

Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência

Cátula Pelisoli

*Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta, Osório
Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

Jarbas Pitaguary Machado Pires

Departamento Médico-Legal. Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre

Maria Eliete de Almeida

*Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil, Hospital Materno-Infantil
Presidente Vargas, Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre*

Débora Dalbosco Dell’Aglío

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

Este artigo descreve o perfil dos atendimentos realizados durante os anos de 2002 a 2006 por um centro de referência em acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados a partir de fichas de atendimento, observando as variáveis sexo, idade da vítima, órgão e região de encaminhamento. Nesse período, foram acolhidos 4.294 casos de violência sexual ou suspeita, com uma média anual de 858 acolhimentos. As vítimas eram predominantemente meninas (75%) e tinham entre cinco e 12 anos. Os encaminhamentos foram realizados a partir de diferentes serviços, com predomínio daqueles advindos da rede de proteção. Quanto à região de origem dos encaminhamentos, a maioria foi proveniente da cidade de Porto Alegre-RS. Ressalta-se a importância de conhecer a população usuária dos serviços de saúde pública, a fim de adequar os atendimentos e aperfeiçoar a articulação entre os diferentes segmentos da rede.

Palavras-chave: Abuso Sexual, Violência Sexual, Rede de Proteção.

Sexual violence against children and adolescents: Data from a reference service

Abstract

This paper presents a survey conducted at a sexual abuse service center for children and adolescents in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The data was collected from the files pertaining to five years of service. The variables observed were: victim's gender and age, referral agency, and region of origin. From January 2002 to December 2006, 4294 cases of victims or suspected victims of sexual violence were seen, with an annual average of 858 cases. The victims were predominantly girls (75%), and they were between 5 and 12 years of age. The cases were referred by many segments of the educational, health, and child protection services. In relation to the location where the cases were originated, the majority came from Porto Alegre, the state capital. It is important to highlight the need to know the population of public health users in order to adjust treatment procedures, and to better integrate services involved in different segments of the protection network.

Keywords: Sexual Abuse, Sexual Violence, Child Protection Services.

Estudos sobre a ocorrência do abuso sexual são realizados em todo o mundo, mas a real incidência do fenômeno é difícil de ser conhecida, já que as diferenças culturais, legais, profissionais (Aded, Dalcin, Moraes & Cavalcante, 2006), bem como conceituais e metodológicas dos estudos, somadas à subnotificação, implicam na impossibilidade de conhecer a incidência dessa violência, em sua realidade, de forma confiável. As pesquisas que investigam a prevalência desse fenômeno têm apresentado divergências. Algumas explicações sugerem que o uso de diferentes conceitos de violência sexual e de instrumentos para avaliar a ocorrência de violência gera resultados diferentes e, conseqüentemente, contradições na literatura de prevalência (Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenker & Gamerman, 2003).

Recentemente, Finkelhor e Jones (2006) afirmaram haver um importante declínio nas mais diversas formas de maus-tratos contra crianças, incluindo abuso sexual, abuso físico e homicídio nos Estados Unidos. Os autores retratam o período posterior a 1990 e relatam que, até o ano de 2004, houve uma diminuição dramática dessas violências. Por sua vez, os indicadores brasileiros apontam a elevação nos índices de denúncias em todos os estados. Dados da Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH – (2007) informaram que mais de 17 mil denúncias chegaram ao *Disque-Denúncia* de maio de 2003 a maio de 2004. Destas, aproximadamente 5 mil eram referentes a abuso sexual e aproximadamente 4 mil referiam-se à exploração sexual. Com a mudança do número do telefone, uma elevação de 200% foi observada: até 2003, a média diária de denúncias era de 12 enquanto no ano de 2006, quando o número 100 foi adotado, essa média passou para 37 denúncias diárias (SEDH, 2009). Os dados indicaram que 28,7% das denúncias são referentes a abuso sexual, 27,8% a exploração sexual e 45% a outras formas de violência contra crianças e adolescentes. Destaca-se, ainda, que 62% das vítimas eram meninas, 56,5% tinham entre zero e seis anos e que 53% dos suspeitos eram os próprios pais das vítimas. De maio de 2003 a outubro de 2009, o Rio Grande do Sul efetuou 6.652 denúncias, sendo o quinto estado com maior número de denúncias em

números absolutos e o décimo sexto quando se considera a densidade populacional (SEDH, 2009). Esse aumento nos índices de denúncia pode ser um produto das campanhas contra a violência, que incluem eventos e veículos de comunicação, levando a uma maior conscientização sobre o problema. Portanto, esses indicadores podem ser compreendidos como positivos, na medida em que refletem uma maior atenção e preocupação da sociedade em realizar iniciativas em prol das vítimas.

Entretanto, sabe-se que a violência sexual é um crime subnotificado e que, provavelmente, existem mais casos acontecendo de fato do que aqueles que chegam ao conhecimento dos órgãos responsáveis. Segundo Souza e Adesse (2005), o número de casos que chega ao poder judiciário é muito menor do que os que acontecem na realidade. O silêncio das vítimas é motivado pelo medo em relação ao agressor, medo de ter problemas, de não ser acreditado, dos efeitos sobre a família, dos efeitos sobre o perpetrador e pelo desconhecimento de que aquela era uma situação inadequada (Kellogg & Menard, 2003). A dificuldade em romper o segredo está relacionada ainda à dificuldade de se obter provas forenses e evidência médica, em muitos casos, à necessidade de acusação verbal pela criança, a ameaças sofridas e à ansiedade com relação às possíveis conseqüências da revelação (Furniss, 1993). O sentimento de culpa, o desconhecimento dos direitos legais, o descrédito na justiça (Oshikata, Bedone & Faúndes, 2005), o constrangimento da vítima, o medo e a vergonha da vítima em denunciar um crime sexual, o medo de perder o emprego e da atitude da sociedade (Souza & Adesse, 2005) são também fatores apontados na literatura como contribuintes para a falta de denúncia.

O momento da revelação é, portanto, um momento crítico na vida da vítima e que pode influenciar na manifestação dos muitos sintomas possíveis decorrentes da violência. Recente estudo realizado por Assis, Avanci, Pesce e Ximenes (2009) ressaltou os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros decorrentes de exposição a situações de violência. Tanto a vitimização quanto o testemunho estão associados com a presença de sintomas de

sofrimento psicológico, como ansiedade, depressão, problemas de sono, pensamentos intrusivos, dificuldade de concentração, entre outros. Um exemplo da potencialidade desse momento e que tem sido apontado como um forte preditor da mediação das consequências negativas às vítimas envolve as reações maternas frente à revelação do abuso (Plummer, 2006), com uma atitude protetiva da mãe precedendo menores consequências negativas para a vítima.

Alguns estudos nacionais vêm caracterizando serviços e usuários da rede de atendimento a vítimas de violência. Alguns serviços funcionam como uma tentativa de construção da integralidade do atendimento à saúde e, como exemplo, existe a *Casa da Mulher Professor Domingos Delácio*, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que presta assistência a mulheres vítimas de violência sexual e conta com profissionais de Medicina, Psicologia, Serviço Social, Direito, Enfermagem, além de pessoas em formação e pesquisadores nos níveis de mestrado e doutorado (Mattar et al., 2007). Outros exemplos que podem ser destacados nesse contexto de atendimento integral a vítimas de violência são o *Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Bedoni & Faúndes, 2007) e os *Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância* (CRAMIS), que são organizações não governamentais presentes em vários municípios de São Paulo (Deslandes, 1994). O *Laboratório de Análise e Prevenção da Violência* (LAPREV), da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em funcionamento desde 1998, realiza atividades de ensino, pesquisa, consultoria, intervenção e prevenção na área da violência doméstica (Williams, Padovani & Brino, 2009). Também na UFSCar funciona a *Unidade Saúde Escola* (USE), que presta atendimento integrado em saúde para a Delegacia de Defesa da Mulher. Ambos os serviços coordenados por professores da universidade são interdisciplinares, apresentam equipes com profissionais e estudantes de diferentes níveis de formação e produzem conhecimento científico, priorizando o atendimento à população vítima de violência. Também ligado ao meio acadêmico, este por sua vez, à Universidade

Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o *Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua* (CEP-RUA) vem realizando avaliação psicológica e atendimentos psicoterapêuticos a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual (Habigzang et al., 2009). Já o *Programa Sentinela*, proposto pelo governo federal e que atua em diversos municípios e regiões do país, se destaca como um importante órgão de atendimento e atenção psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias (Barbosa, Paim, Koshima & Xavier, 2007).

Em estudos brasileiros, algumas das variáveis investigadas são a categoria de maus-tratos, a faixa etária e o sexo da vítima, a relação com abusador e o local do crime (Souza & Adesse, 2005; Deslandes, 1994; Brito, Zanetta, Mendonça, Barison & Andrade, 2005; Carvalho, Barros, Alves & Gurgel, 2009). Os resultados têm demonstrado que a violência física tem preponderado como categoria mais prevalente de maus-tratos (Deslandes, 1994; Brito et al., 2005). No caso da violência sexual, o agressor é, em grande parte dos casos, alguém conhecido da criança vítima, com destaque ao pai biológico e vizinhos (Souza & Adesse, 2005). Especificamente para crianças, o local do crime é preponderantemente a residência da vítima, algum local próximo ou a própria residência do agressor. Estudos realizados no Rio Grande do Sul também encontraram o predomínio do sexo feminino na vitimização sexual e a ocorrência de abusos intrafamiliares (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Kristensen, Oliveira & Flores, 1999).

A caracterização de serviços de atendimento e da população usuária é importante porque, além de possibilitar um maior conhecimento sobre a prática diária dessas instituições, impulsiona aperfeiçoamentos, adequações e planejamentos para futuros procedimentos. Essas ações podem trazer benefícios tanto ao próprio serviço quanto a instituições semelhantes, aos profissionais que neles atuam e, principalmente, àqueles que dele se utilizam. Dessa forma, este estudo tem por objetivo apresentar o perfil da população atendida em um centro de referência no atendimento de crianças e adolescentes

vítimas de violência sexual no estado do Rio Grande do Sul.

Método

A pesquisa foi realizada no *Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI)*, em Porto Alegre, serviço originado no final do ano de 2001, por meio de articulações entre o Ministério Público, o Juizado da Infância e Juventude, o Conselho Tutelar, a Secretaria Municipal da Saúde e a Secretaria Estadual da Segurança e Justiça, com a proposta de atender a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e maus-tratos (Silva, 2003). A ideia principal foi multiplicar as ações desses órgãos no sentido de realizar uma acolhida adequada e humanizar os exames de perícia física dessas crianças e adolescentes. Com esse objetivo, diferentes profissionais – assistentes sociais, psicólogos, médicos, policiais – passaram a interagir em um mesmo ambiente e realizar as diversas e necessárias intervenções direcionadas à vítima. Essa proposta visou minimizar os efeitos adversos da vitimização que o próprio sistema de saúde e justiça impõe ao solicitar em vários momentos depoimentos, exames, entrevistas e encaminhamentos.

Atualmente, a acolhida no CRAI é referência não apenas para Porto Alegre, mas para o estado do Rio Grande do Sul. Eventualmente, os profissionais do CRAI realizam palestras para a comunidade, com o objetivo de ampliar o conhecimento acerca das situações de violência e abuso sexual, tanto no que diz respeito à incidência desse fenômeno em nossa sociedade, quanto à importância de realizar a denúncia e proteger crianças e adolescentes dos maus-tratos. Além da acolhida, são realizados procedimentos como ocorrência policial, perícia médica, avaliação pediátrica, profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez (Silva, 2003). Esses procedimentos visam minimizar os danos produzidos pela vitimização, atendendo em um só local as necessidades legais e de saúde desses casos.

Foi realizado um estudo documental, a partir da coleta de dados das fichas de atendimento do arquivo do CRAI, referente ao período de 2002 a 2006. Para cada acolhimento realizado é, rotineiramente, preenchida uma ficha de resumo do atendimento, na qual constam as principais informações para a identificação do caso,

como sexo da vítima, idade, serviço e cidade que originou o encaminhamento. A partir dessa ficha, foi realizado, mensalmente, o levantamento do número de acolhimentos realizados pelos profissionais. Todas essas informações são incluídas num banco de dados no *software* Windows Excel, que foi utilizado para a análise de dados. Os dados foram organizados por faixas etárias, rede setorial que originou o encaminhamento e região (Porto Alegre, região metropolitana e interior). As redes setoriais são aquelas que prestam serviços de natureza específica e especializada, resultante das obrigações e dos deveres do Estado para com seus cidadãos (Carvalho, 1995). Essas redes foram assim categorizadas: a) saúde, incluindo hospitais e postos de saúde; b) educação, incluindo escolas e creches; c) proteção especial e assistência social, incluindo conselhos tutelares, delegacias, departamento médico-legal, instituições de abrigo e Programa Sentinela. Para este estudo, foram utilizados todos os dados levantados no período analisado. Ressalta-se que uma pequena parte dos casos atendidos no serviço se refere a outras formas de violência (não sexual), sendo o foco deste trabalho, portanto, a violência sexual. O levantamento referente ao ano de 2006 inclui, ainda, informações adicionais como o tipo de violência (intra ou extrafamiliar) e relação vítima/agressor.

Resultados e Discussão

No período analisado, foi realizado um total de 4.294 acolhimentos a crianças e adolescentes, com uma média de 858 vítimas por ano, das quais 75% (n = 3026) eram do sexo feminino. Observa-se, portanto, a predominância da vitimização do gênero feminino, corroborando inúmeros estudos (Habigzang et al., 2005; Kristensen et al., 1999; Nurcombe, 2000; Ribeiro, Ferriani & Reis, 2004). Em um amplo estudo epidemiológico internacional, os dados referentes ao gênero indicaram que em quase todos os 21 países investigados, as mulheres são mais frequentemente vítimas de abuso sexual do que os homens (Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito, 2009). Segundo esses autores, os dados internacionais parecem permanecer mais ou menos constantes no que diz respeito à vitimização de mulheres.

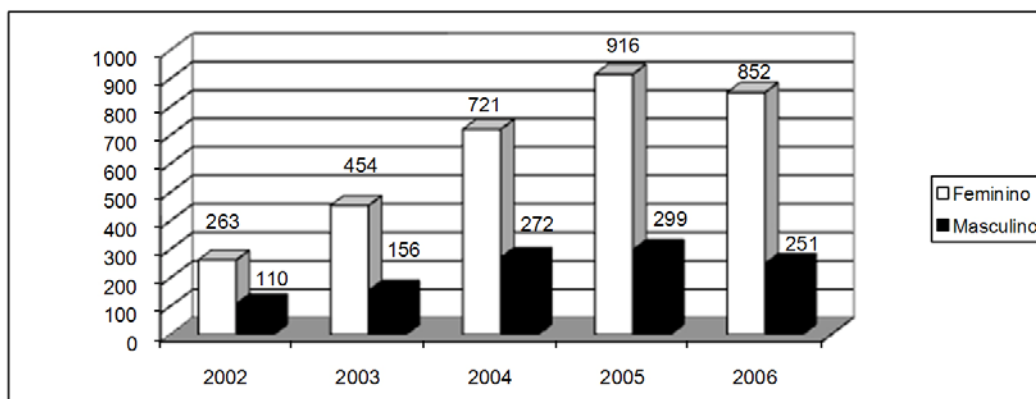


Figura 1 - Distribuição dos atendimentos por sexo e por ano.

Neste trabalho, de forma geral, observa-se um importante crescimento, ao longo dos anos, do número de acolhimentos no serviço (Figura 1). O acolhimento a vítimas do sexo masculino também segue essa direção. Esse crescimento geral no volume de denúncias vai ao encontro dos dados da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (2007; 2009), referentes ao estado do Rio Grande do Sul. Em função da complexidade do fenômeno do abuso e da “nuvem” de segredo que o envolve, alguns autores questionam se a prevalência tem aumentado realmente ou se apenas a sociedade está dando maior atenção a esse tipo de violência (Flores & Caminha, 1994). Uma questão como essa é de difícil resposta; entretanto, os dados observados indicam crescimento e levam a uma preocupação cada vez maior

com as possíveis consequências dessa intensa vitimização das crianças e dos adolescentes.

No presente levantamento, a divisão em faixas etárias mostra a existência de uma grande variabilidade nas idades das vítimas de abuso sexual (Tabela 1). Entretanto, as faixas etárias de 5-8 (26,7% dos casos) e 9-12 anos (26,8%) incluem o maior número de vítimas, em todos os anos do serviço. Essas idades aparecem com maior frequência também em outros estudos, como em Ribeiro et al. (2004) que apontam a idade entre 10 e 12 anos como a mais frequente, e em Braun (2002) que aponta a faixa entre 10 e 14 anos, citando dados do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil do Rio Grande do Sul.

Tabela 1 - Percentual de casos de abuso sexual acolhidos por faixa etária e ano.

Faixa etária	2002 f (%)	2003 f (%)	2004 f (%)	2005 f (%)	2006 f (%)	Total f (%)
0-4 anos	74 (20,1%)	129 (21,5%)	185 (19,6%)	230 (19%)	229 (20,3%)	847 (19,9%)
5-8 anos	104 (28,3%)	161 (26,9%)	264 (28%)	309 (25,5%)	297 (26,4%)	1135 (26,7%)
9-12 anos	102 (27,8%)	157 (26,2%)	228 (24,2%)	341 (28,1%)	310 (27,5%)	1138 (26,8%)
13-15 anos	64 (17,4%)	116 (19,4%)	196 (20,8%)	247 (20,4%)	235 (20,8%)	858 (20,2%)
16-18 anos	23 (6,2%)	35 (5,8%)	69 (7,3%)	64 (5,3%)	54 (4,8%)	245 (5,7%)
Não informada	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (1,6%)	0 (0%)	19 (0,4%)
Total por ano	367 (100%)	598 (100%)	942 (100%)	1210 (100%)	1125 (100%)	4294 (100%)

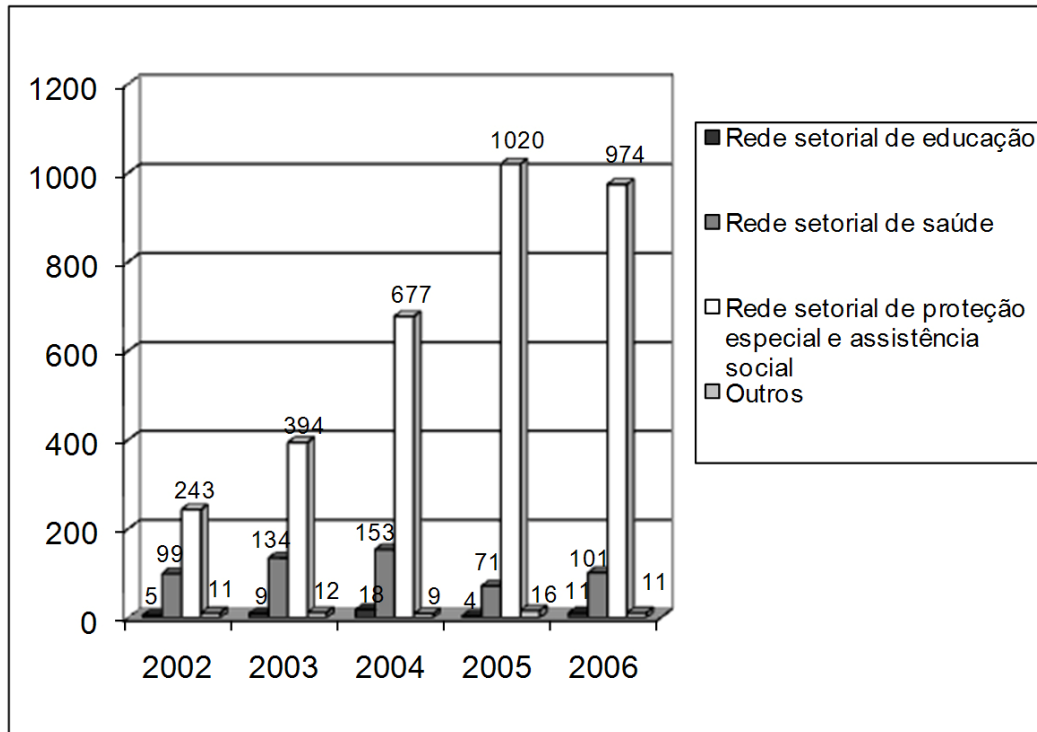


Figura 2 - Distribuição dos encaminhamentos por redes setoriais.

Por sua vez, a procedência dos encaminhamentos (Figura 2) indica que a maioria das crianças e adolescentes chega ao atendimento via rede setorial de proteção especial e assistência social, que incluiu, neste estudo, conselhos tutelares, delegacias de polícia, serviços de assistência social, abrigos e Programa Sentinela. Ainda quanto à procedência dos encaminhamentos, observa-se, em segundo lugar, a rede setorial de saúde, incluindo hospitais, unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos. A rede de educação, que inclui as escolas e creches, apareceu em terceiro lugar, com o menor número de encaminhamentos. Por sua vez, a categoria Outros inclui, por exemplo, a demanda espontânea, caracterizada por pessoas que conhecem o serviço e chegam até ele sem ter obtido um encaminhamento prévio de outra instituição. Assim, pode-se pensar que há necessidade de uma maior articulação do setor de educação com a rede de proteção, já que as crianças e adolescentes frequentam diariamente as escolas e é nelas que passam grande parte de suas vidas. Segundo Brino e Williams (2003), como na maioria dos casos o agressor é parte da família, a escola é o lugar ideal para detecção e intervenção. Portanto,

os professores e funcionários devem estar abertos para a escuta da violência e têm o dever de denunciar, como todo profissional e cidadão (Brasil, 1990a). Contudo, devem estar preparados para pensar essa questão e para intervir apropriadamente, demonstrando credibilidade em relação ao relato da criança, tendo respeito por sua condição e realizando os encaminhamentos necessários para que sejam tomadas as medidas protetivas.

Segundo estudo recente (Brino & Williams, 2008), ao serem capacitados para identificar e proceder em situações de abuso sexual, os professores podem ser importantes agentes de prevenção. Mesmo que a rede de educação tenha demonstrado ser o setor que gera menor quantidade de encaminhamentos ao Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI), a rede de saúde também pouco utiliza os seus procedimentos. Da mesma forma, é relevante que o potencial de detecção e encaminhamento via rede de saúde seja mais bem explorado, já que muitas vítimas procuram os serviços de saúde, seja explicitamente pelo motivo da violência, seja por outros motivos que a encobrem.

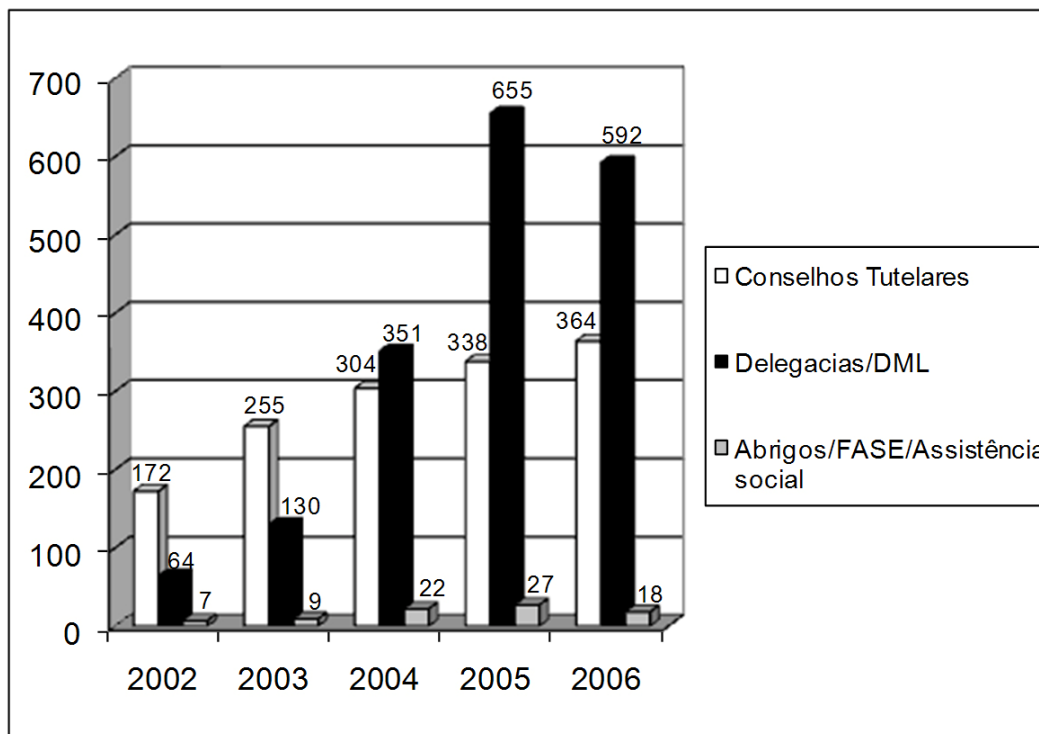


Figura 3 - Distribuição dos encaminhamentos por setor da rede de proteção.

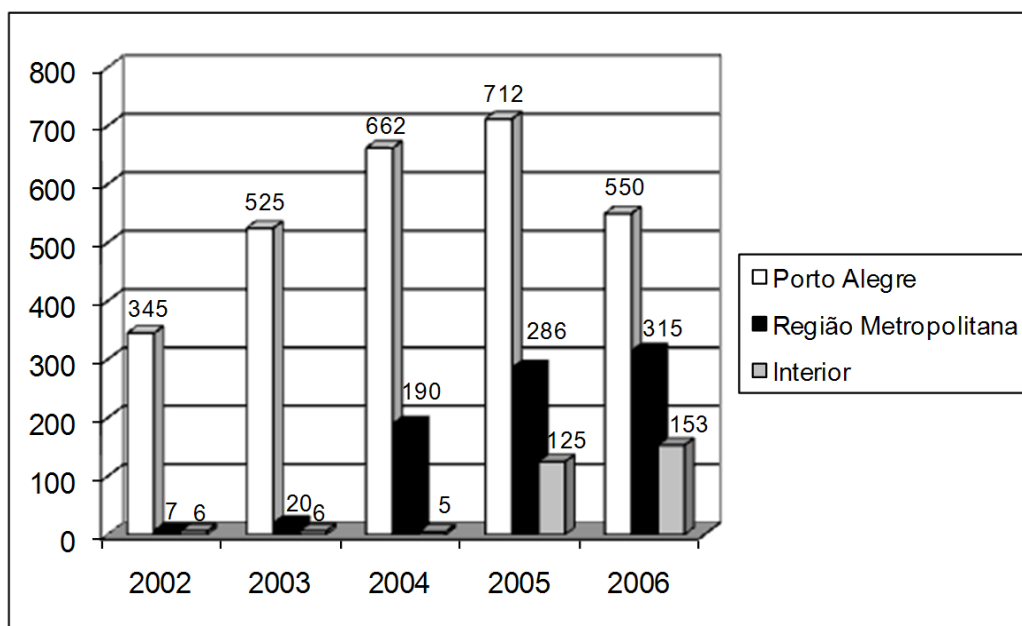


Figura 4 - Distribuição dos encaminhamentos por região de origem.

Dentro da rede de proteção, investigou-se o número de encaminhamentos por setor (Figura 3). Assim, pode-se observar que os conselhos tutelares apresentavam o maior

número de encaminhamentos nos anos de 2002 e 2003, e a partir do ano de 2004, as delegacias de polícia junto ao departamento médico-legal vêm predominando. O

crescimento da participação dessas instâncias pode estar demonstrando uma falha dos conselhos tutelares no monitoramento desses casos e do encaminhamento destes antes que cheguem às delegacias de polícia.

Os conselhos tutelares têm a função de proteger crianças, adolescentes, pais ou responsáveis em situação de ameaça ou violação de direitos, aconselhar e encaminhar para programas e tratamentos (Brasil, 1990a). O Conselho Tutelar é o órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, atentando para os casos em que há ação ou omissão da sociedade e/ou do estado, falta, abuso ou omissão dos pais ou responsáveis, ou em situações em que a própria conduta da criança ou adolescente exigir cuidados. Possíveis falhas no funcionamento dos conselhos tutelares podem estar relacionadas à capacitação de seus membros ou mesmo à falta de integração com a rede de atendimento, como encontrado por Habigzang, Azevedo, Koller e Machado (2006). Outro estudo também indicou que os conselhos tutelares apresentam deficiências na resolutividade, e os motivos incluem a falta de capacitação para a tarefa e a falta de conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) e sobre trabalho prático com ele (Ribeiro et al., 2004). Por outro lado, o aumento dos encaminhamentos realizados pelas delegacias de polícia e pelo departamento médico-legal pode estar relacionado ao perfil dos profissionais desses locais, sua capacitação em termos do conhecimento das rotinas estabelecidas e do grau de acolhimento às vítimas.

Outro dado relevante é a crescente participação de cidades da região metropolitana e do interior do estado nos acolhimentos realizados na instituição. Apesar de a cidade de Porto Alegre predominar como origem da demanda, o atendimento a vítimas de outros municípios vem continuamente fazendo parte do cotidiano dos profissionais do serviço, como pode ser observado na Figura 4. A falta de serviços capazes de realizar um atendimento integral em outros municípios é algo a ser discutido e encaminhado ao interesse de gestores responsáveis que possam atender suas demandas dentro do próprio município,

bem como propiciar a formulação de políticas públicas para crianças e adolescentes. Para Carvalho (1995), as unidades especializadas na área da saúde em municípios médios e pequenos são poucas e marcadas pela precariedade. Dessa forma, elas solucionam a demanda recorrendo aos municípios maiores da região administrativa. Esse autor informa que a Constituição de 1988 consagrou a autonomia municipal, regulando a vida local, a participação da população na elaboração e na gestão de políticas, além da descentralização administrativa. Vindo ao encontro disso, dentro dos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 1990b), está a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, incluindo a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Assim, os municípios devem cada vez mais se responsabilizar pela atenção à saúde de seus cidadãos. O ECA, nas suas diretrizes da política de atendimento, também contribui nesse sentido, por meio da municipalização do atendimento e da criação dos Conselhos Municipais de Direitos das Crianças e Adolescentes – CDMCAs (Brasil, 1990a). Dessa forma, serviços de proteção integral devem estar presentes em cada município, com recursos materiais e humanos suficientes e capazes de agir eficazmente nas situações de violência.

Os dados do ano de 2006 acrescentam outras variáveis de análise. Dentre os casos notificados, 82,5% referia-se à violência sexual, enquanto o restante dizia respeito a outras formas de maus-tratos. Dentre os abusos sexuais, 59,3% foi categorizado como intrafamiliar, enquanto em outras formas de maus-tratos esse percentual é de 71,8%. A predominância de abusos sexuais intrafamiliares sobre os extrafamiliares é corroborada por trabalhos internacionais (Kellogg & Menard, 2003; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993) e nacionais (Brito et al., 2005; Habigzang et al., 2005; Ribeiro et al., 2004; Amazarray & Koller, 1998; Caminha, 2000; Drezzet et al., 2001; Mattar et al., 2007) que demonstram que os abusadores mais frequentes possuem laços afetivos com suas vítimas. No presente estudo, os principais abusadores foram os padrastos (19,6%) e pais (17,1%), seguidos por vizinhos

e conhecidos (15,4%), desconhecidos (7,3%), tios (4,9%) e avôs (4,2%).

Considerações finais

Este estudo possibilitou conhecer o público atendido no Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI) e analisar seus resultados, comparando-os com aqueles de outros estudos, sejam nacionais ou internacionais. A partir dos resultados, podemos inferir que existem muitas variáveis comuns que revelam que a violência sexual apresenta similaridades, independente do local em que ela ocorra. Como pôde ser verificado na seção de resultados, há muitos aspectos comuns encontrados nos diferentes artigos, tais como: a idade e o sexo da vítima, a relação com o abusador e, também, fatores da rede de atendimento (Brito et al., 2005; Carvalho et al., 2009; Deslandes, 1994; Souza & Adesse, 2005). Especificamente nesse contexto, percebe-se que as necessidades e dificuldades da rede evidenciadas pela investigação dos dados do CRAI corroboram outras informações trazidas tanto por estudos científicos (Habigzang et al., 2006), quanto pelo dia a dia dos serviços e dos profissionais que neles atuam, tais como dificuldade de articulação, falta de informação e de qualificação profissional e necessidade de outros serviços na rede local.

Exemplificando essas dificuldades, alguns estudos têm concluído que elas se estendem a diversos setores e categorias profissionais. Um estudo recente citou a falta de efetividade da rede de apoio como mais um fator de risco para a criança ou adolescente vítima de abuso sexual e sua família (Habigzang et al., 2006). Neste trabalho, o Conselho Tutelar foi o principal órgão procurado para a denúncia, mas a falta de acompanhamento pelos conselheiros prejudicou o andamento do caso. Esse resultado permitiu inferir a necessidade constante de capacitação desses profissionais. Outro problema constatado no estudo indicou que as vítimas e suas famílias permanecem vinculadas às instituições por volta de um ano, com um grande intervalo entre as intervenções realizadas, revelando, portanto, a morosidade dos serviços. O

artigo também apresenta a falta de comunicação entre os serviços que compõem a rede para articular as medidas de proteção necessárias. Assis et al. (2009) destacam a urgente necessidade de capacitar profissionais de diferentes áreas que atuam com a infância e adolescência, além da abertura de novos serviços especializados de atendimento e da ampliação da atenção na saúde básica. Para esses autores, a baixa prioridade dada às questões de saúde mental e o número escasso de profissionais especialistas apontam a fragilidade da atenção a esse público. Para Souza e Santana (2009), a omissão aos direitos da criança e do adolescente é também uma forma de maus-tratos, e a falta de comprometimento de políticas públicas é um fator de manutenção de uma violência estrutural. Neste trabalho, foi verificado que os próprios gestores identificam o despreparo dos profissionais de saúde para o atendimento a pessoas vitimizadas, precariedade de recursos, ineficiência de encaminhamentos e falta de articulação entre os diferentes setores.

A violência contra crianças e adolescentes fere os direitos humanos, sexuais e particulares de uma pessoa em desenvolvimento (Ribeiro et al., 2004). Quando se trata de violência sexual intrafamiliar, como foi grande parte dos casos investigados, isso constitui, ainda, uma violação ao direito a uma convivência familiar protetora e uma ultrapassagem dos limites estabelecidos pelas regras sociais, culturais e familiares (Ribeiro et al., 2004.). Os maus-tratos atuam como fatores de risco, podendo trazer inúmeras consequências negativas para o desenvolvimento dessas vítimas, desde problemas afetivos, cognitivos, comportamentais, físicos até psicopatologias, que podem perdurar ao longo de suas vidas (Maniglio, 2009). Atuar adequadamente nesses casos significa não só minimizar as consequências dessa vitimização como prevenir abusos futuros. Assim, quanto mais se conhece a população com que se trabalha, mais se especializa o atendimento, aumentando as chances de sucesso na condução dos casos.

Outro fator relevante para a efetividade das estratégias de intervenção em casos de violência é a articulação entre os órgãos e as

instituições que prestam atendimento. O enfrentamento da violência exige ações públicas no âmbito da segurança, do direito e da saúde. A integração entre essas instâncias auxilia na garantia de integralidade, qualidade e resolutividade da atenção (Vilela & Lago, 2007). Nos casos de violência, são necessários intensos esforços de articulação técnica e política para que a rede de atendimento se estruture e se mantenha (Vilela & Lago, 2007). Uma organização burocratizada das redes, como se caracteriza a rede atual, dificulta a resposta aos problemas e necessidades específicas (Carvalho, 1995). A importância de intensificar esses esforços de articulação justifica-se, principalmente, na promoção do bem-estar das pessoas envolvidas. A qualidade dos serviços e o funcionamento da rede de atendimento são fatores que podem contribuir imensamente para o bem-estar das vítimas e das famílias, na medida em que promove a saúde, a segurança e proteção, e a busca dos direitos. A articulação entre os diversos serviços que compõem a rede de saúde já é um desafio. O outro passo é a integração entre as diferentes áreas, contemplando as necessidades diversas geradas por esse complexo e multidisciplinar problema que é o abuso sexual. No entanto, para Carvalho (1995), a rede ainda é mais uma expectativa do que um projeto em execução.

Algumas limitações na realização deste estudo podem ser apontadas: as fichas de atendimento utilizadas até o ano de 2005 não continham informações referentes ao tipo de violência (abuso sexual ou outras formas de maus-tratos), ao tipo de abuso sexual ocorrido (se intra ou extrafamiliar) e à relação com o abusador. No entanto, o material disponibilizado permitiu um levantamento do perfil dos casos atendidos no serviço, possibilitando uma análise dos mesmos. Destaca-se, ainda, que em 2006 houve um avanço na forma de levantamento de dados realizado no CRAI, que passou a incluir as informações referidas acima. Outra limitação refere-se à impossibilidade de generalização desses resultados, pois, mesmo tratando-se de uma grande quantidade de pessoas e sendo um serviço de referência, diz respeito a apenas um serviço de atendimento a vítimas. Além disso,

certamente o número de pessoas vitimizadas é bem maior do que aquele que procura os serviços especializados, conforme apontado amplamente pela literatura (Furniss, 1993; Kellogg & Menard, 2003; Oshikata et al., 2005; Souza & Adesse, 2005).

Frente aos dados apresentados neste estudo, foram levantadas algumas estratégias resolutivas. Algumas delas cabem ao próprio serviço investigado, tais como: a) levantamento de outros dados relevantes, como quais atendimentos foram prestados, os encaminhamentos dados aos casos, dados relativos ao agressor e à família da vítima, entre outros; b) maior atenção ao preenchimento completo das informações básicas na ficha de atendimento; c) intensificar os esforços de articulação entre os serviços da rede; d) aprimorar o acompanhamento dos casos, após saírem do serviço. Outras ações cabem à rede de atendimento, tais como: a) articulação entre os diferentes setores responsáveis pela saúde, educação e proteção de crianças e adolescentes; b) esclarecimento da noção de abuso sexual e da tomada de ações frente à revelação, entre profissionais da saúde e, principalmente, da educação; c) regionalização de serviços capazes de dar atenção integral a vítimas de violência; d) capacitação permanente dos profissionais que lidam diariamente com a questão da violência contra crianças e adolescentes, principalmente, os conselheiros tutelares e agentes de saúde que podem identificar casos precocemente e, assim, impedir novos abusos.

Trabalhos como este, que apresentam características de usuários de serviços de saúde, podem beneficiar indiretamente essas pessoas e outras que vierem a buscar atendimento, já que seus resultados têm implicações diretas sobre o dia a dia da instituição investigada e sobre a rede de atendimento que esta integra. Dessa forma, estudos em outros setores da rede que possam propiciar uma visão analítica e que identifiquem de forma mais clara quem são seus usuários poderiam fortalecer a efetividade do serviço e sua articulação, integrando e qualificando os diversos segmentos que compõem essa complexa organização da rede de proteção de crianças e adolescentes.

Referências

- Aded, N. L. O., Dalcin, B. L. G. S., Moraes, T. M., & Cavalcante, M. T. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: Revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(4), 204-2134.
- Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*(3), 559-578.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência e Saúde Coletiva, 14*(2), 349-361.
- Barbosa, H., Paim, I., Koshima, K., & Xavier, S. (2007). *Programa Sentinela Nacional*. Disponível em: <http://www.cedeca.org.br/publicacoes/constr_21.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2007.
- Bedoni, A. J., & Faúndes, A. (2007). Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cadernos de Saúde Pública, 23*(2), 465-469.
- Brasil. Lei nº 8069. (1990a). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul.
- Brasil. Lei nº 8080/90. (1990b). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set.
- Braun, S. (2002). *A violência sexual infantil na família: Do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: Age.
- Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2003). Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. *Cadernos de Pesquisa, 119*, 113-128.
- Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2008). Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. *Educação e Realidade, 33*(2), 209-230.
- Brito, A. M. M., Zanetta, D. M. T., Mendonça, R. C. V., Barison, S. Z. P., & Andrade, V. A. G. (2005). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Estudo de um programa de intervenção. *Ciência e Saúde Coletiva, 10*(1), 143-149.
- Caminha, R. M. (2000). Maus tratos: O flagelo da infância. In V. L. Bemvenuti (Org.). *Cadernos de Extensão II* (pp. 37-53). São Leopoldo: Unisinos.
- Carvalho, A. C. R., Barros, S. G., Alves, A.C., & Gurgel, C. A. (2009). Maus-tratos: Estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva, 14*(2), 539-546.
- Carvalho, M. C. B. (1995). *Gestão municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente*. São Paulo: IEE PUC-SP/CBIA.
- Deslandes, S. F. (1994). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: Análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública, 10*(1), 177-187.
- Drezzet, J., Caballero, M., Juliano, Y., Prieto, E. T., Marques, J. A., & Fernandes, C. E. (2001). Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *Jornal de Pediatria, 77*(5), 413-419.
- Finkelhor, D. & Jones. L. (2006). Why have child maltreatment and child victimization declined? *Journal of Social Issues, 62*(4), 685-716.
- Flores, R., & Caminha, R. (1994). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 16*(2), 158-167.
- Furniss T. (1993). *Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19*(3), 379-386.

- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *21*(3), 341-348.
- Habigzang, L. F., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M. S., & Koller, S. H. (2009). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, *43*(1), 70-78.
- Kellogg, N. D., & Menard, S. W. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *27*, 1367-1376.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, *113*(1), 164-180.
- Kristensen, C. H., Oliveira, M. S., & Flores, R. Z. (1999). Violência contra crianças e adolescentes na grande Porto Alegre – Parte B: Pode piorar? In Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente – AMENCAR (Org.). *Violência doméstica* (pp. 104-117). Brasília: UNICEF.
- Mattar, R., Abrahão, A. R., Neto, J. A., Colas, O. R., Schroeder, I., Machado, S. J. R., Mancini, S., Vieira, B. A., & Bertolani, G. B. M. (2007). Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(2), 459-464.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychological Review*, *29*, 647-657.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: Psychopathology. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, *34*, 85-91.
- Oshikata, C. T., Bedone, A. J., & Faúndes, A. (2005). Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: Características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(1), 192-199.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, *33*, 331-342.
- Plummer, C. A. (2006). The discovery process: What mothers see and do in gaining awareness of the sexual abuse of their children. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 1227-1237.
- Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R., & Gammerman, P. W. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, *37*(1), 8-14.
- Ribeiro, M. A., Ferriani, M. G. C., & Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, *20*(2), 456-464.
- Secretaria Especial dos Direitos Humanos. (2007). *Dados atualizados do disque-denúncia nacional*. Disponível em: <<http://www.unb.br/cet/turismoeinfancia/textos.dados/indice%20por%20UF%20de%20denuncias.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2007.
- Secretaria Especial dos Direitos Humanos. (2009). *Disque denúncia nacional de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes – 100*. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/spdca/exploracao_sexual/Acoes_PPCAM/disque_denuncia/>. Acesso em: 7 dez. 2009.
- Silva, M. R. O. (2003). *Como está funcionando o Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil – CRAI*. Relatório Técnico. Hospital Presidente Vargas, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Souza, C. M., & Adesse, L. (2005). *Violência sexual no Brasil: Perspectivas e desafios*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.
- Souza, M. K. B. & Santana, J. S. S. (2009). Atenção ao adolescente vítima de violência: Participação dos gestores municipais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, *14*(2), 547-555.

Vilela, W. V. & Lago, T. (2007). Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 471-475.

Enviado em Maio de 2009
Revisado em Dezembro de 2009
Aceite final em Janeiro de 2010
Publicado em Dezembro de 2010

Williams, L. C. A., Padovani, R. C. & Brino, R. F. (2009). *O empoderamento da família para enfrentar a violência doméstica*. São Carlos: EdUFSCar/OPAS.

Nota dos autores:

Agradecimentos especiais à equipe do Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil, do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre, RS.

Cátula Pelisoli – Psicóloga pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela WP Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, mestre e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta, em Osório-RS, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Adolescência (NEPA/UFRGS) e da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Participação no estudo: categorizou os dados levantados pelos profissionais da instituição e elaborou o presente artigo.

Jarbas Pitaguary Machado Pires - Assistente social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), coordenador geral do Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI), do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Participação no estudo: contribuiu para a realização do levantamento mensal do serviço durante todos os anos de sua existência e na elaboração do presente artigo.

Maria Eliete de Almeida – Psicóloga pela Universidade Metodista de São Paulo, em São Bernardo do Campo, especialista em Psicologia Social pela UFRGS, psicóloga e coordenadora técnica do CRAI, do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Participação no estudo: responsável pelo levantamento mensal do serviço durante todos os anos de sua existência e contribuição na elaboração do presente artigo.

Débora Dalbosco Dell'Aglio – Psicóloga pela PUCRS, mestre e doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS, professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Adolescência (NEPA), pesquisadora do CNPq. Participação no estudo: atuou na orientação da primeira autora e contribuiu na elaboração do presente artigo.