

ARTIGO ORIGINAL

Características do abuso sexual em Santo André, São Paulo, Brasil: das vítimas ao agressor, do diagnóstico ao tratamento

Sexual abuse characteristics in Santo André, São Paulo, Brazil: from victims to aggressors, from diagnosis to treatment



Maria Aparecida Dix Chehab¹, Laércio da Silva Paiva^{2,3}, Francisco Winter dos Santos Figueiredo^{2,3}, Blanca Elena Guerrero Daboin³, Lígia de Fátima Nóbrega Reato⁴, Fernando Adami^{2,3*}

¹Prefeitura Municipal de Santo André. Coordenadora da Rede de Saúde para Atenção às Violências e Abuso Sexual. Faculdade de Medicina do ABC. Departamento de Pediatria. Docente da Disciplina de Hebiatria. Santo André, SP, Brasil. Av. Lauro Gomes, 2000, Vila Sacadura Cabral, CEP: 09060-870, Santo André, São Paulo, Brasil.

²Faculdade de Medicina do ABC. Laboratório de Epidemiologia e Análise de Dados, Departamento de Saúde da Coletividade. Santo André, SP, Brasil. Av. Lauro Gomes, 2000, Vila Sacadura Cabral, CEP: 09060-870, Santo André, São Paulo, Brasil.

³Faculdade de Medicina do ABC. Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica, Departamento de Saúde da Coletividade. Santo André, SP, Brasil. Av. Lauro Gomes, 2000, Vila Sacadura Cabral, CEP: 09060-870, Santo André, São Paulo, Brasil.

⁴Faculdade de Medicina do ABC. Departamento de Pediatria. Professora Titular da Disciplina de Hebiatria. Santo André, SP, Brasil. Av. Lauro Gomes, 2000, Vila Sacadura Cabral, CEP: 09060-870, Santo André, São Paulo, Brasil.

Manuscript received: 25 January 2017
Manuscript accepted: 12 May 2017
Version of record online: 06 September 2017

Resumo

Introdução: Violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil é um problema de saúde pública subnotificado. Conhecer o perfil dos casos e dos fatores relacionados a estes casos é uma estratégia para o desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas.

Objetivo: Descrever o perfil de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, as características das agressões e dos agressores, as consequências para as vítimas e ações jurídicas relacionadas ao abuso sexual.

Método: Este é um estudo descritivo. Foram analisadas características sociodemográficas das vítimas, características dos agressores e agressão, bem como aspectos clínicos, psicológicos e legais, de 61 pacientes que sofreram abuso sexual admitidos no ambulatório especializado da Rede de Saúde para Atenção às Violências e Abuso Sexual, em Santo André, Brasil, Brasil.

Resultados: As vítimas tinham média de idade de 10,4 anos, eram do sexo feminino (60,7%, n=37), de cor branca (70,5%, n=43) e que foram admitidas na rede de atendimento depois de 72 horas de ter sofrido o abuso (68,3%, n=40). A maior parte das agressões foi por ato libidinoso (65,6%, n=40) e por indivíduo conhecido (72,1%, n=44). Em consequência de ter sofrido abuso sexual, as crianças tiveram alteração da composição familiar (42,6%, n=26), apresentaram distúrbios cognitivos (34,4%, n=21), distúrbios emocionais (83,6%, n=51) e distúrbios comportamentais (54,1%, n=33). Dois terços dos casos resultaram em investigação policial, apenas 20% dos criminosos foram condenados.

Conclusão: Meninas sofrem atos sexuais onde o agressor é conhecido e próximo, demoram a procurar os serviços de saúde e apresentam distúrbios mentais relacionados a esses abusos, mas os agressores continuam impunes na maior parte dos casos.

Palavras-chave: abuso sexual, violência sexual, crianças, adolescentes, saúde pública

Suggested citation: Chehab MAD, Paiva LS, Figueiredo FWS, Daboin BEG, Reato LFN, Adami F. sexual abuse characteristics in santo andré, são paulo, brazil: from victims to aggressors, from diagnosis to treatment. *J Hum Growth Dev.* 2017; 27(2): 228-234. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.123611>

■ INTRODUÇÃO

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema global de saúde pública, especialmente em países de baixa a média renda, onde os casos se mantêm em grande parte ocultos. Menos de 10% dos casos chegam ao sistema de saúde e à polícia devido ao chamado “pacto de silêncio”¹. Esse pacto de silêncio diz respeito ao fato que as vítimas de agressão sexual e seus responsáveis são conscientes da violência, mas por várias razões, preferem omiti-lo. Este desafio se torna maior em relação à violência sexual e doméstica, onde é mais presente e está associada a sensação de medo e do preconceito.

Em crianças e adolescentes, a violência sexual tem extensas consequências a curto e longo prazo para a saúde. As vítimas podem apresentar sequelas físicas (gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis e outras lesões em geral), psicológicas (disfunção cognitiva, emocional e comportamental)^{2,3} e social (abandono escolar, disfunção familiar, prostituição infantil)⁴ com maior incidência de revitimização na adolescência e/ou na idade adulta⁵.

Nas últimas décadas, o reconhecimento desse problema e sua natureza oculta resultou na mobilização intersetorial focada em diagnóstico precoce, tratamento e estratégias de prevenção⁶⁻¹¹. Por exemplo, foram implementados sistemas de vigilância e políticas públicas para melhorar a qualidade da informação, articular ações

intersetoriais, fomento de redes de atenção especial e proteção social para as vítimas de abuso, agressão sexual e/ou doméstica¹².

Para esse fim, em 2002, o Município de Santo André, Sudeste do Brasil, implementou a Rede de Saúde para Atenção às Violências e Abuso Sexual (RESAVAS). RESAVAS é uma equipe multidisciplinar que tem como objetivo diagnosticar, tratar e orientar vítimas de abuso sobre aspectos sociais e jurídicos. Ele funciona efetivamente em conjunto com o Departamento de Saúde, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social, Departamento de Assuntos Jurídicos, Departamento de Segurança Pública e Trânsito Urbano, Departamento de Inclusão Social, Conselho Tutelar, Ordem dos Advogados do Brasil, Vara da Infância e Juventude e Organizações Não-Governamentais.

Os dados coletados por meio do RESAVAS são fundamentais para determinar a magnitude e a natureza da violência, o perfil das vítimas e dos agressores e, portanto, planejar o sistema de prevenção e tratamento. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, as características das agressões e dos agressores, as consequências para as vítimas e ações jurídicas relacionadas ao abuso sexual dos casos ocorridos na RESAVAS entre 2008 e 2009.

■ MÉTODO

Fonte dos dados

Foram analisados dados de um banco de dados coletado de crianças e adolescentes atendidos na Rede de Saúde para Atenção às Violências e Abuso Sexual (RESAVAS) no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. O banco de dados foi disponibilizado pelos coordenadores da RESAVAS por meio de autorização para realização da pesquisa.

A RESAVAS é um centro de referência neste tema na cidade de Santo André. A cidade de Santo André é uma das 39 cidades da Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, que tem cerca de 700 mil habitantes, teve em 2010, 23% da população composta por menores de 18 anos, onde o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDMH)¹³ foi de 0,802 e compreende uma extensão territorial de 176 mil km².

Critérios de elegibilidade

No período estudado, 160 crianças (menores de 12 anos) e adolescentes (12-18 anos) foram atendidas na RESAVAS. Esses indivíduos procuraram o serviço por demanda espontânea para atendimento ou foram encaminhados por órgãos municipais, como por exemplo, postos de saúde, serviços de primeiros socorros, hospitais, postos de polícia, assistência de tutoria, escolas, igrejas, para tratamento e acompanhamento relacionados a violência sexual sofrida e para encontrar orientações jurídicas.

De todos os indivíduos foram considerados

dados de apenas 61 crianças e adolescentes que tinham confirmação de abuso sexual que permaneceram na RESAVAS nesse período e receberam alta (49 crianças não tiveram confirmação de abuso sexual e 50 abandonaram o tratamento).

Coleta de dados e variáveis analisadas

Foram coletadas informações desde a admissão na RESAVAS até a alta do serviço. As informações fornecidas pelas vítimas e/ou seus responsáveis legais foram obtidos pelos profissionais de saúde da RESAVAS por meio de um formulário de coleta de dados específico, com variáveis relacionadas a características das crianças e adolescentes, das agressões e dos agressores, das consequências do abuso sexual para as vítimas e dos aspectos jurídicos dos casos.

Foram realizadas avaliações clínicas pelos médicos da RESAVAS, por meio de exame dos órgãos sexuais e coleta de material para o exame laboratorial. Os segmentos clínicos e sorológicos foram realizados até a alta médica do paciente. Além disso, avaliações psicológicas foram realizadas por psicólogos da RESAVAS e, quando necessário, médicos psiquiatras.

Foram realizadas entrevistas interpessoais para avaliar a personalidade das vítimas, dinâmica e contexto familiar. Os instrumentos de avaliação psicológica utilizados foram: Testes projetivos, psicométricos e expressivos (Escala de Inteligência Wechsler para Crianças 3ª Edição (Wisc III)¹⁴, Teste de Apercepção

Temática Infantil (CAT-A)¹⁵, Teste do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa (HTP)¹⁵, Matrizes Progressiva de Raven¹⁶, Desenho de Figura Humana¹⁷ e outras. Os distúrbios identificados na avaliação foram agrupados em cognitivos, emocionais e comportamentais.

As variáveis relacionadas as características das crianças e adolescentes, das agressões e dos agressores, das consequências do abuso sexual para as vítimas e dos aspectos jurídicos dos casos estão descritos no Quadro 1.

QUADRO 1. Variáveis coletadas do banco de dados obtidos na RESAVAS.

Características	Variáveis
Crianças	Sexo Idade (em anos) Etnia (branca, não branca) Sexualmente ativa antes da agressão (sim, não, não aplicável) Paciente Institucionalizado (Sim, Não) Tempo entre o abuso sexual e a admissão (antes ou depois de 72 horas)
Agressão e agressor	Tipo de agressão (estupro; ato libidinoso); Número de agressões (Única, múltiplas, indeterminada) Agressor (Conhecido, desconhecido) Parentesco do agressor (Pai, irmão, padrasto, tio, avô, vizinho, alguém próximo a família);
Consequências do abuso na criança	Alteração da composição familiar causada pela agressão (sim, não); Gravidez (positivo, negativo); Diagnóstico de distúrbio cognitivo (déficit de aprendizagem e de linguagem, desinteresse do estudo, falta de concentração e atenção); Diagnóstico de distúrbio emocional (medo, perda de interesse no jogo, vergonha, culpa, exacerbação de timidez); Diagnóstico de distúrbios comportamentais (afastamento social, fugindo de casa, ideias suicidas e homicidas, auto-mutilação, comportamento sexualizado).
Consequências jurídicas do abuso	Ação do conselho tutelar (sim, não); Realização do relatório da polícia (sim, não); Ação da vara da infância e juventude (sim, não); Status do processo (não aberto, em andamento, concluído); Status de agressor (impune, condenado, outro).

Aspectos éticos

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Departamento de Saúde do Município de Santo André, sob protocolo CEPSS-AS de número 015/2011.

Análise estatística

A análise descritiva foi realizada por frequência absoluta e frequência relativa das variáveis qualitativas e média e desvio padrão, mínimo e máximo, das variáveis quantitativas. Os dados foram analisados no Stata® versão 11.0 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

RESULTADOS

As vítimas de abuso sexual tinham idade média de 10,4 anos (dp = 4,3; mínimo de 1 ano e máximo de 18 anos) e eram predominantemente do sexo feminino (60,7%, n=37), brancas (70,5%, n=43), que não

habitavam em instituições (90,2%, n=55), não eram sexualmente ativas (90,0%, n=55) e foram admitidas na rede de atendimento depois de 72 horas de terem sofrido o abuso (68,3%, n=41) (Tabela 1).

Tabela 1: Características de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. RESAVAS, Santo André, São Paulo, 2008-2009.

Características das crianças e adolescentes	n	%
Sexo		
Masculino	24	39.3
Feminino	37	60.7
Etnia		
Branca	43	70.5
Não branca	18	29.5
Institucionalizado		
Não	55	90.2

Sim	6	9.8
Sexualmente ativo		
Não	55	90.0
Sim	6	10.0
Tempo até o atendimento		
Antes de 72 horas	19	31.7
Após 72 horas	41	68.3
	Média (DP)	Min. – Máx.
Idade (em anos)	10.4 (4.3)	1 - 18

DP: Desvio Padrão

A maior parte das agressões foi por ato libidinoso (65,6%, n=40), com apenas uma agressão (55,7%, n=34), por indivíduo conhecido (72,1%, n=44) e desses indivíduos conhecidos, a maioria era o próprio pai (34,1%, n=15) ou padrasto (18,2%, n=8) (Tabela 2).

Tabela 2: Características da agressão e do agressor de abuso sexual em crianças e adolescentes. RESAVAS, Santo André, São Paulo, 2008-2009.

Características da agressão e do agressor	n	%
Tipo de agressão		
Estupro	21	34.4
Ato libidinoso	40	65.6
Número de agressões		
Única	34	55.7
Múltiplas	26	42.6
Indeterminada	1	1.7
Agressor		
Conhecido	44	72.1
Desconhecido	17	27.9
Grau de parentesco com o agressor		
Pai	15	34.1
Padrasto	8	18.2
Tio	3	6.8
Avô	4	9.1
Vizinho	7	15.9
Conhecido	6	14.6
Irmão	1	2.3

Como consequências de ter sofrido o abuso sexual, 42,6% (n=26) das crianças tiveram alteração da composição familiar, mas a maior parte das crianças ainda pode estar vivendo próximo ao agressor (57,4%). Não houve casos de gravidez, mas 34,4% (n=21) apresentaram distúrbios cognitivos, 83,6% (n=51) distúrbios emocionais e 54,1% (n=33) distúrbios comportamentais (Tabela 3).

Tabela 3: Consequências do abuso sexual nas crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. RESAVAS, Santo André, São Paulo, 2008-2009.

Características	n	%
Composição familiar alterada pela agressão		
Não	35	57.4
Sim	26	42.6
Gravidez		
Não	20	100.0
Sim	0	0.0
Distúrbios Cognitivos		
Não	40	65.6
Sim	21	34.4

Distúrbios Emocionais		
Não	10	16.4
Sim	51	83.6
Distúrbios Comportamentais		
Não	28	45.9
Sim	33	54.1

Os aspectos jurídicos avaliados mostraram que o Conselho Tutelar atuou em 96,7% dos casos. Do total de vítimas, 65,6% foram à delegacia de polícia para registrar relatório policial e 27,9% a Vara da Infância e Juventude. Em cerca de 40% dos casos, o processo contra o autor da

infração não foi iniciado; no restante, cerca de 30% foram completados no período em que a vítima foi seguida e os demais ainda estavam em andamento após a alta do paciente (31%). Dos casos concluídos, quase 80% dos perpetradores permaneceram impunes (Tabela 4).

Tabela 4: Aspectos jurídicos dos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual em crianças e adolescentes. RESAVAS, Santo André, São Paulo, 2008-2009.

Aspectos jurídicos da agressão	n	%
Ação do conselho tutelar		
Não	2	3.3
Sim	59	96.7
Realização de relatório policial		
Não	21	34.4
Sim	40	65.6
Ação na vara da infância e da juventude		
Não	44	72.1
Sim	17	27.9
Status do Processo		
Não aberto	24	39.3
Em andamento	19	31.2
Concluído	18	29.5
Status do agressor		
Impune	48	78.3
Condenado	13	21.7

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar o perfil de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, as características das agressões e dos agressores, e as consequências para as vítimas e ações jurídicas relacionadas ao abuso sexual na rede de atenção à saúde por violência e abuso. Identificou-se que as vítimas de abuso sexual tinham idade média de 10,4 anos, predominantemente do sexo feminino e brancas.

Esse cenário é muito semelhante à realidade brasileira, onde 83,2% das vítimas de abuso sexual contra crianças são do sexo feminino e 39,5% ocorrem em vítimas entre 10 e 14 anos^{18,19}. Com relação à etnia, os achados do Comitê Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes²⁰ também relatam maior incidência de abuso sexual em crianças e adolescentes brancos.

Infelizmente neste estudo, a maioria das vítimas procurou atendimento para tratamento após 72 horas de abuso sexual (68,8%), sendo um baixo número

de vítimas que estão aptas a receber profilaxia para Doença Sexualmente Transmissível (DST) devido ao tempo de exposição. Isto ocorre porque na maioria das vezes o agressor oprime a vítima, ou tenta esconder o caso²¹.

Dois terços das agressões sexuais ocorridas na população estudada foram caracterizadas como estupro. O estupro é crime pela Lei brasileira²², determinando prisão de 6 a 15 anos, nos casos de abuso sexual com perpetração e marcas físicas frequentes. Ele reflete a audácia do agressor que não parece ser identificado e confirmado como a autoria do abuso sexual por testes de DNA.

Apesar disto, e não surpreendentemente, a maior proporção de infratores foi entre aqueles próximos relacionados com as vítimas, como pai e padrasto. Assim, o abuso sexual contra crianças e adolescentes no Brasil é um tipo de violência doméstica, como confirmado em Curitiba (Paraná), onde 75,2% dos

casos ocorreram na residência da vítima²³.

O fato da vítima sofrer o abuso e permanecer residindo próximo ao agressor faz com que saúde mental seja diminuída²⁴. Neste estudo, a maioria das vítimas apresentavam distúrbios emocionais, psicológicos e comportamentais decorrentes da violência sexual e que, felizmente, podem ser reduzidos pelo tratamento de saúde mental oferecido pela RESAVAS. Possivelmente as mudanças na saúde mental e no futuro ajuste social das vítimas estão diretamente relacionadas às características de personalidade de cada um, ao tipo de violência sofrida e à capacidade de reação frente ao estresse²⁵.

A alta proporção de mudança na composição familiar encontrada neste estudo também ilustra o abuso sexual intrafamiliar. O parente incestuoso muitas vezes “se apropria” de sua vítima, olhando através da imagem de um cuidador ciumento e preocupado tentando estar sempre perto, levando a vítima a entender a situação como uma manifestação natural de afeto. A criança começa a expressar que algo está errado em sua vida quando está madura, adquirindo mais conhecimento e, finalmente, emitindo valores morais²³.

O fato do agressor ser um indivíduo próximo a vítima e ter forte grau de parentesco faz com que muitos dos casos sejam mascarados e omitidos. Essa omissão pode ser acentuada pela extensão territorial e desigualdades socioeconômicas existentes, que proporcionam indiretamente barreiras aos serviços de saúde e jurídicos.

Apesar das queixas na delegacia de polícia e na avaliação policial da Vara da Infância e Juventude, a maioria dos infratores (80%) ficou impune após o crime cometido. Esta impunidade é de 13 vezes o número de criminosos punidos estimados em todo o mundo (6%)²⁰. Além disso, os infratores punidos não contribuem para reduzir a prática desse crime.

No Brasil, a denúncia de abuso sexual é obrigatória para casos suspeitos ou confirmados de abuso contra crianças e adolescentes, devendo ser reportada ao conselho tutelar e, nesta pesquisa, isto ocorreu em 96,7% dos casos. No restante (3,3%), a denúncia deixou de ser reportada porque as vítimas foram encaminhadas para tratamento pelo próprio conselho tutelar.

Portanto, em todos os casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes tratados pela RESAVAS houve notificação as autoridades responsáveis, conforme determinado em lei²⁶. No entanto, para 39,3% dos casos a acusação não foi iniciada.

Algumas mudanças estruturais são necessárias para mudar a violência sexual no Brasil. A extensão da jornada escolar e a implantação da Educação em Tempo Integral (mais de 7 horas) são objetivos das políticas públicas de educação do Governo Federal. Entre as áreas de atividade complementar, as categorias são “Direitos Humanos, Cidadania e Saúde” e “Alimentação e prevenção”. Assim, grande parte da violência doméstica, inclusive sexual, poderia ser minimizada se as crianças e adolescentes permanecessem na escola em tempo integral e obtivessem essas diretrizes já propostas pelas políticas governamentais. Atualmente, apenas 4,7% dos brasileiros estudam em tempo integral, segundo dados de 2009 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP²².

Assim, o perfil das vítimas encontrado foi de meninas, brancas, de 10 anos que residia com a família, e sofreram uma agressão por ato libidinoso de alguém conhecido e próximo, como o próprio pai ou padrasto. Após sofrer o abuso as crianças permanecem residindo próximo ao agressor e apresentam distúrbios mentais como os cognitivos, emocionais e comportamentais. Assim como em outras regiões do Brasil, apesar do serviço jurídico estar presente, na maior parte dos casos os acusados não são julgados e permanecem impunes.

Lista de abreviações

Rede de Saúde para Atenção às Violências e Abuso Sexual (RESAVAS).

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Conflito de interesses

Nenhum.

Contribuição dos Autores

MADC participou do desenho do estudo e contribuiu para escrita e revisão do manuscrito. LSP contribuiu para escrita e revisão do manuscrito e participou da análise estatística. FWSF contribuiu para escrita e revisão do manuscrito e participou da análise estatística. BEGD contribuiu para escrita e revisão do manuscrito. LFNR participou do desenho do estudo, contribuiu para escrita e revisão do manuscrito. FA participou do desenho do estudo, contribuiu para escrita e revisão do manuscrito e participou da análise estatística. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Dias MB. Incesto: um pacto de silêncio. Rev CEJ. 2006;10(34):11-14.
2. Wingo AP, Wrenn G, Pelletier T, Gutman AR, Bradley B, Ressler KJ. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. J Affect Disord. 2010;126(3):411-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009>
3. Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc E, et al. A meta-analysis

- of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health*. 2011;101(8):1481-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009>
4. Ferreira JD. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(7):459. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032000000700011>
 5. Hill JM, Vernig PM, Lee JK, Brown C, Orsillo SM. The development of a brief acceptance and mindfulness-based program aimed at reducing sexual revictimization among college women with a history of childhood sexual abuse. *J Clin Psychol*. 2011;67(9):969-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20813>
 6. Heimer G, Posse B, Stenberg A, Ulmsten U. A national center for sexually abused women in Sweden. *Int J Gynaecol Obstet*. 1996;53(1):35-9.
 7. Kassim K, Kasim MS.. Sexual abuse: psychosocial aspects of 101 cases seen in an urban Malaysian setting. *Child Abuse Negl*. 1995;19(7):793-9.
 8. Newton-Taylor B, DeWit D, Gliksman L. Prevalence and factors associated with physical and sexual assault of female university students in Ontario. *Health Care Women Int*. 1998;19(2):155-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/073993398246485>
 9. Felizardo MJA, Ribeiro DAA, Santos LES, Gradim CVC. Uma abordagem sobre a violência infantil no campo histórico, social e de saúde. *Pediatr Moderna*. 2011;47(2):47-52.
 10. Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116 (2):506-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-133>
 11. Njaine K, Assis SG, Constantino P. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Sergio Arouca; 2009.
 12. Thomazine AM, Toso BRGO, Viera CS. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2014;14(2):105-12.
 13. Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE). Censos demográficos. [cited 2016 Ouc 15] Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
 14. Linhares MBM, Marturano EM, Loureiro SR, Machado VLS, Lima AS. Crianças com queixa de dificuldade escolar que procuram ajuda psicológica: avaliação intelectual através do WISC. *Estudos Psicol*. 1996;13(1):27-39.
 15. Silva MFX, Villemor-Amaral AE. A auto-estima no CAT-A e HTP: estudo de evidência de validade. *Aval Psicol*. 2006;5(2):205-15.
 16. Pasquali L, Wechsler S, Bensusan E. Raven's colored progressive matrices for children: a validation study for Brazil. *Aval Psicol*. 2002;1(2):95-110.
 17. Wecheler SM, Schelini PW. Validity of human figure drawing for children's cognitive assessment. *Aval Psicol*. 2002;1:29-38.
 18. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Flacso; 2012.
 19. Drezet J, Vasconcellos RM, Pedrosa D, Blake MT, Oliveira AG, Abreu LC. Transmission of anogenital warts in children and association with sexual abuse. *J Hum Growth Dev*. 2012;22(1):34-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.20047>
 20. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). The State of the world's children 2006. Brasília: UNICEF; 2005.
 21. Vertamatti MAF, Abreu LC, Barbosa CP. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the Brazilian health service. *J Hum Growth Dev*. 2013;23(1):46-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.50390>
 22. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Ministry of Education and Culture. National Institute for Educational Studies and Research "Anísio Teixeira". Board of Education Statistics. 2009.
 23. Pfeiffer L, Salvagni EP. [Current view of sexual abuse in childhood and adolescence]. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Suppl.0):S197-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700010>
 24. Lucena KDT, Deninger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Analysis of the cycle of domestic violence against women. *J Hum Growth Dev*. 26(1):139-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>
 25. Pathirana MIBD. Psychological impact of violence and abuse in the lives of street children in Sri Lanka. *J Hum Growth Dev*. 2000;10(2):47-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.39634>
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Abstract

Introduction: Sexual violence against children and adolescents in Brazil is an underreported public health problem. Knowing the profile of the victims and the factors related to each case is a strategy for the development of more effective public policies.

Objective: To describe the profile of children and adolescent victims of sexual abuse, characteristics of aggression and aggressors, consequences for victims, and legal actions related to sexual abuse.

Methods: Sociodemographic characteristics of the victims were analyzed, as well as characteristics of the aggressors and aggression, and clinical, psychological, and legal aspects of 61 sexually abused patients admitted to the specialized outpatient clinic of the Network of Health for Violence and Sexual Abuse located in Santo André, São Paulo State, Brazil.

Results: Victims had a mean age of 10.4 years, female (60.7%, n= 37), white (70.5%, n= 43), and admitted to the care network after of 72 hours of having been a victim of abuse (68.3%, n = 40). Most of the aggressions were by a sexual act (65.6%, n = 40) and by an individual known by the victim (72.1%, n= 44). As a result of sexual abuse, the children had a change in family composition (42.6%, n = 26), cognitive disturbances (34.4%, n= 21), emotional disturbances (83.6%, n= 51), and behavioral disorders (54.1%, n= 33). Two-thirds of the cases resulted in a police investigation, only 20% of the offenders were convicted.

Conclusion: Girls suffer sexual abuse where the perpetrator is known and close to the family; they delay seeking health services and can present mental disorders related to those abuses, but the perpetrators remain unpunished in most cases.

Keywords: sexual abuse, sexual violence, children, adolescents, public health

©The authors (2017), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.