

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
IDENTIFICAÇÃO, CONSEQUÊNCIAS E INDICAÇÕES DE MANEJO**

DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.9474>



Jean Von Hohendorff

Faculdade Meridional – IMED – Brasil

Naiana Dapieve Patias

Faculdade Meridional – IMED – Brasil



Resumo:

A Violência Sexual (VS) contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública que costuma produzir consequências na vida das vítimas. Embora a VS afete milhões de crianças e adolescentes no Brasil e no mundo, ela ainda é subnotificada. Neste cenário, os profissionais que possuem contato com essa população têm papel fundamental na identificação e na escuta das revelações de VS. No entanto, nem sempre os profissionais possuem informações suficientes para agir diante destes casos. Desta forma, este artigo tem o intuito de descrever o(s) conceito(s) de VS, suas consequências e indicações de manejo. Ressalta-se a importância dos profissionais terem uma escuta empática em situações de revelação da VS, bem como a necessidade de notificação dos casos de suspeita de VS aos serviços competentes.

Palavras-chave: Violência sexual; Criança; Adolescente; Revelação; Defesa da criança e do adolescente.

Introdução:

A violência sexual¹ contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública reconhecido pela *World Health Organization* (WHO, 1999). Embora o conhecimento científico sobre este fenômeno tenha evoluído consideravelmente nas últimas décadas, concepções errôneas ao seu respeito ainda são comuns, não somente entre a população geral, mas também entre profissionais que trabalham com as vítimas. Comumente profissionais falam em *tentativa* de violência sexual, uma vez que não houve a penetração; bem como indicam a culpabilização das vítimas pela ocorrência da VS – “mas ela se ofereceu”, “estava com roupa inadequada”, “ela seduziu”.

¹ Neste artigo, os autores optaram pelo termo “violência sexual” ao invés de “abuso sexual”, pois consideraram que a palavra “abuso” não seria o termo mais adequado, embora muitas publicações o referem. “Abuso” estaria relacionado ao uso em excesso, ou seja, o uso acima do que é considerado “normal”. Neste caso, quando se fala em criança e adolescente, não há “uso” sexual possível.

Concepções como as descritas anteriormente fazem parte de uma lista de mitos acerca da VS contra crianças e adolescentes, a qual inclui afirmações como a de que esta violência não é comum, não causa danos às vítimas, além da crença de que a criança possa fantasiar ou mentir sobre a ocorrência da VS (para uma revisão completa dos mitos, consultar SANDERSON, 2005). O esclarecimento de concepções errôneas acerca da VS é o primeiro passo para a sua prevenção e seu enfrentamento. Para tal, é necessário que se tenha clareza sobre o que é VS, como ela ocorre, quais são suas consequências, a legislação vigente e a atuação profissional.

Um dos compromissos primordiais dos pesquisadores é o compartilhamento de informações que obtém por meio de seus estudos, sejam eles teóricos ou empíricos. A publicação de artigos científicos é uma forma de realizar tal compartilhamento. Artigos científicos geralmente são disponibilizados *online*, facilitando o seu acesso à sociedade em geral. Diante disso, o objetivo desse artigo é apresentar informações essenciais sobre o fenômeno da VS contra crianças e adolescentes aos profissionais de áreas que costumam intervir nesses casos (e.g., saúde, assistência social, direito). O mesmo está organizado de forma a oferecer informações sobre o conceito de VS contra crianças e adolescentes, sobre a dinâmica dessa forma de violência, sobre a legislação nacional aplicada aos casos e sobre o manejo profissional diante da revelação dos casos de suspeita e de confirmação da VS contra crianças e adolescentes. Salienta-se que não se pretende esgotar a discussão sobre o tema, tendo em vista a complexidade dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Busca-se, outrossim, fornecer subsídios teóricos e práticos para que os profissionais possam intervir com maior embasamento levando em consideração que cada caso é único e pode requerer adaptações.

1 – O que é violência sexual contra crianças e adolescentes?

Dentre as definições existentes, a mais difundida mundialmente é a da WHO e da *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN, 2006). Esta indica que a VS consiste no envolvimento de uma criança ou adolescente em atividade sexual não compreendida totalmente, sendo estes incapazes de dar consentimento, ou para a qual não estão preparados devido ao seu estágio desenvolvimental. Acrescenta-se o fato de que a VS viola leis ou tabus da sociedade.

No Brasil, a definição adotada pelo Ministério da Saúde (2002) é semelhante à da WHO e ISPCAN (2006). A VS é compreendida como todo e qualquer ato ou jogo sexual, seja

ele em uma relação heterossexual ou homossexual, no qual os agressores estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou o adolescente. Tal prática tem por finalidade estimular sexualmente as vítimas ou utilizá-las para obtenção de satisfação sexual dos agressores. Evidencia-se por meio de práticas eróticas e sexuais impostas às crianças ou aos adolescentes pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. A VS pode variar desde atos nos quais não há o contato físico (e.g., *voyeurismo*, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato físico com ou sem penetração. Abrange, ainda, situações de exploração sexual visando a lucro, tais como a exploração sexual e a exposição à pornografia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Na Figura 1 é apresentado um esquema que sintetiza as principais formas de VS contra crianças e adolescentes de acordo com o Ministério da Saúde (2002).

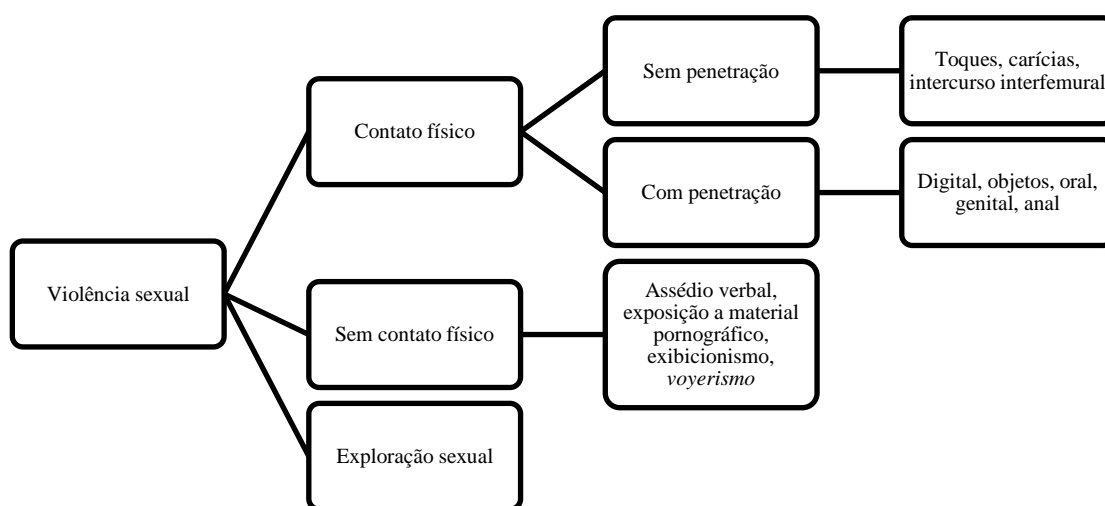


Figura 1. Formas de violência sexual

Fonte: Hohendorff, Habigzang, & Koller (2014)

Recentemente, foi aprovada a lei 13.431, de 14 de abril de 2017. Essa lei estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Em seu quarto artigo, as diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes são definidas. A violência sexual é, de acordo com essa lei, “entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não”.

Os dados epidemiológicos sobre a ocorrência da VS contra crianças e adolescentes são baseados, principalmente, em casos notificados, ou seja, não abrangem a totalidade de ocorrências, tendo em vista que existem casos não notificados. Isso pode dar a falsa impressão de que a VS é um fenômeno raro (WILLIAMS, 2011). Aliado ao panorama de subnotificação desses casos, a falta de sistematização das informações, o despreparo dos profissionais e de padronização das ferramentas de notificação contribuem para a dificuldade em se obter dados válidos (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2014).

Recentemente, duas meta-análises de estudos sobre a prevalência mundial da VS entre crianças e adolescentes foram publicadas (BARTH et al., 2013; STOLTENBORGH et al., 2011). Em uma delas, os autores analisaram 217 estudos realizados em países norte e sul americanos, europeus, asiáticos, africanos e australianos, publicados entre 1980 e 2008, resultando em 331 amostras independentes, totalizando 9.911.748 participantes. A prevalência mundial estimada da VS contra crianças e adolescentes foi de 11.8%. Em relação ao sexo, a prevalência estimada para meninas foi de 18% e para meninos foi de 7.6%, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < .01$) (STOLTENBORGH et al., 2011). A prevalência mundial recente da VS contra crianças e adolescentes foi analisada por Barth et al. (2013) em estudos publicados após 2002 e com dados coletados a partir de 2000. Os estudos ($N=55$) foram provenientes de 24 países diferentes, sendo três do Brasil. Desses, apenas um continha dados de prevalência da violência sexual contra meninas e meninos (POLANCZYK et al., 2003) – os outros dois eram exclusivos de meninas. A prevalência da VS contra crianças e adolescentes conforme seu tipo foi: sem contato (31% meninas, 17% meninos), abuso sexual misto (isto é, mais de um tipo ou inespecífico; 15% meninas, 8% meninos), com contato (13% meninas, 6% meninos), e intercurso forçado (9% meninas, 3% meninos).

No Brasil, o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2010), por meio do Disque Direitos Humanos (Disque 100), recebe notificações de casos de VS contra crianças e adolescentes de todo o país. No período referente a maio de 2003 e março de 2010, foram identificadas 214.689 vítimas registradas nas notificações de VS, negligência, violência física e psicológica. Dentre os casos de VS, 38% foram de vítimas do sexo masculino e 62% do sexo feminino, indicando maior notificação de casos de meninas, não sendo possível afirmar que os casos com meninos sejam em menor número.

Embora não se tenha um panorama real da prevalência da VS contra crianças e adolescentes, sabe-se que a maioria dos casos são intrafamiliares, ou seja, os agressores são

peessoas que possuem laços afetivos ou de consanguinidade com as vítimas. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, 80% dos casos de VS contra crianças e adolescentes analisados foram intrafamiliares (HABIGZANG et al., 2005).

2 – Como a violência sexual contra crianças e adolescentes acontece?

Ainda que cada caso de VS possua particularidades, é possível identificar alguns padrões em sua ocorrência, ou seja, uma dinâmica comum entre os casos. Desde a década de 80, tal dinâmica é estudada. Sgroi, Blick e Porter (1982) propuseram um modelo de dinâmica na qual a VS contra crianças e adolescentes ocorreria em cinco fases. Summit (1983) propôs a ocorrência de uma “Síndrome de acomodação”, que explicaria a manutenção do segredo por parte da vítima. De acordo com Finkelhor e Browne (1985), quatro dinâmicas traumagênicas ocorreriam durante a VS contra crianças e adolescentes: sexualização traumática, deslealdade, impotência e estigmatização. As consequências da violência sexual, tais como comportamento sexual inapropriado, culpa, baixa autoestima, depressão, estariam relacionadas a essas dinâmicas. Furniss (1991) indicou a ocorrência de certos “sinais”, emitidos pelos agressores, indicativos do início e do término dos episódios de VS, chamados de rituais de entrada e rituais de saída. Além disso, o mesmo autor explicou o comportamento dos agressores, o qual ocorre por meio da “Síndrome de adição”, que consiste na dependência física e psicológica da criança/adolescente para aliviar sua tensão sexual. A manutenção do segredo foi chamada de “Síndrome do segredo” por Furniss (1993). Assim como Sgroi et al. (1982), Spiegel (2003) propôs um modelo de dinâmica dividido em fases, que o autor chamou de categorias. Enquanto o modelo de fases de Sgroi et al. (1982) visava explicar a ocorrência da VS contra crianças e adolescentes, o modelo de Spiegel (2003) é específico para o caso de meninos e homens e é composto por sete categorias: (1) Sujeição, (2) Violência sexual, (3) Encobrimento, (4) Invalidação, (5) Reconciliação, (6) Compensação e (7) Continuidade.

As similaridades e complementaridades desses modelos serviram de base para que um modelo integrativo conceitual da VS contra crianças e adolescentes fosse proposto (Hohendorff et al., 2017). Esse modelo compreende seis estágios/fases nas quais as contribuições advindas dos modelos anteriores foram inclusas:

Preparação: os agressores sexuais, geralmente pessoas conhecidas pela vítima, buscam estreitar laços com a criança/adolescente com objetivo de conquistar maior confiança e afeto. Para tal, podem utilizar comportamentos de gentileza, atenção e presentes, bem como criar repetidas situações para que fiquem a sós. Quando percebem que a criança/adolescente confia e tem afeto por eles, os episódios de VS são iniciados.

Episódios: os episódios de VS costumam ocorrer por meio de uma progressão ascendente, ou seja, desde práticas sem contato físico até práticas com contato físico (veja Figura 1). Inicialmente, as interações entre agressores e vítimas são muito sutis (e.g., elogiar o corpo da criança) e a vítima não percebe a sua inadequação. Tendo em vista que as vítimas não compreendem o caráter inadequado da interação, comumente não oferecem resistência às interações. Isso faz com que os agressores continuem com tais interações, sendo elas cada vez mais sexualizadas ocorrendo uma espécie de dessensibilização da criança para as interações sexuais com contato físico. Caso os agressores percebam qualquer estranhamento ou resistência da vítima, eles recuam, lançando mão de interações menos sexualizadas. Frequentemente, os agressores manejam algum estranhamento ou resistência da vítima apresentando a interação sexual como “algo especial” que acontece entre eles, como algo que deve ser escondido dos outros justamente por isso. Tendo em vista que são os adultos que balizam questões de certo e errado para crianças e que as vítimas possuem vínculo de confiança e afeto, elas tendem a acreditar nos agressores. Chantagens também podem ser utilizadas para convencer a vítima a participar das interações. Sendo assim, a penetração pode ocorrer somente após longo período de tempo do início dos episódios de VS. O envolvimento de crianças e adolescentes em interações sexuais inadequadas à sua faixa etária poderá desencadear uma sexualização traumática (FINKELHOR; BROWNE, 1985). Como consequência, as crianças e adolescentes vítimas de VS estariam mais propensas a apresentar comportamentos sexuais inapropriados.

Essas interações sexuais possuem, conforme Furniss (1991), rituais de entrada e de saída que indicam o início e o final dos episódios de VS. Esses rituais demarcam temporalmente a ocorrência da VS. Entre o ritual de entrada e de saída, os agressores agem de forma distinta ao usual (como se eles se transformassem em “outra pessoa”) e a criança experiencia ambivalência acerca da ocorrência do episódio, uma vez que não há testemunhas e que os agressores, após o ritual de saída, se comportam como se nada tivesse acontecido (para exemplos de rituais, consultar FURNISS 1991 e HOHENDORFF et al., 2014).

Quando as vítimas percebem a inadequação da interação que ocorre entre elas e os agressores, acabam se dando conta da verdadeira intenção dos agressores. Os comportamentos de gentileza, afeto e confiança tinham o intuito de cometer a VS. As vítimas percebem a ocorrência de uma traição, pois confiaram nos agressores. Isso estaria relacionado ao possível desenvolvimento de sentimentos de tristeza, raiva, hostilidade e dificuldade em confiar nas pessoas por parte das vítimas (FINKELHOR; BROWNE, 1985).

O comportamento dos agressores de cometer a VS é mantido pela “Síndrome de adição”, que se assemelha ao processo vivenciado por usuários de substâncias psicoativas. Embora saibam dos prejuízos, os usuários não conseguem manter o autocontrole diante da substância e a consomem porque possuem dependência psicológica e física associada a ela. O mesmo processo ocorre com agressores sexuais. Sua “substância”, no entanto, é a vítima. Isso indica a necessidade de possível afastamento entre agressores e vítimas, uma vez que os agressores não conseguem controlar seu comportamento e, na presença de crianças, possivelmente cometerão a VS, mesmo que tentem não o fazer. Tal necessidade é referida na lei federal n. 8.069/1990, artigo 130: “Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum”.

Silenciamento: a ambivalência gerada pelos rituais de entrada e saída, a falta de ou pouca compreensão das vítimas em relação às interações sexuais, possíveis ameaças (e.g., “vou te matar”), barganhas (e.g., presentes em troca de interações sexuais) e chantagens (“se você não contar, te deixo passear”) dos agressores contribuem para que a vítima mantenha a ocorrência da VS em segredo. Aliado a isso, em termos macrossociais, falar sobre sexualidade ainda é um tabu em nossa sociedade (SPIEGEL, 2003). Caso uma criança tente revelar a ocorrência de uma interação sexual ou busque informações com um(a) adulto(a), tentando verificar a adequação da interação a qual é submetida, possivelmente esse(a) adulto(a) reagirá com espanto, inibindo a criança. A falta de credibilidade dos adultos no relato das vítimas também contribui para o silenciamento delas. As vítimas podem fazer várias tentativas de revelar, muitas vezes de forma inconsistente (SUMMIT, 1983), e não receber credibilidade dos adultos. Pode ocorrer de o(a) adulto(a), além de não acreditar no relato, dizer à vítima que ela não deve falar a respeito ou até mesmo culpabilizá-la. Diante de tudo isso, a vítima não percebe alternativa a não ser ficar em silêncio. Ela acaba se sentindo impotente, podendo apresentar, como consequência, apatia, medo e ansiedade (FINKELHOR; BROWNE, 1985).

Narrativa: mesmo diante da dificuldade em falar a respeito da ocorrência da VS, as vítimas podem revelá-la de duas principais formas: intencional, quando a vítima deliberadamente narra o que ocorreu para alguma pessoa com o intuito de obter ajuda; e acidental, quando a narrativa ocorre de forma involuntária, ou seja, por conta de sinais emitidos pela vítima, pelo seu relato espontâneo quando ainda não sabia do caráter sexual da interação ou quando alguém presencia algum episódio de VS (SGROI et al., 1982).

Repressão: geralmente, após a narrativa, a vítima é pressionada a se retratar, seja pelo(a) próprio(a) agressor(a), por familiares ou pela comunidade. Agressores e familiares

podem tentar minar a credibilidade da vítima ao dizer que se trata de uma fantasia ou mentira da criança. Usualmente, familiares tentam manter a situação em segredo, muitas vezes impedindo intervenção da rede (SGROI et al., 1982). Além disso, pode ocorrer a estigmatização das vítimas (FINKELHOR; BROWNE, 1985), culpando-a pela ocorrência da violência ou atribuindo a elas conotações negativas, tais como a de terem provocado a VS devido a algum comportamento (e.g., usar saia ou um *short* curto). Especificamente em casos de meninos, a estigmatização ocorre ao se questionar a orientação sexual e a identidade de gênero das vítimas, uma vez que a violência tende a ocorrer em uma relação homossexual. Isso poderia levar os meninos a não revelarem a VS, bem como desenvolver um *self* compensatório (SPIEGEL, 2003). Esse *self* compensatório pode ser tanto para reafirmar a masculinidade, adotando comportamentos considerados masculinos (e.g., envolvimento em brigas), neutro (e.g., se comportar de forma unissex) ou “afeminado” (e.g., características típicas do gênero feminino – cuidado, sensibilidade). De acordo com Finkelhor e Browne (1985), o descrédito e a estigmatização das vítimas geralmente produzem sentimentos de isolamento, culpa e vergonha.

Superação: Spiegel (2003) afirmou que a VS tende a continuar acontecendo até que a vítima receba a proteção necessária após a narrativa. Hohendorff et al. (2017) propuseram que o(a) último(a) estágio/fase da dinâmica da VS contra crianças e adolescentes seria a superação. Essa consiste em a vítima contar o que ocorreu, receber credibilidade, proteção e as intervenções necessárias visando o seu bem-estar físico e psicológico. A proteção e as intervenções devem ser conduzidas por uma rede de proteção e de atendimento coordenada e capacitada. Caso a rede esteja desarticulada e os profissionais não sejam capacitados, expõe-se a vítima a uma situação de risco por meio de intervenções inadequadas, podendo exacerbar as consequências da VS.

O modelo integrativo conceitual da VS contra crianças e adolescentes é ilustrado por meio de uma espiral (Figura 2), indicando que as/os fases/estágios podem ocorrer de forma não linear. Por exemplo, caso a vítima, durante o início da VS ofereça algum tipo de resistência às interações sexuais impostas pelos agressores, esses agressores tendem a recuar, investindo em comportamentos de preparação. Caso as vítimas não recebam as intervenções necessárias após a narrativa, os episódios de VS podem voltar a acontecer. A forma de cessar o ciclo da VS é por meio de ações protetivas disponibilizadas à vítima (HOHENDORFF et al., 2017).

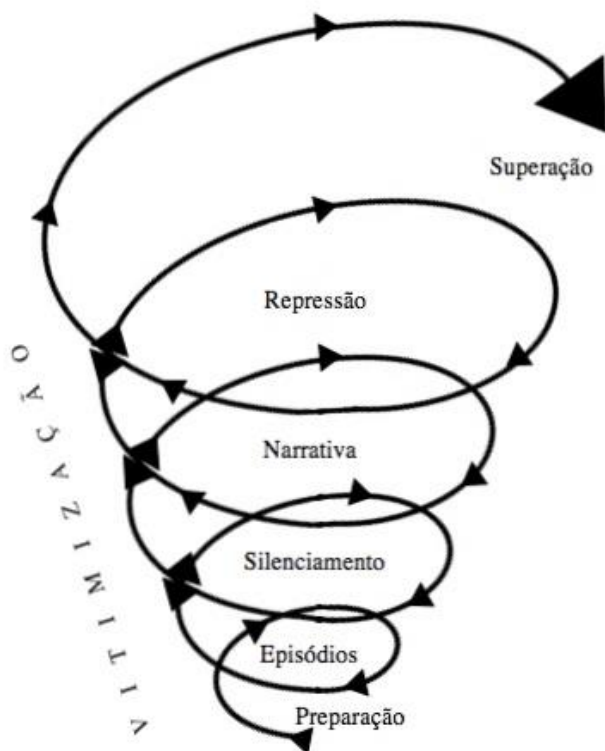


Figura 2. Dinâmica da violência sexual contra crianças e adolescentes

Fonte: Hohendorff, Nelson-Gardell, Habigzang, & Koller (2017)

3 – Quais são as consequências mais comuns da violência sexual para crianças e adolescentes?

A VS é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas e quadros psicopatológicos. Não há uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas que seja exclusivamente apresentado pelas vítimas. O desenvolvimento de sintomas e quadros psicopatológicos dependerão da propensão das vítimas para apresentá-las (WILLIAMS, 2002). Embora alguns sintomas e quadros sejam frequentemente apresentados pelas vítimas, há fatores que mediam o impacto da VS fazendo com que algumas os desenvolvam, enquanto outras não. As consequências frequentemente apresentadas por vítimas de VS foram agrupadas em quatro grupos distintos após revisão da literatura da área (HOHENDORFF et al., 2014): consequências físicas, consequências emocionais, consequências cognitivas e consequências comportamentais. Além dessas consequências, psicopatologias podem ser diagnosticadas (Tabela 1).

Tabela 1: Consequências comumente apresentadas por crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Físicas	Emocionais	Cognitivas	Comportamentais	Psicopatologias
Lesão corporal	Ansiedade	Autoimagem pobre/Baixa autoestima	Agressividade	Transtorno do estresse pós-traumático
Mutilações	Culpa	Confusão quanto à identidade de gênero e orientação sexual (meninos)	Baixo rendimento escolar	Transtornos de ansiedade
Fissura e dilatação anal		Dificuldade de aprendizagem	Comportamento autodestrutivo	Transtornos de humor
Doenças sexualmente transmissíveis	Medo	Dissociação	Comportamento externalizante	Transtornos alimentares
	Raiva	Paranoia	Comportamento regressivo	Transtornos somatoformes
		Pensamentos obsessivos	Fugas de casa	Transtornos relacionados a substâncias
		Pesadelos	Ideação e conduta suicida	
			Problemas interpessoais	
			Problemas legais	
			Comportamento hipersexualizado	
			Sintomas obsessivo-compulsivos	

Fonte: Adaptado de HOHENDORFF et al. (2014)

As consequências da VS para crianças e adolescentes possuem mediadores do impacto, ou seja, a presença ou ausência desses mediadores vai interferir na apresentação e intensidade dos sintomas e psicopatologias. Os principais mediadores podem ser divididos em quatro categorias de acordo com revisão da literatura (HOHENDORFF et al., 2014): fatores relacionados às vítimas (e.g., pré-disposição a apresentar sintomas/transtornos mentais), fatores relacionados aos agressores (e.g., proximidade com a vítima, diferença de idade com a vítima), fatores relacionados à própria violência sexual (e.g., duração, frequência, presença ou não de penetração) e fatores relacionados à rede de apoio social e afetivo (e.g., reações frente à revelação, medidas protetivas adotadas). Com exceção dos fatores relacionados à rede de apoio social e afetivo, todos os outros são imutáveis quando a vítima é encaminhada para a intervenção. Sendo assim, é importante que essa rede esteja preparada para disponibilizar as intervenções necessárias de forma adequada e efetiva. Sabe-se que as medidas adotadas (e.g., notificação, entrevistas, procedimentos legais) podem gerar estresse para as vítimas e

familiares. É necessário, então, que tais medidas sejam conduzidas de forma coordenada entre os serviços das redes de proteção e de atendimento por profissionais capacitados.

4 – Como ajudar crianças e adolescentes vítimas de violência sexual? O papel das redes de proteção e de atendimento:

As consequências da VS contra crianças e adolescentes indicam a necessidade de atendimento às vítimas. Este é garantido por meio da notificação da ocorrência da VS mediante suspeita ou confirmação de sua ocorrência conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA; BRASIL, 1990). A notificação é obrigatória para profissionais das áreas de saúde e educação conforme o Artigo 13 do ECA (BRASIL, 1990) e seu descumprimento acarreta em sanção administrativa. É somente por meio da notificação, que deve ser feita preferencialmente ao Conselho Tutelar, que os devidos encaminhamentos para atendimento médico e psicossocial serão garantidos, sendo este um direito das vítimas (BRASIL, 1990).

As redes de proteção e de atendimento contam com diferentes serviços dos âmbitos da saúde, assistência social e justiça. É necessário que os profissionais tenham conhecimento da configuração das redes em seu município e que essa rede seja realmente integrada e que planeje ações conjuntas. Infelizmente, estudos vêm evidenciando a precariedade dessas redes (consultar DESLANDES; CAMPOS, 2015, PALUDO; VEJA, 2015; SANTOS; COSTA; SILVA, 2011). Tal precariedade diz respeito à infraestrutura dos serviços (DESLANDES; CAMPOS, 2015), à multiplicidade de intervenções repetidas (SANTOS et al., 2011) e à falta de acolhimento das vítimas e familiares pelos profissionais (PALUDO; VEJA, 2015, SANTOS et al., 2011).

A ação coordenada das redes é um desafio devido ao número de serviços envolvidos, os quais estão em diferentes setores (ver Figura 3). Estes serviços são regidos por diretrizes do ECA, Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Judiciário (BRASIL, 1990, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A união de diferentes disciplinas (e.g., saúde, assistência social, educação, direito) requer que o trabalho seja interdisciplinar. No entanto, as especificidades de cada disciplina podem se tornar impecilho ao trabalho coordenado diante da dificuldade de entendimento entre profissionais de áreas distintas. Devido a isso, é necessário que todos os profissionais das redes tenham conhecimento específico sobre o seu papel nessa rede, mas também busquem conhecimento sobre demais disciplinas, tendo uma visão ampla e geral ao invés de específica à sua atuação.

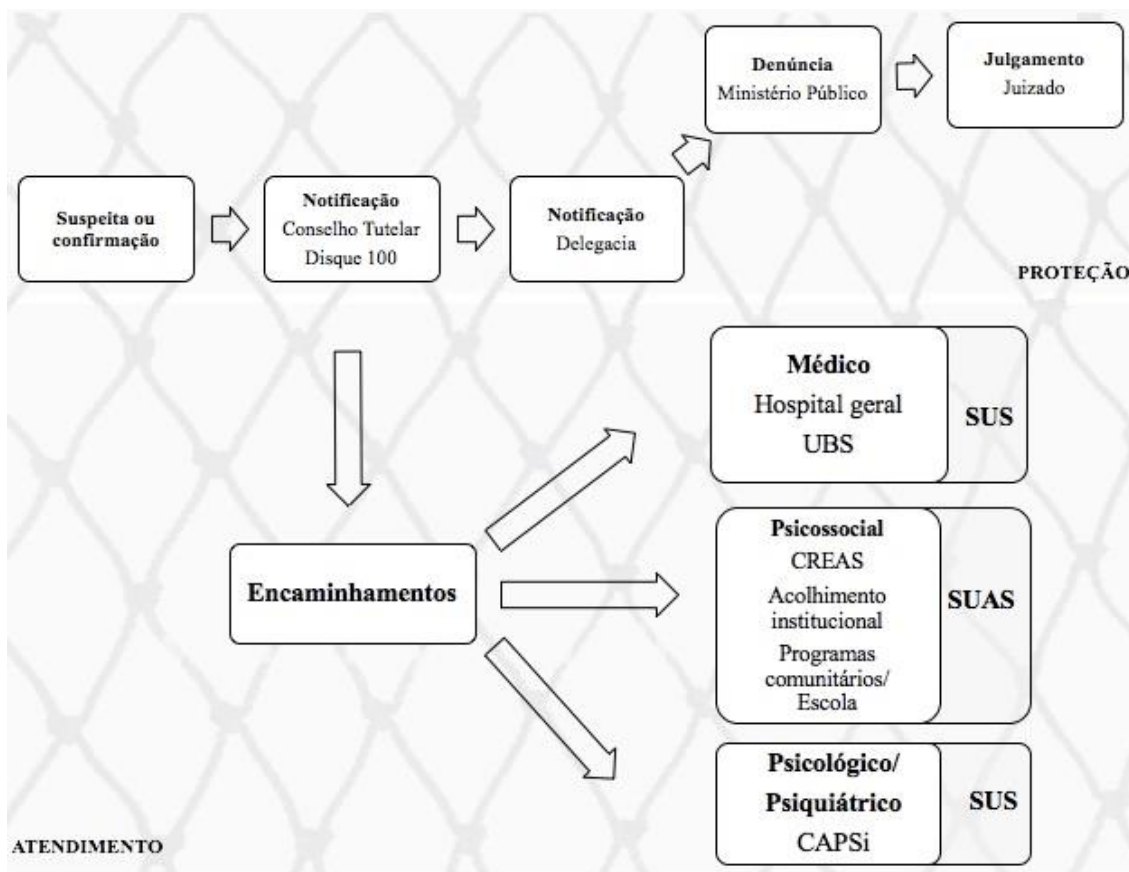


Figura 3. Fluxograma básico das redes de proteção e de atendimento aos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes

Fonte: Adaptado de Hohendorff, Habigzang, & Koller (2014)

É importante que todos os profissionais responsáveis pelos atendimentos das vítimas tenham capacitação para realizá-los. Infelizmente, a VS é um tema pouco abordado nos cursos de graduação (GONÇALVES; FERREIRA, 2002), resultando na necessidade de os profissionais buscarem conhecimento em cursos, livros, artigos e demais atividades que preencham esta lacuna. Os profissionais devem ter conhecimentos sobre aspectos éticos relacionados à sua profissão, desenvolvimento típico e atípico na infância e adolescência, dinâmica da VS e suas consequências, bem como acerca da legislação (HABIGZANG; KOLLER, 2011).

Todos os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes (e.g., professores, conselheiros tutelares, médicos, psicólogos) devem buscar sempre estar disponíveis para escutá-las, pois é comum que as vítimas iniciem diálogos com o objetivo de verificar se podem confiar na pessoa a quem ela está inclinada a revelar. Diante disso, é importante que

todos os profissionais que trabalham ou possuam algum tipo de contato com uma criança ou adolescente saibam como agir diante da revelação ou da suspeita de uma VS.

A revelação pode ocorrer a qualquer momento e, por isso, os profissionais precisam estar preparados em relação ao que podem e devem falar e fazer diante destes casos. Além disso, é importante que o profissional também saiba o que deve e o que não deve fazer quando há suspeita de VS.

Acreditar no relato da criança/adolescente: Quando a revelação ocorrer, é necessário acreditar no relato da criança ou adolescente e verbalizar isso – “Eu quero que tu saibas que eu acredito em ti”. Nunca questionar a criança/adolescente sobre sua vestimenta e seu comportamento, sinalizando que ela não tem culpa sobre o ocorrido. Dessa forma, deve ser explicado à vítima que ela não tem culpa alguma pelo que ocorreu tendo em vista que este sentimento é muito frequente. Ainda, deve-se agradecer sua confiança por ter revelado algo tão íntimo. A empatia, ou seja, se colocar no lugar da vítima buscando compreender sua situação, deve estar presente durante toda a conversa.

Não prometer sigilo e notificar: Não se deve prometer sigilo, pois a situação deve ser notificada ao Conselho Tutelar. A necessidade de notificação é explicada à vítima, pois deve-se preparar a vítima para esse procedimento. A analogia com super-heróis pode ser utilizada, explicando-se à vítima de que os conselheiros tutelares são super-heróis dos direitos das crianças e adolescentes. Em seguida, deve-se perguntar à vítima sobre para quem ela poderia contar o ocorrido (e.g., familiar, pessoa próxima), a fim de que essa pessoa ofereça apoio e realize a notificação (HOHENDORFF; HABIGZANG, 2014). Caso isto não ocorra, o profissional tem a obrigação de fazê-la conforme o ECA (BRASIL, 1990). A notificação pode ser feita de forma presencial, no CT mais próximo ao local que o profissional trabalha, pelo Disque 100, de maneira anônima ou não, ou ainda pelo aplicativo “Proteja Brasil”. Importante destacar que, após a notificação, cabe ao profissional acompanhar o caso. Deve-se acompanhar a criança/adolescente vítima e sua família, buscando certificar-se se teve acesso à rede de atendimento e proteção e verificar se os encaminhamentos médico e psicossocial, determinados pelo ECA, foram realizados (HOHENDORFF; HABIGZANG, 2014).

Não faça papel de detetive: o profissional que receber a revelação não deve questionar a criança sobre detalhes da VS, tais como “o que”, “como”, “quem” e “onde”. Deixar a criança/adolescente livre para falar é o mais importante. Deve-se ter o cuidado para não sugestionar a criança/adolescente e não confundi-la em seu relato. Por isso, é importante não fazer questionamentos sobre as situações ocorridas.

Finalizando a conversa: ao final da conversa, é necessário verificar como a vítima se sente, assegurando-se que está em condições de voltar para sua rotina. Aconselha-se encerrar a conversa abordando algum tópico neutro (e.g., alguma atividade de interesse da criança), sem relação com a violência sexual (HOHENDORFF; HABIGZANG, 2014).

5 – Outras questões comuns relacionadas ao manejo de suspeita ou revelação da VS:

Outras situações são, frequentemente, alvo de discussões, pois não são manejadas da mesma forma pelos profissionais. Algumas delas são descritas abaixo e respondidas de acordo com suas especificidades.

“Se uma criança ou adolescente revelar uma VS que ocorreu há muito tempo e não mais ocorre, o que fazer?”: uma criança ou adolescente pode revelar uma VS que ocorreu uma vez ou várias, mas que não mais ocorre. Por exemplo: em uma escola, uma criança de 10 anos faz uma revelação para uma professora dizendo que o padrasto “mexia” nas partes íntimas dela quando ela tinha 6 anos e isso a deixava muito mal. Neste caso, pode-se pensar que o fato ocorreu há 4 anos e, portanto, não necessita de notificação. Cabe ressaltar que se não for feito nada, este padrasto pode voltar a cometer a violência ou fazer com outra criança. Portanto, é importante fazer a notificação do caso ao Conselho Tutelar (CT) protegendo, assim, essa criança, seus irmãos ou outras crianças que venham a ter contato com este agressor.

“Se uma criança está se masturbando na escola é sinal de que ela está sendo violentada sexualmente?”: esta é uma questão frequente que pode deixar o(a) profissional com dúvidas. É importante ressaltar que a masturbação infantil pode ser comum devido a sensação prazerosa em relação ao ato. No entanto, é importante diferenciar a masturbação eventual de um comportamento compulsivo, por exemplo, quando a criança fica impossibilitada de realizar atividades, brincadeiras e se relacionar com outras crianças (VERGUEIRO; GALLI, 2013). Nesses casos, deve-se ficar atento(a) e observar, além de se fazer os seguintes questionamentos: “há quanto tempo este comportamento está ocorrendo? E que mudanças ocorreram na vida da criança neste período?”, “a criança deixou de se interessar pelas atividades pedagógicas e lúdicas?” Se a resposta para a última pergunta for sim, deve-se ficar atento. Lembre-se, sempre que houver suspeita, seja ela por qualquer motivo, deve-se realizar a notificação.

“Se eu notificar e a VS não for comprovada, serei responsabilizado(a) por acusar alguém injustamente de ser agressor(a) sexual?”: a notificação é a única forma de a suposta vítima ser protegida e a garantia que ela receba os atendimentos necessários. O ato de notificar diz respeito a tornar pública uma informação que é privada. A notificação não está

diretamente vinculada à possível responsabilização criminal dos possíveis agressores. Após a notificação, o caso é encaminhado pelo CT à delegacia, onde será aberto inquérito policial. Esse inquérito será encaminhado ao Ministério Público, que decidirá se oferecerá ou não denúncia contra o(a) possível agressor(a). Caso essa denúncia seja realizada, o caso é julgado pelo juizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PRAGMÁTICAS ESTRATÉGICAS, 2011). Sendo assim, o ato de realizar a notificação está a serviço da proteção da suposta vítima e não da “condenação” dos agressores como muitas pessoas pensam.

Considerações finais:

Este artigo teve como objetivo oferecer informações sobre o conceito de VS contra crianças e adolescentes, sobre a dinâmica envolvida nessa forma de violência, sobre a legislação nacional aplicada aos casos e sobre o manejo profissional diante da revelação e dos casos de suspeita. Percebe-se que há uma diversidade teórica na compreensão do que é VS contra crianças e adolescentes e a dinâmica envolvida. No entanto, os autores concordam que a VS deve ser conceituada de forma ampla, considerando todos os atos que são infringidos às vítimas e dos quais elas não são capazes de entender e dar seu consentimento.

Embora subnotificada, a VS atinge muitas crianças e adolescentes. Geralmente, os agressores são pessoas com as quais as crianças e adolescentes convivem. Assim, o papel dos profissionais que, de alguma forma, têm contato com a criança ou adolescente, é de extrema relevância. Esses profissionais devem estar atentos a possíveis sinais de ocorrência da VS, disponíveis para escutar a suposta vítima e estar preparados para a realização da notificação. Para tal, o conhecimento sobre o conceito de VS, sua dinâmica e procedimentos de notificação são essenciais.

Frequentemente, muitos profissionais permanecem na dúvida do que fazer, pois não tem certeza se a VS está ocorrendo ou não. Não há necessidade desta certeza, portanto, a suspeita é condição básica para a notificação. Independentemente do contexto de atuação, todo profissional, ao suspeitar que uma VS esteja ocorrendo, deve notificar o caso aos órgãos competentes.

Esse artigo não esgota as informações sobre a VS contra crianças e adolescentes. Por se tratar de uma situação complexa, a constante capacitação de todos os profissionais das redes é imprescindível. Tal capacitação está relacionada não somente aos momentos de formação (e.g., aulas, cursos), mas também às leituras que cada profissional faz e às reuniões

de equipe para discutir os casos. A capacitação constante é condição indispensável para que a rede realmente seja protetiva nos casos de VS contra crianças e adolescentes.

SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: IDENTIFICATION, CONSEQUENCES AND MANAGEMENT INDICATIONS

Abstract:

Sexual violence against children and adolescents is a public health problem that usually has consequences to the victims' life. Although sexual violence affects millions of children and adolescents in Brazil and in the world, it is still underreported. In this scenario, practitioners who have contact with victims play a fundamental role in identifying and listening to the disclosures of sexual violence. However, practitioners do not always have enough information to deal with these cases. This aim of this article is to describe the concept(s) of sexual violence, its consequences and indications of management. The importance of an empathetic listening is stressed for practitioners working with sexual violence disclosure, as well as the need for reports to authorities of cases of suspected sexual violence.

Keywords: Sexual violence; Child; Adolescent; Disclosure; Child advocacy

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES: IDENTIFICACIÓN, CONSECUENCIAS Y INDICACIONES DE GESTIÓN

Resumen:

La violencia sexual contra los niños y adolescentes es un problema de salud pública que puede producir consecuencias en la vida de las víctimas. Aunque la violencia sexual afecta a millones de niños y adolescentes en Brasil y en el mundo, todavía es subdeclarado. En este escenario, los profesionales que tienen contacto con esta población tienen papel clave en la identificación y la escucha de revelaciones de la violencia sexual. Sin embargo, los profesionales no siempre tienen suficiente información para actuar en estos casos. Por lo tanto, este artículo pretende describir lo(s) concepto(s) de la violencia sexual, sus consecuencias y las indicaciones de gestión. La importancia de los profesionales tener una escucha empática en situaciones de revelación de la violencia sexual y la necesidad de la notificación de casos sospechosos los departamentos pertinentes son enfatizados.

Palabras-clave: Violencia sexual; Niño; Adolescente; Revelación; Defensa del Niño

Referências:

BARTH, Juergen et al. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Public Health**, v. 58, n. 3, pp. 469-483. 2013.

BRASIL Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm Acesso em: abril de 2017

BRASIL **Resolução nº 15, de 15 de outubro de 2004**. 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/mds/resolucoes/2004/Resolucao%20no%20145-%20de%2015%20de%20outubro%20de%202004.pdf/view>. Acesso em: março de 2017

_____. **Lei nº 13.431, de 14 de abril de 2017**. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acessado em: abril de 2017.

DESLANDES, Suely; CAMPOS, Daniel. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, pp. 2173–2182. 2015.

FINKELHOR, David.; BROWNE, Angela. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 55, n. 4, pp. 530-541. 1985.
FURNISS, Tilman. **Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar**. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 1991.

GONÇALVES, Hebe; FERREIRA, Ana Lúcia. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, pp. 315-319. 2002.

HABIGZANG, Luisa Fernanda; KOLLER, Sílvia Helena. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Aspectos conceituais e estudos recentes. In: _____. **Intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: Manual de capacitação profissional**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

HABIGZANG, Luisa Fernanda, et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, pp. 341-348. 2005.

HOHENDORFF, Jean Von; HABIGZANG, Luisa Fernanda. Atuação do profissional da psicologia na avaliação e intervenção em situações de violência sexual contra adolescentes. In: KOLLER, S. H.; DINIZ, E.; HABIGZANG, L. F. (Eds.) **Trabalhando com adolescentes: Uma perspectiva bioecológica e aplicada** (pp. 293-308). Porto Alegre: Artmed. 2014.

HOHENDORFF, Jean Von; HABIGZANG, Luisa Fernanda; KOLLER, Sílvia Helena. **Violência sexual contra meninos: Teoria e intervenção**. Curitiba: Juruá. 2014.

HOHENDORFF, Jean von et al. An integrative conceptual model for enhanced understanding of the dynamics of sexual violence against children. In DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H. (Eds.), **Vulnerable Children and Youth in Brazil: Innovative Approaches from the Psychology of Social Development** (pp. 77-88). Springer. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: Perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf. Acesso em: fevereiro de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: Janeiro de 2017

_____. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde**. 2002. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf. Acesso em: Janeiro de 2017.

PROGRAMA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Relatório disque denúncia nacional**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. 2010. Disponível em: <http://www.direitodacrianca.org.br/midioteca/publicacoes/relatorio-geral-do-disque-100-2010>. Acesso em: Fevereiro de 2017.

SANDERSON, Christiane. **Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais**. São Paulo: M. Books do Brasil. 2005.

SANTOS, Viviane; COSTA, Liana; DA SILVA, Aline. As medidas protetivas na perspectiva de famílias em situação de violência sexual. **Psico**, v. 42, n. 1, pp. 77-86. 2011.

SGROI, Suzanne. **Handbook of clinical intervention in child sexual abuse**. EUA: Lexington Books. 1982.

SPIEGEL, Josef. **Sexual abuse of males: The SAM model of theory and practice**. New York: Routledge. 2003.

STOLTENBORGH, Marije et al. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. **Child Maltreatment**, v. 16, n. 2, pp. 79-101. 2011.

SUMMIT, Roland. The child sexual abuse accommodation syndrome. **Child Abuse and Neglect**, v. 7, pp.177-193. 1983.

VEGA, Luciana; PALUDO, Simone. Exploração sexual e rede de proteção na perspectiva da vítima. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 2, pp. 47-60. 2015

VERGUEIRO, F. V.; GALLI, R. M. M. Masturbação infantil. In SILVA M. C. P. (Ed.), **Sexualidade começa na infância** (pp. 75-82). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2013.

WILLIAMS, Lúcia Cavalcante. Abuso sexual infantil. In H. J. GUILHARDI, M. B. B. et al. (Eds.), **Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento** (Vol 10, pp. 155-164). Santo André: ESETec. 2002.

_____. Introdução ao estudo do abuso sexual infantil e análise do fenômeno no município de São Carlos. In L. C. WILLIAMS; E. A. ARAÚJO. (Eds.), **Prevenção do abuso sexual infantil: Um enfoque interdisciplinar** (pp. 21-40). Curitiba: Juruá. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Recognizes child abuse as a major public health problem.** 1999. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-20.html> Acesso em: dezembro de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT. **Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence.** Suíça: World Health Organization. 2006. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf Acesso em janeiro de 2017.

Data de recebimento: 17/04/2017.

Data de aceite: 01/11/2017.

Sobre os autores:

Jean Von Hohendorff é Psicólogo graduado pela FACCAT (2009), Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 2012). Realizou estágio de pós-doutorado na UFRGS, sendo bolsista CNPq e professor do mestrado em Psicologia da IMED. Endereço Eletrônico: jhohendorff@gmail.com

Naiana Dapieve Patias é Psicóloga (UNIFRA), Mestre em Psicologia (UFSM), Doutora em Psicologia (UFRGS), Especialista em Criança e adolescente em situação de risco (UNIFRA) e Especialista em Psicologia Escolar (FATO). É docente dos cursos de Graduação e Mestrado em Psicologia na Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo-RS. Endereço Eletrônico: naipatias@hotmail.com