre doze e dezoito anos de idade, os quais gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo de sua proteção integral, favorecendo seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Desde as fases iniciais da vida que as relações de gênero direcionam e influenciam aspectos sociais, dentre eles a sexualidade dos indivíduos, que refletem desde a infância até a fase adulta. A divisão de sexos e a constante categorização de gênero ditam as práticas e condutas da vida social se tratando de aspectos comportamentais masculinos e femininos. Apesar das crescentes conquistas das mulheres no mercado de trabalho, sua feminilidade é caracterizada pela passividade e fragilidade, ao passo que ao homem são atribuídas características que supervalorizam sua masculinidade e força (HEILBORN et al, 2006).

As desigualdades de gênero possuem raízes profundas ao longo no contexto social, dando destaque ao valor do homem e de sua masculinidade por seu prestígio social, sendo atribuído a ele o sentido do sexo e da liberdade de agir na busca da sua sexualidade como algo comum a sua natureza e interligado a uma necessidade biológica incontável (BORGES, 2009). Para Saffioti (2001) a questão do poder, afirmado por meio de relações assimétricas e dominadoras de homens contra mulheres/meninas, de adultos contra crianças e adolescentes desencadeia a violência, principalmente a sexual, reflexo de uma sociedade machista e patriarcal.

O termo violência, origina-se do latim “*violentia*”, que significa o ato de violar o outro ou a si, utilizando-se do abuso da força, tirania, opressão, veemência, ação violenta, coação física ou moral. É a prática de um comportamento deliberado que gera danos psíquicos e físicos, tais como: ferimentos, morte, humilhação, ameaças. A filosofia ainda explica como expressão contrária a liberdade de outrem residindo em sua dimensão moral e ética (MADENA, 2016).

A violência sexual é considerada uma das mais profundas violações dos direitos essenciais das crianças e dos adolescentes. Composto um processo endêmico e global, agravado muitas vezes pela coexistência de outros tipos de violência, realidade que compromete significativamente o desenvolvimento afetivo e impõe uma série de desafios às

intervenções públicas, seja no aspecto preventivo ou reparativo desse agravo social. Inserido nas violências sexuais encontramos duas especificidades: a exploração sexual e o abuso sexual, sendo este último o explorado no presente estudo (ESPINDOLA e BATISTA, 2013; NEVES et al, 2010; VERONESE, 2012).

O abuso sexual contra a criança e ao adolescente constitui-se como crime sexual de natureza singular e se caracteriza como todo tipo de atividade na qual alguém usa o corpo de uma criança ou adolescente para tirar vantagens de caráter sexual, incluindo desde o assédio sexual até a satisfação de lascívia e o estupro de vulnerável (BRASIL, 2013).

Esse tipo de violência infringe o ECA, em seu artigo 5º, o qual estabelece que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo qualquer atentado punido na forma da lei, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais. O Conselho Tutelar, a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, as Unidades de Saúde Notificadoras das violências e Instituto Médico Legal, são órgãos que agem junto à família e a comunidade perante essa infração (BRASIL, 2013).

A Lei nº 12.015/2009, que dispõe sobre crimes hediondos e inclui nessa categoria os crimes sexuais contra vulnerável, estabelece que realizar conjunção carnal ou praticar qualquer ato libidinoso com ou na presença de um **menor de 14 anos é crime sexual contra vulnerável**¹, independente de consentimento, obedecendo a justificativa legal que o vulnerável não possui necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por algum motivo, não pode oferecer resistência.

Esse tipo de violência acomete mais vítimas entre 10 a 19 anos de idade, com maior representação das mulheres. De acordo com os registros do Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN) somente em 2014 foram notificados 19.299 casos de violência sexual no Brasil. Destes, 62% foram vítimas de 0 a 14 anos de idade. Para o mesmo ano, o SINAN registrou que no estado de Alagoas, 42% dos casos de violência aconteceram envolvendo crianças e adolescentes menores de 14 anos (BRASIL, 2014).

Outra informação dentro deste contexto é o número de gravidez entre crianças e adolescentes de 10 aos 14 anos. Dados do DATASUS (2014) revelaram que mais de 28 mil nascidos vivos tiveram mães nessa faixa etária, demonstrando o quanto esse tipo de violência

¹ Destaque feito pela pesquisadora.

necessita da atenção dos órgãos de saúde, educação e segurança (WAISELSZ, 2012; BRASIL, 2014).

A identificação do perfil das vítimas que sofreram abuso sexual e do responsável pela agressão por meio da consulta das fichas de notificação pode subsidiar a formulação de medidas preventivas capazes de envolver a criança, o adolescente, a família e a comunidade, bem como facilitar a criação de ações educativas com caráter preventivo voltadas a essa população, além da capacitação dos profissionais para a efetivação das notificações e para o manejo do seguimento dos casos (ANTUNES e MACHADO, 2012; WAISELSZ, 2012).

O objeto deste estudo são crianças e adolescentes de 0 a 13 anos vítimas de abuso sexual no município de Maceió. Assim, considerando os prejuízos que a violência sexual traz para o desenvolvimento dessa população e a importância do conhecimento da situação epidemiológica dessas agressões para a criação de ações efetivas de atenção primária e a discussão dos fatores condicionantes destes eventos, levanta-se a seguinte questão de pesquisa:

Qual a caracterização das vítimas menores de 0 a 13 anos e da violência sexual sofrida por esse grupo no município de Maceió/Alagoas?

A cidade de Maceió, composta atualmente por 50 bairros, foi escolhida como local do estudo por, em 2015, possuir 26,8% da população total dos menores de 14 anos de idade no estado de Alagoas, além de possuir a unidade de referência para violência sexual no setor saúde, compondo junto com outros órgãos, a rede de proteção a essas vítimas no estado de Alagoas (DATASUS, 2016).

A relevância do presente estudo se justifica pelo fato de que a sexualidade está presente em todo o ciclo de vida do ser humano, desde o momento do nascimento até a morte, sofrendo influência de todo o contexto social do indivíduo e das situações as quais eles são submetidos, sendo a ocorrência do abuso sexual um grande fator de risco para o desenvolvimento biopsicossocial, tanto na infância e adolescência como também na fase adulta (ANTUNES e MACHADO, 2012).

Por se tratar de uma questão de prioridade para a saúde pública a nível mundial, o acolhimento e a notificação das ocorrências ou suspeitas de abuso sexual são obrigatórios aos profissionais de saúde no Brasil, o que exige um conhecimento prévio da complexidade desse agravo, a conscientização da importância dessa notificação como instrumento imprescindível para a vigilância epidemiológica e definição de políticas públicas de prevenção e intervenção

e a participação efetiva de todos os serviços e profissionais envolvidos no cuidar de nossas crianças e adolescentes (GARBIN et al, 2015; SCHIMITH et al, 2011).

Assim sendo, o presente estudo tem os seguintes objetivos:

Geral: Analisar o abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes entre 0 a 13 anos de idade, notificados e presumidos em Maceió no período de 2009 a 2017.

Específicos:

- Investigar o abuso sexual de crianças e adolescentes entre 0 a 13 anos de idade, notificados e presumidos em Maceió no período de 2009 a 2017, associando às características da vítima e do agressor.
- Georreferenciar a ocorrência do abuso sexual em crianças e adolescentes entre 0 a 13 anos de idade, notificados e presumidos em Maceió no período de 2009 a 2017.
- Promover a visibilidade da ocorrência do abuso sexual, registrado e presumido, envolvendo crianças e adolescentes através da divulgação dos resultados desta pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O contexto histórico da criança e do adolescente

A vida familiar e a concepção de infância e adolescência foram sendo construídas ao longo do contexto social. Durante a sociedade medieval a infância, se tratando da sua natureza particular, não existia, o que impedia a distinção do papel da criança, do adolescente e do adulto no seio familiar (CORSARO, 2011; ARIÈS, 1982).

Foi por volta do século XIII que a infância começou a ser descoberta, tendo suas especificidades de desenvolvimento visualizadas significativamente apenas entre os séculos XVI e XVII, em que a altura diferenciava a criança do adulto e suas expressões e vocabulários chamavam atenção. Inicialmente sua reprodução começou associada a imagem do menino Jesus, representada como um pequeno adulto que teve sua infância ligada a concepção perfeitamente natural em uma virgem, fazendo alusão a um ser angelical (ARIÈS, 1982).

Já a adolescência foi confundida com a infância até o século XVIII. A ideia de infância era associada a ideia de dependência, logo, só era possível sair da infância ao sair ao menos dos graus mais inferiores de dependência. Isso ocorria associado a exacerbação da força viril, nos rapazes, e nas mudanças biopsicológicas de ambos os sexos (ARIÈS, 1982).

A transição da infância para a adolescência não ocorria de uma maneira definida previamente nem de maneira padrão, durante o império Romano, por exemplo, este período era estabelecido pelo pai quando ele decidia que sua criança teria chegado ao momento de abandonar a infância e torna-se adulto. Na Idade Média essa transição era marcada por uma cerimônia chamada de barbatória, a qual o rapaz atingia tal evolução biológica que realizava seu primeiro barbear (SILVA, MENDES, 2015).

Airès (1982) afirmou que a ideia de infância deveria se basear em “idades da vida” não correspondentes apenas a etapas biológicas, mas também a funções sociais atribuídas, o que não acontecia neste período medieval, tendo em vista que, logo que a criança não demandasse os cuidados maternos básicos, ou seja, atenção constante da mãe ou da ama até um desmame tardio, ela já passava a ser vista e tratada na sociedade como adulto. Nesse período a família é retratada como o casal em colaboração, porém as crianças ainda não eram figuras representativas nesse meio.

Com a falta de cuidados e dedicação para com as crianças, influenciados pelos períodos econômicos vivenciados, a perspectiva de vida delas era mínima. A criança era inserida precocemente no meio dos serviçais e simultaneamente vista como um ser em provável óbito eventual, devido muitas vezes a sua fragilidade intrínseca. Era tida como um componente da sociedade o qual não se deveria demandar tamanho apego, pois morriam com facilidade e em grande número, o que gerava indiferença por meio da sociedade da época (ARIÈS, 1982).

As crianças eram tão insignificantes, tão mal entradas na vida, que não se temia que após a morte ela voltasse para importunar os vivos (...). Esse sentimento de indiferença com relação a uma infância demasiado frágil, em que a possibilidade de perda é muito grande, no fundo não está muito longe da insensibilidade das sociedades romanas ou chinesas, que praticavam o abandono das crianças recém-nascidas (ARIÈS, 1982 p. 22).

Hanawalt (1993) relata em seu livro que a taxa de mortalidade de bebês e crianças pequenas era alta entre o século XIV e XV e que o perigo constante de doenças e acidentes tornava a vida desse público difícil. Entretanto, ela discorda de que havia frieza comum a respeito da morte de crianças, aja vista que as mulheres apresentavam apego às crianças em sua fase de lactação (CORSARO, 2011).

Com a entrada na idade média, a igreja, com seu potencial influenciador nas sociedades, introduziu a propagação que a criança deveria ser tratada como “a semente de futuras gerações” e não mais miniaturas de adultos. Sobre essa influência da igreja, por volta do século XVI, a infância passou a ser vista como um tempo de imaturidade, inocência e franqueza, devendo as crianças serem treinadas e disciplinadas. Portanto a infância passa a ser considerada um período de preparação para a vida adulta (RIBEIRO, 1999; OLIVEIRA, 2006).

Mesmo assim as vestes, os jogos e brincadeiras e a educação neste período ainda não distinguiam a criança do adulto. Com a evolução social, o sentimento de infância começou a se concretizar de maneira diferenciada entre meninos e meninas. “O sentimento de infância beneficiou primeiro meninos, enquanto as meninas persistiram mais tempo no modo de vida tradicional que as confundia com os adultos” (ARIÈS, 1982, p. 41).

A escola medieval, por exemplo, não possuía como objetivo central a educação na infância, seu foco era voltado à instrução dos membros do clero, permanecendo indiferente a distinção de idade por muito tempo, fossem crianças, jovens ou adultos, precoces ou

atrasados. Como principais diferenças entre a escola da idade média e as modernas encontra-se a introdução da disciplina e a diferenciação de sexo. No século XVII as meninas eram excluídas do processo de escolarização, recebendo apenas aprendizagem doméstica e religiosa por meio da introdução dos conventos, mas ainda assim elas eram instruídas a se comportarem desde muito cedo como adultas associando com a precocidade do casamento (ARIÈS, 1982).

Entre os séculos XVI e XVII, surge o sentimento de família inerente ao sentimento da infância. Os laços de linhagem começam a perder espaço para a família. A coabitação, a intimidade, a privacidade, os sentimentos e valores compartilhados entre a família, agora visualizada em sua formação pelos pais e seus filhos, tornou a criança elemento indispensável da vida quotidiana, entretanto ainda não era peça central, mas personagem importante (ARIÈS, 1982).

No Século XVIII, a família passa a possuir preocupação com a educação, higiene e a saúde física das crianças, não só para com os doentes, mas para as que gozavam de boa saúde também. Além disso, a família passa a ser instruída sobre seus deveres e responsabilidades, recebendo orientações sobre sua conduta com relação às crianças. Com isso, a criança passa a ocupar lugar importante no seio familiar, recebendo destaque na sociedade, desde a simples presença e existência, dignas de atenção e dedicação, como pela preocupação com seu futuro no meio social o qual estava inserido (OLIVEIRA, 2006).

Como a família moderna é marcada pelo sentimento, os bons costumes e a ascendência moral, a criança passa a ser ponto central de todo o sistema, posto que os pais demandam seus esforços para a promoção delas e não mais da família. O cuidado influenciou na repugnação de diversos aspectos, sendo a promiscuidade um grande exemplo. Isso surgiu inicialmente na classe burguesa, mas posteriormente se disseminou nas demais camadas sociais (ARIÈS, 1982).

Dentro desse contexto, a noção sobre a infância começa a se concretizar, passando gradativamente a ocupar um lugar de destaque dentro da família e da sociedade. Apesar de várias intempéries nessa época, o avanço na forma de olhar a criança é incontestável. Ela ganha um lugar de grande importância no contexto familiar. Os pais a observa com mais cuidado, sendo que a responsabilidade de educar aumenta, pois, o Estado começa a cobrar que os pais estejam mais presentes e sejam os agentes primordiais nas incumbências educativas da criança. Esta por sua vez não deve estar exposta a comportamentos e falas que irão prejudicar o seu desenvolvimento. Assim, a nova família moderna começa, gradativamente, a se formar, iniciando uma nova perspectiva para a contemporânea (OLIVEIRA, 2006, p.32).

É possível afirmar que tanto a escola quanto a família, retiraram as crianças da sociedade dos adultos. Com o reconhecimento de que a criança não estava madura para a vida e que necessitava de educação, a família passou a assumir função moral e espiritual e a escola educacional, sendo estimulada a ser iniciada o mais precocemente possível (ARIÈS, 1982).

2.2 A sexualidade no ocidente e a questão de gênero: a criança e o adolescente em questão

O termo “sexualidade” surgiu apenas por volta do século XIX associada ao desenvolvimento de campos de conhecimentos diversos, a instauração de regras e de normas, como também as mudanças no modo pelo qual os indivíduos eram levados a dar sentido e valor a sua conduta, prazeres, sentimentos, sensações e deveres. Pode-se dizer que ela foi estabelecida tendo como base três pilares: a formação dos saberes que a ela se referem; os sistemas de poder que regulam sua prática e as formas pelas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos dessa sexualidade (FOUCAULT, 1984).

Portanto, a sexualidade não se restringe apenas ao ato sexual propriamente dito, ela compreende dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, vivenciadas por meio de mudanças e comportamentos biopsicossociais de cada ser, interligados à sociedade a qual está inserido. Trata-se, então, de um fenômeno intrínseco ao ser humano que permeia sentimentos, emoções e sensações vivenciadas desde o nascimento até a morte (SILVA e MENDES, 2015).

Ao transcender a biologia, ou seja, apenas ao sexo, a sexualidade torna-se uma manifestação social, permeada pela cultura e valores sociais existentes em cada região. Na maioria das vezes a maneira como as crianças eram tratadas, dentro das famílias, variava de acordo com o seu gênero, muitas vezes não se distinguindo a infância da fase adulta, como visto no tópico anterior (RIBEIRO, 1999; OLIVEIRA, 2006).

A compreensão da sexualidade como o resultado da interação de diferentes cenários pressupõe que existem características que diferenciam homens e mulheres na esfera sexual e que podem ser explicadas pela estreita relação com as questões de gênero. Os papéis atribuídos ao sexo masculino e feminino na sociedade são constituídos de acordo com a maneira que é expressado, sendo um comportamento influenciado pelo momento histórico, cultural e das relações em determinada época (HEIBORN et al, 2006).

Com foco na supremacia masculina, a história antiga é marcada pela associação entre família e o patriarcado, em que o homem desde a infância exercia poder sob as mulheres, com base na superioridade e subordinação, tendo na sexualidade a desvalorização da identidade e autonomia feminina precoce, não obstante as meninas eram ensinadas a se tornarem verdadeiras mulheres, esposas e donas de casa, iniciando suas obrigações maritais muitas

vezes ainda na infância (a partir dos 10 anos de idade) (OLIVEIRA, 2006; NOGUEIRA, 2015).

A cultura patriarcal funciona como um sistema capitalista aplicado ao gênero e à sexualidade, em que os sujeitos masculinos são detentores do poder e da dominação sobre as mulheres, desde o seio familiar, até a posição como Estado, exercendo dominação e opressão dentro das relações pessoais no âmbito da família, conferindo poder autoritário e obediência servil ao patriarca (CASTRO; LAVINAS, 1992).

Sua estrutura pode ser constituída por até seis componentes: “o lar”, nuclear familiar; “O emprego”, em que, a mulher é detentora de um poder financeiro inferior ao homem ou apenas integrada ao trabalho doméstico, não remunerado; “a sexualidade das mulheres” ora desconsiderada, ora submetida a imposição da masculina por meio de abusos sexuais, isso associado a objetificação da mulher como objeto sexual masculino e a idealizado do amor romântico feminino; “a violência”, tratada como forma de controle social feminino; “a cultura”, do tratamento diferente na relação de gênero, dado aos meninos e meninas; e, “o estado”, que contribui socioeconomicamente para a diferenciação e a desigualdade de gênero (COSTA, 2015).

Ao falar de sexualidade é preciso contextualizar socialmente a evolução do conceito da família, que no início do período da idade média, ainda não havia sido estabelecido. Nesse período, o senso comum induzia aos adultos a visualizar a criança como indiferente a sexualidade e ao prazer, o que permitia a associação de brincadeiras sexuais de adultos em crianças dentro do convívio familiar como costume da época, ofuscando o pudor e a moralidade, permitindo com naturalidade o acontecimento de abusos (OLIVEIRA, 2006).

A prática de associar às crianças as brincadeiras sexuais dos adultos eram parte dos costumes familiares e não causava indignação ao senso comum, inicialmente porque acreditava-se que os gestos e referências não tinham consequências sobre a criança e posteriormente por não se acreditar que as referências sexuais pudessem manchar a inocência infantil, isso se eles acreditassem de fato na existência singular dessa inocência (ARIÈS, 1982).

Com isso, a noção da sexualidade da criança, na Idade Média, passa a ser modificada na Idade Moderna, ainda que na primeira, a criança era vista como um pequeno ser sem desejos, sendo assim poderiam ser sujeitadas livremente por brincadeiras de cunhos sexuais,

sem que elas fossem afetadas, enquanto que, na era moderna, surge uma nova visão da infância, esta deveria ser agora cuidada e resguardada de toda e qualquer exposição imoral e sem pudor, a que antes era submetida. O conceito da inocência infantil aparece com a finalidade de preservar a criança das exposições que até então estava sujeita. Com isso surge uma ideia que impôs a “inocência infantil” trazendo regulamentos direcionados a esse público, tais como “É preciso vigiar as crianças com cuidado e jamais deixá-las sozinhas em nenhum lugar”. Para Foucault essa mudança referente a sexualidade, a torna repressiva a esse público infantil (RIBEIRO, 1999 p.360; OLIVEIRA, 2006, p. 29).

No próprio século XVIII, a sexualidade para o homem passa a ser discutida em colégios e seguidamente torna-se uma preocupação do Estado. A literatura, que inicialmente começa a dar ênfase às discussões sobre o sexo, dando visibilidade para debates dentro da sociedade sobre esse tema, que antes era encoberto, gerando uma preocupação a ser resguardada, nascendo, então, o sentimento de guarda sobre a sexualidade, reduzindo as conversas referentes a sexo e conseqüentemente levando a um silêncio em torno deste assunto. Dentro desse contexto, a liberdade antiga de discutir sobre sexo, fazendo brincadeiras referentes à sexualidade da criança, começa a ser dizimadas do meio social, ou seja, na família, tornando proibida qualquer alusão desse assunto (OLIVEIRA, 2006; RIBEIRO, 1999).

O Fenômeno da sexualidade infantil, formado por meio do discurso educacional associado ao modelo biomédico, passou por várias transformações ao longo da história. Neste período como a criança passou a ficar mais em evidência, ocupando um lugar de destaque na família, seus comportamentos começaram a ser mais percebidos e simultaneamente censurados. A compreensão sobre a inocência infantil associado a essa censura resultou na preservação das crianças contra a sexualidade indevida entre os adultos e influenciou o desenvolvimento do caráter e da razão (BAUMAN, 1998).

A sexualidade infantil passou a ser vista com seriedade e pudor, e em algumas situações como uma manifestação patológica e lastimável, As manifestações fisiológicas, como por exemplo, a masturbação, passou a ser condenável, sendo um dos fatores primordiais para que o fenômeno da sexualidade infantil fosse percebido, despertando o interesse da sociedade em reprimi-lo, tratando-o como uma doença com potencial de dano incalculável, levando a intensificação e fiscalização de toda a sociedade para com as crianças. Em contrapartida, a literatura traz como exemplo o ambiente privado da família, que passou a

exigir que cada criança tivesse seu próprio dormitório e que seus corpos não fossem revelados ao se deitarem, seja para crianças do mesmo sexo ou de sexo diferente. (BAUMAN, 1998; CAMARGO e RIBEIRO, 1999).

“É preciso que essa vigilância contínua seja feita com doçura e uma certa confiança, que faça a criança pensar que é amada, e que os adultos só estão ao seu lado pelo prazer de sua companhia. Isso faz com que elas amem essa vigilância, em lugar de temê-la” (ARIES, 1982, p.89).

Ainda neste mesmo período, século XVIII, a sexualidade passou a firmar um lugar importante dentro do casamento, trazendo uma relação entre amor e casamento, semelhante como conhecemos nos dias atuais. A sexualidade, que antes era apenas vivenciada com a finalidade reprodutiva, passou a ser desejada e consensual, como fruto da paixão amorosa, surgindo assim o amor romântico (ARAUJO, 2002).

As meninas, que desde a antiguidade até a idade média, eram preparadas precocemente para um casamento arranjado por seus pais como aliança importante para a ascensão e/ou manutenção socioeconômica da família, passam a vivenciar a paixão e a sexualidade romantizada, tirando a procriação como finalidade principal do casamento. Por outro lado, há autores que defendem que neste período, as mulheres tornaram-se cada vez mais restritas aos afazeres domésticos, além da continuidade a submissão ao machismo ativo, tudo isso impulsionado pela sujeição aos ideais da paixão, despertados precocemente e intensificados com a relação de poder (ARAUJO, 2002; GIDDENS, 1993).

Vê-se, portanto, a ratificação de que as relações de gênero representam relações de poder na medida em que denunciam as desigualdades entre homens e mulheres. Em meio a essas relações, fica claro que o poder feminino carece de legitimação. Abordar sobre sexualidade e gênero é importante para que se torne possível identificar, aceitar e tornar visível o agenciamento sexual, o erotismo e o prazer das mulheres, que foram, de algum modo, submetidos à lógica do poder e da dominação do sistema de gênero (SAFFIOTI, 2001).

É visível que sociedade espera comportamentos diferenciados entre meninos e meninas. Valores e costumes relacionados ao gênero ainda são muito presentes, induzindo a sociedade a esperar e cobrar condutas culturalmente impostas de acordo com o papel masculino e feminino na sociedade. As mulheres ficam o papel de sexo frágil, domável e submissa aos desejos masculino, e aos homens a detenção do poder e da demonstração de

masculinidade, o que reflete na permanência de desigualdades e na exposição a vulnerabilidades sociais distintas (OTT, 2010).

É nesse cenário que as crianças influenciadas pela cultura que os socializa para a vida sexual, determinando roteiros sexuais distintos para meninos e meninas, influenciados de valores sociais, os quais conduzem essas crianças a seguirem trajetórias sexuais e reprodutivas diferenciadas. Apesar das mudanças no decorrer do contexto histórico, as meninas ainda são preparadas para o matrimônio e reprodução, além de serem alvos frágeis do poder masculino, já os meninos são vistos como o provedor e o chefe da casa (MOREIRA, SANTOS, 2011).

Na fase de transição da infância para a vida adulta, momento nomeado como adolescência, essas características sexuais se tornam mais evidentes, devido às mudanças biopsicossociais decorrentes desse período, iniciado com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e concluído com a realização social da situação de adulto independente, seja na perspectiva biológica, psicológica, jurídica ou sociocultural, imersos em questionamentos de valores, de costumes e sentimentos (SIMONETTI, 2004; SILVA e MENDES, 2015).

As expectativas afloradas em torno da vida sexual e reprodutiva, as transformações corporais e as exigências impostas ao adolescente impulsionam o indivíduo a vivenciar a sexualidade de forma intensificada e precoce, tornando visível a vulnerabilidade desse público e a necessidade do cuidado próximo e contínuo da família e do Estado (SILVA e MENDES, 2015).

Trazendo na atualidade, é possível visualizar um amadurecimento precoce da criança, exigindo dela um comportamento que deveria ser apenas de um adulto, como por exemplo, os modelos sensuais de roupas e comportamentos. Na cultura brasileira, a velha tendência de tratar a criança como um adulto em miniatura, ainda perdura até os dias atuais, como ocorre com a forma como a criança é vestida, da maneira como as informações midiáticas são transmitidas a esse público, da forma como a iniciação sexual precoce é naturalizada, o que acaba comprometendo a inocência da criança, desequilibrando o processo evolutivo do adolescente e os deixando vulneráveis para exposições de caráter sexuais precocemente (POSTMAN, 1999).

Na atual fase da pós-modernidade, é possível apontar numerosos fatores que colocam as crianças e adolescentes à disposição de um abusador, dentre elas a cultura de gênero, que

por não garantir a obediência das vítimas as imposições da figura dominadora, as tornam sujeitas à violência; e a não visualização do adolescente como sujeito imerso em um processo transitório biológico, emocional e sociocultural. Por esta razão torna-se necessário políticas voltadas para a conscientização da sociedade, tornando a criança e o adolescente alvos de cuidado, proteção e, principalmente, de uma família que exerça o papel de protetor e educador no cotidiano da criança, de forma amorosa e disciplinadora, para que haja um desenvolvimento saudável e equilibrado (OLIVEIRA, 2006; SAFFIOTI, 2001).

2.3 Abuso sexual de crianças e adolescentes:

2.3.1 Os preceitos legais sobre o abuso sexual de crianças e adolescentes

No decorrer da história da humanidade, a negligência contra a criança e adolescente foi um dos pontos marcantes da cultura humana, pois não havia a noção de fragilidade inerente à infância, pouco se discutia sobre o assunto e, conseqüentemente, não existia uma política de proteção voltada a esse público (OLIVEIRA, 2010).

Os cuidados e proteção que esse público necessitava, passaram por transformações primordiais de cunho internacional. Em 1924 e em 1952, ocorreram em Genebra e Viena, respectivamente, duas reuniões que objetivaram garantir a proteção e os cuidados devidos à criança (FERRARI e VECINA, 2002).

Em se tratando do Brasil, inexistiu registro, até o início do século XX, do desenvolvimento de políticas sociais em seu contexto. As populações, denominadas de, economicamente carentes eram entregues aos cuidados da Igreja Católica por meio de instituições, dentre elas as Santas Casas de Misericórdia, que acolhiam doentes, órfãos e os necessitados. Foi nesse mesmo período que os bebês de mães solteiras eram acolhidos por meio do sistema de rodas, que garantiam o anonimato dos pais e a sobrevivência das crianças (PEREZ e PASSONE, 2010).

Posteriormente, em 1927 foi instituído o “Código de Menores” embasado pelo Juizado de Menores, que tinha como público favorecido apenas aqueles os quais encontravam-se em situação irregular. Conhecido popularmente como “Código Mello Mattos” instituiu dentre outras características a proibição do sistema de rodas, o trabalho de menores de 14 anos e a abolição do trabalho noturno de mulheres e de menores de 18 anos. O Código de Menores visava estabelecer diretrizes claras para o trato da infância e juventude excluídas, regulamentando questões como trabalho infantil, tutela e pátrio poder, delinquência e liberdade vigiada (PEREZ e PASSONE, 2010).

Em 1950 foi implantado o primeiro escritório do UNICEF no Brasil, tendo como seu primeiro projeto iniciativas de proteção à saúde da criança e da gestante em alguns estados do nordeste do país. Em seguida, no cenário internacional, em 1959, houve um progresso para o reconhecimento da infância, quando a ONU aprovou um documento válido mundialmente

referente aos Direitos da Criança, com princípios básicos que garantiriam a proteção desse público. Só a partir desse momento foi que a criança e o adolescente passaram a ser vistos como sujeitos que necessitavam de cuidados e proteção contra maus-tratos e possíveis abusos por parte dos mesmos adultos que deveriam protegê-los (FERRARI e VECINA, 2002).

Durante os anos dos governos militares surgiram dois documentos significativos: a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Lei 4.513/64) que se propunha a ser a grande instituição de assistência à infância; e o Código de Menores de 1979 (Lei 6;697/79), constituindo uma revisão do código anterior, direcionado ao menor em situação irregular (BRASIL, 1964; BRASIL 1979).

Somente em 1987, por meio da Assembleia Nacional Constituinte, que os avanços da normativa internacional para a população infanto-juvenil brasileira foram inseridos na constituição de 1988, por meio da concretização do artigo 227 (PEREZ e PASSONE, 2010).

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) prescreve em seu artigo 227, de acordo com a nova redação alterada pela Emenda Constitucional n. 65, de 13 de julho de 2010 que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, saúde, alimentação, educação, ao lazer, profissionalização, cultura, dignidade, ao respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Sendo um dos pilares dos direitos das crianças e adolescentes o Princípio da proteção integral, que se baseia na ideia de que as crianças e adolescentes não são meramente objetos de proteção, mas sim sujeitos de direito, merecedores de uma proteção diferenciada, levando em consideração seu desenvolvimento biopsíquico, ainda em formação. Além disso, a integralidade da proteção deve garantir a dignidade infanto-juvenil, os resguardando de toda e qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, seja qual for à situação (FARIA e VIANA, 2016).

Portanto se faz necessário que haja uma interação entre a família, a sociedade e o Estado a fim de prevenir e neutralizar os problemas associados a violência sexual infanto-juvenil, principalmente considerando o pressuposto que trata-se de um período de inocência, descoberta e dependência, o que torna a criança e o adolescente mais suscetíveis e vulneráveis

a situações nas quais estão presentes a dominação do mais forte sobre o mais fraco, como é o caso da violência, seja ela física, sexual ou psicológica (VERONESE, 2012).

A violência sexual contra a criança e ao adolescente é um fenômeno existente há séculos e atualmente vem apresentando altos índices de incidência com características e especificidades inerentes a diferentes culturas e aspectos sociais, expressando-se como uma das mais graves e traumáticas formas de violência (ESPINDOLA e BATISTA, 2013).

A partir da década de 1990, com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069), tornou-se obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violências contra a criança e o adolescente, gerando uma maior relevância política e visibilidade social, buscando com isso estimular a promoção da saúde e a prevenção de agravos. O 4º parágrafo da Constituição Federal deixa explícito que “a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente” (JUSTINO et al, 2011; FARIA e VIANA, 2016).

É importante diferenciar a exploração sexual do abuso sexual, ambos são formas de violência sexual, a primeira caracteriza-se pela relação mercantil, conduzida pelo comércio do corpo e se expressa de quatro formas: pornografia, tráfico, turismo sexual e prostituição. Já o abuso sexual é qualquer ação de interesse sexual de um ou mais adultos em relação a uma criança ou adolescente, podendo ocorrer tanto no contexto familiar como extrafamiliar. Esse fenômeno é relatado por diferentes termos: violência sexual, agressão sexual, vitimização sexual, crime sexual, entre outros, embora muitos deles sejam utilizados indevidamente como sinônimos (FLORENTINO, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) afirma que a violência sexual não se limita ao ato sexual em si e define que o abuso sexual de crianças “é o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ele ou ela não compreende totalmente e/ou não tem capacidade para dar seu consentimento”. Pesquisadores afirmam que violência sexual contra criança e adolescente ocorre quando um indivíduo com idade superior comete atos que envolvem contato sexual com ou sem penetração, sendo sempre considerada como violência quando a vítima é menor de 14 anos. (JUSTINO et al, 2011; SILVA₁, FERRIANI, SILVA₂, M., 2011).

Isso é estabelecido legalmente por meio do decreto-lei n. 2.848/1940 atualizado pelo decreto-lei n. 12.015/2009, que consolida os crimes contra a Dignidade Sexual, sejam eles:

- Estupro: Constrangimento à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça, com pena de reclusão, de seis a dez anos;
- Estupro de vulnerável: Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com sujeito em situação de vulnerabilidade. Essa vulnerabilidade, conforme o art. 217-A do Código Penal brasileiro, se dá em três hipóteses: menor de 14 anos; portador de enfermidade ou deficiência mental que em razão da patologia não tem o necessário discernimento para a prática do ato; aquele que em razão de qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. Já a pena aplicada nessa situação é reclusão, de oito a quinze anos, se tal conduta resultar em lesão corporal de natureza grave, a pena é de dez a vinte anos de reclusão, aumentando para de doze a trinta anos de reclusão caso a conduta resulte em morte da vítima;
- Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente: praticar, na presença de alguém menor de quatorze anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem;
- Favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável: submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual vítimas menores de dezoito anos ou que, por patologia ou deficiência mental, não apresentem o necessário discernimento para a prática do ato;
- Assédio Sexual: constranger qualquer pessoa com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, tomando como vantagem, por exemplo, um posto hierárquico.

Segundo a etimologia da palavra vulnerabilidade, derivada da conexão de dois vocábulos em latim *vulnerare*, que significa prejudicar, lesar, ferir e “*bilis*”, que significa suscetível, é possível compreender que o conceito de vulnerabilidade é intrínseco ao ser humano, principalmente em sua fase inicial, posto que este se naturalmente encontra-se mais suscetível ao perigo e prováveis danos devido sua fragilidade inerente à existência humana (CARMO, GUIZARDI, 2018).

Segundo o Código Penal Brasileiro, a vulnerabilidade do menor de 14 anos não admite relativizações, não importando o consentimento da vítima, experiências sexuais progressas (seja até mesmo em casos de prostituição infantil) ou relacionamento amoroso entre autor e vítima, tendo em vista que são pessoas ainda em desenvolvimento cognitivo, hormonal e psicológico no que se refere à sexualidade (BRASIL, 2009; FARIA e VIANNA, 2016).

Se compararmos a evolução da influência do Estado sob a proteção da dignidade sexual infanto-juvenil, é possível observar que o que anteriormente foi ausente, hoje pode ser visto como o compartilhamento entre a tríade Estado, família e Sociedade ao que se refere ao cuidado e proteção do crescimento saudável físico, mental e emocional de crianças e adolescentes, buscando a prevenção de possíveis traumas e sequelas causadas pela atividade sexual fora de seu tempo ideal (BRASIL, 2009; FARIA e VIANNA, 2016).

O sistema judiciário brasileiro reconhece crianças e adolescentes menores de 14 anos como público que demanda legítima proteção penal contra todo e qualquer tipo de iniciação sexual precoce a que sejam submetidas por um adulto, tendo em vista os riscos imprevisíveis sobre o desenvolvimento futuro de sua personalidade e a impossibilidade de dimensionar as cicatrizes físicas e psíquicas decorrentes de uma decisão que um adolescente ou uma criança ainda não é capaz de tomar (BRASIL, 2009).

Com o intuito de estabelecer diretrizes para o atendimento às vítimas de abuso sexual por parte de profissionais tanto da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto da segurança pública, foi lançado o decreto 7.958/2013, o qual elenca diretrizes preconizando o atendimento humanizado e a capacitação de profissionais e gestores com foco também na educação em saúde para prevenção de novos casos. Entretanto o decreto não focava o público infanto-juvenil (BRASIL, 2013b).

Situação essa que foi corrigida por meio da alteração da Lei nº 8.069/1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, através da criação da Lei nº 13.431/2017 que entra em vigor para normatizar e reorganizar o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, articulando mecanismos para prevenir e coibir a violência em suas diversas formas, além de estabelecer medidas assistenciais e de proteção às vítimas.

Para efeito desta nova Lei, são consideradas formas de violência sexual qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que seja na forma de abuso sexual, exploração sexual comercial e tráfico de pessoas (BRASIL, 2017).

De acordo com o 5º e 6º artigos dessa lei, estão dentre os direitos e garantias das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual a prioridade absoluta; o recebimento de informações adequadas à sua etapa de desenvolvimento; ser ouvido e expressar seus desejos e

opiniões, assim como permanecer em silêncio; receber assistência qualificada jurídica e psicossocial especializada; ser ouvido em horário que lhe for mais adequado e conveniente, sempre que possível; ter a garantia da segurança, confidencialidade e proteção integral e direito a pleitear, por meio de seu representante legal, medidas protetivas contra o autor da violência (BRASIL, 2017).

Estima-se que aproximadamente 20% das mulheres e 5% a 10% dos homens sofram abuso sexual na infância ou adolescência e que 30% das primeiras experiências sexuais sejam forçadas. Contudo esse tipo de violência é a que apresenta menor número de notificações, possivelmente pela existência cultural de tabus e preconceitos (BITTAR, 2010).

A definição pelo legislador brasileiro da idade de menor de 14 anos foi fixada partindo do princípio *Qui velle non potuit, ergo noluit*, traduzindo “Quem não pode querer, não quer, quem não pode consentir, dissente”. Além disso, profissionais da área de saúde e das ciências humanas definem essa faixa etária como a fase em que ocorre transformações psicofisiológicas ligadas à maturação sexual. Países como Alemanha e Itália também adotam a mesma idade, diferente de outros países como Argentina e Paraguai que estabelecem o limite de 12 anos, como menor vulnerável (CARVALHO, 2005).

Cabe salientar que a sociedade modificou sua visão quanto aos padrões comportamentais voltados a sexualidade, principalmente tratando-se da iniciação sexual precoce e não orientada, o que torna a proteção penal alvo de muita polêmica, especialmente em face das mudanças sociais verificadas em relação à moral sexual e ao direito à autodeterminação sexual do menor (BRASIL, 2009; SOARES et al., 2014).

Dados do DATASUS revelam que em 2015 aproximadamente 47 milhões da população correspondiam a menores de 14 anos. O do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, indicam haver no Brasil aproximadamente 43 mil adolescentes abaixo dos 14 anos vivendo em situação matrimonial. A mãe adolescente é predominantemente preta ou parda (69%), não possui ensino médio (85,4%), se dedica a afazeres domésticos (92,5%) e não estuda nem trabalha (59,7%).

Em pesquisa mais recente o IBGE (2015) divulgou que a participação das mães adolescentes na fecundidade total do País vem diminuindo, porém ainda se mantém alta quando comparada aos padrões internacionais. Ressalta ainda que tal diminuição

provavelmente está relacionada à redução da proporção de jovens de 0 a 14 anos e não a adoção de políticas públicas destinadas a esse grupo.

É possível avaliar isso quando se compara os cinco (5) anos que antecederam a alteração da Lei nº 12.015/2009 com os cinco (5) anos que sucederam sua promulgação, observando que o número de nascidos vivos com mães entre 10 a 14 anos apresentou um aumento discreto, diferente do que se esperava (BRASIL, 2013b).

2.3.2 Reflexo do abuso sexual e os direitos sociais das crianças e adolescentes vitimadas

Na4 modernidade, a evolução moral dos costumes sociais e o acesso à informação não podem ser vistos como fatores que se contrapõem à natural tendência civilizatória de proteger certos segmentos da população física, biológica, social ou psiquicamente fragilizados, como é o caso das crianças e adolescentes (FARIA e VIANNA, 2016).

O abuso sexual de crianças e adolescentes é um dos tipos de descumprimento dos direitos desse público mais frequente, gerando implicações médicas, legais e psicossociais que acentuam o risco de uma evolução para uma psicopatologia grave, complicando sua evolução psicológica, afetiva e sexual. Culturalmente falando, o incesto é uma das formas de abuso sexual mais frequente, além de sua caracterização por vezes recorrente e com presença da vitimização do acusado, essa configuração de violência causa consequências psíquicas extremamente danosas às vítimas (FLORENTINO, 2015).

É compreendido que por se tratar de um ser em desenvolvimento, a criança não está em sua total formação emocional e física para a prática sexual, o que é agravado quando associado a essa brutalidade ainda é possível identificar outros tipos de violências concomitantes, como é o exemplo da física e psicológica. Os sintomas se desenvolvem muitas vezes por meio da concretização da violação de seu corpo, causando reações somáticas que despertaram de forma corrompida e precoce novas sensações a esses corpos (FLORENTINO, 2015).

É possível associar a essas crianças e adolescentes consequências como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno Dissociativo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtornos Alimentares. Além disso, as vítimas expostas a esse tipo de violência podem apresentar comportamentos como sentimento de culpa e de diferença em relação aos pares, baixa autoestima, timidez, agressividade, medo, embotamento afetivo, isolamento, dificuldade em confiar em outras pessoas, alterações no sono, dores abdominais, fugas de casa, mentiras, sexualidade exacerbada e desesperança em relação ao futuro (SOARES et al., 2014).

O comprometimento biopsicossocial é influenciado por diversos aspectos, tais como, idade do início do abuso, sua duração (único ou recorrente), ameaça ou gravidade do abuso, grau de relacionamento da vítima com o agressor, diferença de idade entre a criança e o agressor. Tratando-se do aspecto social propriamente dito, essas vítimas muitas vezes perdem a confiança nos relacionamentos interpessoais, comprometendo seu comportamento pró-social causando retraimento, superficialidade nos relacionamentos, dificuldade em compartilhar, distorção do conceito de família (FLORENTINO, 2015).

Quando se observa pontualmente as vítimas adolescentes, é possível encontrar a transferência das agressões sofridas para outras crianças. Tratando-se de meninas especificamente, é comum observar uma tendência à repetição do que sofreram, devido a possíveis mudanças de comportamentos que se manifestam em atitudes de sedução. Em casos mais extremos, é possível verificar a ocorrência de situações consideradas perversas, nas quais, de certa forma, algumas vítimas de abuso sexual podem desenvolver vaginismo não orgânico (espasmo involuntário da musculatura da vagina), dispaurenia não orgânica (algia durante a penetração) ninfomania e até mesmo a tendência à prostituição (FLORENTINO, 2015; GABEL, 1997).

Outros dois impactos frequentes e não menos importante é a ocorrência da gravidez indesejada e o acometimento de infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Estudos apontam que são consequências dessa violência, o menor uso de métodos contraceptivos, a maior possibilidade de gravidez em idades precoces e o maior risco de recorrência da agressão. A gravidez envolvendo meninas com menos de 14 anos representa fator de risco e elemento desestruturador na vida dessa criança ou adolescente, devido a atrasos e desafios educacionais, exposição ao abuso do parceiro íntimo e até mesmo comprometimento ginecológico (SOUTO et al, 2017).

Devido a isto, os casos de violência sexual sejam abusos ou exploração sexual, exigem preparo tanto dos profissionais quanto das instituições de saúde para atuarem com a população infanto-juvenil. O atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência sexual nos serviços de saúde e de justiça deve obedecer a critérios éticos e de direitos humanos, sob pena de dupla vitimização: violência sexual e violência institucional decorrente de tratamento desumano e degradante pelos órgãos do Poder Público, que pode constituir uma violação aos direitos humanos (JUSTINO et al, 2011).

Por meio da Lei nº 12.845/2013 tornou-se obrigatório e integral o atendimento, no Sistema Único de Saúde (SUS), as vítimas de violência sexual, onde os hospitais devem oferecer atendimento emergencial integral e multidisciplinar, visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, a facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento aos órgãos de medicina legal e delegacias especializadas, devendo iniciar as profilaxias da gravidez e das Infecções Sexualmente Transmissíveis e oferecer informações as vítimas sobre seus direitos legais.

Com citado anteriormente, a lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, enfatiza que as políticas implementadas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e saúde deverão adotar ações articuladas, como forma de evitar a violência institucional protegendo essas vítimas. Os órgãos ligados a esses sistemas devem estabelecer mecanismos conjuntos de referência, contra referência e monitoramento dos casos, garantir a celeridade do atendimento logo após a revelação da violência, favorecer a mínima intervenção dos profissionais envolvidos.

Toda a rede de assistência deve garantir cuidado integral, preservando a confidencialidade e facilidade a comunicação tanto entre vítimas e profissionais, quanto entre profissionais dos serviços de atendimentos, devendo encaminhar as denúncias para: à autoridade policial do local dos fatos, para apuração; ao conselho tutelar, para aplicação de medidas de proteção; e ao Ministério Público, nos casos que forem de sua atribuição específica. O cuidado prestado a essas crianças e adolescentes precisa estar direcionado para o atendimento acolhedor nos serviços de saúde, atentar para a vulnerabilidade da vítima e membros da família, para a tomada de depoimento especial e se preciso for a inclusão da vítima ao programa de proteção as vítimas e testemunhas (BRASIL, 2017a).

Dentre os profissionais inseridos na rede de apoio a essas vítimas, o enfermeiro destaca-se por ser considerado um dos profissionais que mais está presente no cenário do cuidado, desde a rede de atenção básica até a rede terciária. As consultas de enfermagem e as visitas domiciliares proporcionam a oportunidade, por meio da interação entre profissional e família, de identificar sinais sugestivos de abuso sexual, combater a ocorrência e/ou a recorrência e acionar a rede de apoio assistencial as vítimas. As ações educativas e as consultas de pré-natal são outros exemplos de maneiras de identificar essas vítimas (TAPIA, ANTONIASSI, AQUINO, 2014).

Para que isso ocorra dois fatores devem ser garantidos, o conhecimento por parte do profissional enfermeiro da atuação correta em situações de suspeita de abuso sexual e a habilidade em saber lidar com as vítimas (TAPIA, ANTONIASSI, AQUINO, 2014).

Da mesma forma, deve ser respeitado o princípio do sigilo, como prevê o Código de Ética de Enfermagem na Resolução nº564/2017, em que estabelece que é vedado revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Retornando a ideia de vulnerabilidade presente intrinsecamente no processo da adolescência, é preciso priorizar ações programáticas voltadas para esse público, desenvolvendo estratégias de educação em saúde que possibilitem vincular a informação e a reflexão, criando um canal que estreita a relação entre a criança e o adolescente e as atenções intergestoras, permitindo que o jovem compartilhe suas ideias, sentimentos e vivências, exercendo uma visão crítica e um posicionamento atuante e transformador, em sua própria vida, favorecendo assim a possibilidade dele ser um próprio agente redutor dos riscos inerentes desta fase (MARTINS e SOUZA, 2013).

Por intermédio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece que "A educação sexual deve acontecer, pois a criança e o adolescente devem conhecer seu próprio corpo", é reconhecido que é importante assegurar às crianças e adolescentes a efetivação de seus direitos fundamentais nas áreas de educação e saúde, prevenindo para que não sejam vítimas de transgressões a sua saúde física, mental e social, não os responsabilizando por um autocuidado, mas sim estruturando e disseminando que é competência do Estado cuidar das

crianças a adolescentes, desde a fase preventiva até a reabilitação após a violência, reduzindo os riscos e consequências (MARTINS e SOUZA, 2013).

Portanto, o funcionamento das instituições que atendem essas vítimas de abusos Sexuais deve visar a proteção dos direitos da criança e do adolescente em sua totalidade, com prioridade absoluta, objetivando a minimização de qualquer condição que exponha esse público a qualquer tipo de violência, discriminação ou intimidação e deverão agir de maneira articulada e horizontalizada para que as vítimas sejam assistidas de maneira integral e continuada (BRASIL, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem quantitativa e direcionalidade temporal retrospectiva, do tipo observacional com delineamento ecológico. Os estudos epidemiológicos buscam trabalhar a distribuição e os determinantes dos eventos ou padrões de saúde em populações previamente definidas, aplicando os estudos para controlar problemas de saúde, objetivando tanto a compreensão dos fenômenos intrínsecos e extrínsecos, como a intervenção para modificar padrões de saúde de determinadas populações estudadas (MEDRONHO et al, 2009).

O presente estudo, buscando a compreensão dos fenômenos relacionados ao abuso sexual, possui direcionalidade temporal retrospectiva pois foi realizado a partir de dados quantitativos registrados no passado até o presente momento, ainda que a exposição e a população foram mensurados após o ocorrido, por meio de registros confiáveis, entretanto sem a propriedade de controle dessas exposições nem de intervenções, caracterizando-se, portanto, como observacional (MEDRONHO et al, 2009; HOCHMAN et al, 2005).

Os principais delineamentos de estudos observacionais são: Seccional ou transversal; Caso-controle; Coorte (prospectivo) e Ecológico. Nos estudos ecológicos, tanto a exposição quanto a ocorrência do agravo são determinadas para grupos específicos de indivíduo. Neste tipo de estudo realiza-se uma combinação de base de dados referente a determinadas populações, buscando avaliar como contextos sociais e ambientais podem afetar a saúde dos grupos analisados (LIMA-COSTA e BARRETO, 2003; MEDRONHO et al, 2009).

Nos estudos ecológicos, busca-se a comparação entre a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, população de risco) para verificar a possível existência de associação entre elas. Em um estudo ecológico típico, medidas de agregados da exposição e da doença são comparadas (BRAVIDELLI e FREITAS, 2012; LIMA-COSTA e BARRETO, 2003).

As principais vantagens de ser um estudo ecológico é a possível união de vários dados epidemiológicos de fontes distintas, o que favorece uma visão ampla da associação entre os possíveis fatores determinantes e condicionantes do grupo exposto ao aspecto estudado, nesse

caso, aos menores de 14 anos vítimas de abuso sexual; possibilita uma área ampla de estudo com economia de tempo e recursos; e possibilita a mensuração do efeito de um agravo nas condições de saúde de uma determinada população (MEDRONHO et al, 2009; HULLEY et al, 2015).

Como todo tipo de estudo, os ecológicos apresentam limitações, dentre as presentes neste estudo encontramos a indisponibilidade do total de informações em todas as variáveis analisadas, devido à ausência de dados; e a impossibilidade de associação entre exposição e o status de saúde individual dos sujeitos, o que limita as conclusões sobre a causa da problemática, essa limitação é chamada de falácia ecológica. (MEDRONHO et al, 2009; HULLEY et al, 2015).

3.2 População do estudo

Fizeram parte deste estudo crianças a adolescentes entre zero (0) a 13 anos, 11 meses e 29 dias de idade classificados como menores vulneráveis que sofreram abuso sexual em Maceió/atendidos no município de Maceió no período de 2009 a 2017. Este período foi definido para que fosse possível realizar a análise de uma série histórica dos últimos 10 anos, porém devido às informações da notificação pelo SISPOL (Sistema de Informações Policiais) e pela insuficiência de dados do SINAN, ambos referentes ao ano de 2008, optou-se por utilizar apenas os últimos 09 anos (2009 a 2017).

3.3 Local do estudo

A cidade de Maceió, capital do estado de Alagoas, situada na região Nordeste do Brasil, ocupando uma área 511 Km², composta por 50 bairros divididos em oito (08) distritos administrativos, teve uma população residencial estimada para 2016 de 953.393 habitantes, dentre esses 238.204 habitantes em idade entre 0 a 14 anos, representando 25% do total da população (DATASUS, 2016).

A região conta com profissionais de saúde na prevenção de novos casos, por meio principalmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde os mesmos em sua grande maioria são responsáveis também pela identificação da violência e juntamente com os profissionais de

saúde atuam a Maternidade Escola Santa Mônica e a Delegacia especializada. Outros órgãos públicos também podem ser acionados, como o Juizado da infância, Instituto Médico Legal (IML), o Conselho Tutelar e o Ministério Público, além de centros de apoio as vítimas (SILVA, FERRIANI, SILVA¹, 2011).

A Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA) é o órgão da Segurança pública competente para fiscalizar, investigar e instaurar inquérito e procedimentos policiais nos casos de infração penal praticada contra crianças e adolescentes, ou seja, crimes nos quais as crianças e adolescentes são vítimas e não autores do delito. Esse órgão busca a responsabilização do autor da violência juntamente com os outros órgãos judiciais acionados concomitantemente. Por se tratar de uma Delegacia especializada, seus registros são consolidados no setor de estatística da Delegacia Geral da Polícia Civil (MARTINS, 2008).

As unidades de análise foram: a Delegacia Geral da Polícia Civil, localizada na Av. Gen. Luiz França, no bairro de Jacarecica, Maceió/ Alagoas, através do Sistema de Informações Policiais (SISPOL) que agrega dados estatísticos dos registros policiais vinculados a segurança pública; e a Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas, situada na Avenida da Paz, 978 - Jaraguá, Maceió - AL, 57022-050, através dos Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A escolha da Delegacia Geral da Polícia Civil foi por se tratar do órgão central responsável por tabular e sistematizar dados registrados em todas as outras delegacias especializadas, como é o caso da Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, que tem como objetivo de atender e apurar todas as formas de violência praticadas contra esse público específico. E a escolha pela Secretaria Estadual de Saúde, foi com o intuito de coletar casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes menores de 14 anos notificados e presumidos pela ocorrência da gravidez.

Inicialmente a Maternidade Escola Santa Mônica, foi selecionada como o 3º local de estudo por tratar-se de um serviço referência para o atendimento as Vítimas de Violência Sexual do Estado de Alagoas, compondo a rede estadual, entretanto mesmo após consentimento Institucional e aprovação do Comitê de Ética, o setor responsável pelos dados solicitados não os disponibilizou até o prezado momento. Devido a isso, o local foi retirado do estudo, o que não prejudicou a coleta dos dados, tendo em vista que a Secretária Estadual

de Saúde (SESAU/AL) é o órgão responsável pela consolidação das notificações de toda a rede Estadual, incluindo os dados da referida Maternidade.

3.4 Aspectos éticos

Como o estudo envolveu a utilização de dados nominais secundários de não domínio público, foi solicitado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devido a impossibilidade de consegui-lo, tendo em vista a origem dos dados, comprometendo-se ao cumprimento do termo de confidencialidade das informações.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas, a fim de garantir que a Lei 13.431/17, a qual estabelece a garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, fosse respeitada na íntegra, sendo aprovado em 02/02/2018, sob protocolo nº 2.482.519 (Anexo).

Além disso, toda a dissertação foi elaborada respeitando a resolução nº 466/2012, no que concerne a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado; e a resolução nº 510/2016, garantindo a não exposição de riscos aos participantes durante os procedimentos metodológicos realizados no estudo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

3.5 Variáveis

Variável Dependente: Incidência de casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes menores de 14 anos.

Variáveis independentes: Correspondentes a cada banco de dados:

- a. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)-
 - Ano; Idade da Vítima; Sexo da vítima; Situação conjugal declarada; Bairro de Residência da vítima; Bairro da Ocorrência da violência; Sexo do agressor; Idade do

agressor; Afinidade entre vítima e agressor; Reincidência da violência; local da violência; Outras violências associadas.

- b. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)- Mães Menores de 14 anos.
- Ano; Idade da mãe; Situação Conjugal declarada; Bairro de residência; Idade do pai; Número de consultas no Pré-Natal; Número de gestações;
- c. Registros de Boletins de Ocorrências de Violência Sexual (SISPOL)- Com menores de 14 anos.
- Ano; Idade da vítima; Sexo da Vítima; Bairro de residência da vítima; Bairro da Ocorrência da violência; Afinidade entre vítima de agressor; Idade do agressor.

3.6 Coleta de dados

As informações sobre as vítimas foram coletadas no banco de dados das unidades de análise. Os dados fornecidos pela Secretária Estadual de Saúde foram disponibilizados de forma nominal, utilizando as informações coletadas única e exclusivamente para execução do presente estudo e as informações somente serão divulgadas de forma anônima, em conformidade com o inciso II, parágrafo 3º do art. 31 da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011).

O uso de dados nominais se fez necessário para que não houvesse duplicidade de sujeitos durante a análise e para que fosse possível o cruzamento das informações dos três bancos de dados: Mortalidade, Nascidos vivos e Notificação Compulsória por violência, o mesmo não será possível fazer com os dados da delegacia, devido ao anonimato dos dados fornecidos. Com posterior formação de um novo banco de dados integralizando todos os sujeitos, foi possível a identificação de exposições recorrentes de uma mesma vítima, seja pela identificação direta ou indireta da violência (por meio dos registros de nascidos vivos com mães menores de 14 anos, tendo como fundamentação teórica a lei nº 12.015/2009).

Por meio dos dados registrados no setor de estatística (SISPOL) da Delegacia Geral da Polícia Civil e em posterior autorização do Delegado Geral de Polícia, foram coletados dados gerais referentes: as vítimas; o agressor; o tipo de violência sexual e o encaminhamento do

caso, levando em consideração que as vítimas não foram identificadas e terão seu sigilo preservado.

Os dados referentes a presunção de violência sexual devido ao nascimento foram coletos por meio da Secretaria Estadual de Saúde, através das notificações nos bancos de dados: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificações) para notificações de violências sexuais que envolveram menores de 14 anos e o SINASC (Sistema de Informações Nascidos Vivos) para notificação dos nascidos vivos com mães menores de 14 anos.

3.7 Critérios de Inclusão e Exclusão:

Critérios de inclusão: Vítima de violência sexual direta ou presumida, com até treze anos, 11 meses e 29 dias no momento da ocorrência da mesma, notificadas nos sistemas: SINAN e SINASC da Secretária Estadual de Saúde, por meio da Ficha de Notificação de Agravos e Registro de Nascidos Vivos; e nos Registros de Boletim de Ocorrência consolidados na Gerência de Estatística e Informática da Delegacia Geral de Polícia Civil (SISPOL).

Critérios de exclusão: Notificações/registros com informações de uma mesma violência sofrida por uma mesma vítima em uma mesma ocasião.

3.8 Tratamento e análise dos dados

Após serem coletados em mídia digital, os dados foram submetidos à revisão, limpeza de bancos e a busca de duplicidade de registros. A análise estatística foi realizada utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 21, por possuir um ferramental vasto de técnicas estatísticas. Inicialmente foram obtidas a frequência simples de todas as variáveis do estudo.

Para análise da estatística descritiva foi utilizado medidas de posição e de tendência central, de variabilidade e análises por meio de testes bivariados. Com o intuito de verificar a existência ou não de associações entre as variáveis de interesse para o presente estudo, foram realizado testes estatístico de distribuição (qui-quadrado) e testes de análise da variância (Anova e Teste de Tukey).

Para as variáveis com amostras independentes o Teste t de student foi utilizado, a fim de analisar de maneira comparativa as médias. Para os testes aplicados, o nível de significância adotado foi de 5%.

Para o geoprocessamento dos resultados foi utilizado o programa do INPE - Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, o TerraView versão 4.2.2, por ser um aplicativo para visualização e análise de dados geográficos, possibilitando a visualização da distribuição dos casos pela região estudada (TERRAVIEW, 2013).

O geoprocessamento contribui desde o planejamento, monitoramento até na avaliação das ações de saúde, sendo também ferramenta importante para análise das relações entre o ambiente e eventos relacionados à saúde. Suas técnicas podem ser utilizada na análise dinâmica do comportamento espacial das doenças/agravos e suas relações com o ambiente com representação gráfica, auxiliando a avaliação da situação de saúde de populações específicas e na identificação de possíveis regiões e grupos em risco de ser acometido (MULLER, CUBAS, BASTOS, 2010).

Os dados utilizados no presente estudo serão resguardados por um período de 5 anos sob responsabilidade da pesquisadora responsável sendo destruídos após esse período.

4 RESULTADOS

Inicialmente foi realizado a limpeza do banco do SINAN. Como os registros do SINAN incluem todas as notificações de agravos envolvendo violência interpessoal e doméstica, foi filtrado dos 3421 notificações, apenas os registrados como abuso sexual, totalizando 736 notificações (21,51%) no período de 2009 a 2011 em Maceió/Alagoas.

Após isso, os três bancos foram triados utilizando como critério de exclusão o local das ocorrências (tanto das violências, quanto dos nascimentos) retirando dos três bancos analisados (SINAN, SINASC e Delegacia- SISPOL) todos os registros e notificações de violências sexuais que não ocorreram no Município de Maceió. Após a filtragem nos bancos de dados para seleção das ocorrências no Município de Maceió, obtivemos o seguinte resultado: SINAN foi de 736 notificações para 202 (27,45%); O SINASC reduziu de 8285 notificações para 4198 (50,66%); E dos dados do SISPOL, dos 570 boletins registrados 211 (37,01%) casos. É importante destacar que pela distribuição percentual das ocorrências pelos 102 municípios, Maceió registra o maior percentual nos três bancos.

Em seguida foram excluídos todos os menores com idade igual e/ou superior a 14 anos completos. Após a exclusão das meninas com 14 anos, o SINASC reduziu de 4.198 mães para 1052 e o SINAN de 202 para 172 vítimas. Os dados do SISPOL já foram fornecidos com a exclusão dos menores acima de 13 anos, 11 meses e 29 dias, mantendo portando o mesmo quantitativo citado acima.

É preciso destacar a participação no número de adolescentes com idade de 14 anos nos bancos fornecidos pela Secretária de Saúde do Estado de Alagoas. No SINASC dentre a faixa de 10 a 14 anos as mães com idade de 14 anos corresponderam a 74,9% (3.146) e no SINAN 14,8% (30) das notificadas.

A triagem do banco sucedeu-se com a retirada de registros duplicados para uma mesma situação de violência, de maneira nominal por meio da conferência de no mínimo quatro informações, que se apresentava com determinada configuração a depender do banco.

No banco de dados do SINAN, foram analisadas para conferência: Nome da vítima; Data da ocorrência da violência; Data de nascimento e Nome da mãe. Já no banco de dados do SINASC foram analisadas nessa etapa: Nome da parturiente; Data de Nascimento da parturiente; Número da Declaração de Nascidos Vivos; Data de nascimento do Recém

Nascido e número de fetos na gestação. A necessidade da conferência da variável “número de fetos na gestação” se deu para que em situações de gravidez gemelar, não fosse contabilizado duas vezes.

Essa triagem só foi possível nos bancos do SINAN e do SINASC. Nos dados do SISPOL não foi possível devido à ausência de informações qualitativas que pudessem auxiliar na busca de duplicidade.

Após essa terceira triagem os bancos totalizaram: SINASC- 953 recém-nascidos com mães menores de 14 anos; SINAN- 170 Vítimas de abuso sexual notificadas com menos de 14 anos e os mesmos 211 registros de boletins de ocorrências de violências sexuais cometidas contra menores de 14 anos, entre os anos de 2009 a 2017 no Município de Maceió/Alagoas.

Com base nos dados colhidos com a Secretária Estadual de Saúde por meio do SINAN e da Delegacia Geral da Polícia Civil estão registrados como violência sexual contra crianças e adolescentes menores de 14 anos, vistos como vulneráveis perante a lei brasileira, 381 vítimas, entretanto no mesmo período analisado foram registrados 953 nascimentos de crianças com mães em idades de 10 a 13 anos.

Tabela 1- Distribuição percentual das notificações compulsórias e do registro policial de abuso sexual da secretária de saúde e segurança pública, respectivamente e do registro de nascidos vivos envolvendo crianças e adolescentes segundo idade em ano.

Idade em anos	<u>SINAN</u>		<u>SISPOL</u>		<u>SINASC</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	08	4,7	-	-	-	-
01	03	1,8	03	1,4	-	-
02	05	2,9	03	1,4	-	-
03	08	4,7	20	9,5	-	-
04	06	3,5	12	5,7	-	-
05	05	2,9	12	5,7	-	-
06	08	4,7	10	4,7	-	-
07	07	4,1	13	6,2	-	-
08	04	2,4	08	3,8	-	-
09	04	2,4	17	8,1	-	-
10	07	4,1	15	7,1	05	0,5
11	14	8,2	24	11,4	13	1,4
12	34	20,0	31	14,7	110	11,5
13	41	24,1	43	20,4	825	86,6
Total	170	100,0	211	100,0	953	100,0

Fonte: SINAN, SISPOL e SINASC

Na tabela (01) é possível constatar que houve registro de abuso sexual em todas as idades analisadas, com destaque para as idades entre 11 a 13 anos, as quais concentram 46,4% (SISPOL), 55,8% (SINAN) e 99,4% (SINASC).

Em seguida iremos dividir os resultados em: Violência notificada e registrada, segundo dados do SINAN e SISPOL; e Violência presumida, segundo registro de nascidos vivos com mães menores de 14 anos (SINASC).

4. 1 Violência notificada e registrada, segundo dados do SINAN e SISPOL

Com relação ao sexo da vítima, verifica-se que nos resultados as meninas foram mais representativas sendo 87,1% (SINAN) e 84,8% (SISPOL) (gráfico 01)

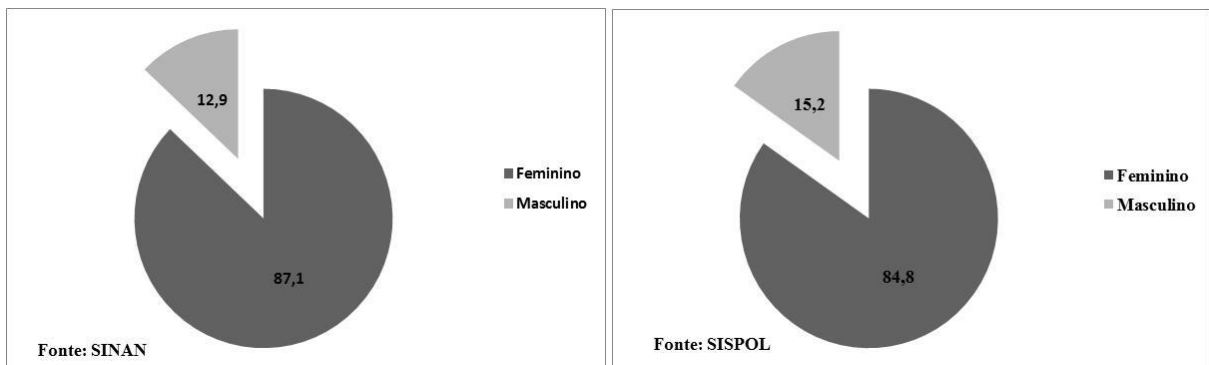


Figura 1- Distribuição percentual das notificações compulsórias e registro da segurança pública de abuso sexual em crianças e adolescentes, segundo sexo da vítima. Maceió, 2009-2017

Comparando essa distribuição do sexo das vítimas pela idade nos resultados distintamente, é possível ver como elas se distribuem de acordo com cada dado analisado. Inicialmente no SISPOL, é possível visualizar que as crianças do sexo feminino foram abusadas com 9,27 anos em média, enquanto que os meninos com 7,22 anos (Tabela 02).

Tabela 2- Distribuição da idade da vítima de abuso sexual por sexo em menores de 14 anos. Maceió, 2009-2017.

Sexo da vítima	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio
F	179	1	13	10	9,27	3,42
M	32	1	13	6	7,22	4,32
Total	211					

Fonte: SISPOL

O que se assemelha nos resultados do SINAN. Como demonstra a tabela 03, a idade das meninas variou entre 0 e 13 anos, com média de 9,43 anos. Entre os meninos observou-se vítimas com idade entre 1 ano e 13 anos, com média de 6,82 anos de idade.

Tabela 3- Distribuição da Idade por sexo da vítima de abuso sexual entre 0 a 13 anos. Maceió. 2009-2017

Sexo vítima	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio padrão
F	148	0	13	12	9,43	4,23
M	22	1	13	6	6,82	3,61
Total	170					

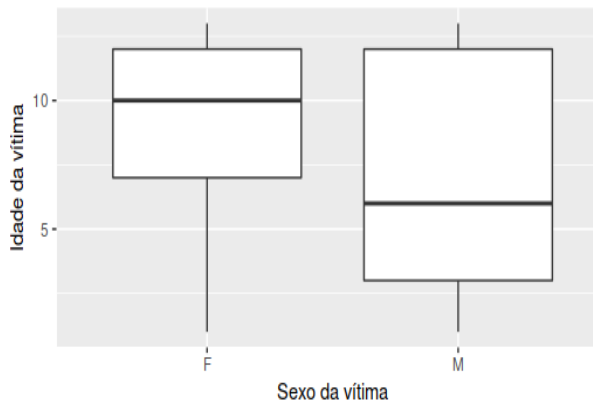
Fonte: SINAN

Vemos também, principalmente com o auxílio da representação gráfica por boxplot, como a idade destas crianças se distribui entre os sexos.

Na representação gráfica abaixo (Gráfico 02) os dados da delegacia variam de 1 ano a 13 anos, revelando que 50% das meninas sofrem abusos com menos de 10 anos. No grupo de meninos essa mediana é mais baixa. 50% da amostra de meninos sofreu abuso com menos de 06 anos de idade. Como mostra o gráfico, os resultados indicam que meninos são abusados similarmente entre todas as faixas etárias. No grupo de meninas 75% delas estão entre 07 e 13 anos.

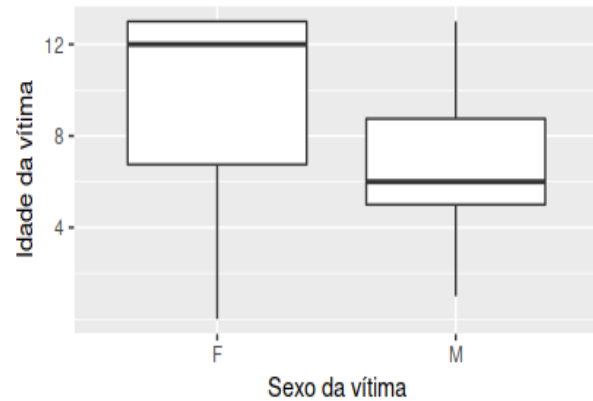
Já o gráfico 03, demonstra que a idade mínima registrada pelo SINAN foi 0 anos. Entre os meninos observou-se vítimas com idade entre 1 ano e os 13 anos, com média de 6,82 anos de idade. O boxplot demonstra que a idade destas crianças se distribui entre os sexos. A mediana indica que para as meninas 50% delas sofrem abusos com menos de 12 anos, indicando serem mais velhas na base do SINAN do que na da Delegacia.

No grupo de meninos essa mediana é mais baixa. Dentre as vítimas masculinas 50% sofreu abuso sexual com cerca de 6,82 anos de idade, o que se assemelhou a estatística dos resultados do SISPOL. Como mostra o gráfico, a análise indica que meninos são abusados similarmente entre todas as faixas etárias na base do SINAN e tem comportamento igual nos resultados do SISPOL. No grupo de meninas 75% delas estão entre 6,75 e 13 anos, já os meninos são relativamente mais jovens, nesse quesito.



Fonte: SISPOL

Figura 2- Boxplot- Distribuição da Idade por sexo das vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos, registrados pela segurança pública. Maceió, 2009-2017.



Fonte: SINAN

Figura 3- Boxplot- Distribuição da Idade por sexo das vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos, Maceió, 2009-2017.

Para identificar a diferença estatística das médias de acordo com as idades por sexo, foi realizado o teste T, que possibilitou a confirmação da diferença estatística significativa nos dois resultados, com distribuição semelhante. A tabela 04 comprova os resultados que meninos sofrem abuso sexual sistematicamente mais cedo que as meninas. A diferença média é de 2,049 anos a menos para o sexo masculino, variando entre 0,418 e 3,681 anos no intervalo de confiança de 95%. Embora essa diferença seja menos precisa, dado a variação no grupo masculino, o teste usado foi bastante rigoroso ao adotar um modelo bicaudal e paramétrico, com diferença significativa ao nível de p-valor $< 0,05$. Nestes termos rejeitamos a hipótese nula de que as médias são iguais.

Essa diferença foi visualizada com semelhança no SINAN, por meio da tabela 04, em que é visto que meninas foram abusadas com 9,43 anos em média, enquanto meninos com

6,82 anos. Foi possível avaliar que há diferença estatisticamente significativa entre os sexos comparados independente do banco analisado.

Os meninos sofrem abuso sexual sistematicamente mais cedo que as meninas. A diferença média é de 3,098 anos a menos para o sexo masculino, variando entre 0,891 e 4 anos no intervalo de confiança de 95%. Embora essa diferença seja menos precisa, dado a variação no grupo masculino, o teste usado foi bastante rigoroso ao adotar um modelo bicaudal e paramétrico com p-valor < 0,05. Nestes termos rejeitamos a hipótese nula de que as médias são iguais. Tendo, portanto os resultados similares tanto no SINAN quanto nos do SISPOL.

Tabela 4- Teste t: Comparação das médias da idade por sexo da vítima de abuso sexual entre 0 a 13 anos, registrados no SISPOL e no SINAN. Maceió, 2009-2017.

Sistema de informação	Diferença	T	Df	p-valor	IC 95%	
					Inferior	Superior
SISPOL	2,049	2,543	38,251	0,015	0,418	3,681
SINAN	2,614	3,098	30,276	0,004	0,891	4,004

Fonte: Autora, 2019.

Com base na análise comparativa da associação por sexo e idade da vítima, foi possível avaliar a associação do sexo com a variável afinidade com o possível agressor. Estabelecemos um agrupamento para melhorar a apresentação dos resultados:

- SISPOL- (1) Núcleo familiar - pais, avós, irmãos, tios; (2) Cônjuge / Parceiro - namorado, companheiro, cônjuge; (3) vizinho / outra - vizinho, nenhuma ou pessoa não informada;
- SINAN- (1) Núcleo familiar - pais, avós, irmãos, tios, tios avós, primos, padrastos, etc; (2) Cônjuge / Parceiro - namorado, companheiro, cônjuge, ex-namorado; (3) Amigo/conhecido - amigos, conhecidos, patrão, conhecidos da escola, padrinho, etc.; (4) Desconhecidos - desconhecidos, não lembrados, não sabe.

Nos resultados da tabela 05 quanto o abuso sexual em relação a afinidade do agressor verifica-se que vizinhos/outras correspondem a 55,92% dos agressores, sendo que nas meninas esse agressor representa 45,97% e nos meninos 9,95%. Entretanto analisando apenas

o grupo de meninos com abuso sexual sofrido por vizinho/conhecidos corresponde a 65,62%. Destaca-se contudo a participação do abuso sexual praticado por pessoas do núcleo familiar (36,02), sendo que 30,81% corresponde a meninas.

O teste de qui-quadrado realizado com a variável afinidade com agressor do SISPOL não rejeita a hipótese nula de independência entre as variáveis. Isto é, não podemos com base nesses resultados afirmar que meninas são mais prováveis do que meninos de serem abusadas sexualmente por alguém do núcleo familiar. O baixo poder discriminatório das variáveis pode ser devido à erros de reportação que inflam o percentual de casos na categoria vizinhos/outras. Podemos notar também que não houve casos reportados de cônjuge no grupo do sexo masculino.

Tabela 5- Distribuição das vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos pelo segundo afinidade com possível autor. Maceió, 2009-2017 (SISPOL)

Afinidade com agressor	F		M		Total	
	N	%	N	%	N	%
Vizinho/Conhecidos	97	45,97	21	9,95	118	55,92
Núcleo Familiar	65	30,81	11	5,21	76	36,02
Cônjuge/Parceiro	17	8,06	0	0,00	17	8,06
Total	179	84,83	32	15,17	211	100

Fonte: SISPOL

*Chi-square: 5,456 df: 6; p-valor: 0,487.

Nos resultados do SINAN, quanto as informações referente a variável afinidade com agressor e sexo da vítima (tabela 06), foram retiradas da análise 10,6% que a informação da afinidade estavam registradas como ignoradas, assim foram analisadas 152 notificações.

Dentre os grupos, os agressores categorizados como conhecidos foram o mais representativos (33,53%). Quando cruzamos essas informações com a afinidade que o agressor possuía com a vítima vemos que 30,92% eram meninas que foram abusadas por desconhecidos, 26,32% por conhecidos e 23,03% por pessoas do seu núcleo familiar. O teste de qui-quadrado informa que essas observações não são independentes. A distribuição de abusos sexuais cometidos por pessoas desconhecidas de fato se distingue das demais. Por

outro lado, vemos como a distribuição entre os meninos é diferente: conhecidos e núcleo familiar são os grupos de afinidades mais recorrentes.

Tabela 6- Distribuição das vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos pelo segundo afinidade com possível autor. Maceió, 2009-2017 (SINAN).

Afinidade com agressor	F		M		Total	
	N	%	N	%	N	%
Conhecidos	40	26,32	11	7,24	51	33,56
Núcleo familiar	35	23,03	5	3,29	40	26,32
Cônjuge/namorado	13	8,55	0	0,00	13	8,55
Desconhecidos/outros	47	30,92	1	0,66	48	31,58
Total	135	88,82	17	11,18	152	100

Fonte: Autora, 2019.

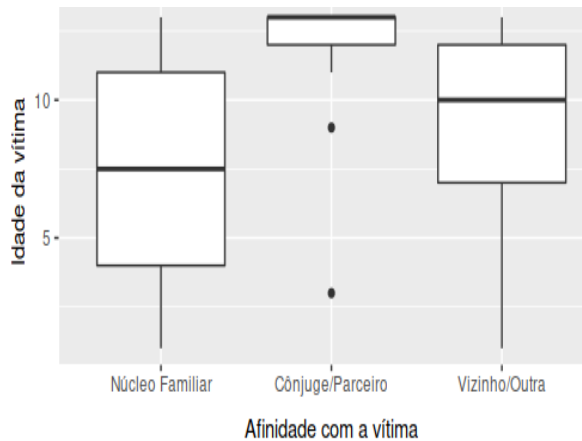
*Chi-square: 18,644 p-valor = 0,028.

Nota: Foram extraídos 18 (10,6%) registros que não constavam a informação da afinidade com o agressor

Agora comparando a variável afinidade do agressor por idade da vítima, percebemos nos resultados do SISPOL por meio do Boxplot 04, que a idade da vítima se distribui uniformemente no núcleo familiar, enquanto que é mais concentrada no grupo de cônjuge/parceiros. A dispersão é maior no grupo de vizinhos/outros como já esperado. Podemos notar que as medianas não se cruzam o que indicam maior poder discriminatório dessas variáveis. No grupo familiar 50% estão abaixo de 7,5 anos, no grupo dos vizinhos esse patamar é de 10 anos e no grupo de cônjuge é de 13 anos.

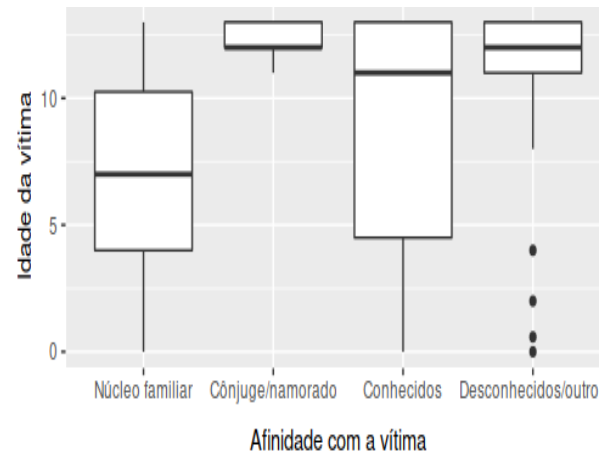
Já nos resultados do SINAN, o Boxplot 05 apresenta diferença dos resultados obtidos do SISPOL. É possível visualizar que a idade se distribui normalmente no núcleo familiar, enquanto é mais concentrada no grupo de cônjuge/namorado. A dispersão é maior no grupo de conhecidos como já esperado pela grande quantidade de pessoas que o formam. O grupo de desconhecidos é bastante concentrado e com distribuição semelhante ao grupo cônjuge/namorado.

Podemos notar que as medianas não se cruzam entre alguns grupos o que indicam maior poder discriminatório dessas variáveis. No grupo familiar 50% estão abaixo de 07 anos. Isso significa que as crianças mais jovens são abusadas em ambiente familiar. No grupo de cônjuges/namorados e desconhecidos 50% das crianças são mais velhas que 12 anos de idade.



Fonte: SISPOL

Figura 4- Boxplot: Distribuição da Idade por sexo afinidade com agressor, em vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos, Maceió



Fonte: SINAN

Figura 5: Boxplot- Distribuição da variação da idade por afinidade com agressor, em vítimas de abuso sexual entre 0 a 13 anos, Maceió

No que se refere às médias de idade entre os grupos identifica-se inicialmente no SISPOL 7,68 anos para o núcleo familiar; 11,08 anos para cônjuges/parceiros; e 9,36 para vizinho/outra. Os intervalos de confiança foram calculados em 95%. Por se tratar de três grupos foi realizado um teste de ANOVA para avaliar essas diferenças exatamente, o que revelou diferença significativa. O teste F foi alto (11,77), com p-valor 0,001. Nesse caso, podemos rejeitar a hipótese nula de que a variação da idade das vítimas é igual entre os três grupos preestabelecidos de afinidade. Para melhor compreender essa variação, foi realizado múltiplas comparações de Tukey.

O teste de Tukey, visualizado na tabela 07, permitiu identificar diferenças significativas entre as médias dos três grupos de afinidade por idade nos resultados do SISPOL, controlando o nível de significância, revelando que a média de idade das crianças abusadas sexualmente é superior quando os agressores são cônjuges/parceiros da vítima. As crianças são em médias 4,14 mais velhas ao se comparar com média de idade de crianças abusadas por pessoas no núcleo familiar. Essa diferença é significativa como indicada pelo p-valor.

A segunda comparação mostra que crianças abusadas sexualmente por vizinhos/outras pessoas são mais velhas que aquelas que são abusadas pelo grupo familiar: a diferença foi de 1,68 anos a mais. Finalmente, a última comparação mostra que crianças abusadas por vizinhos/outras são mais jovens que aquelas abusadas pelo cônjuge (em média 2,46 anos a menos).

Tabela 7- Post-Hoc de Tukey: Comparação entre as médias de idade das vítimas por afinidade com agressor. Maceió, 2009-2017. SISPOL

Associação da afinidade com agressor	Intervalo de confiança			P-valor adj
	Diferença	Inferior	Superior	
Cônjuge/Parceiro-Núcleo Familiar	4,14	1,95	6,33	0,000
Vizinho/Outra-Núcleo Familiar	1,68	0,48	2,88	0,003
Vizinho/Outra-Cônjuge/Parceiro	-2,46	-4,58	-0,34	0,018

Fonte: Autora, 2019.

O mesmo teste realizado no SINAN comparou as médias entre os 04 grupos por meio do teste de ANOVA para avaliar essas diferenças exatamente. Como já esperávamos, existe uma diferença significativa em no mínimo um grupo. O teste F foi alto (10,59), com p-valor < 0,001. Nesse caso, também é possível rejeitar a hipótese nula de que a variação da idade das vítimas é igual entre os quatro grupos de afinidade. A tabela abaixo apresenta as múltiplas comparações de Tukey.

Tabela 8- Post-Hoc de Tukey: Comparação entre as médias de idade das vítimas por afinidade com agressor. Maceió, 2009-2017. SINAN

Associação da afinidade com o agressor	Intervalo de confiança			P-valor adj
	Diferença	Inferior	Superior	
Cônjuge/namorado - Núcleo familiar	5,05	1,94	8,15	0,000
Conhecidos - Núcleo familiar	1,57	-0,49	3,62	0,200
Desconhecidos/outros - Núcleo familiar	3,82	1,73	5,90	0,000
Conhecidos - Cônjuge/namorado	-3,48	-6,51	-0,46	0,017
Desconhecidos/outros - Cônjuge/namorado	-1,23	-4,27	1,81	0,718
Desconhecidos/outros - Conhecidos	2,25	0,30	4,21	0,017

Fonte: Autora, 2019

As crianças são em média 5,05 anos mais velhas ao se comparar com média de idade de crianças abusadas sexualmente por pessoas no núcleo familiar e 3,48 quando se compara com grupo de conhecidos. Essas diferenças foram significativas como indicada pelo p-valor². A segunda comparação mostra que crianças abusadas por conhecidos são mais velhas que aquelas que são abusadas pelo grupo familiar: a diferença foi de 1,57 anos a mais. Por outro lado, crianças abusadas por desconhecidos são significativamente mais velhas que as abusadas por parentes. A diferença foi de 3,82 anos e significativa a p-valor < 0,000.

² Não observou-se diferença significativa com o grupo de desconhecidos, mas devemos ressaltar que o N compondo o grupo cônjuge/namorado é o menor da amostra o que aumenta o intervalo de confiança. Essa diferença não passou no p-valor por pouco.

Quanto a idade dos agressores no momento do abuso sexual, constata-se uma ausência de informações em 52,6% das ocorrências (SISPOL), desta forma analisamos 100 registros dos quais contavam a informação da idade do agressor. Observamos que a idade variou entre 12 a 78 anos em que, 2,83% eram menores de 18 anos. Dentre as informações é possível visualizar diferença significativa na comparação da categoria Cônjuge/Parceiro e os demais grupos (p-valor 0,003). Em suma, abusadores que são categorizados como Cônjuge/Parceiro são significativamente mais jovens que os demais. Mesmo que membros da família sejam um pouco mais velhos que vizinhos, essa diferença não é significativa.

Devido a qualidade da informação sobre idade do agressor registrada na variável como ciclo de vida do autor no SINAN, não foi possível analisar essa informação, pois 63,53% dos registros estavam como ignorados (36) ou não registrados (72).

Por ser um sistema de informação mais completo e multifatorial o banco do SINAN nos possibilitou caracterizar o abuso sexual em relação ao local de ocorrência da violência, a ocorrência do abuso recorrente e a presença de outras violências associadas de acordo com a tabela 09. O local de ocorrência mais frequente dos abusos é a própria residência das vítimas com 57,1% dos casos, seguido de vias públicas e outros locais, ambos representando 13,7% dos casos.

Quanto a variável local de ocorrência do abuso sexual é possível verificar que a média de idade das vítimas registradas em locais públicos, tais como locais de prática esportiva e vias públicas foi de 12,33 e 12,04 anos respectivamente. Entretanto verifica-se médias menores de idade quando o local de ocorrência foi a residência da vítima e creche/escola 8,14 e 08 anos, respectivamente.

Nessa variável foi identificado diferença significativa na comparação entre as crianças abusadas sexualmente em suas residências, sendo significativamente mais jovens que aquelas abusadas em via pública, com diferença de 3,9 anos em média com p-valor <0,005.

Dentre as vítimas 27,6% relataram que o abuso sexual atual não era o primeiro que vivenciavam. Em representação estatística significante, foram visualizado a associação de mais de uma violência simultânea. 33,5% das vítimas sofreram violência física durante o abuso sexual e 37% violência psicológica. Apesar dessas variáveis possuírem algumas informações ignoradas no banco, elas são variáveis qualitativas para a discussão do presente estudo.

Tabela 9- Caracterização do abuso sexual notificado com vítimas de 0 a 13 anos. Maceió, 2009 - 2017

Caracterização da violência	N	%
Local da Ocorrência		
Residência	96	57,1
Via Pública	06	3,5
Comércio/Serviços	03	1,8
Creche/Escola	23	13,7
Estabelecimento de saúde	01	0,6
Instituição de longa permanência	23	13,7
Ignorado	16	9,5
Abuso recorrente		
Sim	47	27,6
Não	85	50,0
Ignorado	38	22,3
Presença de violência física		
Sim	57	33,5
Não	80	47
Ignorado	33	19,4
Presença de violência psicológica		
Sim	63	37
Não	73	43
Ignorado	34	20

Fonte: SINAN

4. 2 Violência presumida segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos vivos (SINASC)

Quando comparamos o quantitativo de meninas que deram entrada no Sistema Único de Saúde devido a parto com menos de 14 anos, percebemos que dentre as 953 registradas pela declaração de nascidos vivos, apenas 14 (1,3%) foram registradas como vítimas de abuso sexual no SINAN. Vale lembrar que essa comparação não foi possível ser realizada também com os dados da delegacia, devido a ausência da variável “nome da vítima” neste banco, como descrito na metodologia e no início dos resultados.

Os resultados revelaram que a média de idade foi de 12,8, com mínimo de 10 anos ($\pm 0,439$), apresentando portando variação de idade consideravelmente baixa. Isso é esperado uma vez que estamos falando de meninas que seguiram adiante em uma gestação.

Verifica-se na tabela 10 que 78,3% das mães dos nascidos vivos declararam serem solteiras, enquanto que 20,3% consistem em casadas ou em união estável. Um percentual de 0,1 declarou ser separada ou viúva. Ao analisar a variável idade do pai, o n reduziu consideravelmente, para 127 casos de mães, o que representa 86,67% desta informação não registrada na declaração de nascidos vivos.

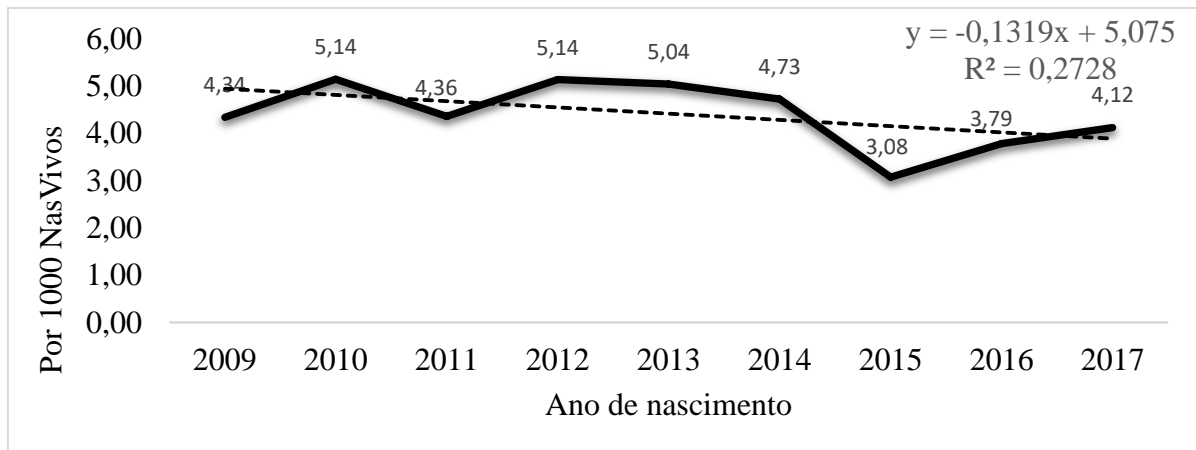
Outro aspecto importante é referente ao histórico obstétrico dessas meninas. Ainda na tabela 10 visualiza-se que 5,6% das meninas já vivenciaram outra gestação com idade inferior aos 14 anos de vida e que 74% das mães fizeram no mínimo 1 consulta de pré natal antes do parto, apresentando uma distribuição do número de consultas de pré-natal simétrica em relação a sua média. Na média as meninas fazem 5,6 consultas de pré-natal durante a gestação. Mas 50% das meninas registradas fizeram menos que 6 consultas. A análise dessa variável permitiu revelar que 74% das meninas com menos de 14 anos que tiveram crianças nascidas vivas entre os anos de 2009 e 2017 tiveram ao menos um contato com profissionais de saúde e mesmo assim a notificação de violência sexual não foi realizada.

Tabela 10- Distribuição das mães menores de 14 anos registradas do SINASC. Maceió, 2009 - 2017.

Característica das mães menores de 14 anos	N	%
Situação conjugal declarada		
Solteira	746	78,3
Casada	11	1,2
Viúva	1	0,1
Separada	1	0,1
União estável	185	19,4
Ignorada	9	0,9
Gestações prévias		
Nenhuma	688	72,2
1 ou mais	33	5,6
Ignorado	212	22,3
Nº Consultas Pré-Natal		
Nenhuma	6	0,6
1 a 6	476	49,9
> 6	230	24,1
Ignorado	241	25,3

Fonte: SINASC

Ao analisar os registros de nascidos vivos durante os anos de 2009 a 2017, a fim de avaliar a violência presumida nessas meninas, identificou-se por meio da regressão linear que apesar da ocorrência de uma redução da taxa de crescimento de 4,9% com relação ao número de nascidos vivos com mães menores de 14 anos entre os anos analisados, foi identificado uma fraca correlação linear.

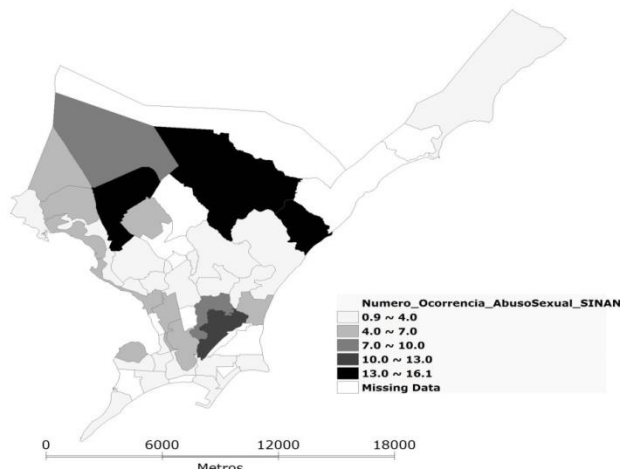


Fonte: Autora, 2019

Figura 6- Regressão linear pela proporção de nascidos vivos de mães menores de 14 anos pelo total de nascidos vivos de acordo com os anos de nascimento. Maceió, 2009 - 2017.

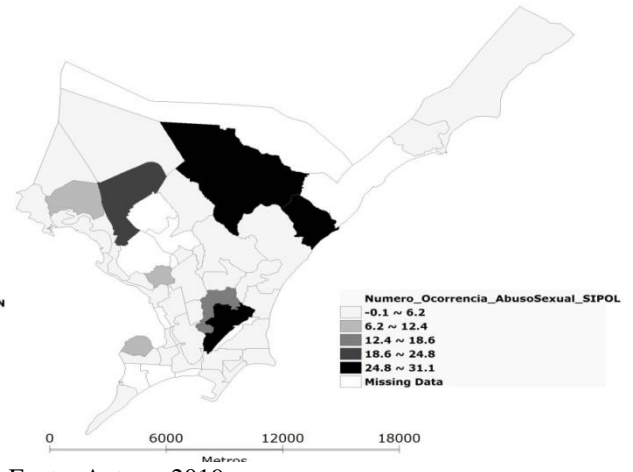
Por fim, através do Software TerraView versão 4.2.2 foi possível visualizar a distribuição do abuso sexual pelo bairro de ocorrência (mapa 01 e mapa 02).

Em relação a distribuição da ocorrência de abuso sexual pelos bairros de Maceió, observa-se que 26% (13) dos bairros não apresentaram registros no SINAN e 22% (11) no SISPOL. Nota-se que três bairros (6%) concentram o maior número de abusos sexuais notificados variando de 13 a 16 casos (SINAN), sendo estes Guaxuma, Benedito Bentes e Tabuleiro do Martins. No SISPOL 05 (10%) bairros registram o maior número de ocorrências, variando de 12,4 a 31 casos, sendo estes Benedito Bentes, Guaxuma, Jacintinho, Tabuleiro do Martins e Feitosa.



Fonte: Autora, 2019

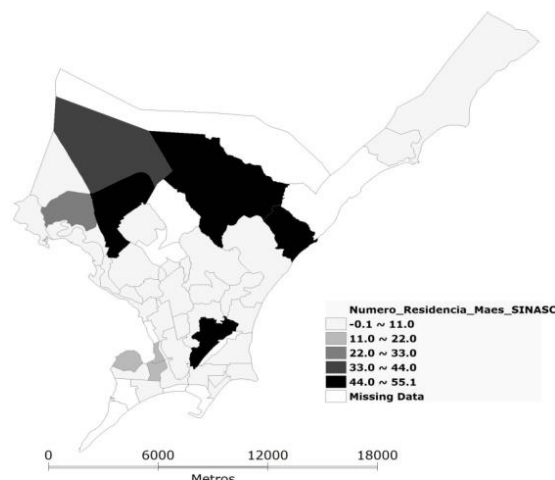
Figura 7: Mapa da distribuição das ocorrências de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes de 0 a 13 anos por local de ocorrência, notificadas pelo Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) entre 2009 a 2017, Maceió.



Fonte: Autora, 2019

Figura 8: Mapa da distribuição das ocorrências de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes de 0 a 13 anos por local de ocorrência, registradas pelo Sistema de Informação da Polícia (SISPOL) entre 2009 a 2017, Maceió.

Em relação a distribuição da ocorrência de nascidos vivos de mães menores de 14 anos segundo bairro de residência, observa-se que 20% (10) dos bairros não apresentaram registros no SINASC. Verifica-se também uma concentração de alguns bairros de residência destas mães no total de 09, que representa 18%, sendo que o número de nascimentos variou de 11 a 55, em que 4 bairros concentra uma distribuição entre 44 e 55, são eles Guaxuma, Benedito Bentes, Tabuleiro do Martins e Jacintinho.



Fonte: Autora, 2019

Figura 9: Mapa da distribuição de abuso sexual presumido de acordo com os registros do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) pelo local de residência das mães menores de 14 anos com filhos nascidos vivos entre 2009 a 2017, Maceió.

5 DISCUSSÃO

A utilização de três bancos distintos no trabalho, sendo 02 voltados mais aos serviços de cuidado a saúde das vítimas (SINAN e SINASC) e 01 ligado internamente à segurança pública (Delegacia- SISPOL), possibilitou a realização da investigação estatística comparativa entre serviços componentes da rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, identificando semelhança estatística entre os dados de abusos sexuais notificados e registrados (SINAN e SISPOL) e uma discrepância comparando com os de abuso presumido (SINASC).

Os resultados referentes à caracterização das vítimas indicaram que 87% (SINAN) e 84,8% (SISPOL) das notificações eram relacionados às vítimas do sexo feminino. Destas vítimas, 50% tinham menos de 10 anos, e 75% estavam na faixa etária de 7 a 13 anos. Estes achados estão em consonância com o que é relatado na literatura, em estudos que buscaram caracterizar o abuso sexual de crianças e adolescentes no âmbito nacional, regional e estadual (TAPIA, ANTONIASSI e AQUINO, 2014; RATES, 2015; PAMPLONA, 2015; SOUTO et al., 2018; SANTOS, 2018).

Foi possível observar que apesar das meninas serem a maior representatividade das vítimas, os meninos são abusados sistematicamente mais cedo que as meninas, chegando a uma diferença média de 2,05 anos a menos, o que corrobora com estudos semelhantes. Um estudo realizado em São Paulo com crianças e adolescentes até 14 anos vítimas de abuso sexual que foram encaminhados ao Programa de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica, revelou que mesmo as meninas sendo as vítimas mais representativas, são os meninos quem são abusados mais precocemente, sendo a faixa de risco entre 03 a 06 anos (54,6%), enquanto que nas meninas compreende a faixa entre 07 e 10 anos de idade (48,5%) (SERAFIM et al. 2011).

É compreendido que a vulnerabilidade e o risco de sofrer abusos sexuais são maiores em crianças menores, devido a relação de desempenho das atividades básicas de sobrevivência das crianças depender inteiramente do pai, mãe ou cuidador. As crianças pequenas apresentam menos resistência ao abuso, são mais fáceis de ludibriar e dominar ao

mesmo tempo em que são ensinadas culturalmente a respeitar a autoridade do adulto como figura dominadora do poder sobre a criança (BALBINOTI, 2009; NUNES e SALES, 2016).

É preciso esclarecer que a predominância do sexo feminino entre as vítimas de abuso sexual, não pode anular a importância desta ocorrência no sexo masculino. Isso muitas vezes é defendido com a justificativa que os meninos revelam a violência menos do que as meninas, o que muitas vezes está ligado a cultura da masculinidade imposta socialmente. Outras investigações envolvendo o mesmo público apontaram uma diminuição na frequência de notificações de violência envolvendo o sexo feminino em contrapartida, um aumento no sexo masculino, o que evidencia a necessidade da abordagem individualizada nas ações preventivas e investigativas (FERNANDEZ, TAVARES E PINHEIRO, 2016; SOUTO et al., 2018).

Além disso, acredita-se que infelizmente os percentuais revelados nos estudos não conseguem corresponder à realidade total dos casos, pois o abuso sexual, assim como todas as formas de violência sexual, principalmente envolvendo crianças e adolescentes, não tem a concretização total da notificação dos casos, seja pela ausência de apoio familiar, pelo medo do preconceito e da exposição ou pela precariedade da investigação dos casos (SERAFIM et al. 2011; TAPIA, ANTONIASSI e AQUINO, 2014).

Guimarães e Pedroza (2015) ao analisar diversos contextos, relatam que a sociedade brasileira é estruturada com base em padrões patriarcais e machistas, atribuindo a força e o autoritarismo aos homens, o que gera naturalização da violência sofrida pela figura feminina através das mãos da figura masculina e mascara a sofrida pelo público masculino. Para Saffioti (2001), as mulheres estão sujeitas aos homens, tornando um limite tênue entre a ruptura de sua integridade física, psíquica e emocional, e a superação do seu destino como figura de mulher.

Há estudos que apontam que essa relação de gênero com domínio masculino, acontece através da criação de circunstâncias por parte dos homens, que são em sua maioria mais velhos e inseridos no convívio diário das vítimas, agindo de maneira impositiva, contínua e permanente, o que gera muitas vezes a ocorrência dos abusos recorrentes (SERAFIM, et al. 2011; TAPIA, ANTONIASSI e AQUINO, 2014).

A presença de abusos recorrentes envolvendo vítimas de violência é preocupante. Nas notificações de casos com reincidência registrados pelo SINAN, foi identificado que dentre as

vítimas analisadas 27% relataram não ter sido a primeira vez que sofreram abuso sexual. Este tipo de notificação está presente em outros estudos anteriores sobre violência sexual (GAWRYSZEWSKI et al., 2012; FACURI et al., 2013; SOUTO et al., 2018). Ainda pode-se presumir que dentre as notificações muitas não alegaram a recorrência da violência, possivelmente por medo e receio de julgamentos e culpabilização.

Por se tratar de crianças e adolescentes essa recorrência acaba sendo mais representativa do que em outros grupos etários. Uma investigação envolvendo meninas com até 13 anos de idade que engravidaram, revelou que a violência de repetição, esteve presente em 58,2% dos casos registrados, emoldurando o caráter crônico e perverso com tendência a se tornar progressivamente mais grave se não houver intervenção de políticas públicas eficazes. O estudo ainda discute que quando não interrompida, a violência provavelmente gerará adoecimento, morte ou sequelas físicas e emocionais que irão acompanhar a vítima ao longo de toda a sua vida (SOUTO et al, 2017).

Essa reprodução recorrente do abuso indica uma maior vulnerabilidade para a violência no convívio familiar, pois, por não se tratarem de situações isoladas, elas estão, em sua maioria, associadas ao âmbito intrafamiliar, onde o acesso à vítima é mais fácil e constante e a opressão é mais comum (GUIMARAES e VILLELA, 2011; FONSECA et al., 2012).

Tanto os dados do SISPOL quanto do SINAN revelaram que a afinidade entre vítima e autor são em sua maioria vizinhos/desconhecidos (55,9%) e desconhecidos (30,9%), respectivamente, o que diverge de estudos semelhantes, que revelam o pai como o mais frequente, seguido pelo tio, primo e só posteriormente vizinhos e desconhecidos (BARRIGA, MOLINERO, FERNANDÉZ, 2006; SERAFIM, et al. 2011; TAPIA, ANTONIASSI e AQUINO, 2014).

Entretanto o núcleo familiar, mesmo não sendo o mais presente, representou números altos em ambos os bancos, SISPOL (36,02%) e SINAN (23,03%), com associação da idade da vítima, revelando que as crianças mais novas estão associadas ao abuso sexual cometido dentro do convívio família. Outro dado importante associado é o local de ocorrência das violências notificadas, sendo a própria residência da vítima o local mais frequente (57,1%), o que corrobora com outras investigações epidemiológicas (JUSTINO et al., 2011; GAWRYSZEWSKI et al., 2012; SOUTO et al. 2018).

Serafim et. al (2011) relata que essa ocorrência do abuso sexual no ambiente familiar, gera na vítima um conflito de emoções, o que retardada, dificulta ou até mesmo impede o relato do abuso sofrido. Ao mesmo tempo que elas vivenciam o medo, o desamparo e o receio pela punição, elas se sentem emocionalmente perseguidas, violadas, assustadas e desprotegidas pelas pessoas e pelo ambiente onde estão inseridas.

Segundo Saffioti as vítimas precisam muitas vezes de estimulação para afirmarem a ocorrência do abuso. Em seu estudo em 2001 afirmou que apenas 1% das declarantes afirmaram já ter sofrido violência sexual, contudo ao serem estimuladas a falar, essa taxa subiu para 11%, não ficando isso exclusivo apenas para a violência sexual, mas também física e psicológica (SAFFIOTI, 2001).

A ocorrência concomitante de outras violências durante o abuso sexual foi visualizada por meio do banco do SINAN, onde 33,5% das vítimas sofreram violência física e 37% violência psicológica, o que é um fato relatado em estudos que envolvem vítimas de violência sexual, principal relacionado ao gênero feminino (SANTOS, 2018).

Enquanto a agressão sexual e física são mais associadas ao conceito de violência, atribuídas as marcas e consequências visíveis a sociedade, a violência psicológica mesmo sendo a mais comum é a menos visível e mais negligenciada. Se tratando de crianças e adolescentes, a violação do corpo envolve atos, palavras e pensamentos que depreciam a imagem da pessoa diante de si e dos outros, despertando sentimentos que afetam a vida psíquica da vítima (NUNES e SALER, 2016).

Como consequência desses abusos que invadem corpos e mentes, onde muitas vezes são identificados tardiamente, tanto pelo silêncio da vítima quanto pela falta de instrumentos investigativos e de combate, desmembram efeitos sofridos na infância ou início da adolescência que podem manifestar-se ao longo da vida, seja por transtornos psiquiátrico ou alterações comportamentais: ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, agressividade, tentativa de suicídio, comportamento erotizante, insegurança, sentimento de inferioridade e abuso de substâncias (SERAFIM et. al 2011, CAPITÃO e ROMARO, 2008).

A análise dos resultados referentes à notificação da violência indica contrastes entre os bancos do SINASC e SINAN. Enquanto o SINASC trouxe um total de 953 nascidos vivos de mães com idade inferior a 14 anos, o SINAN indica no mesmo período um total de 170 casos, o que corresponde a uma parcela de apenas 17,83% do total de casos de presunção de

violência sexual em vulnerável ocorridos no mesmo período. Ressalta-se que, dos 953 nascidos vivos oriundos de menores de 14 anos relatados no banco do SINASC, uma parcela de 74% realizou no mínimo uma consulta de pré-natal, tendo contato com profissionais de saúde nestas consultas.

Desta forma, observa-se um cenário de subnotificação de casos por parte dos profissionais da rede de saúde que prestaram assistência a estas menores e não notificaram os casos de violência, considerando que, na faixa etária estudada, a violência sexual é tida como suspeita e/ou presumida.

Um estudo realizado por meio de uma revisão integrativa referente à violência contra crianças no cenário brasileiro em 2016 revelou que as delegacias de polícia são os primeiros locais de busca das vítimas, enquanto que os serviços de saúde acabam sendo esquecidos, isso justificado pelo fato que as vítimas ou quem as conduz, não consideram o setor de saúde como competente para lidar com esse tipo problema (NUNES e SALES, 2016). O que não podemos alegar através dos resultados do presente estudo, já que os números de notificadas entre SINAN e SISPOL foram estatisticamente semelhantes.

A Portaria Ministerial nº 204/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória, estabelece como obrigatória, para médicos e outros profissionais de saúde, a notificação imediata para a Secretaria Municipal de Saúde dos casos de violência sexual que assistirem durante sua atuação profissional (BRASIL, 2016b)

Por se tratar de um estudo realizado com dados secundários de três bancos diferentes, o estudo possibilita visualizar que existem em muitos atendimentos a subnotificação, associado pela falta de monitoramento e de orientação para um registro contínuo, padronizado e adaptado para as suspeitas e casos de abusos sexuais.

Estudos revelam que este tipo de subnotificação é comum quando as vítimas das violências pertencem a grupos vulneráveis, como é o caso das crianças e adolescentes menores de 14 anos, além das Mulheres, dos homossexuais, idosos e moradores de rua. A ausência do preenchimento de dados é outro fator que revela a falta de conhecimento dos profissionais responsáveis pelo acolhimento dessas vítimas, o que fragiliza a política e dificulta o cuidado qualificado (GARBIN et al, 2015; ALMEIDA et al, 2012; MASCARENHAS et al, 2012; MENEGHEL et al, 2011), identificado por meios dos dados ignorados ou não preenchidos.

É possível afirmar que a situação de vulnerabilidade está presente em todo o grupo de adolescentes, porém o recorte etário realizado neste estudo, envolvendo dos 10 aos 13 anos, possa incluir o público mais susceptível a falta de informação e mais expostas ao abuso sexual, tanto pela falta de autonomia para consentir relações sexuais como pela fragilidade em sofrer coação (SIMONETTI, 2004).

A vulnerabilidade, não possui um caráter probabilístico, o que a diferencia do risco, sendo visto como um estado associado a situações e contextos individuais e coletivos do ser humano, em que este possui aspectos que os deixam mais suscetíveis, porém não necessariamente sofrerão danos. Compreender a vulnerabilidade permite aos profissionais de saúde planejar e executar suas atividades de prevenção e promoção com enfoque individualizado, contextualizado e holístico, levando em consideração não apenas aspectos biológicos, mas também os sociais (CARMO e GUIZARDI, 2018).

Visualizar a criança e o adolescente como grupo vulnerável permite conhecer e compreender as particularidades desses sujeitos, tanto na visão micro (indivíduos) como no macro (grupo social), para o enfrentamento de situações como é o caso do abuso sexual que contribuem para o comprometimento da autonomia como sujeito, para a incapacidade de elaborar e incorporar informações voltadas ao seu próprio cuidado, comprometendo a proteção e a prevenção de sua saúde.

O/A enfermeiro/a, como membro da equipe de saúde, poderá avaliar os componentes da vulnerabilidade do adolescente com idade até 14 anos inseridos em sua comunidade, renovando suas práticas e garantindo a horizontalidade e integralidade do cuidado, com reconhecimento dos direitos e deveres das crianças e adolescentes (ALGERI e SOUZA, 2006).

O/A enfermeiro/a precisa trabalhar combatendo o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, reforçando a importância da articulação entre os serviços de saúde que atuam diretamente na assistência a essas vítimas, identificando famílias com risco potencial para violência, no sentido de verificar a existência de crises situacionais ou possíveis sinais, ou seja, elementos que seriam desencadeadores de alguma modalidade de violência e estimular um desenvolvimento sadio da criança, evitando autoritarismos, omissão e abusos (ALGERI e SOUZA, 2006).

Visar a prevenção do abuso sexual é componente fundamental da promoção da saúde da criança e do adolescente. Conhecer as particularidades da comunidade os quais estão inseridos, os riscos em que estão expostos, as dúvidas que os cercam e fazê-los compreender das vulnerabilidades que estão vivenciando são ações que devem estar presentes na assistência diária do/a enfermeiro/a.

É preciso destacar que o sistema adotado pelo Código de Ética das profissões fundamenta-se na responsabilidade perante os deveres e obrigações. Destaca-se que os Códigos de Ética da medicina e da enfermagem, profissionais atuantes em atendimentos a esses públicos, dentre eles o de pré-natal, condenam expressamente a omissão ou conivência do profissional diante de situações de violência de qualquer natureza, impondo penalidades, que podem culminar em cassação do direito de exercer a profissão. Desta forma, a omissão da notificação da violência pode configurar-se como infração ética por parte destes profissionais. (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018).

Egry, Apostólico e Moraes (2018) definem a notificação como um dos pilares do enfrentamento da violência infantil e destacam seu potencial de definir medidas de prevenção de reincidências e estabelecer uma linha de cuidados às vítimas. Almeida et al. (2012) ainda relata que a notificação deveria funcionar e ser visualizada como instrumento para construção de políticas públicas, contribuindo para o seu dimensionamento e assegurando a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência às vítimas.

Ambos os autores supracitados defendem que a prevenção do abuso sexual é altamente relevante, pois age diretamente na diminuição da incidência, no combate as recidivas, na manipulação da qualidade de vida e dos gastos elevados nos serviços de atendimento.

É preciso que haja uma maior orientação aos profissionais de saúde inseridos nos órgãos componentes da rede de atenção a esse público, de que a notificação não é sinônimo de denúncia, no caso de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, apenas a suspeita já é suficiente para a realização da notificação, que posteriormente irá culminar no acionamento de diversos órgãos, tais quais, Conselho Tutelar do local de moradia da vítima, Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Vara da infância e da juventude, dentre outros (GARBIN et al, 2015).

Receber, portanto, uma gestante em seu serviço de saúde menor de 14 anos é um sinal de alerta que precisa ser notificado, pois nesse caso o abuso sexual é legalmente presumido

como ato criminoso, independente de ter havido ou não violência. A gravidez na adolescência, nessa perspectiva, apresenta-se como produto da vulnerabilidade das adolescentes. Nessa idade, relação sexual nem sempre é uma decisão consciente, em que os riscos e as consequências envolvidas foram avaliadas, ainda que sejam relações ditas como consentidas ou aceitas, muitas vezes a adolescente tem pouco controle sobre o evento da iniciação sexual, existindo uma relação de poder entre o adulto que vitima e a criança ou adolescente que é vitimada (BRASIL, 2015b).

É possível discutir isso quando observamos que os dados revelaram que dentre as mães menores de 14 anos, 20,6% declaram serem casadas ou estar em algum tipo de união estável, o que traz a tona uma discussão sobre a aceitação de relacionamento conjugal/sexual e a prevalência da gestação envolvendo meninas menores de 14 anos em Maceió.

Segundo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) união formal ou informal antes dos 18 anos de idade é definida como “casamento infantil”, embora estudos demonstrem que o matrimônio antes dos 18 anos é uma violência dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, afetando o desenvolvimento educacional, socioeconômico e fisiológico, de uma forma mais desproporcionada em meninas que meninos (SIMONETTI et al. 2004; TASCÓN et, 2016). É possível visualizar que o matrimônio infantil ainda é bastante presente em países em desenvolvimento, onde 1/3 das meninas se casam antes dos 18 anos e para cada 09 meninas 01 “casa” antes dos 15 anos de idade (TASCÓN et al, 2016).

Segundo o Código Civil brasileiro a idade núbil, ou seja, a idade legal mínima para o casamento corresponde a 16 anos, tanto para homens quanto para mulheres. Entretanto entre 16 e 18 anos, por serem consideradas relativamente incapazes, esses adolescentes precisam estar assistidos dos pais ou responsáveis. Em contrapartida, por serem visto perante o judiciário brasileiro como grupo vulnerável em decorrência de inúmeros fatores, dentre eles a progressão da maturação sexual, os menores de 14 anos, segundo doutrina majoritária, são impedidos de casar mesmo em situações que envolvem gravidez (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009; NOGUEIRA, 2015).

Com base nisso, é afirmado que uma relação sexual só é moralmente legítima quando ambas as partes são possuidoras da capacidade de consentir, o que, por meio do fundamento legal da *inocência consilli*, o menor de 14 anos não possui ciência sobre os fatos sexuais, o que destitui o valor de “consentimento”. A violência por meio do abuso sexual é uma das

mais difíceis de ser identificadas, apenas se revelando muitas vezes por meio da ocorrência da gravidez, consequência que se destaca pela complexidade das alterações e prejuízos, principalmente das meninas (SIMONETTI et al. 2004), levando-se em conta as questões legais a subnotificação das gravidezes em menores de 14 anos constatada no presente estudo revela que os profissionais de saúde naturalizam a gravidez e o casamento neste grupo, desconhecendo a sua vulnerabilidade e tratando-as como adultas, não visualizando o desequilíbrio de discernimento existente neste contexto.

A gravidez na adolescência, infelizmente é um fenômeno expressivo no Brasil, apresentando uma crescente preocupação devido ao aumento dos registros de nascidos vivos envolvendo mães entre 10 a 14 anos, grupo de maior vulnerabilidade gestacional, tanto para mãe como para o bebê (FARIAS e MORÉ, 2012). Segundo dados do Ministério da saúde, dos 2,8 milhões de bebês nascidos no ano de 2016, 23,9 mil são filhos de mães com essa idade. No presente estudo 953 nascidos vivos entre 2009 a 2017 foram de mães entre 10 a 13 anos de idade, o que demonstram a existência de um abuso sexual invisível aos olhos dos profissionais de saúde que não notificam estas ocorrências.

Apesar da literatura ser mais ampla sobre gravidez na adolescência envolvendo a faixa etária de 15 a 19 anos, estudos apontam que recentemente a inclusão do segmento populacional de 10 a 14 anos como idade reprodutiva crescente, associado a vulnerabilidade social na qual estão inseridas e nas consequentes repercussões, vem sendo demonstrado em varias partes do país, tendo o nordeste destaque entre as regiões (SIMONETTI, 2004; COSTA, 2015; FILHO et al. 2011; BRASIL, 2015b; CATALENTI, FREITAS e CANO, 2015).

O georreferenciamento, presente no referido trabalho, possibilitou a identificação dos abusos segundo bairro de ocorrência e residência, revelando que os bairros com mais notificações de abusos sexuais foram Guaxuma, Benedito Bentes e Tabuleiro dos Martins (SINAN) e Guaxuma, Benedito Bentes, Tabuleiro do Martins, Jacintinho e Feitosa (SISPOL) e os bairros com a maior concentração de meninas que tiveram filhos com menos de 14 anos (SINASC) Guaxuma, Benedito Bentes, Tabuleiro e Jacintinho, proporcionalmente.

Nota-se com esses resultados que os bairros de maior concentração tanto do abuso notificado/registrado quanto do presumido pelo parto envolvendo crianças e adolescente menores de 14 anos se assemelham, estando dois deles dentre os cinco bairros considerados

os mais violentos da capital, Benedito Bentes e Tabuleiro do Martins, o que revela a necessidade de proteger essas crianças e adolescentes do meio em que estão inseridas (SEPREV, 2016).

É importante que o planejamento e implementação de políticas, com a finalidade principalmente de prevenção, sejam estruturadas de acordo com as particularidades dos sujeitos que serão beneficiados e dessas localidades em que estão inseridos, sendo necessário analisar o fenômeno dessa violência que atinge crianças e adolescentes em toda sua complexidade social, política, econômica e cultural em sintonia com todas as características que envolvem a origem dessa violência.

É necessário a atenção especializada dos profissionais envolvidos na assistência a essas vítimas, permitindo que a notificação compulsória funcione como instrumento para o favorecimento da proteção, prevenção, identificação e acompanhamento por meio dos profissionais de saúde, assistência social e da justiça, para o fortalecimento da identificação das vulnerabilidades e adoção de medidas que visem o cuidado dessas vítimas. Portanto notificar implica em dividir e partilhar com diversos órgãos e setores da sociedade a responsabilidade de proteger nossas crianças e adolescentes.

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo tiveram suas limitações impostas pela ausência de dados em algumas variáveis nos três bancos e pela possível subnotificação dos casos, demonstrando a necessidade de um melhor preparo dos profissionais inseridos nos serviços que prestam assistência às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e atendidas por motivos obstétricos.

Entretanto, tendo em vista que os objetivos do trabalho foram analisar os resultados obtidos por meio dos dados fornecidos do Sistema de Informação de Agravos (SINAN), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação da Polícia (SISPOL) a fim de investigar, georreferenciar e promover a visibilidade sobre o abuso sexual notificado e presumido na Cidade de Maceió correlacionando características da vítima, do agressor e da violência, entendeu-se que os objetivos foram alcançados.

Foi possível constatar que as meninas são as mais acometidas pelos abusos sexuais (entre 84,8% a 87,1%), entretanto os meninos são abusados mais precocemente (2,04 a 3,09 anos a menos que as meninas). Além disso, os agressores são em sua maioria conhecidos das vítimas (33,5%) e que o principal local onde ocorrem os abusos é a residência da vítima (57,1%), sendo este local associado estatisticamente com as idades mais precoces, ou seja, as vítimas mais jovens são violentadas em suas residências. Outro ponto importante são os casos de abuso recorrente (27,6%) e da presença de outras violências associadas (física e psicológica).

Verificou-se por meio da comparação entre os bancos que a gestação em meninas com menos de 14 anos não é notificada pelos profissionais de saúde como fruto do abuso sexual, independente se a gravidez foi em decorrência de uma relação sexual dita como consensual ou não. Associado a este fato, foi possível constatar que o casamento infantil ainda é uma realidade muito presente na cidade de Maceió (20,6%), sendo necessário colocar em debate as questões de sexualidade e gênero envolvidas na iniciação sexual de pré-adolescentes.

Dessa maneira, acredita-se que o enfermeiro precisa ter conhecimento científico sobre a problemática violência, para cumprir com sua responsabilidade em relação à assistência profissional assumindo o papel de cuidador, o de educador, mostrando para a família, em

qualquer momento, a ideologia de proteção dos direitos da criança e do adolescente, enfatizando a prevenção do acontecimento e da recorrência.

Conclui-se que o profissional de enfermagem precisa engajar-se na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a fim de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária. Entende-se que cada profissional, independente da área em que atue, é responsável de alguma maneira pelas crianças e adolescentes que estão em risco ou em situação de violência e que elas têm direito inalienável à vida, sendo dever de todos criar condições adequadas para que isso ocorra.

Assim, o estudo revela que é necessário aprofundamento a divulgação e a compreensão das discussões envolvendo a questão violência contra criança e adolescentes, seja relatada ou presumida, a fim de que os enfermeiros utilizem o conhecimento científico construído para enfrentarem com urgência o desafio de detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de violência contra crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ALMEIRA, A.H.V. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Rev.Arq Odontol**, v. 48, n.2, p.102-115, 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v48n2/a08v48n2.pdf>. Acesso em: 29 jan 2019.

ANTUNES, A.; MACHADO, C. Abuso sexual na infância e adolescência: Resiliência, competência e *coping*. **Rev Análise Psicol**. Lisboa,v.30 n.1-2, 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312012000100007. Acesso em: 03 set 2017.

ARAUJO, M.F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Rev. Psicol. cienc. prof.** Brasília, v.22 n.2, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200009. Acesso em: 16 dez 2018.

ALGERI, S; SOUZA, L.M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, Rio Grande do Sul, v.14, n.4. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf. Acesso em:28 jan 2019.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1982.

BARRIGA, P. MOLINEIRO, RCR; FERNADÉZ, J.A.Comportamientos sexuales de adolescentes y jóvenes adultos em comunidades de Honduras. **Rev Med Hondur** [internet] n. 74 (1), p.4-18, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=476393&indexSearch=ID>. Acesso em: 16 jan 2019.

BALBINOTTI. C. A violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso. **Rev. Direito & Justiça**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 5-21, 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/8207/5894>. Acesso em: 22 jan 2019.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1998.

BITTAR, D. B. Violência intrafamiliar: um estudo com mães agressoras usuárias de álcool e drogas [Monografia]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em < www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../DANIELABORGESBITTAR.pdf. Acesso em 15 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 4.515, de 1º de dezembro de 1964**. Institui o Bem Estar do Menor, a ela incorporado o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores. 1964. Disponível em< <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4513-1-dezembro-1964-377645-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 01 fev 2019.

BRASIL. **Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979.** Institui o Código de Menor. 1979. Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6697-10-outubro-1979-365840-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 01 fev 2019.

BRASIL.: [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. Estatuto da criança e do adolescente e legislação correlata: **Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata** [recurso eletrônico]. – 12. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 1990.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro. Lei 11.106/2005:** Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11106.htm. Acesso em: 10 fev 2019.

BRASIL. **Lei Federal n. 12.015, de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm. Acesso em: 03 mai 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº65, de 13 de Julho de 2010.** Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm> acesso em 16 de out. 2017.

BRASIL. **Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 27 de jul. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Brasília, 2012^a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 30 nov 2018.

BRASIL, **Lei Federal nº 12.845, de 1 de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 30 set 2016.

BRASIL. **Decreto nº 7.958, de 13 de Março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 13 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde- DATASUS,** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Brasília, 2015a.

BRASIL. Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI). **Primeira Infância e gravidez na Adolescência**. Centro de Estudos integrados: infância, adolescência e Saúde (CEIIAS). Brasília, 2015b. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf>. Acesso em 02 fev 2019

BRASIL, **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 30 nov 2018.

BRASIL, **Portaria nº204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providência. Brasília, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em 01 fev 2019.

BRASIL, **Lei Federal nº 13.431, 04 de abril de 2017**. Dispõe sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acesso em: 25 jul 2017. Acesso em: 02 out 2018.

BRASIL. **Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017**. Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2017b.

BRASIL, **Resolução CFM nº 2.217, de 01 de novembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina. 2018.

BREVIDELLI, M. M.; FREITAS, F. C. G. Estudo ecológico sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n 9, 2012 .Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900027. Acesso em: 02 set 2017.

BORGES, A.V.L. Início da vida sexual. In: Borges AVL; FUJIMORI, E. (orgs). **Aprendizado da Sexualidade: Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. P. 42 – 40.

CAMARGO, A. M. F; RIBEIRO. **Sexualidade(s) e infância(s): a sexualidade como um tema transversal**. São Paulo: Moderna, Campinas: Editora da Universidade de Campinas, 1999.

CAPITÃO, C.G.; ROMARO, R.A. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes. **Rev Psicol. Am. Lat.** n.13, México, 2008. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000200014. Acesso em 29 jan 2019.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Rev Cad. Saúde Pública**. Brasília, v.34, n.3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000303001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 nov 2018.

CARVALHO, A.C.B.O. **Violência sexual presumida**. Curitiba: Juruá, p. 23, 2005.

CASTRO, M.G.; LAVINAS, L. **Do feminino ao gênero: a construção de um objeto**. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina. Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1992;

CATALENTI, F.R., FREITAS, F.P., CANO, M. A. T. Partos na pré-adolescência em uma cidade do interior paulista. **Rev. Investigação**, n.14, v.1, p. 133-137, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/727>. Acesso em: 09 fev 2019.

CORSARO, W.A. **Sociologia da Infância** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

COSTA, R. P. Gilberto Freyre e a infância no Brasil patriarcal. **Rev ângelus novus, São Paulo**, n. 10, p. 41-60. São Paulo, 2015.

DATASUS. [online]. Informações de saúde. População residente- 2016.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T.C.P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Rev Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.23, n.1, p.83-92, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000100083&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 fev 2019.

ESPINDOLA, G. A.; BATISTA, V. Abuso sexual infanto-juvenil: A atuação do programa sentinela na cidade de Blumenau/SC. **Rev. Psicol. Cienc**. Brasília, v. 33 n. 3. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300007. Acesso em: 11 set 2018.

FACURI, C.O et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.889-898, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jan 2019.

FARIAS, R; MORÉ, C.O.O. Repercussões da Gravidez em Adolescentes de 10 a 14 Anos em Contexto de Vulnerabilidade Social. **Rev Psicol: Reflexão e Crítica**, Santa Catarina, v.25, n.3, p. 596-604, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300020. Acesso em: 10 fev 2019.

FARIA, A.A.M.; VIANNA, T. Maioridade Sexual: Por uma idade de consentimento sexual pautada na tutela de bens jurídicos. **Rev. Bras de Ciências Criminais**. Minas Gerais, v. 118. p. 15-54, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5508319>. Acesso em: 25 jan 2018.

FERRARI, C. A. D.; VECINA, C. C. T. O fim do silêncio na violência familiar – Teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.

FERNANDEZ, CB, TAVARES, LF, PINHEIRO, MJS. Enfrentamento da violência sexual de crianças e adolescentes pelo legislativo no Amazonas. **Rev Argumentum**[Internet]. 2016, v. 8, n. 2: 84-103. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/11666>. Acesso em: 10 jan 2019.

FILHO, F.P. et al. Perfil epidemiológico da grávida adolescente no município de Jundiá e sua evolução em trinta anos. **Rev Adolesc&Saúde**. São Paulo, v. 8, n. 1, 2011. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=261. Acesso em: 10 fev 2019.

FLORENTINO, B.R.B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Rev. de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 139-144,. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922015000200139&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 mai 2018.

FONSECA, R.M.G.S. et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Rev Acta Paul Enferm**. v.25, n.6, p.895-901, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000600011&script=sci_abstract. Acesso em: 15 jan 2019.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: O uso dos prazeres**. 13 ed. Rio de Janeiro, 1984.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.

GARBIN, C.A.S et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: Obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p.1879-1890, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>. Acesso em: 03 jan 2019.

GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v.58, n..6, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000600009&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 05 jan 2019.

GIDDENS, A. **A transformação da Intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora, Unesp, 1993.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas , filosóficas e jurídicas. Brasília, **Rev psicol & Socied**, v. 27, n. 2, p. 256-266, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>. Acesso em: 27 jan 2019.

GUIMARÃES, J.A.T.L.; VILLELA, W.V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n8, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800019.

Acesso em: 15 jan 2019.

HEILBORN, M.L. et al. (orgs). **Aprendizado da sexualidade: Reprodução e Trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006, p. 29-57;

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Rev. Acta Cir. Bras.** v.20 s.2 São Paulo, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002. Acesso em: 29 jan 2019.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010;

JUSTINO, L. C. L et al.: Violência sexual contra adolescentes: notificações nos Conselhos Tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400020. Acesso em: 25 jan 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Rev Epidem. e Serviços de Saúde**. Belo Horizonte, v.12, n.4, 2003. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003.

Acesso em: 14 dez 2018.

MADENA, M.R. **Conceitos e formas de violência** [recurso eletrônico]: org. Caxias do Sul, RS: Educus, 2016.

MARTINS, C. B. G. **Violência contra menores de 15 anos no Município de Londrina, Paraná: Análise Epidemiológica de suas notificações** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2008. Disponível em <

www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde.../ChristineBaccarat.pdf> acesso em 01 de out. 2016.

MARTINS, C.B.G. e SOUZA, S.P.S. Adolescente e Sexualidade: as possibilidades de um projeto de extensão na busca de uma adolescência saudável. **Rev. Av. enferm**, Mato Grosso, v. 31, n. 1, p- 170-176, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a16.pdf> .Acesso em: 26 dez 2018.

MASCARENHAS, M.D.M., Violência contra pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor de saúde. **Rev Cien Saude Colet**, v.17, n.9, p.2331-2341, 2012.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014. Acesso em: 29 jan 2019.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed, São Paulo: Atheneu, 2009.

MENEGHEL, S.N. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Cad Saude Publica**, v.27, n.4, p. 743-752, 2011. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2011000400013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 fev 2019.

MOREIRA, M. R. C.; SANTOS, J. F. F. Q. Entre a modernidade e a tradição: a iniciação sexual de adolescentes piauienses universitárias. **Rev Esc. Anna Nery**. v.15, n.3, p.558-566, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 nov 2018.

MULLER, E.P.L.; CUBAS, M.R.; BASTOS, L.C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63,v.6. p. 978-82, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600017. Acesso em: 15 fev 2019.

NEVES, A. S. et al. Abuso sexual contra crianças e o adolescente: Reflexões interdisciplinares. **Rev. Temas psicol**. Ribeirão Preto,v. 18 n.1, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100009. Acesso em: 02 fev 2018.

NOGUEIRA, R. M. A evolução da sociedade patriarcal e sua influência sobre a identidade feminina e a violência de gênero. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, v. 23, n. 5377, 2015. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/48718>>. Acesso em: 11 out. 2018.

NUNES, A.J. e SALES, M.C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p. 871-880, 2016. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300871&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 jan 2019.

OLIVEIRA, IS. Trajetória histórica do abuso sexual contra criança e adolescente. 2006. p.45.[Monografia- Centro Universitário de Brasília], Brasília, 2006;

OLIVEIRA, M.P.C. **Abuso sexual de meninos: estudo das consequências psicossociais na adolescência** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-28042010-165216/pt-br.php>. Acesso em: 17 set 2018.

OTT, M.A. Examining the Development and Sexual Behavior of Adolescent Males. **J Adolesc Health**. v.46, p- 3-11, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858917/>. Acesso em: 05 fev 2019.

PAMPLONA, A.C.B. Caracterização da vítima e do agressor de violência sexual: O caso do Pará. [Dissertação], Belém, 2015.

PEREZ,R. R.; PASSONE, E.F. políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil .**Rev Cad. de Pesquisa**, v.40, n.140, p. 649-673, 2010. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742010000200017&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 21 out 2018.

POSTMAN, N. **O Desaparecimento da Infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999;

RATES, M.M. et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil-2011. **Rev Ciênc & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, n. 20 v.3, p-655-665, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00655.pdf. Acesso em: 05 de jan de 2019.

RIBEIRO, M.O. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para a enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**. São Paulo , v. 33, n. 4, p. 358-63, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000400006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 dez 2018.

SAFFIOTI, H.I.B. Dossiê: Feminismo em questão, questões do feminismo. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Rev Cad. Pagu**. Campinas, n.16, 115-136, 2001;

SANTOS, M.J. et al. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola. **Rev Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, n. 27 (2), 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017059.pdf>. Acesso em: 20 jan 2019.

SCHIMITH, M.D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Rev Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008. Acesso em: 15 dez 2018.

SEPREV. Secretária de Estado de Prevenção à Violência. Relatório da Violência no Estado. Alagoas, 2016. Disponível em: <http://www.seprev.al.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/2016/maio/relatorio-da-seprev-aponta-os-bairros-mais-violentos-de-maceio-confira>. Acesso em 14 fev 2019.

SERAFIM, A.P, et al. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. **Rev Psiq Clín**. v.38, n.4, p.143-7. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000400006. Acesso em 20 jan 2019.

SILVA, T.S.; MENDES, D. F. A contemporaneidade acerca da adolescência e a sexualidade. **Rev. Psicol. e saúd em debate**. v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/download/V1A1/1>. Acesso em: 11 jan 2019.

SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. L.: Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n.5, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500018. Acesso em 13 set 2018..

SIMONETTI, J. R. et al. Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social: Estudo exploratório em cinco Capitais brasileira. *Comunicação em Sexualidade*. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://ses.sp.bvs.br/lis/resource/23071#.XGwgzM5KhPY>. Acesso em: 05 jan 2019.

SOARES, A. B. A. et al. Abuso sexual infantil: repercussões sociais, emocionais e cognitivas. **Rev Dig Buen Aires**, n190, 2014. Disponível em : <https://www.efdeportes.com/efd190/abuso-sexual-infantil-repercussoes-sociais.htm> Acesso em: 20 jan 2019.

SOUTO, R.M.C.V. et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Rev. Ciências & Saúde Coletiva**, Brasília, v.22, n.9 p. 2909-2918, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002902909&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 out 2018.

SOUTO et al. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. **Rev Bras Enferm** [Internet].Piracicaba, v. 71(Suppl 3), p.1237-46, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000901237&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 jan 2019.

TAPIA, C.E.V; ANTONIASSI, L. J.; AQUINO, J.P. Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes. **Rev Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 93-102, 2014. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/316/381>. Acesso em 23 jan 2019.

TASCÓN, L.A.M. et al. Matrimonio infantil: Un problema social, económico y de salud pública. **Rev. chil. obstet. ginecol**. Santiago, v.81 n.3, 2016. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n3/art13.pdf>. Acesso em 05 fev 2019.

TERRAVIWE 4.2.2. São José dos Campos, SP: INPE, 2013. Disponível em: www.dpi.inpe.br/terraview. Acesso em: 29 dez 2017.

UNICEF, State of the World's Children (New York: UNICEF, 2013). Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3394179/pdf/nihms347595.pdf>. Acesso em: 12 dez 2018.

VERONESE, J. R. P. Violência e exploração sexual infanto-juvenil: uma análise conceitual. **Rev Psicol. Clin**. Rio de Janeiro, v.24 n.1. p.117-133, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652012000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 fev 2018.

WAISELSZ, J. J. **Mapa da violência contra crianças e adolescente do Brasil**. Centro brasileiro de estudos latino-americanos. Rio de Janeiro, ed. 1, 2012. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf. Acesso em: 23 de out de 2017.

ANEXO 1.

Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas (CEP-UFAL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência sexual contra o menor vulnerável: Uma análise epidemiológica

Pesquisador: ANA JESSICA CASSIMIRO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80416017.8.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.482.519

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para dissertação de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Orientadora Prof. Drª Ruth França Cizino da Trindade. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo observacional com delineamento ecológico. Esse estudo tem como objetivo a elaboração do perfil dos menores vulneráveis vítimas de crime sexual notificados e/ou presumidos pela gravidez no período de 2007 a 2016, por meio da caracterização da violência sexual contra o menor vulnerável, da identificação de casos de gravidez em menores vulneráveis e do georreferenciamento da situação epidemiológica.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Elaborar o perfil epidemiológico de menores vulneráveis, com idade entre 0 a 14 anos, vítimas de crime sexual notificado e presumido pela gravidez no período de 2007 a 2016.

Específicos:

- Caracterizar a violência sexual contra o menor vulnerável notificados em Maceió no período de 2007 a 2016;
- Identificar casos de gravidez em menores vulneráveis ocorridos em Maceió no período de 2007 a 2016;
- Georreferenciar os casos de violência sexual contra menores vulneráveis em Maceió.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com