

Boletim Epidemiológico

Ano III N° 3, Maio de 2017

**Perfil Epidemiológico da Violência sexual
contra crianças e adolescentes no
território sergipano- uma análise com
base nas notificações realizadas pelo
setor saúde**



**Governo de Sergipe
Secretaria de Estado da Saúde**

© 2017 Rede Estadual de Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Este documento pode ser acessado na íntegra em: <http://observatorio.se.gov.br/saude/>

Perfil Epidemiológico da Violência sexual contra crianças e adolescentes no território sergipano- uma análise com base nas notificações realizadas pelo setor saúde

ANO III nº 3 – maio de 2017

Tiragem: 2017 - 200 exemplares

Editora Responsável

Editora FUNESA

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Secretário: José Almeida Lima

Superintendente Executivo: Luis Eduardo Correia

Diretor de Planejamento: Davi Rogério Fraga de Souza

Núcleo Estratégico da SES (Nest)

Travessa Baltazar Gois.

Edf. Estado de Sergipe, 19º andar, s/nº.

Centro Aracaju/SE

CEP: 49.010-460

Fale conosco: nest.ses@saude.se.gov.br / nucleo.nest.ses@gmail.com

Tels.: (79) 3226-8362/8363

Homepage: <http://observatorio.se.gov.br/saude/>

Coordenação Geral:

Eliane Aparecida do Nascimento

Equipe Técnica NEST:

Adalberto Dantas Canuto Junior

Alexandra Pacheco Lima

Eduardo Carlos P. dos Santos

Josiême Silveira de Moura

Magna Santos de Oliveira

Marco Aurélio de Oliveira Góes

Maria das Graças Boaventura

Patrícia Lima da Silva

Ruberval Leone Azevedo

Tereza Cristina Cruz Moraes Maynard

Equipe de Elaboração:

Patrícia Lima da Silva

Colaboradores Especiais:

Coordenadoria de Estatística Análise Criminal- CEACrim/ Superintendência da Polícia Civil/ Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe-SSP

Revisão Final:

Eliane Aparecida do Nascimento

Ruberval Leone Azevedo

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento. Núcleo Estratégico (Nest.SES). Perfil Epidemiológico da Violência sexual contra crianças e adolescentes no território sergipano - uma análise com base nas notificações realizadas pelo setor saúde. – 2017 - 19 p. - Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde, 2017.

19 p. il. - (Boletim Epidemiológico, Ano III, n. 3)

ISBN xx-xxx-xxxx-x

1. Vigilância. 2. Violência Sexual. 3. Crianças e adolescentes **Título. II. Série.**

Catálogo na fonte - xxxxxxxxxxxx

Sumário

1. INTRODUÇÃO	2
2. METODOLOGIA.....	4
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	4
3.1. Distribuição temporal e territorial da violência sexual em crianças e adolescentes	4
3.2 Perfil das vítimas	9
3.3 Características da violência sexual	11
3.4 Perfil do Agressor	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	18

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição de notificações de violência sexual por região de saúde e zona de residência em menores de 18 anos. Sergipe 2009-2017*. 6

Tabela 2 Colocação Municipal quanto ao número de notificações de todas as violências, as violências em menores de 18 anos e a violência sexual neste grupo etário nas regiões de saúde. Sergipe, 2009-2017*. 8

Tabela 3 Distribuição de notificações de violência sexual entre crianças e adolescentes por raça/cor, sexo e portador de deficiência/transtorno. Sergipe, 2009-2017*. 10

Tabela 4 Distribuição das notificações segundo o tipo de violência sexual, consequência no momento da notificação e procedimentos realizados durante o atendimento de menores de 18 anos. Sergipe, 2009-2017*. 12

Tabela 5 Distribuição segundo número de envolvidos, sexo e vínculo do possível agressor, e local de ocorrência da violência sexual contra menores de 18 anos com base nas notificações. Sergipe, 2009-2017*. 15

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Número de municípios e equipamentos que realizaram notificações. Sergipe, 2009-2017*. 7

Gráfico 2 Número de notificações de violência sexual em crianças e adolescentes por idade detalhada e sexo. Sergipe, 2009-2017*. 10

Gráfico 3 Distribuição do vínculo do agressor sexual de crianças e adolescentes do sexo masculino. Sergipe, 2009-2017*. 16

Gráfico 4 Distribuição do vínculo do agressor sexual de crianças e adolescentes do sexo feminino. Sergipe, 2009-2017*. 16

Perfil Epidemiológico da Violência sexual contra crianças e adolescentes no território sergipano - uma análise com base nas notificações realizadas pelo setor saúde

1. INTRODUÇÃO

O fato de a violência superar a sua materialização, através da morte ou lesões, repercutindo na vida do indivíduo por toda a sua existência, podendo resultar em dano psicológico ou deficiência de desenvolvimento, faz, deste agravo, para além de uma questão social, um gravíssimo problema de saúde pública em nível mundial, exigindo a compreensão das suas multimotivações e facetas. O problema não se reduz às lesões físicas e alcança nível incomensurável quando se pensa nas relações e conexões criadas como efeito-causa e causa-efeito, não se podendo deixar de reconhecer que os processos violentos inibem, modificam e enfraquecem, tanto a qualidade como a capacidade de vida, afeta a sociedade como um todo, grupos, famílias além dos indivíduos de forma isolada¹. A violência é um produto de relações sociais construídas de maneira desigual, que se materializam contra pessoas que se encontram em alguma desvantagem física, emocional e social².

A Organização Mundial da Saúde - OMS, em seu *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* produzido em 2002, traz a discussão para a área da saúde que, tradicionalmente, lidava apenas com as consequências dos eventos³.

A violência sexual é um fenômeno tão antigo quanto à história da humanidade. Tornou-se cultural e banalizada pela sociedade como sendo uma das desigualdades fundadas na relação entre sistemas de dominação e produção de diferenças, impostas em especial às mulheres, crianças, adolescentes do sexo feminino, não eximindo, no entanto, as pessoas do sexo masculino e idosas⁴. Remonta ao período republicano brasileiro e se enraíza em uma cultura machista, patriarcal, autoritária, adultocêntrica e discriminatória, ainda presente nos dias atuais⁵. É definida como:

“Qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de

*qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção*⁶.

Portanto, toda prática que avilta a liberdade sexual dos indivíduos com a subjugação de outra pessoa, para fins de satisfação sexual ou para obtenção de lucro⁵, destarte a violência sexual incluem situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas (impostas), pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, impedimento do uso de qualquer método contraceptivo ou que forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição⁶.

É nesse contexto que subsiste a violência sexual de adultos contra crianças e adolescentes, onde o autoritarismo, o machismo e os preconceitos se articulam com as condições de vida das famílias e as questões de poder se manifestam nas relações afetivas e na sexualidade (Faleiros e Faleiros citado por RIBEIRO, 2004). As motivações dos agressores não têm origem apenas no desejo, mas abrange questões relacionadas ao poder do indivíduo mais experiente, que assume a posição de dominador, em relação ao mais jovem e inexperiente¹.

Sem condições de defender por si mesma os seus direitos, a criança nitidamente apresenta desvantagens em relação ao adulto. O exercício de seu direito à cidadania encontra-se dependente do comportamento do adulto. Hoje se sabe que as situações social, emocional e comportamental de uma criança não são simplesmente um resultado inexorável de características inatas, mas também dependem de influências do meio social, histórico e cultural nos quais estão inseridas⁷.

Sergipe realiza, em seus equipamentos de saúde, desde a sua institucionalização em 2009, o atendimento especializado e a notificação de violência sexual. Em 2009, como serviço sentinela. A partir de 2011 (Portaria nº 104/2011), tornou-se obrigatória para todos os equipamentos de saúde e através da Portaria MS/GM nº 204/2016, passou a ser um agravo de notificação compulsória e imediata, devendo a vítima ser acolhida e a notificação realizada em 24 horas.

Para além de se tentar dimensionar a magnitude, em números, a notificação é de singular importância, pois possibilita o entendimento, mesmo que a partir de

um recorte, do perfil das vítimas e de seus possíveis agressores, distribuídos em determinado território.

O presente estudo objetiva identificar, o perfil das crianças e adolescentes que foram vítimas de violência sexual, residentes em Sergipe, dos seus possíveis agressores e contexto situacional da ocorrência, visando o fomento do tema na sociedade, bem como, subsidiar gestores no planejamento de ações para o enfrentamento deste agravo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, e descritivo realizado com dados secundários coletados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA, a partir das notificações de violência interpessoal e autoprovocadas referentes aos anos de 2009 a 16ª Semana Epidemiológica de 2017 registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net, tabulados com a ferramenta Tab para Win32 e Wine versão 3.6b e planilhas do Excel 2010.

Os dados foram agrupados quanto a: distribuição temporal e territorial (zona e local de residência) da violência sexual em crianças e adolescentes; perfil da vítima (sexo, idade, raça/cor); características da violência sexual (tipo, assistência prestada, consequência da violência), perfil do agressor (sexo, vínculo com a vítima, se fez uso de álcool). Os dados foram trabalhados em números absolutos, proporção simples comparada ao total da amostra e variação percentual de acordo com a necessidade discursiva do estudo.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1. Distribuição temporal e territorial da violência sexual em crianças e adolescentes

Foram 6.576 notificações realizadas no estado de Sergipe (**Tabela 1**) entre os anos de 2009 e 2017 (até a Semana Epidemiológica nº 16), para todas as idades e tipos de violência, das quais 3.887 foram em menores de 18 anos (59,11%). Considerando a universalização da notificação, implantada em 2011, que implicou na obrigatoriedade para todo profissional, independente do equipamento de saúde, identificar, acolher e notificar os casos de violência sexual, observa-se que houve um incremento positivo de 601% para todas as

notificações e de 292% para as notificações em menores de 18 anos entre os anos de 2010 e 2016.

Do universo de 3.887 notificações, entre crianças e adolescentes, a violência sexual é a que concentra o maior número de registros (1.890), seguida da negligência (941) e física (814) que tiveram aumento percentual de 7500% e 847%, respectivamente, entre 2010/2016, lembrando que uma ocorrência violenta implica em mais de um tipo de violência envolvida. No entanto, para a violência sexual, ocorreu um decréscimo percentual de (-7), entre 2010 e 2016, apesar de ter sido observado, que no ano da implantação da Portaria GM/MS nº 104/2011 os números de notificações aumentaram, porém, a partir do ano de 2014, estes números vêm diminuindo. Sobre a distribuição por regiões de saúde, quanto mais próximo do serviço de atendimento à vítimas de violência sexual, localizado em Aracaju, na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, maior é o número de notificações, portanto, as regiões de saúde de Aracaju e de Nossa Senhora do Socorro, lideram. Mas, cabe destacar, que a região de saúde de Lagarto, apesar de ser a menor em quantidade de municípios (06) e o município com maior quantidade de notificações, nesta região, distar 53 km da capital, apresentou 226 notificações de violência sexual em crianças e adolescentes, o que implicou em aumento de 29% entre os anos de 2010 e 2016. Na região de Nossa Senhora da Glória, cujo município mais próximo está há aproximadamente 2h da capital, sendo composta por 09 municípios, foram notificados menos de dois casos, por município/ano, para os anos estudados. O maior déficit de registros foi na região de Itabaiana (-59%), seguida de Estância (-31%).

A zona de residência com o maior número de ocorrências foi a zona urbana, superior 3,73 vezes às ocorridas na zona rural. Porém, 12,22% das notificações estavam com esse campo sem preenchimento, dificultando a leitura desta variável.

Tabela 1. Distribuição de notificações de violência sexual, por região de saúde e zona de residência, em menores de 18 anos. Sergipe, 2009-2017*.

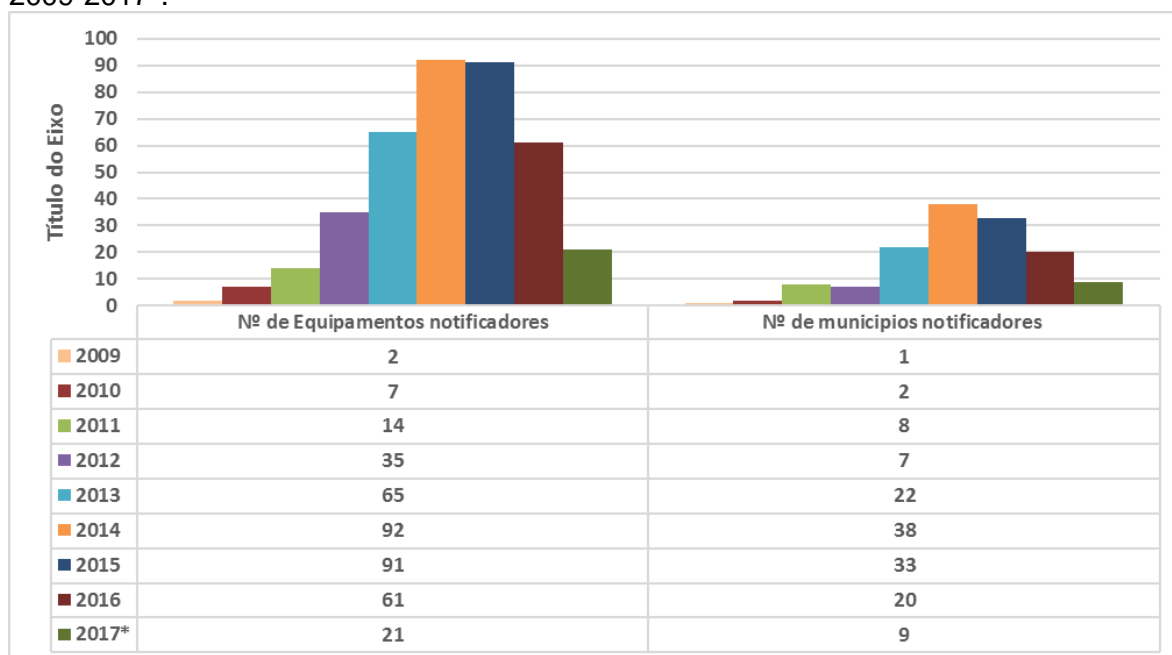
Ano da Notificação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Total	VARIACÃO % 2010/2016
Total de Notificações	139	169	455	804	1215	1094	1127	1185	388	6576	601
Notificações de 00 a 18 anos	110	141	380	628	739	574	581	553	181	3887	292
TIPO DE VIOLÊNCIA											
Sexual	101	127	321	339	346	259	231	118	48	1890	-7
Negligência/Abandono	0	1	15	226	234	148	196	76	45	941	7500
Física	10	15	44	93	151	165	150	142	44	814	847
Psico/moral	37	22	101	106	135	93	90	32	4	620	45
Tortura	0	0	5	2	9	4	11	5	1	37	#
Finan/Econômica	0	1	3	2	1	3	3	2	0	15	100
Trabalho Infantil	0	2	1	1	1	4	5	0	0	14	-100
Intervenção Legal	0	1	0	1	0	1	0	1	0	4	0
Traf. Seres Huma	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	#
Outra Violência	0	3	2	4	20	5	5	13	7	59	333
REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA											
Aracaju	41	46	118	126	132	99	105	55	21	743	20
Nº Srª. do Socorro	15	31	64	61	55	41	28	26	11	332	-16
Lagarto	9	7	47	39	42	33	38	9	2	226	29
Estância	12	13	29	42	40	28	10	9	6	189	-31
Itabaiana	10	17	20	31	35	20	12	7	5	157	-59
Propriá	7	6	27	27	23	23	15	5	1	134	-17
Nº Srª. Da Glória	7	7	16	13	19	15	23	7	2	109	0
ZONA DE RESIDÊNCIA											
Urbana	73	89	228	230	229	175	162	82	33	1301	-8
Rural	16	32	70	57	67	47	36	13	10	348	-59
Periurbana	0	0	1	3	0	4	1	0	1	10	#
Ign/Branco	12	6	22	49	50	33	32	23	4	231	283

Fonte: SINAN/DVS/SES. Acessado em 05 de maio de 2017. * Banco de dados até a 16ª semana epidemiológica de 2017.

A redução das notificações deve-se, em parte, a suspensão das capacitações de sensibilização para a notificação, a última ocorreu em 2014. O treinamento das equipes, com o objetivo de reforçar a importância da notificação, também necessita ser incrementado visando à melhoria do Sistema⁸. Neste sentido, contribui para a consolidação da Rede de atenção integral às vítimas de violência, cabendo enfatizar a importância da articulação do Sistema de Saúde com a Rede de Atendimento e Defesa dos Direitos, diante do desafio de identificar, notificar e encaminhar os casos, ampliando a resolutividade e garantindo proteção e defesa de direitos, especialmente nos grupos mais vulneráveis e menos favorecidos⁹.

No **Gráfico 1** constata-se que houve redução no número de municípios e, principalmente, de equipamentos de saúde que realizam as notificações, ao passar dos anos, corroborando para importância de permanente sensibilização dos profissionais e gestores quanto ao tema.

Gráfico 1 Número de municípios e equipamentos que realizaram notificações. Sergipe, 2009-2017*.



Fonte: SINAN/DVS/SES. Acessado em 05 de maio de 2017. * Banco de dados até 16ª semana epidemiológica de 2017.

Sem incorrer pela leitura de um município com maior registro, ser o que mais as crianças e adolescentes estão vulneráveis para a violência sexual, a **Tabela 2** retrata a visibilidade e as invisibilidades, deste agravo, nas regiões de saúde, destacando para cada uma, os municípios com maior e menor número de notificações para todas as violências, as violências em menores de 18 anos e violência sexual para este grupo etário, sendo ambas as situações de grande preocupação. Portanto, municípios silenciosos tal como Riachão do Dantas e Telha ou regiões de saúde como a de Propriá, Glória e Itabaiana, sinalizam necessidades de estudos que adentre na singularidade cultural e social destes territórios.

Tabela 2 Colocação Municipal quanto ao número de notificações de todas as violências, as violências em menores de 18 anos e a violência sexual neste grupo etário nas regiões de saúde. Sergipe, 2009-2017*.

Região de Saúde/Município	Nº notificações	Ranking nº notificações (1º-50º)	Nº notificações < 18 a	Ranking nº notificações <18a (1º-43º)	Nº notificações V. Sexual < 18 a	Ranking nº notificações V. Sex. <18a (1º-36º)
Região Aracaju	3502	1º	2224	1º	743	1º
Aracaju	2958	1º	1920	1º	524	1º
Barra dos Coqueiros	65	12º	45	9º	31	11º
Divina Pastora	14	42º	9	35º	3	33º
Itaporanga d'Ajuda	104	9º	69	6º	68	6º
Laranjeiras	82	11º	39	13º	33	10º
Riachuelo	11	44º	7	37º	4	32º
Santa Rosa de Lima	9	46º	7	37º	3	33º
São Cristóvão	259	4º	128	4º	77	4º
Região Nª Sr.ª do Socorro	867	2º	510	2º	332	2º
Capela	43	22º	33	16º	27	12º
Carmópolis	62	14º	33	16º	23	15º
Cumbe	8	47º	6	38º	3	33º
General Maynard	12	43º	2	42º	1	35º
Japaratuba	39	25º	25	22º	21	17º
Maruim	56	17º	29	19º	19	19º
Nª Srª das Dores	50	20º	36	14º	27	12º
Nª Srª do Socorro	460	2º	256	2º	149	2º
Pirambu	21	37º	10	34º	6	30º
Rosário do Catete	61	15º	40	12º	24	14º
Sto Amaro das Brotas	39	25º	31	17º	25	13º
Siriri	16	41º	9	35º	7	29º
Região Estância	795	3º	329	3º	189	4º
Araúá	21	37º	12	33º	8	28º
Boquim	171	6º	53	8º	13	24º
Cristinápolis	37	26º	20	25º	16	21º
Estância	322	3º	119	5º	73	5º
Indiaroba	43	22º	26	21º	11	25º
Itabaianinha	42	23º	30	18º	22	16º
Pedrinhas	58	16º	17	28º	10	26º
Santa Luzia do Itanhy	52	18º	22	23º	13	24º
Tomar do Geru	12	43º	8	36º	4	32º
Umbaúba	37	26º	22	23º	19	19º
Região Propriá	468	4º	190	6º	134	6º
Amp. de São Francisco	9	46º	5	39º	1	35º
Aquidabã	26	33º	16	29º	15	22º
Brejo Grande	24	34º	21	24º	18	20º
Canhoba	8	47º	4	40º	4	32º
Cedro de São João	23	35º	4	40º	1	35º
Ilha das Flores	9	46º	6	38º	4	32º
Japoatã	31	29º	16	29º	11	25º
Malhada dos Bois	19	38º	4	40º	2	34º
Muribeca	22	36º	14	31º	11	25º
Neópolis	33	27º	21	24º	20	18º
Nª Srª de Lourdes	22	36º	7	37º	4	32º
Pacatuba	30	30º	15	30º	11	25º
Propriá	175	5º	42	11º	19	19º
Stana do São Francisco	14	42º	9	35º	9	27º
São Francisco	11	44º	6	38º	4	32º
Telha	12	43º	0	43º	0	36*
Região Itabaiana	337	5º	205	5º	157	5º
Areia Branca	40	24º	26	21º	19	19º
Campo do Brito	28	32º	19	26º	14	23º
Carira	21	37º	18	27º	15	22º
Frei Paulo	21	37º	17	28º	14	23º
Itabaiana	136	8º	68	7º	46	7º
Macambira	11	44º	8	36º	7	29º
Malhador	14	42º	8	36º	7	29º
Moita Bonita	8	47º	5	39º	5	31º
Nª Srª Aparecida	17	40º	6	38º	5	31º
Pedra Mole	2	50º	0	43º	0	36º
Pinhão	7	48º	3	41º	3	33º
Ribeirópolis	17	40º	16	29º	13	24º
São Domingos	10	45º	9	35º	8	28º
São Miguel do Aleixo	5	49º	2	42º	1	35º
Região Lagarto	334	6º	266	4º	226	3º
Lagarto	162	7º	137	3º	114	3º
Poço Verde	22	36º	14	31º	13	24º
Riachão do Dantas	18	39º	5	39º	5	31º
Salgado	18	39º	13	32º	9	27º
Simão Dias	63	13º	53	8º	44	8º
Tobias Barreto	51	19º	44	10º	41	9º
Região Nª Sr.ª da Glória	273	7º	163	7º	109	7º
Canindé de S. Francisco	46	21º	25	22º	19	19º
Feira Nova	11	44º	5	39º	2	34º
Gararu	22	36º	17	28º	11	25º
Gracho Cardoso	8	47º	3	41º	2	34º
Itabi	7	48º	5	39º	4	32º
Monte Alegre de Sergipe	32	28º	27	20º	19	19º
Nª Srª da Glória	89	10º	34	15º	21	17º
Poço Redondo	29	31º	29	19º	21	17º
Porto da Folha	29	31º	18	27º	10	26º
SERGIPE	6576		3887		1890	
LEGENDA:			maior nº de notificações menor nº de notificações			
Fonte: SINAN/DVS/NEST-SES. Banco de dados de 05 de maio de 2017.						
* Banco de dados referente à 16ª semana epidemiológica de 2017.						

3.2 Perfil das vítimas

A cor parda foi a predominante, 1.159 (61,32%) casos, entre crianças e adolescentes, vítimas de violência sexual. Devido à redução no número de notificações, observa-se uma variação percentual negativa de -57%, nesta população. O sexo feminino foi o mais vitimado (83,96%), para cada menino notificado existiu 5,30 meninas que sofreram o agravo.

Ser deficiente ou ter alguns transtornos, faz desta criança ou adolescente um ente com um grau maior de vulnerabilidade, exigindo da sociedade e órgão de enfrentamento estratégias de busca ativa, identificação e proteção destes indivíduos, nos 8 anos e 16 semanas analisados houve o registro de 65 pessoas do sexo feminino e de 15 do sexo masculino com algum tipo de deficiência ou com algum transtorno (**Tabela 3**).

As estatísticas hoje existentes, produzidas com base nos números oficiais, giram em torno de 10% a 30% do total de casos, mesmo em países em que notificar é uma ação para a qual o cidadão está sensibilizado (Lavergne e Tourigny, 2000 citado por ASSIS, 2012).

No quesito violência sexual, a literatura mundial aponta como um fenômeno feminino, sendo as meninas as principais vítimas do abuso e exploração, independente da faixa etária. Entretanto, vale considerar que pesquisas realizadas em diversos contextos e países, com dados de Instâncias de Referência para denúncias, mostram consideráveis proporções de acometimento do sexo masculino, nas faixas da infância (Lavergne e Tourigny, 2000 citado por SOUZA, 2014).

Tabela 3 Distribuição de notificações de violência sexual entre crianças e adolescentes, por raça/cor, sexo e portador de deficiência/transtorno. Sergipe, 2009-2017*.

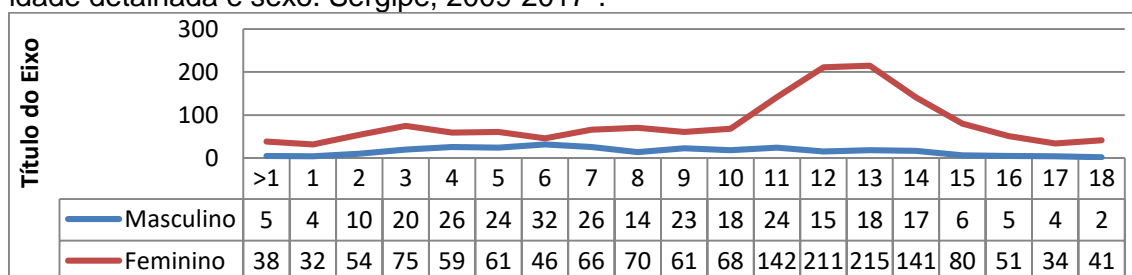
Ano da Notificação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Total	VARIAÇÃO % 2010/2016
TIPO DE VIOLÊNCIA											
Sexual	101	127	321	339	346	259	231	118	48	1890	-7
RAÇA/COR											
Parda	71	102	218	211	210	156	145	44	2	1159	-57
Branca	8	12	55	51	39	35	24	10	0	234	-17
Preta	11	7	24	26	31	16	15	13	0	143	86
Amarela	0	0	1	4	2	0	0	0	0	7	#
Indígena	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	#
Ign/Branco	10	6	23	47	64	52	47	51	46	346	750
SEXO											
Feminino	89	106	281	269	288	212	196	104	42	1587	-2
Masculino	12	21	40	70	58	45	35	12	6	299	-43
POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA/TRANSTORNO											
Masculino	0	0	2	5	5	3	0	0	0	15	#
Feminino	3	7	9	13	18	7	5	3	0	65	-57

Fonte: SINAN/DVS/SES. Acessado em 05 de maio de 2017. * Banco de dados até a 16ª semana epidemiológica de 2017.

Conforme o **Gráfico 2** constata-se que o pico de vulnerabilidade acontece na fase pré-púbere e início da puberdade. Nos meninos, é com a puberdade mais tardia que o número de incidência diminui, por aumento da força física e capacidade de se defender.

A criança envolvida em uma prática sexual não compreende completamente, uma vez que não está preparada em termos de desenvolvimento, e, por conseguinte, torna-se incapaz de informar seu consentimento⁵. Analisar por idade a exposição dos meninos e meninas à violência sexual, fornecem subsídios para melhorar as formas de intervenção, portanto, observa-se que para as crianças menores de 10 anos, independente do sexo, a exposição foi equivalente a 44,02% (832 notificações), exigindo um papel de vigilância destas crianças pelos profissionais de toda a rede de enfrentamento, tais como de creches, pré-escolares e da saúde.

Gráfico 2 Número de notificações de violência sexual em crianças e adolescentes, por idade detalhada e sexo. Sergipe, 2009-2017*.



Fonte: SINAN/DVS/SES. Acessado em 05 de maio de 2017. * Banco de dados até a 16ª semana epidemiológica de 2017.

3.3 Características da violência sexual

A violência sexual vivenciada, segundo a **Tabela 4**, que apresentou o maior número de registro foi o estupro, totalizando 1.346 (71,22%), porém, esse registro reduziu a menos da metade em 2016 (109) quando comparado a 2015 (215), números aquém da estatística, disponibilizado pela Coordenadoria de Estatística Análise Criminal - CEACrim/ Superintendência da Polícia Civil/ Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe-SSP que foi de:

- 2015: 352 estupros em menores de 18 anos (30 enquadrados no artigo 213 e 322 no artigo 217A);
- 2016: 417 ocorrências (39 enquadrados no artigo 213 e 378 no artigo 217A).

Essa situação, exige do setor saúde, um resgate da importância do acolhimento da vítima de violência sexual, no máximo em 72 horas, afim de ser garantida a profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis-IST e a contracepção de emergência, mas, também, para as que se apresentaram depois deste prazo, em virtude dos exames preventivos e acompanhamento multiprofissional, inclusive psicológico. O atendimento à vítima caracteriza um momento importante, tanto no que diz respeito à notificação e encaminhamentos, como, principalmente, nos procedimentos realizados pela equipe de saúde, a fim de reduzir o dano causado pela violência, bem como a prevenção de doenças¹¹.

Nas vitimizações sexuais, além das lesões físicas e genitais sofridas, as pessoas tornam - se mais vulneráveis a outros tipos de violência, aos distúrbios sexuais, ao uso de drogas, à prostituição, à depressão e ao suicídio¹². Quanto às consequências da violência, no momento do atendimento, houve o registro de 276 ocorrências, das quais 167 situações de estresse pós-traumático, 35 transtornos de comportamento, 30 gestações e 02 abortos, apesar da ausência de registro desta variável desde 2015.

As vítimas enfrentam ainda, a possibilidade de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o risco de uma gravidez indesejada decorrente do estupro¹². A garantia de atendimento às vítimas da violência sexual, nos serviços de saúde, representa apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos. A oferta desses

serviços permite à pessoa vitimada o acesso aos cuidados e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis¹¹. No período pertinente ao intervalo retratado, foram realizadas 715 profilaxias de IST, 04 abortos previstos em lei e 120 contracepções de emergência.

Tabela 4 Distribuição das notificações segundo o tipo de violência sexual, consequência no momento da notificação e procedimentos realizados durante o atendimento de menores de 18 anos. Sergipe, 2009-2017*.

Ano da Notificação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Total
TIPO DE VIOLÊNCIA										
Sexual	101	127	321	339	346	259	231	118	48	1890
TIPO DE VIOLÊNCIA SEXUAL										
Estupro	27	51	167	281	249	218	215	109	29	1346
Atent. viol pudor	26	35	46	12	8	1	0	0	0	128
Assédio Sexual	3	1	10	25	5	13	8	9	1	75
Exploração Sexual	3	2	15	12	23	5	5	3	2	70
Pornog Infantil	3	0	2	1	0	0	2	1	0	9
Outras Violências	24	43	69	17	48	5	0	4	0	210
CONSEQUÊNCIA DA OCORRÊNCIA NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO										
Estresse pós-traumático	0	0	38	53	57	19	0	0	0	167
Transtorno Comportamental	1	0	2	15	10	7	0	0	0	35
Gravidez	2	4	6	7	8	3	0	0	0	30
DST	1	3	4	7	1	4	0	0	0	20
Transtorno Mental	0	1	3	3	3	1	0	0	0	11
Tentativa suicídio	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Aborto	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Outras Consequências	0	1	0	2	1	4	0	0	0	8
PROCEDIMENTOS REALIZADOS										
Profilaxia DST	17	15	32	36	37	45	41	33	10	266
Profilaxia HIV	12	14	32	33	37	49	38	32	13	260
Profilaxia Hepa B	12	15	29	36	26	25	25	15	6	189
Coleta de Sangue	80	118	266	289	294	205	182	94	34	1562
Coleta de Sêmen	1	0	3	4	2	1	4	3	1	19
Col. Sec. Vaginal	21	42	59	25	24	32	42	24	6	275
Contracepção Emergência	2	7	20	17	22	21	17	9	5	120
Aborto previsto em Lei	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4

Fonte: SINAN/DVS/SES. Acessado em 05 de maio de 2017. * Banco de dados até a 16ª semana epidemiológica de 2017.

3.4 Perfil do Agressor

Ao iniciar sua vida, a criança encontra um mundo de vínculos e relações já formados, com tradições, normas de direito e moral, concepções ideológicas e outros elementos configurados historicamente e de relevância bem concreta. Aí ela forma sua consciência, seu estilo de vida e de reação individual. Como disse Sartre (1980, p. 57): "Eu sou o que consegui fazer com o que fizeram de mim"¹⁴. Apesar da sociedade ressaltar a importância da família, historicamente sua organização não se fez sob os princípios fundamentais de respeito à pessoa humana, configurando-se como um espaço da hierarquia e da subordinação caracterizado pelo domínio dos homens sobre as mulheres e de adultos sobre as crianças¹.

As motivações dos agressores não têm origem apenas no desejo, mas abrange questões relacionadas ao poder do indivíduo mais experiente, que assume a posição de dominador, em relação ao mais jovem e inexperiente⁹.

Analizando a **Tabela 5**, no período de 2009 e, até a 16ª semana epidemiológica de 2017, quanto ao número de envolvidos, em 81,80% (1.546) das notificações existiu apenas um agressor e em 147 existiu dois ou mais, porém houve um percentual de 10,42% de falta de preenchimento para esse campo. O sexo predominante foi o masculino com 1.630 (86,24%) registros.

No quesito, ocorreu outras vezes, foi analisado se este agressor abusou sexualmente desta vítima anteriormente, sendo constatado que esta situação ocorreu em 762 notificações. A maioria das vítimas de abuso sexual na infância não se tornam agressores sexuais na idade adulta. Contudo, a vitimização sexual nessa fase da vida, se acompanhada por fatores tais como, o abuso físico, a duração do abuso sofrido e a relação com o perpetrador, pode contribuir para o surgimento de um futuro agressor¹. No entanto, esta variável também foi prejudicada com a ausência do preenchimento (530), apresentando um aumento na ausência de preenchimento de 147% entre os anos de 2009 e 2016.

O vínculo do agressor com a vítima, retratada nesta pesquisa, reflete uma relação consanguínea/afetiva com a criança ou adolescente em 631 notificações. Para Nunez (2008) citado por SOARES (2016) o agressor sexual é, na maioria das vezes, alguém próximo à criança, proximidade esta, que facilita a abordagem e, além disso, estas pessoas contam com a confiança das vítimas, usando esta relação para se aproximar cada vez mais, num processo insidioso, sem que a criança ou adolescente perceba o ato abusivo do adulto. O padrasto aparece como o principal perpetrador (216), seguido do pai (167) namorado (a) (181), também se registrou a ocorrência de 32 situações cujo irmão(a) foi o possível agressor.

Dentre o grupo de pessoas sem vínculo, os amigos/conhecidos são quem mais abusa sexualmente (657) dos menores de 18 anos. Ratificado pelo local da ocorrência, onde constata-se que a residência foi equivalente a 59,63% dos locais de ocorrência, sofrendo um incremento percentual de 8% entre 2009 e 2016. SOUZA et al (2014) diz que:

“Crianças e adolescentes encontram-se em fase de desenvolvimento psicossocial, cuja imaturidade não permite compreender a teia criada pelo agressor (familiar ou pessoa de confiança, adulto ou adolescente de maior idade), o qual impõe autoridade, para concretizar a sedução e a prática sexual”.

A violência interpessoal de caráter sexual, contra crianças e adolescentes, nesse sentido, é uma violação de direitos humanos, sexuais e dos direitos particulares de pessoa em desenvolvimento. A violência sexual intrafamiliar constitui uma violação ao direito de uma convivência familiar protetora e uma ultrapassagem dos limites estabelecidos pelas regras sociais, culturais e familiares¹.

Por fim, quanto à associação do uso de álcool ao ato agressivo, esta amostra apresentou um percentual de 47,35% de ausência de registro para essa variável. Das 995 que tiveram o campo respondido, 680 (68,34%) disseram que os agressores não apresentavam suspeita de uso de bebida alcóolica, para apenas 315, que sugeriram a presença do uso de álcool por parte do agressor.

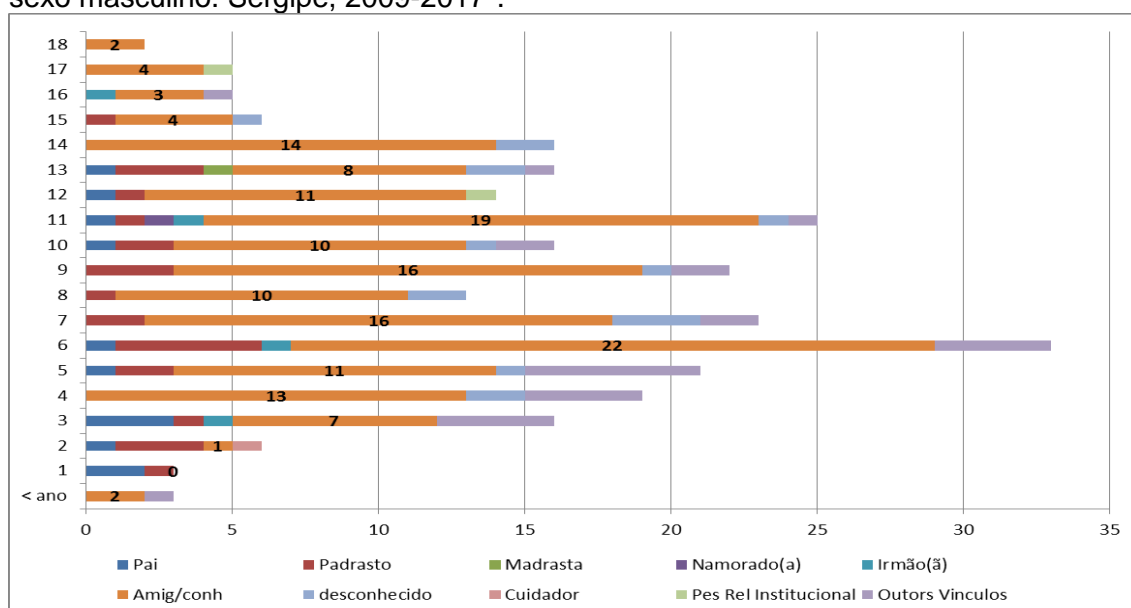
Tabela 5 Distribuição segundo número de envolvidos, sexo e vínculo do possível agressor, e local de ocorrência da violência sexual contra menores de 18 anos, com base nas notificações. Sergipe, 2009-2017*.

Ano da Notificação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Total	VARIACÃO % 2010/2016
TIPO DE VIOLÊNCIA											
Sexual	101	127	321	339	346	259	231	118	48	1890	-7
NÚMERO DE ENVOLVIDOS											
Um	90	111	276	280	290	214	172	84	29	1546	-24
Dois ou mais	8	7	28	32	24	17	19	12	0	147	71
Ign/Branco	3	9	17	27	32	28	40	22	19	197	144
SEXO DO AUTOR DA AGRESSÃO											
Masculino	81	118	297	311	295	228	172	93	35	1630	-21
Feminino	0	3	5	5	6	3	5	1	1	29	-67
Ambos sexos	0	0	0	1	1	0	1	1	0	4	#
Ignorado	9	6	18	22	41	26	53	23	12	210	283
Em Branco	11	0	1	0	3	2	0	0	0	17	#
OCORREU OUTRA VEZ											
Sim	32	56	153	148	138	94	86	45	10	762	-20
Não	41	54	99	100	96	94	67	31	16	598	-43
Ign/Branco	28	17	69	91	112	71	78	42	22	530	147
VÍNCULO/GRAU DE PARENTESCO											
Pai	9	13	26	24	29	19	27	15	5	167	15
Mãe	0	0	0	1	1	1	1	2	0	6	#
Padrasto	10	12	30	45	46	35	24	12	2	216	0
Madrasta	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	#
Conjuge	0	0	1	0	0	0	2	0	0	3	#
Ex-Conjuge	0	0	2	1	2	1	1	0	0	7	#
Namorado(a)	10	14	51	33	36	18	12	5	2	181	-64
Ex-Namorado(a)	1	0	3	4	2	4	1	0	0	15	#
Filho(a)	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	#
Irmão(a)	0	3	5	5	6	8	2	1	2	32	-67
VÍNCULO CO-SANGÜÍNEO/AFETIVO											
Amigos/Conhecido	43	43	120	128	126	84	64	37	12	657	-14
Desconhecido(a)	14	10	33	24	25	24	18	13	7	168	30
Cuidador(a)	0	0	4	1	1	0	2	0	0	8	#
Pessoa com Relação Institucional	1	1	0	0	0	3	1	0	0	6	-100
Outros Vínculos	7	26	34	45	41	29	29	13	8	232	-50
LOCAL DE OCORRÊNCIA											
Residência	55	72	207	208	206	146	129	78	26	1127	8
Via pública	14	11	18	19	38	16	21	6	1	144	-45
Bar ou Similar	2	7	11	6	5	8	1	0	0	40	-100
Escola	0	1	4	8	8	10	4	1	0	36	0
Comércio/Serviços	2	2	3	0	2	2	0	0	0	11	-100
Habitação Coletiva	0	1	2	1	1	0	1	0	0	6	-100
Local de prática esportiva	0	1	2	1	0	1	1	0	0	6	-100
Indústrias/construção	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	#
Outros	14	19	34	42	42	34	12	6	3	206	-68

Fonte: SINAN/DVS/SES. Acessado em 05 de maio de 2017. * Banco de dados até a 16ª semana epidemiológica de 2017.

Ainda neste quesito, foi analisada a relação do agressor com a vítima, estabelecendo uma relação com a idade e sexo da vítima. No **Gráfico 3** observando o sexo masculino, independentemente de ser criança ou adolescente, o possível agressor, na maioria das situações, foi o amigo ou conhecido, seguido de pessoas com outros vínculos.

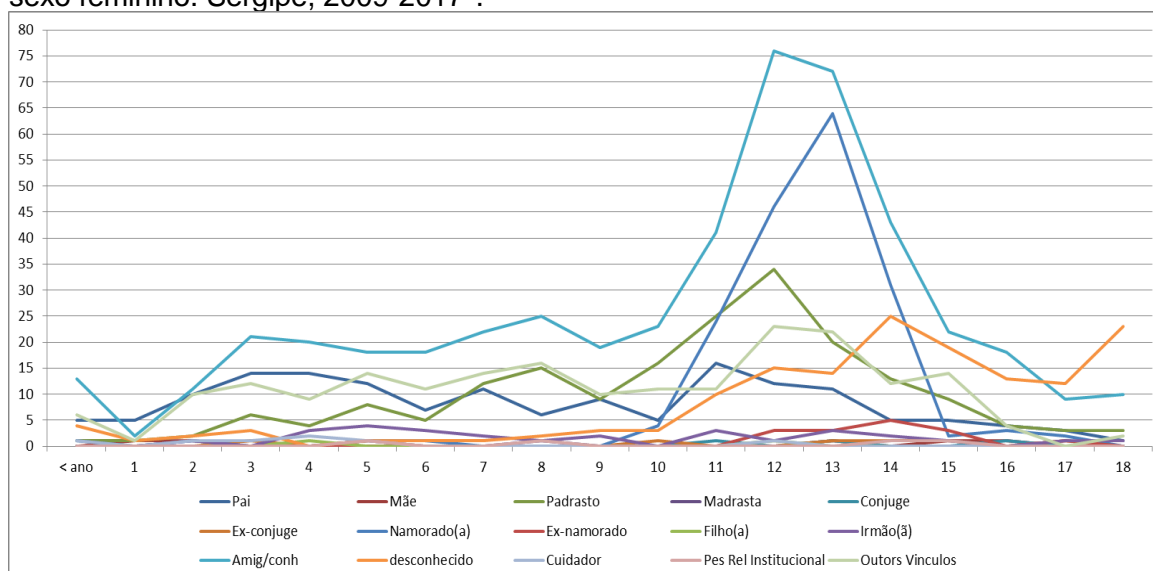
Gráfico 3. Distribuição do vínculo do agressor sexual de crianças e adolescentes do sexo masculino. Sergipe, 2009-2017*.



Fonte: SINAN/DVS/SES. Acessado em 05 de maio de 2017. * Banco de dados até a 16ª semana epidemiológica de 2017.

Para os menores de 18 anos do sexo feminino (**Gráfico 4**) observa-se que as crianças sofrem violência sexual, principalmente dos amigos/conhecidos, seguidos do pai e de pessoas com outros vínculos. Na puberdade e adolescência surgem, o namorado e o padraсто, além dos amigos/conhecidos, que continuam sendo o principal perpetrador desta forma de agressão.

Gráfico 4 Distribuição do vínculo do agressor sexual de crianças e adolescentes do sexo feminino. Sergipe, 2009-2017*.



Fonte: SINAN/DVS/SES. Acessado em 05 de maio de 2017. * Banco de dados até a 16ª semana epidemiológica de 2017.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diz Agudelo (1990, p. 1) que "a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima". A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde. Mas, além de atender às vítimas da violência social, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde¹.

Na medida em que aumentam os estudos sobre acidentes e violências, identificando os fatores e os processos da sua ocorrência, as circunstâncias e o ambiente social em que ocorre, essa realidade tende a mudar, ou pelo menos, a tornar-se mais visível e, desta forma, a evoluir no sentido de redução da impunidade e de proteção das vítimas⁷, tornando o compromisso da notificação algo que transcende o registro quantitativo do agravo, sendo uma ferramenta imprescindível para o entendimento das singularidades do território e perfil dos envolvidos.

Os resultados produzidos neste estudo não possuem a intencionalidade de se esgotarem, vislumbram suscitar intervenções e abordagens qualitativas por gestores, profissionais de saúde e demais órgãos da rede de enfrentamento e proteção de violência sexual contra crianças e adolescentes.

5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. RIBEIRO MA, FERRIANI MGC e REIS JN. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 456-464, mar- abr, 2004.
2. LEAL MLP. **A exploração sexual comercial de meninos, meninas e adolescentes na América Latina e Caribe** – Relatório final (Brasil). 2. Edição, Brasília: CECRIA, 1999.
3. OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: OMS; 2002.
4. BRASIL. Norma Técnica. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. 1ª Edição. Brasília-DF, 2015.
5. COSTA AS, ANDRADE DA, JUCÁ RLC. **A concretização do princípio constitucional da solidariedade no âmbito da violência sexual contra crianças e adolescentes.** Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC. V. 35.2, jul./dez. 2015.
6. BRASIL. Viva : **instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 72 p. Brasília-DF, 2011.
7. RICAS J, DONOSO MTV, Gresta MLM. **A violência na infância como uma questão cultural.** Texto Contexto Enfermagem. 15(1): 151-4. Florianópolis, 2006.
8. ASSIS SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. **Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil.** Cien Saude Colet 2012; 17(9):2305-2317.
9. SOUZA CS et al. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(3):773-784, 2014.
10. OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: OMS; 1999. Disponível em:
11. BRASIL. **Violência faz mal a saúde.** Secretaria de Promoção a Saúde, Departamento de ações e programáticas estratégicas, Ministério da Saúde; Brasília: DF, 2006.
12. BRASIL. **Prevenção e tratamento dos a gravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Ministério da Saúde. Brasília: DF, 1999.

13. SOARES EMR et al. **Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes** REVISTA Interdisciplinar. v. 9, n. 1, p. 87-96, jan. fev. mar. 2016.
- 14 MINAYO, MCS e SOUZA, ER: '**Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**'. História, Ciências, Saúde— Manguinhos, IV(3): 513-531, Nov. 1997-fev. 1998.
15. BRASIL, MS. Portaria nº 737- **Política Nacional de Redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.