



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

GABRIELLA SOARES BARBOZA

**EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO DISTRITO FEDERAL
NOTIFICADA NO PERÍODO DE 2010 A 2015**

Brasília - DF
2017

Gabriella Soares Barboza

**EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO DISTRITO FEDERAL
NOTIFICADA NO PERÍODO DE 2010 A 2015**

Trabalho de Conclusão apresentado como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniella Soares dos Santos

Brasília - DF
2017

Gabriella Soares Barboza

**EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO DISTRITO FEDERAL
NOTIFICADA NO PERÍODO DE 2010 A 2015**

Brasília, 02 de julho de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Daniella Soares dos Santos

Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem
Universidade de Brasília – UnB
Orientadora – Presidente da Banca

Prof.^a Dr.^a Carla Targino Bruno

Membro Efetivo da Banca

Prof.^o Me. Thiago Magalhães Pereira de Souza

Membro Efetivo da Banca

Prof.^o Me. Fabrício Silva

Membro Suplente da Banca

Agradecimentos

Agradeço a Deus, a quem pertence tudo o que sou e tenho, sem Ele eu não teria chegado até aqui.

Aos meus pais e familiares, por terem acreditado nos meus sonhos, pelo apoio constante e por terem me mostrado desde pequena que somente através dos estudos eu conseguiria mudar minha realidade e as perspectivas ao meu redor. Agradeço também ao meu noivo Lucas, que esteve ao meu lado nos melhores e piores momentos da graduação, obrigada por ser meu companheiro de vida, por ter acreditado em mim mesmo quando eu não acreditava.

Aos amigos que permaneceram ao meu lado mesmo em meio às ausências, e que me deram forças nos momentos em que pensei que não conseguiria terminar. Em especial à Yanne, que tem sido uma irmã nos últimos 7 anos, obrigada pela sua amizade! Agradeço ao time (Caio, Bruna, Jess e Ray), pela força, pelo suporte, pelos encorajamentos, pelas risadas, madrugadas indo para o estágio juntos e por tudo o que passamos nessa reta final, vocês marcaram minha graduação de uma forma muito especial.

À Prof.^a Dr.^a Daniella Soares dos Santos, por ter me inspirado e me orientado na realização deste Trabalho de Conclusão de Curso, por ser para mim um grande exemplo de mulher, de profissional e de ser humano.

A todos os professores que tive até hoje, pelos conhecimentos e ensinamentos transmitidos, em especial à professora Margareth que ainda na 2^a série do ensino fundamental despertou em mim a paixão pelos livros.

Por fim, agradeço a todos os pacientes que cruzaram meu caminho durante a graduação, pela confiança em mim depositada para realizar meus primeiros procedimentos, pelos sorrisos e lágrimas trocados, pelas sutilezas e gentilezas, por tornarem de mim alguém mais humanizada, empática e com mais sede de conhecimento.

**EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DO DISTRITO FEDERAL NOTIFICADA NO PERÍODO DE
2010 A 2015**

**EPIDEMIOLOGY OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND
ADOLESCENTS OF THE FEDERAL DISTRICT NOTIFIED IN THE PERIOD
FROM 2010 TO 2015**

**EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑOS Y
ADOLESCENTES DEL DISTRITO FEDERAL NOTIFICADA EN EL PERÍODO
DE 2010 A 2015**

Gabriella Soares Barboza¹ Daniella Soares dos Santos²

¹Discente de Enfermagem na Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. E-mail:
gabriellasoares_gsb@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. E-mail:
daniellasoares@unb.br

*Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado no formato de artigo científico e em conformidade com as normas da Revista Eletrônica de Enfermagem (REE).

Epidemiologia da violência sexual contra crianças e adolescentes do Distrito Federal notificada no período de 2010 a 2015

RESUMO

Objetivou-se avaliar a epidemiologia da violência sexual contra crianças e adolescentes notificada no Distrito Federal no período 2010 e 2015. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal, retrospectivo, correlacional. A coleta de dados foi realizada por meio de busca ao Banco de Dados de notificação de violência do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência – NEPAV. A análise dos dados revelou que foram notificados 5.358 casos de violência contra crianças e adolescentes, sobretudo na faixa etária dos 6 aos 18 anos completos e sexo feminino. 5,56% das vítimas eram portadoras de necessidades especiais, 28,52% sofreram violência por parte dos progenitores. Houve correlação entre o tipo de violência sexual praticado e a idade e o sexo das vítimas.

Descritores: **Adolescente, Criança, Perfil Epidemiológico, Violência**

ABSTRACT

This Study aimed to evaluate the epidemiology of sexual violence against children and adolescents notified in the Federal District between the period from 2010 to 2015. This is a descriptive, cross-sectional, retrospective and correlational study. Data collection was performed by means of search to the Violence Notifications of databases from Nucleus of Studies and Programs in Attention and Surveillance in Violence – NEPAV. The data analysis revealed that there were notified 5.358 cases of violence against children and adolescents, especially in the age from 6 to 18 completes years old and female sex. 5,56% of the victims had special needs and 28,52% suffered violence from their parents. There was correlation between the type of sexual violence practiced and the age and the sex of the victims.

Descriptors: **Adolescent, Children, Epidemiological Profile, Violence**

RESUMEN

Se objetivó evaluar la epidemiología de la violencia sexual contra niños y adolescentes notificada en el Distrito Federal en el período 2010 y 2015. Se trata de un estudio de carácter descriptivo, transversal, retrospectivo, correlacional. La recolección de datos fue realizada por medio de la búsqueda al Banco de Datos de notificación de violencia del Núcleo de Estudios y Programas en la Atención y Vigilancia en Violencia - NEPAV. El análisis de los datos reveló que se notificaron 5.358 casos de violencia contra niños y adolescentes, sobre todo en el grupo de edad de 6 a 18 años completos y sexo femenino. El 5,56% de las víctimas eran portadoras de necesidades especiales, el 28,52% sufrió violencia por parte de los progenitores. Hubo correlación entre el tipo de violencia sexual practicada y la edad y el sexo de las víctimas.

Descriptores: **Adolescente, Niño, Perfil Epidemiológico, Violencia**

Sumário

1. Introdução	7
2. Método.....	9
3. Resultados	10
4. Discussão	15
6. Conclusão.....	18
7. Referências Bibliográficas.....	18

INTRODUÇÃO

A infância pode ser entendida como um fenômeno histórico construído ao longo dos séculos através de revoluções industriais, culturais, educacionais e tecnológicas. Na Idade Moderna, as crianças passaram a ser reconhecidas como seres sociais e que possuíam características e necessidades próprias⁽¹⁾. Para Freud os primeiros anos de um indivíduo, juntamente com suas vivências, são primordiais para a construção de seu psiquismo e de sua personalidade. As experiências vividas na infância refletem diretamente na vida adulta⁽²⁾.

No tocante à adolescência, embates teórico-conceituais de diferentes linhas teóricas têm buscado construir uma definição que abarque toda a sua complexidade. No século XX, o tema adolescência surge como objeto de discussão da Sociologia com a sociologia da juventude e, na Psicologia, a partir de Stanley Hall em 1904, atrelando essa etapa de vida à condição de conflito ou crise, e que seria resultante de variáveis sociais, culturais e subjetivas. Para a enfermagem, a adolescência é uma fase de transição, em que o indivíduo está passando por uma série de formações⁽³⁻⁴⁾. Com relação aos limites cronológicos da infância e da adolescência, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece como criança a pessoa com até doze anos de idade, e adolescente o indivíduo que tem entre doze a dezoito anos⁽⁵⁾.

O abuso sexual na infância e na adolescência pode ser definido como a situação em que a criança ou o adolescente, é usada para a satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, (responsável por ela ou que possua algum vínculo familiar ou de relacionamento, atual ou anterior), incluindo a prática de carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sempre em menores de 14 anos⁽⁶⁾.

O ECA, em vigor desde 1990, constitui uma das estratégias do Estado e da sociedade para preservar os direitos fundamentais da população brasileira nessas faixas etárias. O ECA assegura que nenhuma criança ou adolescente deve ser objeto de discriminação, negligência, exploração, violência, crueldade ou agressão dentro ou fora da família. Estabelece, também, que todos os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes têm o dever de comunicar aos Conselhos Tutelares situações de maus tratos⁽⁵⁾.

No Brasil, pelos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram atendidos em 2011 um total de 10.425 crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A grande maioria do sexo feminino: 83,2%. Com'

poucas oscilações entre as faixas etárias, entre os 15 e os 19 anos os índices femininos atingem sua máxima expressão: 93,8%. Ao todo, foram 16,4 atendimentos para cada 100 mil crianças e adolescentes⁽⁷⁾.

No DF, segundo dados divulgados pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) durante o primeiro trimestre de 2015, foram denunciados através do Disque 100, um total de 4.480 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, o que representa, segundo a pesquisa, 21% das mais de 20 mil demandas relacionadas a violações de direitos da população infanto-juvenil registrada durante este período⁽⁸⁾.

A violência sexual representa um problema de saúde pública, que resulta em grande impacto na saúde física, psíquica e na vida produtiva das vítimas e demais membros da família, produzindo vulnerabilidades e insegurança. As pessoas agredidas vivenciam situações de medo, pânico, fragilidades emocionais e perda da autonomia. O serviço de atenção às vítimas de violência deve contar com o apoio de uma equipe multiprofissional, ligada a outros serviços de atenção à saúde e de proteção pessoal. Dentre eles se destacam uma equipe de saúde multidisciplinar, delegacias especializadas, atendimento psicossocial e auxílio jurídico qualificados, com capacitação adequada, devendo agir de forma integrada para que suas ações não tenham objetivos diferentes⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Na perspectiva da atuação no Sistema de Saúde e diante de situações de violência, o profissional tem responsabilidades nos aspectos jurídicos e da consciência moral. Embora o reconhecimento das vítimas e a atuação no enfrentamento da violência façam parte das atribuições desses profissionais, muitas vezes os mesmos ainda não se encontram familiarizados com os aspectos legais a serem adotados diante dos casos, sobretudo quando se trata da notificação.

Percebendo a necessidade de um atendimento integral e humanizado às vítimas de violência sexual, em 2015, foi estabelecido o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, que dispõe sobre as ações que devem ser realizadas às pessoas que se encontram em situação de violência. O Protocolo estabelece a importância da determinação de prioridades de atendimento, encaminhamento e também o preenchimento da ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada^(9,11).

Segundo o Protocolo, o atendimento compreende o acolhimento em ambiente reservado, respeitando-se a privacidade e o sigilo do atendimento, neste momento o profissional deve registrar em prontuário informações referentes ao abuso, que possuam importância para o caso, deixando de lado curiosidades e julgamentos pessoais. Após a coleta de dados, o profissional deve acionar uma delegacia de referência para a solicitação de exames periciais. O atendimento clínico deve ser o

mais breve possível e seguir de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) e o Decreto Presidencial nº 7958, de 13 de março de 2013, que dispõe sobre os registros que devem constar em prontuário⁽⁹⁾.

A notificação do caso deve ser feita de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que estabelece o caráter compulsório e imediato da notificação de violência sexual, sendo indicada administração de anticoncepção de emergência o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso⁽⁹⁾.

Apesar dos avanços dos estudos na área, do grande número de casos e do reconhecimento da violência sexual como um problema de saúde pública, no Brasil o conhecimento sobre a dimensão da violência é ainda exíguo, não sendo possível conhecer a frequência exata dos casos de abuso contra criança e adolescente. Ainda são escassas as fontes de informação que apontam o número de vítimas e que mostrem o perfil das mesmas⁽¹²⁾.

Os profissionais, muitas vezes por medo e por não conhecerem a real magnitude e o impacto da violência sexual na vida da vítima, podem dificultar o atendimento das vítimas e o enfrentamento da violência. Nas equipes de saúde, muitos enfermeiros referem se sentirem despreparados, relatando a necessidade de capacitação específica para lidar com esse grupo^(4,13).

Neste sentido, é evidente a necessidade de conhecimento por parte da Equipe de Enfermagem acerca do perfil das crianças e adolescentes vítima de violência sexual a fim de programar, direcionar e qualificar seu atendimento. Sendo assim, este trabalho visa identificar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes que sofreram violência sexual notificada no DF no período de 2010 a 2015, bem como identificar e analisar dados de interesse para a Enfermagem, a saber: tipo de violência sexual sofrido, os procedimentos realizados para o atendimento às vítimas e o encaminhamento dado para atendimento. Os resultados do estudo deverão contribuir para que os profissionais de enfermagem possam elaborar estratégias qualificadas para o atendimento às vítimas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, retrospectivo, transversal, correlacional. A amostra foi composta pelas fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada da Secretaria de Vigilância em Saúde, registradas no Banco de Dados do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência do Distrito Federal – NEPAV. Foram excluídas as fichas que não possuíam registro de data de nascimento, pois isso impossibilitou o cálculo correto da idade das vítimas; as fichas que não foram notificadas no Distrito Federal; as de violência

que não ocorreu no Distrito Federal; as que não foram notificadas entre os anos de 2010 e 2015 e, por fim, as que continham dados de vítimas que possuíam mais de 18 anos 11 meses e 29 dias de idade.

Para a coleta dos dados, foi utilizado como instrumento uma planilha digital composta por trinta variáveis qualitativas contidas nas fichas de notificação do NEPAV, que foram agrupadas de acordo com a tipologia de cada uma.

Os dados foram analisados descritivamente, por meio de frequência relativa. Para análise de correlação foi utilizado o Teste Qui-Quadrado. Foi considerado nível de significância de 5%, isto é, a hipótese nula foi rejeitada quando p-valor foi menor que 0,05.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, CAAE 60551616.1.0000.0030.

RESULTADOS

Um total de 12.946 mil fichas de notificação foi disponibilizado pelo banco de dados do NEPAV. Deste total, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão adotados, 5.358 fichas foram incluídas no estudo.

Todas as notificações foram do tipo individual e o agravo/doença, segundo a Classificação Internacional de Doenças, foi classificado em 100% dos casos como agressão por meios não especificados.

O intervalo de tempo das notificações em questão se dá entre os anos de 2010 e 2015. A maior parte das notificações (22%) foram realizadas em 2013, seguidas pelo ano de 2014, que representou 19,54% do total. O número de casos notificados nos consequentes anos de maior frequência foram: 1.201 em 2013, e 977 notificações em 2012 (Tabela 1). Para o ano de ocorrência da violência, o intervalo se estende entre os anos de 2000 e 2015, sendo que entre 2000 e 2009 ocorreram somente 23 casos notificados. Os anos em que mais houveram registros foram os anos de 2013 com 1.321 ocorrências, 2012 com 1.012 ocorrências e o ano de 2014 com 971 ocorrências notificadas.

Tabela 1: Distribuição de quantitativos e percentuais da variável ano de notificação

Ano de Notificação	FR	%
2010	573	10,69%
2011	628	11,72%
2012	977	18,23%
2013	1201	22,42%
2014	1047	19,54%
2015	932	17,39%
Total	5358	100,00%

Quanto à Unidade notificadora, não há o registro dessa informação em 86,19% dos casos, e dos demais, 13,59%, foram notificados em Unidades de Saúde, 11 casos foram notificados em outras unidades não especificadas e apenas 1 caso foi notificado em conselho tutelar. Para as unidades de saúde assinaladas, foram incluídas na categoria *outros* aquelas que representavam menos de 5% do total. Essas unidades somam 1630 e são o equivalente a 30,42%. O Hospital Regional do Paranoá apresenta a maior porcentagem, com 9,5%, seguido pelo Hospital Regional de Ceilândia com 9,11% e do Hospital de Base do Distrito Federal com 8,59% do total.

Com relação aos dados sociodemográficos das vítimas, foram considerados para a realização deste estudo, o ano de nascimento, o sexo, a raça/cor. Conforme a data de nascimento fornecida pelas vítimas, os anos de nascimento que apresentaram as maiores frequências foram os anos de 1999 e 2001, representando respectivamente, 7,52% e 6,94% do total. O ano de 1992 apresentou a menor frequência, com 17 vítimas que notificaram a violência em 2010. Logo, obteve-se a idade das vítimas, que foram categorizadas segundo as faixas etárias: de 0 a 5 anos 11 meses e 29 dias, de 6 a 10 anos 11 meses e 29 dias e 12 a 18 anos, 11 meses e 29 dias. Cerca de 43% das vítimas tinham entre 12 e 18 anos, aproximadamente 32% eram crianças entre 0 e 6 anos, e aproximadamente 25% possuíam entre 6 e 12 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição de quantitativos e percentuais das variáveis faixa etária, sexo, gestante, raça/cor e escolaridade.

Variável	Categorias	FR	%
Faixa Etária	0 a 6 anos	1709	31,90%
	6 a 12 anos	1331	24,84%
	12 a 18 anos	2318	43,26%
	Total	5358	100,00%
Sexo	Feminino	3528	65,85%
	Masculino	1827	34,10%
	Ignorado	3	0,06%
	Total	5358	100,00%
Gestante	1º trimestre	77	1,44%
	2º trimestre	62	1,16%
	3º trimestre	70	1,31%
	Idade gestacional ignorada	12	0,22%
	Não	650	12,13%
	Não se aplica	3873	72,28%
	Ignorado	613	11,44%
	Não resposta	1	0,02%
	Total	5358	100,00%
Raça/Cor	Amarela	41	0,77%
	Branca	1005	18,76%
	Indígena	8	0,15%

	Parda	1485	27,72%
	Preta	315	5,88%
	Ignorado	2245	41,90%
	Não resposta	259	4,83%
	Total	5358	100,00%
Escolaridade	Analfabeto	13	0,24%
	1ª a 4ª série incompleta do EF	469	8,75%
	4ª série completa do EF	111	2,07%
	5ª à 8ª série incompleta do EF	846	15,79%
	Educação superior completa	1	0,02%
	Educação superior incompleta	4	0,07%
	Ensino fundamental completo	44	0,82%
	Ensino médio completo	20	0,37%
	Ensino médio incompleto	178	3,32%
	Ignorado	1300	24,26%
	Não resposta	232	4,33%
	Não se aplica	2140	39,94%
	Total	5358	100,00%

Com relação ao sexo, 65,85% das vítimas eram do sexo feminino e somente em três casos tal dado foi ignorado. 4,13% das vítimas femininas eram gestantes, em 72,28% das notificações tal atributo não se aplicava e em 11,44% foi ignorado.

Para completar o perfil das vítimas foram adicionados dados sobre a raça/cor e escolaridade. Estes dados foram ignorados em 41,90% das notificações, porém, vítimas brancas e pardas representam 46,48% do total. Para a escolaridade, a categoria “*não se aplica*” e “*ignorado*” foram dominantes, seguidas pelo grau de escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental. Ainda sobre a escolaridade, aponta-se um possível erro de preenchimento do questionário pois houve um caso em que a escolaridade foi descrita como ensino superior completo, sendo que a vítima em questão possuía apenas 17 anos.

Para os dados da pessoa atendida considerou-se, primeiramente, a situação conjugal/estado civil das vítimas. Essa variável não se aplicava a 59,05% dos casos, em 28,95% o estado civil era solteiro (a) e cerca de 96 vítimas declararam ser casadas/união consensual.

Em relação à orientação sexual, não houve resposta em 76,54% das notificações e somente em 2,24% houve respostas aplicáveis. Dentro das respostas aplicáveis, 108 vítimas se declararam heterossexuais; 8 se declararam homossexuais (gay/lésbica) e 4 vítimas se declararam bissexuais. Para a identidade/gênero foi observado comportamento semelhante à orientação sexual. A variável não era aplicável ou não houve resposta na maioria dos casos (99,82%) e 10 vítimas eram mulheres transexuais (0,19%).

Um dos dados que obtiveram destaque foi em relação a possuir deficiência/transtorno, havendo resposta positiva em 5,56% das vítimas, somando

um total de 298 casos. Dessa forma, seguiu-se para o tipo de deficiência/transtorno assinalado. As possíveis opções de deficiência eram física, mental, auditiva e visual. Deficiência mental e Transtorno comportamental representam, respectivamente, 28,40% e 15,95%, sendo que 257 vítimas especificaram seu tipo de deficiência/transtorno, quantidade inferior àqueles que declararam ter deficiência /transtorno anteriormente. As demais combinações somam 14,40% do total.

Com relação ao tipo de violência sexual sofrido pelas vítimas, foram consideradas as variáveis: assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual e atentado ao pudor. A Tabela 3 apresenta os dados de acordo com o grupo de faixa etária das vítimas

Tabela 3: Distribuição de quantitativos e percentuais do tipo de violência sexual conforme a faixa etária.

Violência Sexual	Faixas Etárias							
	0 a 6 anos		6 a 12 anos		12 a 18 anos		Total	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
Estupro	211	12,35%	290	21,79%	750	32,36%	125	
Assédio sexual/Estupro	28	1,64%	73	5,48%	100	4,31%	1	23,35%
Assédio sexual	40	2,34%	76	5,71%	65	2,80%	201	3,75%
Atentado ao pudor	45	2,63%	41	3,08%	30	1,29%	181	3,38%
Estupro/Atentado ao pudor	12	0,70%	14	1,05%	35	1,51%	116	2,16%
Outros	41	2,40%	40	3,01%	38	1,64%	61	1,14%
Demais combinações	40	2,34%	74	5,56%	113	4,87%	119	2,22%
Ignorado/Não resposta	250	14,63%	193	14,50%	254	10,96%	227	4,24%
	104						250	13,01%
Não se aplica	2	60,97%	530	39,82%	933	40,25%	5	46,75%
Total	170	100,00	133	100,00	231	100,00	535	100,00
	9	%	1	%	8	%	8	%

O tipo de violência sexual não era aplicável em 46,75% das notificações. Além disso, ignorou-se ou não houve resposta em 4,24% dos casos. Dentre as opções válidas, o estupro representa 23,35% e é predominante nas três faixas etárias, principalmente entre as vítimas adolescentes. A combinação de assédio sexual e estupro vem em seguida com 3,75%. Para crianças de 0 a 6 anos, o atentado ao pudor é o tipo de violência sexual mais frequente. Já para as vítimas de 6 a 12 anos, tem-se o assédio sexual, equivalente a 5,71%.

Dentro da análise da violência sexual, também foi averiguado o número de envolvidos no ato da violência. Em 63,18% das notificações somente uma pessoa cometeu a agressão, sendo a opção predominante em todas as faixas etárias. A

segunda opção mais frequente diz respeito às agressões realizadas por duas ou mais pessoas, o equivalente a 19,35% do total.

Em relação ao provável autor da violência, a primeira variável estudada diz respeito ao vínculo/grau de parentesco da vítima com o provável autor da violência. Em 15,98% das notificações ignorou-se o vínculo da vítima com o provável autor da agressão ou não houve resposta. Amigos/conhecidos representam 12,56% do total geral, sendo a opção mais frequente para a faixa etária de 6 a 12 anos. Para a faixa etária de 0 a 6 anos, a mãe das vítimas aparece como a provável autora da agressão em 24,81% dos casos e, em seguida, o pai e a mãe, que contam com 13,81%. Para a faixa etária de 12 a 18 anos, desconhecidos e amigos/conhecidos equivalem 17,77% e 16,91%, respectivamente. Como havia a possibilidade de duas ou mais pessoas estarem envolvidas na agressão, mais de um vínculo tornou-se viável e, dessa forma, as combinações que refletiam menos de 1% do total geral de notificações formaram a categoria *demais combinações*.

Por fim, foram analisadas as variáveis que dizem respeito ao sexo e ciclo de vida do provável autor da agressão e suspeita de uso de álcool. Em 54,46% das notificações o provável autor da agressão era do sexo masculino, e em todas as faixas etárias essa era a opção de maior frequência. Porém, na faixa etária de 0 a 6 anos a diferença percentual com o sexo feminino mostrou-se pequena: 31,01% para o sexo masculino e 29,96% para o feminino.

A suspeita de uso de álcool foi ignorada em 51,92% dos casos e em 29,51% dos demais não havia suspeita de ingestão alcoólica por parte do provável agressor. O ciclo de vida do provável autor da agressão foi ignorado em 12,99% e não houve resposta em 76,54%. Porém, em todas as faixas etárias, o maior percentual de respostas válidas é observado no ciclo de vida adulto.

A partir dos dados da violência sexual sofrida, pode-se verificar quais procedimentos foram realizados durante o atendimento às vítimas (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição de quantitativos e percentuais do procedimento realizado conforme a faixa etária.

Procedimento Realizado	Faixas Etárias							
	0 a 6 anos		6 a 12 anos		12 a 18 anos		Total	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
Profilaxia DST/Profilaxia HIV/ Profilaxia Hepatite B/Coleta de Sangue/	12	0,70%	4	0,30%	163	7,03%	179	3,34%

Contraceção de emergência								
Profilaxia DST/Profilaxia HIV/Profilaxia Hepatite B/Coleta de Sangue	10	0,59%	10	0,75%	52	2,24%	72	1,34%
Coleta de Sangue	14	0,82%	13	0,98%	27	1,16%	54	1,01%
Demais combinações	37	2,17%	60	4,51%	305	13,16%	402	7,50%
Não se aplica	104	61,21%	531	39,89%	933	40,25%	251	46,85%
Ignorado/Não resposta	6	34,52%	713	53,57%	838	36,15%	214	39,96%
Total	1709	100,00%	1331	100,00%	2318	100,00%	5358	100,00%

O procedimento realizado não se aplicava em 46,85% dos casos e em 39,96% ignorou-se o procedimento realizado ou não houve resposta. Considerou-se, novamente, as opções que representavam mais de 1% do total geral. Logo, as demais combinações foram equivalentes a 7,50%. A combinação mais frequente de procedimentos, de forma geral, foi a Profilaxia DST/Profilaxia HIV/Profilaxia Hepatite B/Coleta de Sangue/Contraceção de emergência que retrata 3,34%.

Com relação ao encaminhamento dado às vítimas, o campo foi ignorado ou não houve resposta em 35,07% das notificações. Como mais de um encaminhamento podia ser dado, para compor a tabela considerou-se apenas as opções que representavam mais de 1% do total geral. Logo, as opções restantes foram incluídas nas *demais combinações* e foram equivalentes a 22,55%.

Para todas as faixas etárias, o Conselho Tutelar foi o encaminhamento mais frequente (10,32%), seguido pela combinação do Conselho Tutelar e rede de saúde (9,35%). Porém, para as crianças entre 6 e 12 anos, a rede de saúde compôs com o Conselho Tutelar o encaminhamento de maior percentual.

A análise de correlação indicou que há relação entre o tipo de violência sexual o sexo da vítima ($p < 0,0001$) e entre o tipo de violência e a idade das vítimas ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Ao analisar as fichas de notificação, pudemos notar que existe um alto número de subnotificações. A análise dos dados indicou que, dentre as variáveis envolvidas no estudo, o índice de subnotificação variou de 0,02% a 86,19%. A variável relacionada à Unidade Notificadora foi a que representou a maior porcentagem das subnotificações (86,19%). Segundo estudos realizados no Brasil, apesar das determinações legais contidas no ECA, a subnotificação da violência é

uma realidade no país. Muitas vezes ela se deve à dificuldade que os profissionais têm para identificar situações de violência, ao medo dos transtornos legais advindos das notificações, à falta de informações cedidas pelas vítimas e acompanhantes, ao desconhecimento dos códigos de ética de cada profissão e a questões estruturais como falta de infraestrutura para o atendimento nas unidades notificadoras. Outros estudos apontam as problemáticas e as consequências da subnotificação em casos de violência sexual⁽¹¹⁻¹³⁾.

Outro resultado relevante para o estudo foi ter-se obtido um número maior de ocorrências de violência sexual do que o número de notificações em alguns anos. Exemplo desses dados foram os anos de 2012 onde ocorreram 1012 casos e destes, somente 977 foram notificados, e o ano de 2013 com 1321 ocorrências e 1201 notificações. A violência contra menores se mantém oculta no interior dos lares, encoberta pelo medo e constrangimento de denunciar, isso faz com que muitos dos casos não cheguem ao conhecimento das autoridades⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Quando um caso de violência chega a um serviço de saúde ou órgão competente, o profissional deve lembrar que notificação não é denúncia e que em caso de crianças e adolescentes vítimas de violência, a mera suspeita deve ser notificada à vigilância sanitária e também ao conselho tutelar. O Código de Ética de Enfermagem considera dever do profissional a proteção de seus clientes em situações graves, e esclarece que se configura como justa causa a comunicação das situações de violência às autoridades competentes. A notificação compulsória da violência deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social, e de levantamentos epidemiológicos para a formulação de políticas públicas eficazes, permitindo que os profissionais de saúde e de outras áreas do conhecimento adotem medidas adequadas para o atendimento às vítimas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Quanto aos dados epidemiológicos da violência sexual, a análise estatística revelou que o estupro foi o tipo de violência mais frequente em todas as faixas etárias (23,35%), seguido pela combinação de assédio sexual e estupro com 3,75%, e que aproximadamente 65,85% das vítimas eram do sexo feminino. Diversos estudos brasileiros na área mostram que a maioria das vítimas pertencem ao sexo feminino, e que mulheres jovens encontram-se entre os grupos vulneráveis à violência⁽¹³⁻¹⁶⁾. Um estudo epidemiológico realizado no Paraná⁽⁹⁾ mostrou que, segundo dados do SINAN, de 2009 a 2013 a grande maioria dos casos de violência sexual notificados foram do sexo feminino, e que 72% dos casos referem-se ao estupro, ocorrendo em sua maioria na faixa etária de 10 a 19 anos.

Ainda sobre a epidemiologia da violência sexual, foram obtidos dados que mostram que em 54,46% dos casos os atos violentos foram praticados por agressores do sexo masculino. Obteve-se ainda que os prováveis autores da

agressão, eram, em todas as faixas etárias e na maioria dos casos, próximos às vítimas, sendo amigos, familiares, namorados ou conhecidos das mesmas. Esses dados corroboram os resultados de estudos sobre violência sexual contra crianças e adolescentes realizados no Brasil, que mostraram que pais, padrastos, tios e irmãos mais velhos possuem maior incidência como prováveis autores das agressões, sendo a residência o local onde mais aconteceu a violência^(13,15-17). Uma pesquisa realizada nos Conselhos Tutelares de Feira de Santana-BA revelou que 78% dos casos de violência contra crianças e adolescentes notificados entre 2003 e 2004 ocorreram dentro do ambiente domiciliar⁽¹⁸⁾.

Outro dado importante avaliado pelo presente estudo foi o número de portadores de necessidades especiais vítimas de violência sexual, destacando-se a deficiência mental como a de maior prevalência (15,95%). A Lei nº 12.015/2009, qualifica como crime a prática do ato sexual contra vítimas menores de 14 anos, que sejam portadoras de enfermidades ou deficiência mental, que não tenham discernimento para a prática do ato ou não podendo oferecer resistência. Uma pesquisa realizada na Suécia com adolescentes de 17 e 18 anos de idade nos anos de 2005 e 2007, revelou que o uso da força na primeira relação sexual ocorria com mais frequência entre os que eram portadores de necessidade especiais do que os que não relataram qualquer tipo de necessidade especial⁽¹⁹⁾. O artigo 213 do Código Penal Brasileiro⁽²⁰⁾ assegura que, para o caso de mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual, há a particularidade intitulada "estupro de vulneráveis", que assegura às vítimas o aborto legal.

Quanto aos procedimentos adotados e o encaminhamento dado às vítimas, a falta de realização dos mesmos foi o que mais chamou a atenção em todas as faixas etárias, já que em mais de 86,1% dos casos o procedimento realizado foi declarado como não se aplica/ignorado, e que em 35,07% dos casos não houve/foi ignorado o encaminhamento às vítimas. Os profissionais de saúde têm o dever de acolher, realizar uma escuta qualificada, anamnese, adotar os procedimentos necessários e dar os devidos encaminhamentos às vítimas, ao invés de serem mais um obstáculo para o atendimento, evitando assim a revitimização das mesmas⁽⁹⁾.

Alguns estudos mostram que os profissionais possuem dificuldades em atuar em situações de violência e com os encaminhamentos das mesmas. Isso se deve aos aspectos culturais e crenças pessoais dos profissionais, uma vez que alguns consideram a violência contra crianças e adolescentes como um problema de nível familiar, ao medo que sentem dos agressores e ao desconhecimento das leis que regem o ECA, o Código Penal Brasileiro, dos Códigos de Ética das profissões e dos Protocolos de Atendimento às Vítimas. Isso tudo pode ser uma consequência da falta de disciplinas que abordem temas de violência durante a graduação nas

universidades, à falta de estrutura das instituições de saúde e também à falta de engajamento e de busca por cursos de capacitação por parte dos profissionais para que haja uma maior qualificação dos atendimentos^(6,11,13,17-18).

A análise de correlação confirmou a relação existente entre o tipo de violência sexual praticado e a idade e o sexo das vítimas. Um estudo realizado em Ribeirão Preto – SP também confirma essa correlação. Segundo os autores existem grupos mais vulneráveis aos atos violentos, dentre eles jovens e crianças do sexo feminino, sendo que a violência sexual atingiu 37,7% de crianças e 31,3% de adolescentes⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou identificar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes que sofreram violência sexual notificada no DF no período de 2010 a 2015, bem como identificar e analisar dados de interesse para a enfermagem. Vale ressaltar que o alto número de subnotificações limitou de forma significativa a amostra desta pesquisa.

Os principais resultados encontrados foram os relacionados ao tipo de violência sexual sofrido em cada faixa etária, ao alto número de vítimas portadoras de necessidades especiais e ao tipo de procedimento adotado no atendimento às vítimas.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo que deve ser discutido ainda dentro das universidades, durante a formação acadêmica dos profissionais de enfermagem e de saúde em geral. O trabalho de uma equipe multiprofissional qualificada, que conheça o perfil epidemiológico das vítimas, e que tenha conhecimento dos estatutos e das normas que regem suas profissões, bem como os protocolos de atendimento às vítimas, é de fundamental importância para que seja prestado um atendimento direcionado, humanizado e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nascimento CT, Brancher VR, Oliveira VF. A construção social do conceito de infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas. *Contexto & Educação*. 2008;23(79),47-63
2. Zavaroni DML, Viana TC, Celes LAM. A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia*. 2007;vol.12(1),65-70.
3. Trabbold VLM, Caleiro RCL, Cunha CF, Guerra AMC. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. *Psicologia & Sociedade*. 2016;28(1),74-83.

4. Bitencourt AOM, Santana RM. Cuidar do adolescente: Um processo de Enfermagem Educativo. Ilhéus, BA: UESC, 2009.
5. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1990.
6. ABRAPIA. Abuso Sexual: Guia para orientação para profissionais da Saúde. Rio de Janeiro: Autoridades e Agentes Associados; 1997.
7. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro, 2012
8. Secretaria De Direitos Humanos Da Presidência Da República. [Internet]. Disque 100: Quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram registradas no primeiro trimestre de 2015. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/maio/disque-100-quatro-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-foram-registradas-no-primeiro-trimestre-de-2015>.
9. BRASIL. Secretaria da Saúde. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Paraná: Secretaria da Saúde; 2015.
10. Campos MAMR, Schor N, Anjos RMP, Laurentiz JC, Santos DV, Peres F. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. Saúde soc. 2005;14(1):101-109.
11. Gonçalves HS, Ferreira ALA. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2002;18(1):315-319.
12. Martins CBG, Jorge MHPM. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. Ver. Bras. Epidemiol. 2009;12(3):325-337.
13. Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MSI. Atuação de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. Rev. Bras. Enferm. 2011; vol.64(5):919-924.
14. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciênc. saúde coletiva. 2015;20(6):1879-1890.
15. Cervantes AV, Jornada LK, Fabiana ST. Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª Gerência Regional de Saúde de Tubarão, SC. Revista da AMRIGS. 2012;56(4):325-229.
16. Godoy MCB, Mello JMHP. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. Epidemiol. Serv. Saúde. 2009;18(4):315-334.
17. Souza CS. Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto: Departamento de Medicina Social/USP; 2012. 108 p.
18. Costa COM, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007;12(5):1129-41.

19. Brunnberg E, Lindén M, Berglund M, Boström ML, Berglund M. Sexual force at sexual debut. Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. *Child Abuse & Neglect Elsevier*. 2012;36(4):285–95.
20. BRASIL. Decreto-lei no 2.848, de 07 de Dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/DecretoLei/Del2848.htm