



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Amanda Rodrigues de Araújo

**Violência sexual na infância e adolescência:  
perfil da vítima e do agressor e adesão ao seguimento ambulatorial**

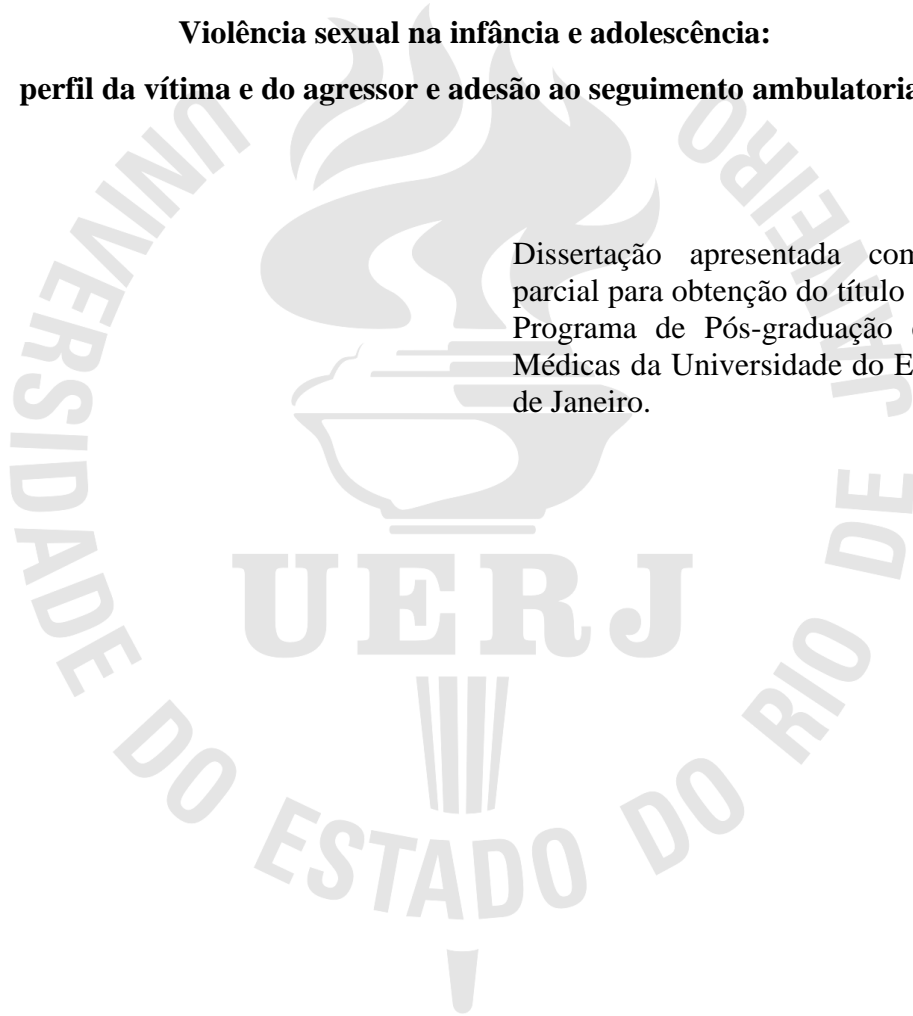
Rio de Janeiro

2022

Amanda Rodrigues de Araújo

**Violência sexual na infância e adolescência:  
perfil da vítima e do agressor e adesão ao seguimento ambulatorial**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Leite Maia Monteiro  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elaine da Silva Pires Araújo

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/A

A663	<p>Araújo, Amanda Rodrigues de Violência sexual na infância e adolescência: perfil da vítima e do agressor e adesão ao seguimento ambulatorial / Amanda Rodrigues de Araújo. - 2022. 50 f.</p> <p>Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Leite Maia Monteiro Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elaine da Silva Pires Araújo Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Abuso sexual na infância. 2. Estupro. 3. Assistência ao paciente. 4. Notificação de abuso. 5. Saúde da criança. 6. Saúde do adolescente. 7. Equipe de assistência ao paciente. 8. Fatores socioeconômicos. I. Monteiro, Denise Leite Maia. II. Araújo, Elaine da Silva Pires. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.</p> <p>CDU 343.62</p>
------	---

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Amanda Rodrigues de Araújo

**Violência sexual na infância e adolescência: perfil da vítima e do agressor e adesão ao seguimento ambulatorial**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 01 de julho de 2022.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Leite Maia Monteiro  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elaine da Silva Pires Araújo  
Universidade Iguazu

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Alexandre José Baptista Trajano  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.<sup>a</sup> Dra. Corina Helena Figueira Mendes  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente  
Fernandes Figueira

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais, que me incentivam a enfrentar as adversidades, por maiores que sejam; aos meus avós (*in memoriam*), por todo amor dedicado a mim; aos meus familiares e amigos por compartilharem desse momento comigo.

## AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus por me permitir realizar esse projeto e me acompanhar na minha jornada como profissional e como ser humano.

Agradeço imensamente à minha amada mãe, que me inspira como pessoa, me ensina tantos valores, corrige minhas falhas e sempre está ao meu lado, me incentivando a acreditar que com esforço tudo se constrói, juntamente com meu querido pai, meu companheiro, responsável por me conduzir em todos os momentos da minha vida, nunca mediu esforços para que eu realizasse meus sonhos, inclusive a conclusão desse projeto. Agradeço aos meus avós pela minha criação e todo cuidado que me deram e hoje seguem juntos comigo no meu coração.

Ofereço todo meu carinho e agradecimento à professora Denise, minha orientadora, que abraçou esse projeto de todas as formas, nunca desanimou e me impulsionou para que eu fosse adiante. Com certeza, também é fonte de inspiração como profissional e ser humano.

Além de agradecer por toda ajuda no fornecimento de dados e na confecção desse estudo, parablenizo a minha coorientadora, professora Elaine, que por meios próprios deu vida ao CAMVIS e hoje, é responsável por levar qualidade de vida e cuidados a tantas vítimas de violência sexual, muitas vezes esquecidas pela sociedade. Deixo meu agradecimento à equipe multidisciplinar que torna esse serviço possível, em especial a assistente social Mara.

Agradeço aos meus familiares e amigos, especialmente à minha prima Luana, que me ajudou na coleta de dados para esse projeto e é a irmã que a vida me deu, minha tia Marta que sempre participou da minha vida e ajudou na minha formação. À minha amada madrinha Leci, por todo carinho e consideração que sempre me ofereceu e tenho certeza que estaria presente, torcendo por mim, se não fosse pelas sequelas da Covid-19 que a impedem atualmente.

Por fim, a todas as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, que eu pude conhecer a história, ofereço todo meu respeito, agradecimento e o desejo que num futuro próximo a violência sexual não faça parte da realidade de tantas crianças no país.

A persistência é o caminho do êxito.

*Charles Chaplin*

## RESUMO

DE ARAÚJO, Amanda Rodrigues. **Violência sexual na infância e adolescência: perfil da vítima e do agressor e adesão ao seguimento ambulatorial.** 2022. 50 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública de grandes proporções que apresenta fatores de risco e consequências negativas na vida das vítimas, as quais carecem de atendimento multidisciplinar adequado, bem como acompanhamento especializado a longo prazo. Os objetivos são: avaliar o perfil das vítimas e dos agressores, os fatores associados à ocorrência do estupro e a adesão ao seguimento ambulatorial de crianças e adolescentes agredidas sexualmente. O desenho de estudo é do tipo corte transversal. A população foi constituída por crianças e adolescentes do sexo feminino, situadas na faixa etária de 0 a 19 anos, atendidas na emergência do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI) e acompanhadas no ambulatório de seguimento, o Centro de Assistência Multiprofissional à Violência Sexual (CAMVIS), localizados na Baixada Fluminense. Os dados analisados são relativos ao período de 2014 a 2018 e foram coletados a partir da revisão dos boletins de atendimentos da emergência e dos prontuários do ambulatório. Foram analisadas as variáveis sociodemográficas das vítimas, o perfil do(s) agressor(es), o cenário da agressão sexual e o atendimento pós-exposição. As variáveis coletadas foram utilizadas nas análises comparativas para se identificarem as razões de chance. Os dados foram descritos através de proporções, médias, desvios-padrão e os respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimados. As associações entre a violência sexual e possíveis fatores de risco foram avaliadas através de testes estatísticos. A magnitude das associações foi observada pelo cálculo de medidas de associações (razão de chance) e respectivos IC de 95%. Das 453 crianças e adolescentes avaliadas, 264 (58,3%) eram <14 anos e 189 (41,7%) entre 14-19 anos. Nos 2 grupos, 78% eram negras. A defasagem escolar >2 anos foi de 15,6% nas <14 anos e 40,5% entre 14-19 anos ( $p<0,001$ ; OR=3,7 (2,1-6,5)). Nas meninas até 13 anos, os abusos geralmente ocorreram em casa (73,2%), perpetrado por agressor único (91%), conhecido da vítima (91,2%). Nas jovens  $\geq 14$  anos, 84,1% dos estupros aconteceram nas ruas, praticados por agressor único (74,8%), 57,8% eram desconhecidos e em 91,2% dos casos foi empregada força física e/ou ameaça verbal. As vítimas <14 anos têm 14 vezes mais chance de sofrer agressão dentro do meio familiar ( $p<0,001$ ; OR=14,3 (8,2-25,6)) e 16 vezes mais chance de serem agredidas por conhecidos ( $p<0,001$ ; OR=16,2 (9,2-29,8)). Por outro lado, ter  $\geq 14$  anos triplica a chance de ser abusada por mais de um agressor ( $p<0,001$ ; OR=3,3 (1,8-6,1)). As meninas negras, sobretudo menores de 14 anos, são mais suscetíveis a sofrerem violência sexual e revitimização, na medida em que apresentam menor adesão ao acompanhamento no serviço de saúde e sofrem agressões mais frequentemente no meio familiar. Outros fatores associados a vulnerabilidade das vítimas não foram avaliados, podendo se tornar objeto de estudos futuros e assim, auxiliar na criação de políticas públicas para a redução da incidência deste agravo.

**Palavras-chave:** Estupro. Ofensas Sexuais. Abuso Infantil. Adolescentes.



## ABSTRACT

DE ARAÚJO, Amanda Rodrigues. **Sexual violence in childhood and adolescence: victim and aggressor profiles and adherence to outpatient follow-up.** 2022. 50 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Sexual violence against children and adolescents is a public health problem of great proportions that presents risk factors and negative consequences in the lives of victims, who need adequate multidisciplinary care, as well as specialized long-term follow-up. The objectives are to evaluate the profile of victims and aggressors, factors associated with the occurrence of rape, and adherence to outpatient follow-up of sexually assaulted children and adolescents. The study design is cross-sectional. The population was made up of female children and adolescents, located in the age range of 0 to 19 years, seen at the emergency department of the Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI) and followed up at the follow-up outpatient clinic, the Centro de Assistência Multiprofissional à Violência Sexual (CAMVIS), located in Baixada Fluminense. The analyzed data relate to the period from 2014 to 2018 and were collected from the review of the emergency department attendance bulletins and the outpatient clinic medical records. The sociodemographic variables of the victims, the profile of the aggressor(s), the scenario of sexual assault, and the post-exposure care were analyzed. The variables collected were used in the comparative analyses to identify odds ratios. Data were described using proportions, means, standard deviations, and the respective 95% confidence intervals were estimated. Associations between sexual violence and possible risk factors were assessed using statistical tests. The magnitude of the associations was observed by calculating measures of associations (odds ratio) and respective 95% CIs. Of the 453 children and adolescents evaluated, 264 (58.3%) were <14 years and 189 (41.7%) were between 14-19 years. In the 2 groups, 78% were black. School lag >2 years was 15.6% in the <14 years and 40.5% in the 14-19 years ( $p<0.001$ ; OR=3.7 (2.1-6.5)). In girls up to 13 years old, abuse generally occurred at home (73.2%), perpetrated by single perpetrator (91%), known to the victim (91.2%). In girls  $\geq 14$  years old, 84.1% of rapes took place on the street, perpetrated by single aggressor (74.8%), 57.8% were unknown, and in 91.2% of cases physical force and/or verbal threat was employed. Victims <14 years old were 14 times more likely to experience assault within the family environment ( $p<0.001$ ; OR=14.3 (8.2-25.6)) and 16 times more likely to be assaulted by acquaintances ( $p<0.001$ ; OR=16.2 (9.2-29.8)). On the other hand, being  $\geq 14$  years old triples the chance of being abused by more than one abuser ( $p<0.001$ ; OR=3.3 (1.8-6.1)). Black girls, especially those under 14 years of age, are more likely to experience sexual violence and revictimization, as they have lower adherence to health service monitoring and suffer aggression more frequently in the family environment. Other factors associated with the vulnerability of the victims were not evaluated and may become the object of future studies and thus help in the creation of public policies for the reduction of the incidence of this grievance.

**Keywords:** Rape. Sexual Offenses. Child abuse. Adolescents.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das características das vítimas da população geral.....	31
Tabela 2 – Descrição das características dos agressores do grupo geral.....	33
Tabela 3 – Descrição das características da agressão no grupo geral.....	34
Tabela 4 – Características do atendimento pós-exposição sexual emergencial e ambulatorial na população geral.....	36
Tabela 5 – Características sociodemográficas das vítimas entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com $\geq$ 14 anos.....	37
Tabela 6 – Características da agressão sexual entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com $\geq$ 14 anos.....	39
Tabela 7 – Atendimento após exposição sexual entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com $\geq$ 14 anos.....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ART.	Artigo do código penal
BA	Bahia
BO	Boletim de ocorrência policial
CAAE	Comitê de Apresentação para Apreciação Ética
CAMVIS	Centro de Assistência Multiprofissional à Violência Sexual
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
HBV	Hepatitis B vírus
HGNI	Hospital Geral de Nova Iguaçu
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Mato Grosso do Sul
ONU	Organização das Nações Unidas
SINAN/MS	Sistema de Informações de Agravos de Notificações/ Ministério da Saúde
SINASC	Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundos das Nações Unidas para a Infância

## LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
Nº	Número
<	Menor que
≥	Maior ou Igual a
=	Igual
>	Maior que
/	Por

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. OBJETIVOS</b> .....	26
1.1 <b>Objetivo geral</b> .....	26
1.2 <b>Objetivos específicos</b> .....	26
<b>2. MÉTODOS</b> .....	27
2.1 <b>Desenho do estudo</b> .....	27
2.2 <b>População do estudo</b> .....	27
2.3 <b>Local de estudo</b> .....	27
2.4 <b>Crítérios de inclusão</b> .....	28
2.5 <b>Crítérios de exclusão</b> .....	28
2.6 <b>Coleta de dados</b> .....	28
2.7 <b>Variáveis analisadas</b> .....	29
2.8 <b>Análise estatística</b> .....	29
<b>3. CONSIDERAÇÕES SOBRE ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	30
<b>4. RESULTADOS</b> .....	30
4.1 <b>Perfil das vítimas na população geral do estudo</b> .....	30
4.2 <b>Perfil dos agressores na população geral do estudo</b> .....	32
4.3 <b>Características da agressão na população geral do estudo</b> .....	34
4.4 <b>Características do atendimento pós-exposição sexual emergencial e ambulatorial na população geral do estudo</b> .....	35
4.5 <b>Análise comparativa dos aspectos sociodemográficos entre o grupo de vítimas com &lt; 14 anos e o grupo com ≥ 14 anos</b> .....	36
4.6 <b>Características da agressão sexual entre o grupo de vítimas com &lt; 14 anos e o grupo com ≥ 14 anos</b> .....	37
4.7 <b>Atendimento após exposição sexual entre o grupo de vítimas com &lt; 14 anos e o grupo com ≥ 14 anos</b> .....	40
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>CONCLUSÃO</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
<b>APÊNDICE - Questionário semi-estruturado</b> .....	50

<b>ANEXO - Aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa.....</b>	<b>52</b>
--	-----------

## INTRODUÇÃO

A violência sexual é reconhecidamente uma violação dos direitos humanos e sexuais, também classificada como violência de gênero, predominante contra mulheres<sup>1</sup>. Em se tratando de crianças e adolescentes abaixo de 14 anos configura-se crime de estupro de vulnerável. Além do maior impacto negativo, pode acarretar problemas de saúde mental, sociabilidade e neurodesenvolvimento<sup>2</sup>.

Levando-se em conta a elevada incidência e as consequências a curto e longo prazo que uma agressão sexual causa na vítima, bem como para a sociedade, além do fato de que quanto mais jovens, as repercussões tendem a ser mais graves, surgiu a seguinte questão norteadora:

Qual é o perfil das vítimas de violência sexual na infância e adolescência? Quem são os autores da violência e como ocorre a agressão?

Por meio da análise de tais fatores foi possível melhor compreensão das situações que favorecem esse fenômeno e o que se faz necessário para um atendimento digno e de qualidade para com essas vítimas.

Considera-se como violência sexual os casos de assédio, estupro, pornografia infantil e exploração sexual, que pode se manifestar por meio de abuso incestuoso; sexo forçado no casamento; jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas; pedofilia; voyeurismo, manuseio; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Ademais, se consideram os atos que mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos<sup>3</sup>.

Sendo assim, a violência sexual pode ser definida como qualquer tipo de atividade de natureza erótica ou sexual que despreza o direito de escolha de um dos envolvidos. O direito de escolha pode ser suprimido por coação, ascendência e/ou imaturidade<sup>4</sup>.

As situações de violência sexual podem ser divididas em agudas e crônicas.

As situações de violência sexual agudas correspondem, em sua grande maioria, aos “assaltos sexuais”, onde a força usada é imediata, de curta duração ou pouco frequente<sup>4,5</sup>. Costumam ocorrer nos espaços públicos, uma vez que estão intimamente relacionadas à violência urbana. São rotineiramente precedidas por ameaças à vida, à integridade física e são

fortemente associadas à violência física. As principais vítimas são adolescentes e mulheres adultas e o agressor é geralmente desconhecido. Tal cenário requer atendimento rápido em serviço de urgência para tratamento de eventuais lesões físicas e pelos prazos definidos para o início das profilaxias contra infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestação indesejada<sup>4</sup>.

A violência sexual crônica ocorre por longos períodos, de maneira progressiva. É praticada, principalmente, contra crianças, por pessoas próximas as vítimas e seus familiares. As ameaças são usualmente veladas e o uso de violência física nem sempre está presente. Existe a possibilidade de contaminação por IST ou de gestação, mas lesões físicas graves são pouco frequentes. O atendimento inicial a esse tipo de situação pode ser feito em serviço ambulatorial<sup>4</sup>.

O abuso é uma das formas de violência sexual, caracterizado por ter como objeto, crianças e adolescentes. Pode envolver práticas distintas do contato genital, como carícias, beijos, exposição à pornografia ou a situações sexualizadas<sup>4</sup>. O agressor é chamado de abusador sexual ou molestatador. Tal ato está associado à morbimortalidade significativa. Vários tipos de lesões são vistas como resultado da força física, como múltiplos hematomas graves em locais incomuns, lacerações e perfurações vaginais e anais, que por vezes demandam internação hospitalar. A vítima também é exposta a IST, trauma psicológico, risco de gravidez e até tentativa de homicídio, apesar de incomum<sup>5</sup>.

Nas últimas décadas, em resposta a pressões de movimentos feministas e da própria sociedade, os governos têm implementado políticas públicas e ações de prevenção de violência contra a mulher. Uma das estratégias principais tem sido criar e aprimorar normas, bem como expandir serviços com o objetivo de assistir as vítimas<sup>6</sup>.

Desde a elaboração do Código Penal de 1940, em sua redação original, o crime de estupro só era considerado se houvesse conjunção carnal forçada contra o sexo feminino (Art. 213). Todas as práticas forçadas de atos libidinosos diversos da conjunção carnal contra qualquer indivíduo eram classificadas como atentado violento ao pudor (Art. 214), cuja pena de reclusão era inferior ao crime de estupro e mesmo não havendo conjunção carnal, em algumas situações, a agressão tinha consequências graves, com danos a integridade física e mental das vítimas. Portanto, o crime de estupro era tratado de forma fragmentada e acentuadamente limitada<sup>7,8</sup>.

A fim de melhor tipificar a violência sexual como crime, o advento da Lei nº 12.015 de 2009, trouxe consigo importantes modificações, retirando os crimes sexuais do capítulo dos crimes contra os costumes para inseri-los nos dos crimes contra a pessoa e dos crimes



contra a dignidade sexual. Alterou também o conceito de estupro, que agora abrange também os casos de atentado violento ao pudor e incluídos ambos os sexos como possíveis vítimas, por meio da junção dos artigos 213 e 214 do Código Penal em um único artigo, o Art. 213<sup>7,8,9</sup>. Quando envolve menores de 14 anos ou portadores de enfermidades ou deficiências mentais, ou que, por qualquer outro motivo, tenham sua capacidade de resistência diminuída, é tratado como crime sexual contra vulnerável, independente da comprovação de discernimento ou não para o consentimento da vítima, ou de quaisquer outras circunstâncias (Art. 217-A), cuja pena de reclusão é de 8 a 15 anos<sup>10,11</sup>.

Em 13 de julho de 1990, é criada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, tratando das situações de violências contra esse grupo. Estabelece a criação de serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de abuso sexual, dentre outros tipos de violência (Art. 87, III). Adicionalmente, instituiu-se a notificação compulsória de violência contra crianças e adolescentes, sendo que uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente<sup>8,12</sup>. Apenas em 2003, a Lei 10.778, amplia a notificação compulsória, no território nacional, aos casos de violência contra a mulher adulta, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados de saúde<sup>8</sup>.

A notificação dos casos de violência sexual por meio da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) só foi instituída em 2006. Sem as notificações adequadamente documentadas e encaminhadas a um órgão competente para análise, não se tinha dados epidemiológicos para dimensionar a situação e poder propor políticas públicas para o enfrentamento deste agravo. Ainda assim, sabemos que os dados são subestimados tanto pela subnotificação quanto pelo fato de muitas vítimas não buscarem apoio no sistema de saúde<sup>13</sup>.

Em 1º de agosto de 2013 é sancionada a Lei nº 12.845, onde fica previsto que os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social (Art 1º)<sup>14</sup>. Dentre os possíveis danos e outras repercussões na vida reprodutiva e sexual da menina ou mulher, está incluída a gestação decorrente da violência sexual. Os profissionais de saúde devem, portanto, garantir o acesso ao aborto legal e seguro nessas situações<sup>9</sup>.

O direito ao abortamento legal foi um marco importante na evolução das leis e práticas assistenciais às vítimas de agressão sexual. Caso seja constatada gestação em decorrência de violência sexual, a Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II permite a

realização do procedimento, respeitando-se o desejo da paciente ou de seus responsáveis legais<sup>4,12</sup>. Para a realização da interrupção da gestação era exigido o registro de ocorrência policial<sup>15</sup>. Desta forma, a vítima era forçada a ir à delegacia, gerando constrangimento, quando não era sua vontade fazer o boletim de ocorrência policial (B.O.). Associado à escassez de serviços que realizassem a interrupção legal da gestação, muitas vítimas buscavam serviços clandestinos, com maior risco de complicações. A partir de 2005 fica estabelecido um protocolo no qual a declaração da vítima é considerada suficiente para considerar a gestação decorrente de violência sexual e a partir daí a avaliação por equipe multidisciplinar visa confirmar o relato e o desejo da interrupção.

No entanto, a Lei 13931, de 10 de dezembro de 2019, estabelece que constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados, devendo ser comunicados à autoridade policial no prazo de 24 horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos<sup>16</sup>. Em 27 de agosto de 2020, foi lançada a portaria nº 2.282 que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, onde reforça a obrigatoriedade da notificação proposta pela Lei 13.931, bem como estipula que os profissionais da saúde deverão preservar possíveis evidências materiais do crime de estupro a serem entregues imediatamente à autoridade policial, tais como fragmentos de embrião ou feto com vistas à realização de confrontos genéticos que poderão levar à identificação do respectivo autor do crime<sup>17</sup>.

Para os especialistas, a comunicação à autoridade policial não pode violar os direitos da mulher à privacidade, ao sigilo nem à autonomia presentes nos marcos normativos nacionais e internacionais que versam sobre a proteção e enfrentamento à violência contra as mulheres. Desse modo, o prontuário e a ficha de notificação de violência não devem ser enviados a autoridades policiais sem autorização da mulher<sup>9</sup>.

Partindo-se do princípio da vulnerabilidade, todas as gestações ocorridas na faixa etária abaixo de 14 anos têm direito à realização de abortamento legal, visto que a atividade sexual com menores de 14 anos é caracterizada como estupro de vulnerável. No entanto, por tratar-se de um assunto complexo, com suas particularidades, exige a análise profunda do contexto psicossocial em que a menor está inserida.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para infância (UNICEF), meninas até 16 anos, em especial em classes mais baixas, associam o casamento à possibilidade de mudança de status social, de alguma forma de emancipação e de serem mais valorizadas. Ressalta-se

que a gravidez autorizava o casamento infantil no Brasil, inclusive com meninas com menos de quatorze anos<sup>18</sup>. No entanto, em 2019, entrou em vigor a Lei 13.811 que proíbe o casamento de menores de 16 anos<sup>19</sup>.

Estima-se que mundialmente 120 milhões de meninas sofram alguma forma de contato sexual forçado antes dos 20 anos<sup>20</sup>. A incidência desse fenômeno em crianças e adolescentes aponta o risco maior de vitimização de meninas, evidenciando assimetrias de gênero<sup>21</sup>. Estudos internacionais revelam que aproximadamente 20% das mulheres relatam terem sido vítimas de violência sexual na infância<sup>22</sup>.

No Brasil, em 2020, foram registrados 60.926 casos de violência sexual, sendo 86,9% vítimas do sexo feminino. Já em 2021, houve registro de 56.098 boletins de ocorrência de estupros, incluindo vulneráveis, apenas do gênero feminino. Isso significa dizer que, neste período, uma menina ou mulher foi vítima de estupro a cada 10 minutos, apontando crescimento de 3,7% no número de registros desse tipo de crime, com taxa média de 51,8/100.000 mulheres<sup>23,24</sup>.

Considerando o início da pandemia de Covid-19 em março de 2020, e os dados disponíveis até dezembro de 2021, ao menos 100.398 meninas e mulheres registraram casos de estupro e estupro de vulnerável em delegacias de polícia de todo o país<sup>24</sup>. Em 2022, de janeiro a abril, já foram registradas 4.486 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes, mais que o dobro na comparação com o mesmo período de 2020. Isso é reflexo, principalmente, pela volta às aulas presenciais, uma vez que grande parte das denúncias é feita por diretores e professores das escolas<sup>25</sup>.

É de se destacar que os crimes sexuais estão entre aqueles com as menores taxas de notificação à polícia, por motivos que incluem medo de retaliação, julgamento a que a vítima será exposta após a denúncia ou descrédito nas instituições de justiça e segurança pública<sup>18</sup>. A Organização Mundial de Saúde estima que apenas 01 em cada 20 casos de abuso chega ao conhecimento dos órgãos de proteção à infância<sup>26</sup>. Portanto, os números apresentados nas estatísticas tendem a ser subestimados.

Em 2020, seguindo a linha de anos anteriores, a grande maioria dos crimes de estupro (73,7%) foram cometidos contra menores de 14 anos, concentrando-se na faixa de 10 a 13 anos (28,9%), seguidos de crianças de 5 a 9 anos (20,5%), adolescentes de 14 a 17 anos (15%) e crianças de 0 a 4 anos (11,3%). Apesar das medidas de distanciamento social impostas pela pandemia da Covid-19 terem causado subnotificação dos registros de violência sexual em 2020 e impossibilitado afirmar se houve aumento dos estupros, dados apontam que as vítimas eram mais novas do que em 2019, perfil que vem se confirmando ano após ano<sup>23</sup>.

Por outro lado, quanto mais jovens as vítimas, maior a probabilidade de a agressão ser perpetrada por agressor próximo ou membro da família, assim como o local de ocorrência ser no ambiente familiar. Em 2020, 85,2% dos autores eram conhecidos das vítimas, quase sempre (96,3%) do sexo masculino, muitas vezes parentes e outras pessoas próximas que têm livre acesso às crianças, apenas 14,8% dos estupros no Brasil foram de autoria de desconhecidos das vítimas. Esse fato tende a favorecer a cronicidade do abuso e dificuldade em registrar a violência junto às autoridades<sup>23</sup>.

A análise do perfil racial das vítimas, em 2020, indica que 50,7% são negras, 48,7% brancas, 0,3% amarelas e 0,3% indígenas. Os crimes de estupro e estupro de vulnerável são um dos poucos delitos onde não se verifica grande diferença na vitimização entre negros e brancos<sup>23</sup>. Embora alguns levantamentos apontem incidência maior na população negra, como mostram os dados das notificações obtidas no SINAN em 2018, onde a maioria das vítimas, tanto crianças quanto adolescentes, é de pele preta, o que pode apontar para vulnerabilidades cruzadas desses grupos<sup>3</sup>.

Uma situação intimamente relacionada ao abuso sexual na infância e adolescência é o casamento infantil, união formal ou informal em que pelo menos uma das partes tenha menos de 18 anos<sup>27</sup>. Em todo o mundo, estima-se que 650 milhões de meninas e mulheres se casaram antes de completar 18 anos, com cerca de metade desses casamentos ocorrendo em Bangladesh, Brasil, Etiópia, Índia e Nigéria<sup>28</sup>. Em 2016, o número de casamentos ou uniões no Brasil foi de 1,09 milhão. Desse total, 137.973 incluíram pessoas com até 19 anos, sendo 28.379 meninos contra 109.594 meninas<sup>29</sup>.

Ao contrário de alguns países africanos e asiáticos, a união infantil no Brasil não tem aspectos culturais e ritualísticos, mas consensuais, ou seja, seria uma opção de adolescentes, ainda que motivada por uma série de fatores. Entre esses, estão o desejo, muitas vezes de um membro da família, de proteger a reputação de uma menina que engravidou; o desejo de controlar a sexualidade das meninas; a vontade de obter segurança; e o desejo dos maridos de se casar com meninas mais jovens, consideradas mais atraentes e de mais fácil controle. Já entre as consequências estão a gravidez e problemas de saúde maternal, neonatal e infantil; atrasos e desafios educacionais; limitações à mobilidade e às redes sociais das meninas; exposição à violência por parte do parceiro, entre outras<sup>30</sup>.

A gravidez na adolescência é outro fator que frequentemente caminha junto à violência sexual. Segundo dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2020, nasceram 381.653 filhos de mães com idade entre 10 e 19 anos e 17.569 de meninas de 10 a 14 anos<sup>31</sup>. Destaca-se que as gestações que ocorrem na faixa etária até 13

anos, de acordo com a Lei 12.015 de 2009 são consideradas consequências de estupro de vulnerável devendo haver a devida responsabilização do ofensor envolvido.

O cenário em que ocorre a violência sexual costuma estar ligado a determinados fatores de risco como desestruturação familiar, pobreza, baixa escolaridade, alcoolismo e uso de drogas. Um dos pontos principais no processo de combate à ocorrência de estupro, consiste na identificação de tais fatores e na implementação de condutas que suprimam os efeitos negativos deles.

Ainda que a vitimização sexual seja um fenômeno multidimensional e transversal acometendo a todas as classes sociais, as situações de pobreza corroboram para que esse fenômeno atinja de forma mais intensa crianças e adolescentes pertencentes às famílias empobrecidas<sup>32</sup>.

Desde os anos 1990, diferentes pesquisas têm indicado que o abuso sexual em geral é praticado por membros da família ou de confiança das crianças, revelando padrões assustadores de violência intrafamiliar<sup>18</sup>. Um estudo comparativo entre vítimas de violência sexual, realizado em um hospital público de Fortaleza (2010 a 2013), corrobora esse padrão, mostrando que a violência que predominou contra vítimas adolescentes foi a do tipo intrafamiliar. Observou-se ainda que é mais frequente entre as adolescentes a coexistência de mais de um tipo de violência, como física, sexual e psicológica<sup>33</sup>. Os mesmos resultados foram encontrados em outra pesquisa efetuada em Campo Grande (MS), entre 2009 e 2013<sup>34</sup>.

A desestruturação familiar está intimamente ligada à ocorrência da violência sexual intrafamiliar. Muitas vezes as famílias onde ocorre o abuso infantil e contra o adolescente são compostas por genitores que iniciaram a paternidade precocemente, com grandes proles, usualmente frutos de mais de um relacionamento. Não raro, temos a presença de distúrbios com alcoolismo e outras drogas ilícitas nos integrantes dessas famílias, além de situações de violência doméstica. Todos esses fatores deixam a criança e o adolescente em situação de vulnerabilidade, onde se torna mais difícil o estabelecimento de uma rede de proteção para o crescimento e desenvolvimento saudável desses indivíduos e, por conseguinte, mais facilmente, práticas abusivas, não apenas sexuais, ocorrem e são mais difíceis de serem solucionadas.

O consumo de substâncias psicoativas (SPA), tanto pelas vítimas, quanto pelos agressores, encontra-se entre os fatores que podem estar associados à vitimização sexual de crianças e adolescentes e gravidade do abuso. Pesquisas nessa área relatam que adolescentes que fazem uso de álcool apresentam maiores níveis de impulsividade para abuso de SPA e atividade sexual precoce, em comparação àqueles que não o fazem. Um estudo transversal,

conduzido entre 2005 e 2010, com base em documentos oficiais das Delegacias de Polícia Civil e Especializadas de Feira de Santana (BA) apontou que, embora a maioria dos molestadores (87,1%) tenha negado o uso de SPA, foi observada maior frequência de vitimização sexual de adolescentes entre aqueles que faziam uso dessas substâncias<sup>35</sup>.

A baixa escolaridade também possui forte correlação com os atos de violência sexual, conforme sugerido na literatura. A exemplo disso, na pesquisa conduzida na Bahia (2005-2010), o perfil dos agressores mostrou que a maioria absoluta era do sexo masculino (98,0%); com baixa escolaridade (78,1%)<sup>35</sup>. Dessa forma, fica clara a importância do acesso à educação como medida preventiva no combate à violência sexual.

Mesmo com a promulgação da Lei Nº 12.845, de 1º de agosto de 2013<sup>14</sup>, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, ainda existe carência de setores especializados nesses casos, a fim de prestar o primeiro atendimento emergencial e de manter o seguimento a curto e longo prazo das vítimas, o que muitas vezes repercute na ocorrência de gestações indesejadas, IST e transtornos psíquicos.

As consequências mais prevalentes da violência sexual são estresse pós-traumático (23,3%), transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%). Deve-se salientar, entretanto, que a proporção de vítimas que ficaram grávidas como consequência do estupro cresce para 15%, quando se consideram apenas os casos em que houve penetração vaginal e a faixa etária entre 14 e 17 anos<sup>36</sup>.

Nos últimos anos, o número de serviços de atenção à violência sexual apresentou aumento em 760%, passando de 82 serviços em 2002, para 625 em 2012<sup>37</sup>. Dados mais recentes indicam que, em 2016, existiam 603 serviços de saúde para esse tipo de atendimento, dos quais 187 ofereciam atendimento 24 horas, sendo 65 serviços credenciados para realizar interrupção da gestação prevista por lei, porém menos da metade a realizava e 399 realizavam seguimento ambulatorial<sup>9</sup>. Apesar da evolução no tocante à distribuição dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual no Brasil, demonstra-se divisão heterogênea na organização dos serviços de saúde, evidenciando desigualdades regionais, sobretudo nas periferias, o que se torna um desafio a ser superado, dado às repercussões negativas que as vítimas sofrem ao longo de seu desenvolvimento.

A complexidade das situações de abuso sexual demanda o atendimento por profissionais de diversas áreas de atuação, cada qual com seu papel, foco de intervenção, linguagem e metodologia próprios<sup>4</sup>. O acolhimento deve ocorrer em local adequado, em que seja garantido o direito à privacidade, sem julgamentos morais. As crianças e adolescentes

que sofrem violência sexual podem apresentar queixas vagas que, à primeira vista, não levam o profissional a suspeitar dessa situação. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde mantenham alto grau de suspeição<sup>38</sup>.

É necessário que o serviço de saúde realize exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor(a) da agressão, e que seja preenchida a “Ficha de notificação e investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências”<sup>12</sup>.

O Ministério da Saúde aponta os principais sinais de violência sexual em crianças e adolescentes: edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem (como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis); lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral; sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução de corpo estranho pela própria criança; sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que os justifiquem (como constipação intestinal grave e crônica); rompimento himenal; IST; gravidez e aborto<sup>38</sup>.

Entre os procedimentos realizados incluem-se as diversas profilaxias indicadas apenas nas primeiras 72 horas após o coito suspeito, que devem ser adotadas o mais precocemente possível, sendo consideradas ineficientes após esse período ou em casos de abusos repetidos<sup>4</sup>.

Em casos de gravidez fruto do estupro, suspeita ou confirmada, deve-se considerar a demanda da adolescente, identificando se manifesta desejo ou não de interromper a gravidez. Cabe aos profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre os direitos da mulher e da adolescente e apresentar as alternativas à interrupção da gravidez, como a assistência pré-natal e entrega da criança para adoção. Na discordância entre o desejo pela interrupção da gestação pela adolescente e seus responsáveis, pode ser necessário a intervenção judicial para garantia de preavalecimento do desejo da adolescente<sup>12</sup>.

Em resumo, as recomendações do Ministério da Saúde frente aos casos de violência sexual consistem no atendimento clínico-laboratorial psicológico e social imediato; providências policiais e judiciais cabíveis (entretanto, caso a vítima não as tome, não lhe pode ser negado atendimento); anticoncepção de emergência e profilaxia das IST não virais e do HIV; vacinação e imunização passiva para HBV; realização de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites virais B e C e coleta de material para avaliação do status sorológico prévio para seguimento e conduta específica; agendamento de retorno para seguimento sorológico de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e acompanhamento clínico laboratorial, psicológico e social, quando indicado<sup>38</sup>.

Existem poucos estudos na literatura referentes à adesão ao seguimento ambulatorial após a violência sexual. Estima-se que essa taxa varie entre 10% e 31%. Fatores associados à qualidade dos serviços de atendimentos, tais como presença de profissionais capacitados no local, existência ou não de protocolos e de áreas privativas para o atendimento e correta orientação sobre as consequências da violência sexual ao longo do tempo, interferem na adesão ao seguimento ambulatorial. Outros fatores conhecidos que dificultam a procura de ajuda por parte da mulher e diminuem a taxa de seguimento ambulatorial são: recear exposição pública e represálias, ser conhecida do agressor, ter consumido álcool ou drogas antes da agressão e ser portadora de doença psiquiátrica. Em contrapartida, a adesão é significativamente maior quando as vítimas são adolescentes e quando a agressão aconteceu dentro de casa ou quando houve traumas físicos<sup>39</sup>.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. Objetivo geral**

Estudar a violência sexual contra crianças e adolescentes atendidas em um centro de referência da Baixada Fluminense.

### **1.2. Objetivos específicos**

- 1.2.1. Identificar as características principais da vítima e do autor da agressão;
- 1.2.2. Analisar os fatores associados ao cenário em que ocorre a violência sexual;
- 1.2.3. Comparar os achados do grupo de meninas <14 anos com as  $\geq 14$  anos;
- 1.2.4. Avaliar a adesão por parte das vítimas de violência sexual ao seguimento ambulatorial, após o atendimento emergencial em serviço de referência.



## **2. MÉTODOS**

### **2.1. Desenho do estudo**

O desenho do estudo é do tipo corte transversal.

### **2.2. População do estudo**

A população que compõe esse estudo consiste em crianças e adolescentes do sexo feminino, situadas na faixa etária de 0 a 19 anos, atendidas na emergência do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI) e/ou acompanhadas no ambulatório especializado denominado Centro de Assistência Multiprofissional à Violência Sexual (CAMVIS) do HGNI.

### **2.3. Local de estudo**

Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), localizado na Avenida Henrique Duque Estrada Meyer, 953, Posse, 26030-380, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro.

Esse hospital possui um serviço especializado no atendimento às vítimas de crimes sexuais, com um ambulatório destinado ao acompanhamento desse público a longo prazo. Há 20 anos em funcionamento, oferece não só atendimento médico, mas também com assistentes sociais e psicólogos, sendo referência na Baixada Fluminense. O hospital presta assistência a 12 municípios, assistindo aproximadamente 4 milhões de pessoas.

Tal serviço tem como fundadora e coordenadora a Dra. Elaine da Silva Pires Araújo, que foi convidada para participar como coorientadora desta proposta de mestrado.

#### 2.4. Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as vítimas de violência sexual, atendidas na emergência ou no ambulatório especializado do setor de ginecologia do HGNI, do sexo feminino e na faixa etária de 0 a 19 anos.

#### 2.5. Critérios de exclusão

Foram excluídos os casos de violência sexual quando não foi possível obtenção do acesso aos seus boletins de atendimento ou prontuários do ambulatório de seguimento.

#### 2.6. Coleta de dados

Os dados obtidos nesse estudo foram extraídos de boletins de atendimento emergencial e prontuários do ambulatório de seguimento no CAMVIS no período de 2014 a 2018, totalizando 453 vítimas.

Como o atendimento emergencial é objetivo a fim de dinamizar o fluxo inicial, realizado pela aplicação de um questionário semiestruturado (Apêndice 1), os detalhes da agressão sexual não estão disponíveis. As pacientes que procuraram o ambulatório de seguimento multidisciplinar (CAMVIS) apresentam a descrição detalhada das características do cenário da agressão registrada em prontuário. Apesar disso, uma quantidade considerável de dados não foi informada, prejudicando a confecção do banco de dados da pesquisa.

Todas as informações obtidas tanto da emergência, quanto do ambulatório foram somadas e subsequentemente, analisou-se cada variável e sua respectiva porcentagem no grupo geral.

Baseando-se no artigo 217-A do [Código Penal](#), que caracteriza qualquer ato sexual envolvendo menores de 14 anos como estupro de vulnerável, para a análise da idade da

ocorrência da violência dividiu-se o grupo total de vítimas em dois subgrupos : até 13 anos de idade e de 14 a 19 anos.

## **2.7. Variáveis analisadas**

As variáveis sociodemográficas das vítimas que foram caracterizadas foram: idade, cor, defasagem escolar, situação conjugal, sexarca, exposição prévia a situações de violência sexual, uso de métodos contraceptivos regulares, presença de deficiências e uso de drogas.

O perfil do agressor foi objeto de análise por meio das seguintes variáveis: se era ou não conhecido da vítima, grau de parentesco, sexo, número de agressores que praticaram o ato, uso de drogas durante a violência e o destino do abusador.

As variáveis estudadas que detalham o cenário da agressão sexual foram: local onde ocorreu a violência, emprego de força, tipo de exposição sexual, uso de condom durante o ato e registro policial. Quanto às características do atendimento pós-exposição foram analisados os procedimentos realizados na emergência, contracepção de emergência, profilaxia de IST não virais, profilaxia de HIV e adesão ao acompanhamento ambulatorial.

## **2.8. Análise estatística**

As variáveis coletadas foram utilizadas nas análises comparativas para se identificarem as razões de chance. Os dados foram descritos através de proporções, médias, medianas, desvios-padrão e os respectivos intervalos de confiança de 95% foram estimados. As associações entre a violência sexual e possíveis fatores de risco foram avaliadas através de testes estatísticos. A magnitude das associações foi observada pelo cálculo de medidas de associações (razão de chance) e respectivos IC de 95%. O processo de entrada e análise estatística dos dados foi realizado por meio do Programa EPI-INFO 3.5.2.

### 3. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está sendo conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinki e pela resolução número 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), Número do Parecer: 3.403.324, CAAE: 13727119.0.0000.5254.

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. Perfil das vítimas na população geral do estudo:

A média de idade em que ocorreram as agressões sexuais na população geral do estudo foi de 11,2 anos e, quase um quarto (24,3%) dos estupros concentrou-se na faixa de 10-13 anos de idade.

Quanto a classificação por raça/cor segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 78,1% das pacientes eram da raça negra, contra 21,9%, que se definiram como brancas. Em relação a deficiências físicas e/ou intelectuais, 17,2% das vítimas apresentavam algum tipo de distúrbio dessa natureza.

A avaliação acerca da presença de defasagem escolar acima de 2 anos, apontou que 73,5% das jovens do grupo total cursavam a escolaridade adequada para a faixa etária.

Quase a totalidade das vítimas, nesse estudo, não apresentavam nenhum tipo de união conjugal (98,4%) e 78% ainda não tinham vivenciado sua primeira experiência sexual. Apesar disso, uma parcela considerável de vítimas relatou algum tipo de exposição prévia a situações de violência sexual (63,8%). O uso regular de métodos contraceptivos foi negado por 89,2% das pacientes.

A grande maioria das jovens atendidas no serviço negou uso habitual de qualquer tipo de substância psicoativa, incluindo o uso de álcool, correspondendo a 94,8% dos relatos (tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das características das vítimas da população geral

<b>Características das vítimas</b>	<b>Freq (%)</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>	
0 a 4	90/453 (19,9)
5 a 9	64/453 (14,1)
10 a 13	110/453 (24,3)
14 a 19	189/453 (41,7)
<b>Média</b>	11,2
<b>Mediana</b>	12
<b>Raça/cor</b>	
Branca	60/274 (21,9)
Negra	214/274 (78,1)
<b>Defasagem escolar &gt;2anos</b>	
Sim	73/275 (26,5)
Não	202/275 (73,5)
<b>Situação conjugal</b>	
Unida	6/383 (1,6)
Não unida	377/383 (98,4)
<b>Sexarca</b>	
Sim	65/295 (22)
Não (virgo)	230/295 (78,0)
<b>Violência outras vezes*</b>	
Sim	74/116 (63,8)
Não	42/116 (36,2)
<b>Contracepção</b>	
Sim	32/295 (10,8)
Não	263/295 (89,2)
<b>Deficiências</b>	
Sim	21/122 (17,2)
Não	101/122 (82,8)
<b>Usa drogas (vítima)</b>	
Sim	11/212 (5,2)
Não	201/212 (94,8)

\* Qualquer tipo de violência, podendo ser de cunho sexual ou não.

#### 4.2. Perfil dos agressores na população geral do estudo:

Os autores dos abusos sexuais apresentavam algum tipo de vínculo com as vítimas em 70,2% dos casos informados, sendo 34% amigos ou conhecidos, 31,4% desconhecidos e pai e padrasto, somados, foram responsáveis por 20,1% dos ataques. Quanto ao gênero, 97,3% dos violadores eram do sexo masculino.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, 90,1% das vítimas negaram que os abusadores estavam sob efeito de tais drogas durante o ato sexual.

O destino dos agressores foi informado em apenas 23 relatos de abuso, dentre esses 12 (51,2%) estavam foragidos, 3 (13%) cumpriam medida protetiva, 7 (30,5%) foram presos e 1 (4,3%) agressor foi a óbito em virtude de complicações do vírus HIV (tabela 2).

Tabela 2 - Descrição das características dos agressores do grupo geral

<b>Características dos agressores</b>	<b>Freq (%)</b>
<b>Agressor Conhecido</b>	
Sim	252/359 (70,2)
Não	107/359 (29,8)
<b>Vínculo</b>	
Amigo/conhecido	120/353 (34,0)
Pai	33/353 (9,3)
Padrasto	38/ 353 (10,8)
Mãe	3/353 (0,8)
Irmão	8/353 (2,3)
Cuidador	28/353 (7,9)
Namorado	8/353 (2,3)
Ex cônjuge	1/353 (0,3)
Pessoa com relação institucional	3/353 (0,8)
Desconhecido	111/353 (31,4)
<b>Gênero</b>	
Masculino	358/368 (97,3)
Feminino	10/368 (2,7)
<b>Agressor usou drogas</b>	
Sim	20/203 (9,9)
Não	183/203 (90,1)
<b>Destino do agressor</b>	
Foragido	12/23 (51,2)
Medida protetiva	3/23 (13,0)
Preso	7/23 (30,5)
Óbito	1/23 (4,3)

#### 4.3. Características da agressão na população geral do estudo:

Nesse estudo, observou-se que 50% dos relatos de estupro no grupo geral ocorreram na própria residência da vítima e os outros 50% na rua. No entanto, como será descrito adiante, observa-se diferença nesses números quando se subdividiu a população geral nas faixas etárias até 13 anos e de 14-19 anos, havendo predomínio de violência no meio familiar no subgrupo de vítimas mais jovens, ou seja, com menos de 14 anos.

No que diz respeito ao emprego de força durante o ato de violência, mais de 70% das pacientes dessa análise receberam algum tipo de intimidação física, verbal ou por armas. Em 29% dos casos, não houve manifestações de intimidação para com as vítimas.

Tratando-se do tipo de exposição sexual, em 68,2% dos abusos sexuais houve penetração anal, oral e/ou vaginal e em 31,9% ocorreu manipulação genital, sem penetração, sendo que 55,3% (88/159) dessas situações contra vítimas menores de 14 anos. A grande maioria das vítimas (81,3%) realizou o registro de ocorrência policial. (tabela 3).

Tabela 3 - Descrição das características da agressão no grupo geral

<b>Características da agressão</b>	<b>Freq (%)</b>
<b>Local da violência</b>	
Na própria casa	163/326 (50)
Fora de casa	163/326 (50)
<b>Uso de força</b>	
Sim	149/210 (71)
Não	61/210 (29)
<b>Exposição sexual</b>	
Penetração Anal/oral/ vaginal	193/283 (68,2)
Manipulação genital	90/283 (31,9)
<b>Condom</b>	
Sim	12/196 (6,1)
Não	184/196 (93,9)
<b>Registro Policial</b>	
Sim	230/283 (81,3)
Não	53/283 (18,7)



#### **4.4. Características do atendimento pós-exposição sexual emergencial e ambulatorial na população geral do estudo:**

Dentre as vítimas atendidas na emergência do HGNI após a agressão, 72,6% foram submetidas a algum tipo de procedimento médico, seja coleta de sangue para a rotina laboratorial, as devidas profilaxias medicamentosas ou até suturas de eventuais lesões causadas pela violência sexual. Quase 30% dos casos, não foi necessária a realização de procedimentos, pois não foi configurada agressão sexual, não houve contato da vítima com fluidos corporais suspeitos ou o primeiro atendimento ultrapassou o tempo máximo preconizado para administração das medicações profiláticas contra IST.

Quanto à contracepção de emergência, metade das pacientes não recebeu a medicação contraceptiva (50,3%). Isso é justificado pela baixa idade das vítimas, que muitas vezes não entraram na menacme, ou pela demora em procurar o atendimento emergencial.

Contabilizando as pacientes que procuraram a emergência e aquelas que mantiveram o acompanhamento ambulatorial, 77,8% receberam as profilaxias contra IST não virais e 70% especificamente contra HIV.

Houve um relato de abortamento legal durante os anos analisados, no entanto, como muitas vítimas não retornaram para o seguimento ambulatorial ou não mantiveram o seguimento preconizado de 6 meses, essa avaliação foi prejudicada (tabela 4).

Tabela 4 - Características do atendimento pós-exposição sexual emergencial e ambulatorial na população geral

<b>Características do atendimento</b>	<b>Freq (%)</b>
<b>Procedimentos Emergência</b>	
Sim	236/325 (72,6)
Não	89/325 (27,4)
<b>Contrac. Emergência</b>	
Sim	97/195 (49,7)
Não	98/195 (50,3)
<b>Profilaxias IST não virais</b>	
Sim	147/189 (77,8)
Não	42/189 (22,2)
<b>Profilaxia HIV</b>	
Sim	124/207 (59,9)
Não	83/207(40,1)
<b>Abortamento legal</b>	1

#### 4.5. Análise comparativa dos aspectos sociodemográficos entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com $\geq 14$ anos:

Das 453 crianças e adolescentes do sexo feminino atendidas no período, 264 (58,3%) eram <14 anos e 189 (41,7%) tinham 14 anos ou mais. Quanto à cor/raça não houve diferença entre os grupos, sendo a maioria da raça negra (78%). Em relação ao nível educacional, 85% das meninas com até 13 anos apresenta escolaridade adequada para a idade e 15% têm defasagem >2 anos. No entanto, o atraso escolar se acentua no grupo de jovens  $\geq 14$  anos, sendo de 40,5%, o que corresponde a aumento de chance de defasagem escolar de 3,7 vezes ( $p < 0,001$ ; OR=3,7(IC95% 2,1-6,5) (tabela 5).

Tabela 5 - Características sociodemográficas das vítimas entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com ≥ 14 anos

<b>Características</b>	<b>&lt; 14 anos</b>	<b>≥ 14 anos</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR (IC95%)</b>
	<b>Freq/n (%)</b>	<b>Freq/n (%)</b>		
<b>Idade</b>	264/453 (58,3)	189/ 453 (41,7)		
<b>Cor/raça</b>				
Negra	112/144 (77,8)	102/130 (78,5)	0,9	0,9 (0,5-1,7)
Branca	32/144 (22,2)	28/130 (21,5)		
<b>Defasagem escolar &gt;2anos</b>				
Sim	24/154 (15,6)	49/121 (40,5)	< 0,001	3,7 (2,1-6,5) *
Não	130/154 (84,4)	72/121 (59,5)		

\*p significativo

#### 4.6. Características da agressão sexual entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com ≥ 14 anos:

Nas meninas até 13 anos, em geral, os abusos ocorreram em casa (73,2%), perpetrado por um único agressor (91%), conhecido da vítima (91,2%), sendo 31,1% pai ou padrasto e 39,1% amigo/conhecido. Elas negaram emprego de agressão física e/ou verbal em 53,1% dos episódios. Já nas jovens ≥14 anos, 84,1% dos estupros aconteceram nas ruas, praticados por agressor único (74,8%), onde mais da metade deles eram desconhecidos (57,8%) e em 91,2% dos casos foi empregada força física e/ou ameaça verbal. Nos dois grupos, mais de 90% dos relatos negaram uso de condom e de drogas por parte do agressor (97,6% e 78,7%, respectivamente), podendo este último dado ser subestimado porque depende da percepção da vítima (tabela 6).

As vítimas <14 anos tiveram 14 vezes mais chance de sofrer a agressão dentro do meio familiar ((p<0,001; OR=14,3(IC95% 8,2-25,6)) e 16 vezes mais chance do agressor ser conhecido (p<0,001; OR=16,2(IC95% 9,2-29,8)). Por outro lado, ter ≥14 anos triplica a chance de ser abusada por mais de um agressor (p<0,001; OR=3,3 (IC95% 1,8-6,1)).

Observou-se que 75,3% das pacientes até 13 anos vivenciaram alguma situação de violência sexual prévia, contra 44,1% daquelas ≥14 anos. Em ambos os grupos, mais de 75%

das vítimas efetuaram registro de ocorrência policial e acima de 98% dos casos, os familiares tinham conhecimento do estupro (tabela 6).

A comparação dos dois grupos mostra que há associação entre o local da agressão ( $p < 0,001$ ; OR=14,3(IC95% 8,2-25,6)), o agressor ser conhecido ( $p < 0,001$ ; OR=16,2 (IC95% 9,2-29,8)), haver uso de força no momento da violência ( $p < 0,001$ ; OR=0,09 (IC95% 0,04-0,18)) e a ocorrência de violência prévia à agressão ( $p < 0,001$ ; OR=3,8 (IC95% 1,7-8,7)) (tabela 6).

Tabela 6 - Características da agressão sexual entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com ≥ 14 anos

<b>Características</b>	<b>&lt; 14 anos Freq/n (%)</b>	<b>≥ 14 anos Freq/n (%)</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR (IC95%)</b>
<b>Local da agressão</b>				
Na própria casa	142/194 (73,2)	21/132 (15,9)	<0,001	14,3 (8,2-25,6) *
Fora de casa	52/194 (26,8)	111/132 (84,1)		
<b>Nº de agressores</b>				
1	192/211 (91,0)	116/155(74,8)	<0,001	3,3 (1,8-6,1) *
2 ou mais	19/211 (9,0)	39/155(25,2)		
<b>Agressor conhecido</b>				
Sim	187/205 (91,2)	65/154 (42,2)	<0,001	16,2 (9,2-29,8) *
Não	18/205 (8,8)	89/154 (57,8)		
<b>Vínculo</b>				
Amigo/conhecido	79/202 (39,1)	41/151 (27,2)		
Pai	30/202 (14,8)	3/151 (2,0)		
Padrasto	33/202 (16,3)	5/151 (3,3)		
Mãe	3/202 (1,5)	0		
Irmão	7/202 (3,5)	1/151 (0,7)		
Cuidador	27/202 (13,4)	1/151 (0,7)		
Namorado	5/202 (2,5)	3/151 (2,0)		
Ex cônjuge	0	1/151 (0,7)		
Pessoa com relação institucional	0	3/151 (2,0)		
Desconhecido	18/202 (8,9)	93/151 (61,6)		
<b>Uso de força</b>				
Sim	45/96 (46,9)	104/114 (91,2)	<0,001	0,09 (0,04-0,18) *
Não	51/96 (53,1)	10/114 (8,8)		
<b>Violência Prévia</b>				
Sim	55/73 (75,3)	19/43 (44,1)	<0,001	3,8 (1,7-8,7) *
Não	18/73 (24,6)	24/43 (55,8)		
<b>Familiares sabem</b>				
Sim	238/240 (99,1)	109/111 (98,1)	0,5	2,2 (0,2-21,2)
Não	2/240 (0,8)	2/111 (1,8)		
<b>Condom</b>				
Sim	9/114 (7,9)	3/82 (3,6)	0,2	2,3 (0,6-10,6)
Não	105/114 (92,1)	79/82 (96,3)		
<b>Uso de drogas pelo(s) agressor(es)</b>				
Sim	3/123 (2,4)	17/80 (21,2)	<0,001	0,09 (0,02-0,3)*
Não	120/123 (97,6)	63/80 (78,7)		
<b>Registro policial</b>				
Sim	114/133 (85,7)	116/150 (77,3)	0,07	1,7 (0,94-3,3)
Não	19/133 (14,3)	34/150 (22,7)		

\*p significativo

#### 4.7. Atendimento após exposição sexual entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com ≥ 14 anos

Quanto ao atendimento após exposição sexual, nas vítimas <14 anos, 71,3% tiveram apenas o primeiro atendimento na emergência sem permanecer com o seguimento ambulatorial. Já no grupo ≥ 14 anos, 57,6% prosseguiram com os cuidados ambulatoriais (Tabela 7).

Tabela 7- Atendimento após exposição sexual entre o grupo de vítimas com < 14 anos e o grupo com ≥ 14 anos

<b>Atendimento</b>	<b>&lt; 14 anos</b> <b>Freq/n (%)</b>	<b>≥ 14 anos</b> <b>Freq/n (%)</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR (IC95%)</b>
Urgência	159/223 (71,3)	70/165 (42,4)	p<0,001	OR=3,4(2,2-5,2)*
Urgência+ Ambulatório	64/223 (28,7)	95/165 (57,6)		

\*p significativo

O atendimento ambulatorial no CAMVIS promoveu acompanhamento multidisciplinar para as pacientes que prosseguiram com o seguimento, junto com equipe de psicologia e serviço social, as quais conjuntamente realizavam busca ativa dessas pacientes, na tentativa de manter a assiduidade das vítimas as consultas e garantir a adesão a terapia proposta, além de detectar possíveis distúrbios comportamentais fruto da agressão e evitar que as pacientes sofressem revitimização.

Para essas vítimas foi oferecido acompanhamento ginecológico regular, com coleta de citopatológico e encaminhado para setores especializados, quando necessário, como por exemplo patologia cervical na presença de lesões suspeitas. Além de orientações sobre ciclo menstrual e métodos contraceptivos, com início de contracepção oral regular para as pacientes que assim desejassem.

## 5. DISCUSSÃO

A violência sexual infanto-juvenil é uma situação grave e crônica, com grandes repercussões à saúde e à vida da vítima e praticamente invisível, principalmente em menores de 14 anos, pois é cometida por pessoas conhecidas e no ambiente domiciliar.

Este estudo identificou que a maioria dos crimes de estupro ocorreu contra meninas <14 anos, concentrando cerca de 24 % dos casos na faixa etária de 10-13 anos. As menores de 14 anos são incapazes de consentir sobre o ato, denominado estupro de vulnerável pela Lei 12.015/2018. Este crime vem aumentando no Brasil, pois em 2018 mais da metade das vítimas tinham até 13 anos, subindo para 70% em 2019 e para 77% em 2020<sup>23</sup>.

Nesta análise, 78,1% das vítimas eram negras, não diferindo a porcentagem na divisão dos grupos pelas faixas etárias até 13 anos e de 14-19 anos. No entanto, uma característica do perfil das vítimas de estupro com até 19 anos no Brasil que difere do observado em outros crimes é a distribuição por raça/cor. A desigualdade racial não é tão presente como nas mortes violentas intencionais. Entre 0 e 4 anos, a maioria das vítimas é branca. Nas outras faixas a maioria é negra, porém entre 10-13 anos, 56% são negras e 42% brancas. Considerando todas as vítimas de 0 a 19 anos, 52% são negras e 46% são brancas<sup>23</sup>.

O fato das vítimas <14 anos sofrerem agressão no meio familiar por indivíduos de seu convívio, geralmente sem emprego de agressão física ou verbal, reafirma o que acontece em todo território brasileiro, onde 85,2% dos autores são conhecidos das vítimas<sup>23</sup>. O agressor com algum vínculo afetivo usa a relação de confiança com a criança/adolescente para praticar atos considerados inicialmente como demonstrações afetivas e quando a vítima começa a entender a situação como anormal, passam à exigência do silêncio, através de todos os tipos de ameaças<sup>40</sup>.

Esta pesquisa demonstrou que o atraso escolar é maior nas vítimas  $\geq 14$  anos e estas jovens possuem chance quase quatro vezes maior de defasagem escolar. A participação da escola é reconhecidamente importante para promoção de ações contra a violência sexual, identificação e apoio às vítimas. As crianças que passam por programas escolares de prevenção ao abuso sexual apresentam maior conhecimento sobre o assunto e risco três vezes menor de vitimização quando adultas<sup>41</sup>.

Por outro lado, os últimos anos têm sido atípicos com a pandemia do novo coronavírus, impondo restrições de circulação e medidas de isolamento social rigorosas. Para

crianças e adolescentes essas mudanças envolvem a suspensão das aulas presenciais, diminuição da frequência em serviços públicos e para aquelas que vivem em ambiente de agressão, traduz-se na redução de possíveis redes de proteção e aumento do tempo de exposição à violência<sup>23</sup>.

Sabe-se que crianças que sofrem violência sexual têm maiores probabilidade de revitimização no decorrer da vida<sup>23</sup>. Os resultados desta pesquisa apontam que mais de 75% das garotas <14 anos haviam vivenciado alguma situação de violência, de cunho sexual ou não, prévia a agressão, o que pode ser justificado pelo contexto de vulnerabilidade social em que estão inseridas e pelo convívio com os próprios agressores, dificultando a notificação e favorecendo a cronicidade desses atos.

Este estudo foi conduzido no maior hospital terciário da cidade de Nova Iguaçu, que presta atendimento à população local e aos municípios adjacentes da Baixada Fluminense. A região concentra 22,6% da população do Estado do RJ e caracteriza-se pela pobreza, desigualdade social e violência<sup>42</sup>, à semelhança do que ocorre em grande parte do território nacional. Em 2020, a Baixada apresentou uma das maiores taxas média de estupro/100.000 mulheres do RJ (77,6), sendo maior, inclusive, do que a do Estado (67,5). Em 2021, a taxa média do RJ foi 50,5/100.000 mulheres, próxima à do Brasil (51,8)<sup>24,43</sup>.

Nesta análise, a maioria dos agressores não estava sob efeito de drogas e/ou álcool, no entanto, os abusadores das garotas de 14-19 anos consumiram tais substâncias em 21,2% enquanto os autores das agressões no grupo até 13 anos consumiram drogas e/ou álcool em 2,4%, provavelmente pelas diferenças entre o perfil do agressor e o ambiente da agressão nesses grupos. A literatura tem apontado relação entre consumo de drogas e/ou álcool com violência sexual, por exemplo, em agressões sexuais extrafamiliares, a ingestão de álcool aumenta a vulnerabilidade da vítima devido aos efeitos cognitivos e motores que causa nas mesmas<sup>44</sup>.

O atendimento pós-exposição sexual imediato assim como o seguimento ambulatorial especializado por equipe multiprofissional são determinantes para a redução das repercussões físicas e emocionais na vida dessas vítimas, a curto e longo prazo.

Apesar de avanços promissores com criação de centros de referência, formulação de protocolos e obrigatoriedade no fornecimento desses serviços no SUS<sup>45</sup>, muitos obstáculos dificultam o acompanhamento adequado, como a não adesão à terapia proposta e continuidade do seguimento ambulatorial, uma vez que parcela significativa não retorna após o primeiro atendimento. Neste estudo, menos de 30% das meninas <14 anos prosseguiram com o acompanhamento ambulatorial, semelhante às taxas estimadas nos poucos estudos descritos



na literatura, que varia entre 10-31%<sup>39</sup>. Este dado demonstra a necessidade de aperfeiçoamento da atuação das equipes de saúde da família, conselhos tutelares, juizado da infância e juventude e outras instituições que podem constituir rede integrada de proteção, no sentido da busca ativa dessas meninas vítimas de violência que permita acompanhamento mais próximo e efetivo, visando minimizar os impactos da violência sofrida e a prevenção de outras, pois a maioria acontece no seio familiar.

Fatores relacionados à vítima como baixo poder socioeconômico, mudança de endereço, estado psíquico da vítima e associação do atendimento ao que o motivou também podem comprometer a adesão. Estudos posteriores são necessários para aperfeiçoamento de estratégias de adesão.

Houve dificuldade em obter informações nos boletins de urgência/emergência devido à objetividade na descrição do cenário da agressão, associado a resistência por parte dos profissionais de saúde ao acolhimento destas vítimas, que frequentemente, por falta de capacitação para este tipo de atendimento deixam de reportar dados importantes para a descrição das informações relevantes, o que representou uma das grandes limitações deste estudo. No entanto, no grupo com seguimento ambulatorial a descrição foi mais detalhada, possibilitando melhor acesso à informação dos dados das variáveis estudadas.

Embora os resultados encontrados nessa pesquisa, em geral, assemelhem-se aos dados descritos no território nacional, não é possível generalizá-los, uma vez que retratam a realidade de um único centro de atendimento às vítimas de violência sexual, na cidade de Nova Iguaçu. Atualmente, na Baixada Fluminense algumas cidades estão começando a criar serviços de atendimento especializados, mas ainda sem fluxos bem estabelecidos.

## CONCLUSÃO

As meninas negras, em especial <14 anos estão em contexto de maior vulnerabilidade para sofrer violência sexual e de se revitimizarem, na medida em que apresentam menor adesão ao acompanhamento no serviço de saúde e sofrem agressões mais frequentemente no meio familiar.

Esse problema de saúde pública necessita de esforços contínuos para ampliação da rede de proteção às vítimas, bem como na melhora gradativa ao atendimento multidisciplinar, desde o atendimento emergencial, visto que a adesão ao tratamento e ao seguimento preconizado consistem em desafios desse tema. Para isso, se faz necessário programas de capacitação regularmente para manter a equipe treinada para este tipo de atendimento.

A integração do serviço de saúde com outros serviços de assistência às crianças e adolescentes vítimas de violência: Conselhos Tutelares, Juizado da Infância e Juventude, Clínicas da Família, etc, constitui importante estratégia para o trabalho de adesão ao seguimento, tanto garantindo o tratamento precoce de possíveis agravos decorrentes da violência quanto a proteção em situações de vulnerabilidade social.

## REFERÊNCIAS

1. Deslandes SF, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM. Health care of children and adolescents in situation of sexual violence, in four Brazilian capitals. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):865-77. doi:10.1590/1807-57622015.0405.
2. Barbara G, Collini F, Cattaneo C, Facchin F, Vercellini P, Chiappa L, *et al.* Sexual violence against adolescent girls: labeling it to avoid normalization. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(11):1146-9. doi:[10.1089/jwh.2016.6161](https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6161).
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Boletim epidemiológico* 27. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
4. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2.ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2018.
5. Hassan M, Awosan KJ, Panti AA, Nasir S, Tunau K, Umar AG, *et al.* Prevalence and pattern of sexual assault in Usmanu Danfodiyo University Teaching Hospital, Sokoto, Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2016; 24: 332. doi:10.11604 / pamj.2016.24.332.9462.
6. Pinto LSS, Oliveira IMP, Pinto ESS, Leite CBC, Melo ADN, Deus MCBR. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. *Cien Saude Colet*. 2017;22(5):1501-8. doi:10.1590/1413-81232017225.33272016.
7. Oliveira MCR. O crime de estupro: Evolução histórica e distinção em relação à contravenção penal de importunação ofensiva ao pudor. *Revista Unifenas*. 2017; 4(1) p. 27-37, 2017.
8. Gaspar RS, Pereira MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013 *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(11):e00172617. doi: 10.1590/0102-311X00172617.
9. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. Protocolo FEBRASGO-Ginecologia n 69. São Paulo (SP): FEBRASGO; 2021.
10. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios [homepage na internet]. Crime de Estupro [acesso em 31 mai 2022]. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/crime-de-estupro>.
11. Neves JM, Monteiro DLM, Raupp RM. Gravidez como consequência de abuso sexual de crianças e adolescentes. *Anais da XXXV Jornada Científica do Internato Médico*. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Teresópolis: Unifeso, 2020. ISBN: 978-85-93361-33-3.

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
13. Sistema de informação de agravos de notificação [homepage na internet]. Violência Interpessoal/Autoprovocada [acesso em 31 mai 2022]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>.
14. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, Diário Oficial da União 1 de agosto de 2013; 1 (Publicação Original). [acesso 31 mai 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm).
15. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Norma Técnica do MS regulamenta atenção a vítimas de violência sexual. 1998 [acesso em 26 abr 2020]. Disponível em: [https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/anos/1998.php?iframe=1998\\_norma\\_atendimento\\_violencia](https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/anos/1998.php?iframe=1998_norma_atendimento_violencia).
16. Lei nº 13931, de 10 de dezembro de 2019, Diário Oficial da União 11 de dezembro de 2019; 1 (Publicação Original). [acesso 31 mai 2022]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/12/2019&jornal=515&pagina=4&totalArquivos=217>.
17. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, Diário Oficial da União 28 de agosto de 2020; 1 (Publicação Original). [acesso 31 mai 2022]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>.
18. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 13.ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019. [acesso em 26 Abr 2020]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>.
19. Senado Notícias. Proibição de casamento para menor de 16 anos é sancionada pelo governo federal. 2019 [acesso em 29 mai 2020]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/03/13/proibicao-de-casamento-para-menor-de-16-anos-e-sancionada-pelo-governo-federal>.
20. Global status report on preventing violence against children. Geneva: World Health Organization; 2020. [cited on Apr 15, 2022]. Available from: <https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-06/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>.
21. Deslandes SF, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM. Health care of children and adolescents in situation of sexual violence, in four Brazilian capitals. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):865-77. doi: 10.1590/1807-57622015.0405.
22. Organização Pan-Americana da saúde Brasil. Folha informativa-Violência contra as mulheres. Brasília (DF): OPAS; 2017 [acesso em 26 abr 2020]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820).

23. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 15.ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021. [acesso em 15 abr 2022]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>.
24. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra mulheres em 2021. Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021. [acesso em 24 abr 2022]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf>.
25. Bom dia, Brasil. Cresce, o número de denúncias de violência contra crianças e adolescentes; saiba como a escola pode ajudar [acesso em 27 mai 2022]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2022/05/09/cresce-o-numero-de-denuncias-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-saiba-como-a-escola-pode-ajudar.ghtm>.
26. Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE). Procuradoria Geral de Justiça. Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes – O Silêncio que Destrói Infâncias; 2021. [acesso em 27 mai 2022]. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/05/CARTILHA-Viole%CC%82ncia-Sexual-contra-Crianc%CC%A7as-e-Adolescentes.pdf>
27. Cardoso AS, Valério ID, Ramos CI, Machado KP. Casamento infantil no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. Ciênc. saúde coletiva 2022; 27 (02). doi: 10.1590/1413-81232022272.41692020.
28. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 10 milhões de meninas a mais em risco de casamento infantil devido à Covid-19. [acesso em 31 mai 2022]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/10-milhoes-de-meninas-a-mais-em-risco-de-casamento-infantil-devido-a-covid-19>.
29. Plan International. Tirando o véu: estudo sobre casamento infantil no Brasil. São Paulo: Plan International, 2019. 101p <https://plan.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Tirando-o-veu-estudo-casamento-infantil-no-brasil-plan-international.pdf>.
30. Câmara dos Deputados. Dados do Unicef apontam que o Brasil ocupa o 4º lugar em casamentos infantis no mundo. [acesso em 31 mai 2022]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/853645-dados-do-unicef-apontam-que-o-brasil-ocupa-o-4o-lugar-em-casamentos-infantis-no-mundo/>.
31. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. [acesso em 31 mai 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
32. Vieira MS. As representações sociais da violência sexual infanto-juvenil em profissionais da política de Assistência Social. O Social em Questão. 2018; 42: 23 - 44. ISSN: 2238-9091.
33. Nunes MCA, Lima RFF, Morais N. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. Psicol. cienc. prof. 2017; 37(4), 956-969.

34. Justino LCL, Nunes CB, Gerk MAS, Fonseca SSO, Ribeirto AA, Paranhos Filho AC. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36 (esp):239-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56820>.
35. Santos CA, Costa MCO, Amaral MTR, Sobrinho CLN, Musse JO, Costa AM. Agressor sexual de crianças e adolescentes: análise de situações relacionadas à violação e vítimas. *Adolesc Saude.* 2015;12(3):7-20.
36. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). 11 e.d. Brasília (DF): 2014.
37. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Sancionada lei que assegura atendimento a vítimas de estupro. [acesso 30 mai 2020]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/32679-sancionada-lei-que-assegura-atendimento-a-vitimas-de-estupro>.
38. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV,IST e Hepatites Virais. 9.ed. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2017.
39. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalie AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(4):701-713.
40. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J. Pediatr.* 2005; 81(5): 197-204.
41. Pelisoli C, Benvegnu P. Prevenção do abuso sexual infantil: Estratégias cognitivo comportamentais na escola, na família e na comunidade. *Rev. bras. ter. cogn.* 2010; 6(1):108-36.
42. Observatório Legislativo da Intervenção Federal na Segurança Pública do Rio de Janeiro. Desigualdade na Baixada Fluminense. [acesso 10 abr 2022]. Disponível em: <http://olerj.camara.leg.br/retratos-da-intervencao/desigualdade-na-baixada-fluminense>.
43. Instituto de Segurança Pública. Dossiê Mulher 2021. 16. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública; 2021. [acesso 24 abr 2022]. Disponível em: [https://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp\\_imagens/uploads/DossieMulher2021.pdf](https://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2021.pdf).
44. Valle R, Bernabé-Ortiz A, Gálvez-Buccollini JA, Gutiérrez C, Martins SS. Intrafamiliar and extrafamiliar sexual assault and its association with alcohol consumption. *Rev Saude Publica.* 2018;52:86. doi:10.11606/S1518-8787.2018052000539.
45. Ministério da saúde. Ministério da justiça. Secretaria de políticas para as mulheres. Norma técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1.ed. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2015.

**APÊNDICE\_** Questionário semi-estruturado

**FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE VIOLÊNCIA SEXUAL:**

**Data do Atendimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **TEL:** \_\_\_\_\_

**DATA DA VIOLÊNCIA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **ÚLTIMA MENSTRUÇÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SUMÁRIO DO OCORRIDO:** \_\_\_\_\_

---



---



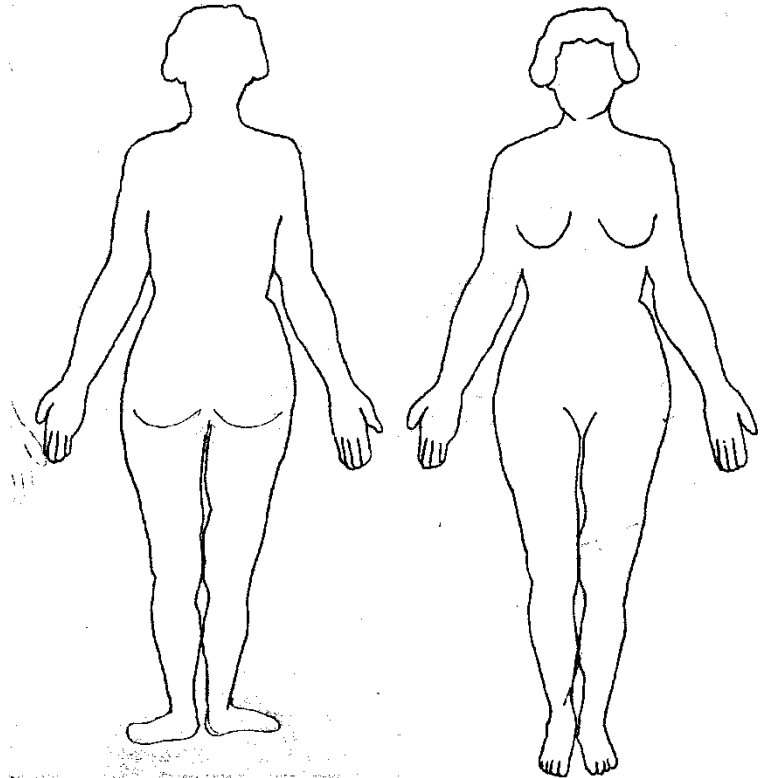
---

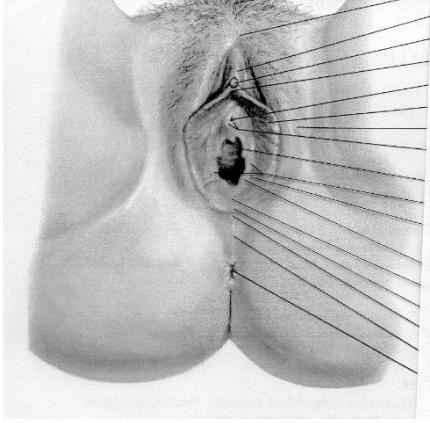


---

**FAZ USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?** ( ) SIM ( ) NÃO

**FEZ REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL?** ( ) SIM ( ) NÃO  
**LESÕES ENCONTRADAS:**





---

Médico - CRM



## ANEXO - Aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa



Continuação do Parecer: 3.403.324

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A adequação à RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 foi plenamente apresentada pelo pesquisador.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Nenhuma pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser iniciada sem o parecer final do CEP HGNI e/ ou da CONEP quando for este o caso.

Apresentar relatórios parciais (anuais) e relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade indelegável do pesquisador principal.

Qualquer modificação ou emenda ao projeto de pesquisa em pauta deve ser submetida à apreciação do CEP HGNI.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1351113.pdf	13/05/2019 22:39:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VIOLENCIA_SEXUAL_PERFIL_AGRESSOR_VITIMA.doc	13/05/2019 22:36:54	ELAINE DA SILVA PIRES ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_PROJETO_VIOLENCIA_SEXUAL_PERFIL_VITIMA.pdf	13/05/2019 22:18:58	ELAINE DA SILVA PIRES ARAUJO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida Henrique Duque Estrada Mayer 953  
**Bairro:** Alto da Posse **CEP:** 26.030-380  
**UF:** RJ **Município:** NOVA IGUAÇU  
**Telefone:** (21)3779-9900 **Fax:** (21)2667-3022 **E-mail:** cep@hgni.saude.gov.br



Continuação do Parecer: 3.403.324

NOVA IGUAÇU, 19 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Luis Henrique de Oliveira Claro**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Henrique Duque Estrada Mayer 953  
**Bairro:** Alto da Posse **CEP:** 26.030-380  
**UF:** RJ **Município:** NOVA IGUAÇU  
**Telefone:** (21)3779-9900 **Fax:** (21)2667-3022 **E-mail:** cep@hgni.saude.gov.br