

Especialização em
**SAÚDE DA
FAMÍLIA**



Caso complexo Wilson

Fundamentação teórica
Abuso sexual na criança

ABUSO SEXUAL NA CRIANÇA

Renato Nabas Ventura

Segundo a Organização Mundial da Saúde, violência significa a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Os atos violentos podem ser classificados em: violência autoinfligida (contra si mesmo) – inclui o comportamento suicida (vai de pensamentos até a busca de meios e planejamentos para matar-se) e autolesões (automutilações); violência interpessoal – violência infligida por outro indivíduo ou grupo de indivíduos. Divide-se em intrafamiliar – aquela que se produz entre os membros da família e comunitária – e a que ocorre fora do lar entre indivíduos com algum tipo de relação (ex.: no bar); e violência coletiva – infligida por grupos maiores como estados, milícias, organizações terroristas, crime organizado e outros.

Os maus-tratos podem ser encontrados em relatos clínicos que datam do fim do século XIX, apesar de existirem desde a Antiguidade. Quanto mais regressamos na história, pior é o nível de cuidado com as crianças e maior é a probabilidade de assassinatos infantis, abandonos, espancamentos e abusos sexuais. Somente no século XX, mais precisamente na década de 1960, a violência contra crianças e adolescentes passa a constituir um problema de saúde, quando Kempe e colaboradores, nos Estados Unidos, descrevem a “Síndrome do bebê espancado”. Os maus-tratos infantis passam, então, a sair do âmbito meramente privado e a ganhar os espaços públicos, permitindo que as crianças e os adolescentes vítimas desse mal fossem atendidos pelos serviços de saúde e protegidos pela sociedade.

Uma década após a definição dessa síndrome, e mediados pelos movimentos internacionais do pós-guerra em defesa dos direitos humanos, em particular em defesa dos direitos da criança e do adolescente, alguns países reconhecem os maus-tratos com um sério problema de saúde pública. Nos Estados Unidos, na década de 1970, são criados programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncias. No Brasil, os primeiros casos descritos de maus-tratos na infância datam do início dos anos 1970 e na década de 1980, acompanhando o movimento de redemocratização do país e os movimentos sociais por garantia aos direitos da criança e adolescentes que culminou com a Constituição de 1988, reconhecendo as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos e, assim, surgem os primeiros serviços de denúncia de maus-tratos e de atendimento às vítimas.

Segundo o UNICEF, a violência contra a criança ou adolescente pode ser compreendida como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos a seu desenvolvimento. Pressupõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o agressor e a criança ou adolescente. Inclui nesse rol: Violência estrutural – que aparece devido às condições de vida, econômicas e sociais das crianças e adolescentes, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento (ex.: trabalho infantil); *Bullying* (violência entre iguais) – compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas executadas dentro de uma relação desigual de poder entre iguais, sem motivação evidente, causando dor e angústia (estudantes, colegas de trabalho); Violência intrafamiliar – todo ato ou omissão de pais, parentes ou responsáveis capaz de causar danos físico, sexual e/ou psicológico às crianças e/ou adolescentes. De um lado, implica uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

São definidos, basicamente, quatro tipos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, a saber:

- **Negligência** – omissões dos responsáveis pelas crianças e adolescentes, ao deixarem de prover suas necessidades básicas (abandono é a forma extrema de negligência).
- **Violência física** – violência pelo uso da força física intencional. É o emprego de força física no processo disciplinador de uma criança ou adolescente. Pode ser considerado um ato violento desde um simples tapa até agressões com instrumentos vários, armas brancas e de fogo, podendo levar à morte.
- **Violência psicológica** – toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas e humilhações.
- **Violência sexual** – qualquer forma de prática sexual ou erótica com crianças e adolescentes por agressor com desenvolvimento psicossocial mais adiantado. E mais do que a violência do ato sexual, é a violência da situação de dominação – é o poder exercido pelo grande sobre o pequeno, baseado na confiança que o pequeno tem no grande. É a imposição da vontade, do desejo sobre o outro, submetendo a criança e/ou adolescente.

A violência sexual contra crianças e adolescentes sempre se manifestou em todas as classes sociais, de forma articulada ao nível do desenvolvimento civilizatório da sociedade, relacionando-se com a concepção de sexualidade humana, a

compreensão sobre as relações de gênero, a posição da criança e o papel das famílias no interior das estruturas sociais. É um fenômeno universal que ocorre em todas as idades, etnias, religiões, classes sociais e culturas, principalmente o abuso sexual incestuoso, praticado por alguém que a criança conhece, ama e na qual confia.

A criança é usada para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitálias, mamas ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração.

A Lei 12.015 de 07/08/2009 modificou o Código Penal Brasileiro nos artigos que definem os tipos penais de crimes sexuais, extinguindo o “atentado violento ao pudor”, ampliando a definição de “estupro”, que era crime exclusivo contra a mulher (conjunção carnal pênis-vagina), para a prática de conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso contra indivíduos de ambos os sexos, mediante violência ou grave ameaça. O “estupro presumido” e o “atentado violento ao pudor presumido”, referentes à ocorrência com vítimas menores de 14 anos, foram substituídos pelo crime de “estupro vulnerável”.

O abuso sexual dificilmente aparece de uma forma explícita como relato da vítima. A suspeita diagnóstica é feita por meio de sinais indiretos da agressão psicológica, somada aos fatos relatados pela vítima ou por um adulto próximo. Os principais sinais de alerta descritos na literatura são: curiosidade incomum sobre os genitais; mudança súbita emocional ou de comportamento, problemas de sono e choro fácil; masturbação excessiva; problemas na escola; conhecimento sexual impróprio para idade; medo de ficar só com determinada pessoa; abandono das antigas brincadeiras; queixas somáticas, tais como dores recorrentes; brincadeiras sexuais agressivas; lesões genitais e/ou anais; hematomas; histórias de vitimização sexual por parte dos pais, que são sobreviventes do abuso e geralmente perpetuam o ciclo da violência sexual.

O abuso sexual é de difícil diagnóstico, pois acontece na maioria das vezes em segredo, sem deixar marcas físicas, uma vez que o abusador age sem violência física, seduzindo e ameaçando, tornando a revelação mais perigosa que o próprio ato.

A verdadeira incidência do abuso sexual é desconhecida, acreditando-se ser uma das condições de maior subnotificação e sub-registro em todo o mundo, pois é envolvido em um profundo pacto de silêncio, principal responsável pelo tímido número de denúncias. Apesar do tímido percentual de denúncias, a violência sexual é cada vez mais reportada. Estima-se que um terço das crianças de todo o mundo tenha sido submetida, alguma vez, a um contato incestuoso.

Alguns estudos apontam a formação dos profissionais de saúde como uma das razões para o baixo número de suspeitas de abuso sexual, além do pouco tempo que os profissionais têm para o atendimento dos pacientes, do medo em ofender ao tocar no assunto, da não disponibilidade de recursos para oferecer às vítimas e da crença de que não faz parte de sua atribuição abordar o assunto, além do tabu cultural que cerca as questões relativas à sexualidade humana.

A Organização Mundial de Saúde estima que, no ano de 2002, cento e cinquenta milhões de meninas e setenta e três milhões de meninos abaixo de 18 anos foram forçados a manter relações sexuais, ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveram contato físico.

Durante seis anos, de fevereiro de 1997 a fevereiro de 2003, a convite do Ministério da Justiça, a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA) implantou, desenvolveu e operacionalizou um sistema de recebimento de denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes por meio de telefone nacional e gratuito. De janeiro de 2000 a janeiro de 2003 foram recebidas 1.547 denúncias, sendo que em 76% delas as vítimas eram do gênero feminino, 48% das vítimas tinham entre 12 e 18 anos, 18% menos de 8 anos de idade e 19% tinham entre 8 e 11 anos de idade.

No Estudo das Nações Unidas sobre a Violência Contra Crianças, de 2006, a ocorrência de violência sexual na família é cada vez mais reconhecida. Em 21 países pesquisados, principalmente desenvolvidos, de 7 a 36% das mulheres e de 3 a 29% dos homens relataram ter sido vítimas de violência sexual na infância, e a maioria dos estudos observou que meninas sofreram abusos numa proporção de 1,5 a 3 vezes mais que os meninos. Na maioria dos casos, o abuso ocorreu dentro do círculo familiar.

As crianças são especialmente afetadas pela violência. Embora os sistemas de notificação e informação sobre violência contra a criança sejam deficitários, os dados sugerem que 96% dos casos de violência física e 64% dos casos de abuso sexual contra crianças até seis anos de idade sejam cometidos por familiares, e o maior percentual de abuso intrafamiliar é de pai-filha e por mais de seis meses, segundo fontes do UNICEF.

As consequências do abuso sexual são a base da grande maioria dos sintomas apresentados na fase adulta, uma vez que o abuso ocorre no contexto de uma relação afetiva entre o agressor (geralmente o pai) e seu filho (geralmente a filha) e, por se tratar de uma relação incestuosa, proibida, interdita na nossa cultura, essa proibição será transmitida de geração a geração, acarretando muita culpa nas vítimas.

Além disso, trata-se de uma problemática familiar que afeta, confunde, desampara e separa os vínculos familiares. É um problema do qual ninguém sai ileso, pois confronta o sujeito com o excesso, remetendo-o a um estado de desamparo, marca de suas experiências mais primitivas. A impossibilidade de metabolizar esse excesso e de simbolizar a vivência configura o trauma. A situação traumática caracteriza-se por um excesso de excitação psíquica e torna-se patológica quando a experiência remete o sujeito a um desamparo que o aprisiona e o imobiliza, impossibilitando a reorganização psíquica.

O prognóstico desses agravos psíquicos vai depender da idade do início da violência – quanto mais jovem a criança, menor sua capacidade de compreensão e suas defesas; quanto mais velho o agressor, mais forte a hierarquia de poder e mais evidente a fragilidade da barreira intergeracional, sendo ambos fatores causadores de maior dano; a duração da violência (meses/anos) – quanto maior a frequência e maior o tempo de duração, maiores serão os danos; o relacionamento entre aquele que violenta e a criança/adolescente – quanto mais íntima a relação entre eles (pais/ mães, filhos), maior o paradoxo entre proteção e abuso e, portanto, maior o dano; a ausência/presença de figuras protetoras – a presença de figuras protetoras ou a existência de pessoas que acreditem na criança ou adolescente no momento da revelação diminuem os danos psíquicos; o impacto da revelação da violência para a família e para a criança – quando a reação do ambiente é de crença e acolhimento da criança, os danos são menores, mas o inverso acontece quando família, escola, médicos e agentes legais ignoram os apelos da criança, duvidam de sua palavra, acusam-na de responsável pelas agressões ou obrigam-na a passar por exames malconduzidos e até dolorosos, depoimentos sem fim e acareações com seus agressores, que podem levar a novas situações de violência.

O abuso sexual ocorre em segredo e é imposto por violência, ameaças ou mesmo sem palavras, segredo que tem como função manter uma coesão familiar e proteger a família do julgamento de seu meio social.

Como o agressor, na grande maioria das vezes, é alguém da família (pai, padrasto – maior frequência) com quem a criança ou adolescente tem muita proximidade, o abuso se inicia através de atos que vêm como demonstrações de interesse, afeto e proteção, nos quais o agressor se aproveita da relação de confiança e de responsabilidade pelo cuidado da vítima. Essas abordagens se tornam frequentes e abusivas, gerando insegurança e dúvida na criança ou adolescente. Há uma alteração de papéis: aquele(a) que deveria ser o(a) cuidador(a) passa a ser o(a) amante, que atribui culpa à vítima pelo que vem ocorrendo e através de ameaças passa a exigir o silêncio. Essa situação vai gerar na criança ou adolescente medo, aversão, resistência, assim como sentimentos contraditórios de prazer-violência. Com isso, a vítima vai se tornando mais insegura, desprotegida e envergonhada, alimentando o silêncio. Portanto, o abuso se dá dentro de uma estrutura familiar e, em muitos casos, a mãe se comporta como uma cúmplice silenciosa, que não vai dar crédito à revelação da criança ou adolescente. A dificuldade da mãe em reconhecer o incesto origina-se do seu reconhecimento do fracasso como mãe e esposa.

A resistência da criança ao agressor é pouca, tornado-a uma presa ao sistema relacional patológico, adaptando-se a ele. Por isso, o essencial é sustentar a palavra da criança e reconhecer o quanto ela é frágil em tal situação. Se ela não for acolhida e ouvida de forma exageradamente dubitativa, poderá comprometer as chances de restaurar sua identidade e reforçar as consequências do trauma vivido.

O abusador, quando percebe que a criança começa a entender essa relação como abusiva, inverte os papéis culpando-a por aceitar seus carinhos. Com a evolução do abuso e a chegada da adolescência, o abusador torna-se cada vez mais violento e possessivo, com medo de que sua vítima o denuncie ou de perdê-la para outros.

Tal reação se manifesta dentro de um contexto descrito na literatura como “Síndrome de adição”, em que o abusador, mesmo tendo a noção de que a violência sexual é algo não aceito social e eticamente, é encarada por ele como um vício do qual não consegue se livrar. O “Pacto do silêncio” e a “Síndrome de adição” são os dois sustentáculos da violência sexual intrafamiliar.

Nos casos de suspeita de abuso sexual, o profissional de saúde não deve induzir o diagnóstico. Deve escutar e aceitar tudo o que a criança ou adolescente tem a dizer, mantendo uma atitude de crédito, sem emitir qualquer comentário, principalmente os depreciativos; evitar a repetição da narrativa pela vítima e não se preocupar com a confirmação da violência e/ou identificação do agressor, de forma imediata.

A violência contra a criança ou adolescente é um fenômeno de notificação compulsória, segundo portaria do Ministério da Saúde de 2001, cabendo, portanto, a notificação à autoridade sanitária através de impresso próprio existente em todas as Unidades de Saúde e divisões de vigilância epidemiológica, de todos os casos suspeitos ou confirmados. Além dessa notificação, o profissional deve denunciar/notificar a situação ao Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e Juventude, de acordo com os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, e se responsabilizar profissionalmente pelo

cuidado à vítima, de preferência em uma equipe multiprofissional composta, além do médico, por um psicólogo e um assistente social. A essa equipe caberá o papel de fazer um diagnóstico clínico e psicossocial da criança ou adolescente vitimizado e propor um tratamento que vise um restabelecimento de vínculos familiares e uma superação do trauma vivido. Ao Conselho Tutelar, assim como à Vara da Infância, caberá avaliar e encontrar formas de proteger a criança ou adolescente, evitando a revitimização através do encontro de pessoas vinculadas à vítima que sejam protetoras, famílias substitutas e, em último caso, o abrigo provisório.

Cabe ressaltar que a denúncia/notificação é o primeiro passo para o tratamento. Quebra o pacto do silêncio e permite que a violência se torne visível e que a criança ou adolescente possa ser protegido.

O reconhecimento do direito da criança e do adolescente a um ambiente que garanta sua proteção é essencial para a prevenção da violência, devendo ser acompanhado por leis adequadas que sejam devidamente cumpridas. No século XX, o Brasil avançou na legislação em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, iniciando com o Código de Menores em 1927, revisto em 1979, avançando até a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990.

A Constituição brasileira de 1988 reconheceu crianças e adolescentes como um grupo sujeito de direitos, destacando os direitos à saúde, alimentação, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária. Segundo a Constituição, cabe à família, ao Estado e à sociedade o dever de proteger as crianças e adolescentes de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O Estatuto da Criança e do Adolescente é a lei que regulamenta a Constituição e se pauta pela doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente, que garante a todos desse grupo socioetário direitos de pleno desenvolvimento. Enquanto o Código de Menores de 1979 era um instrumento de proteção e vigilância de menores vítimas da omissão e transgressão da família, sociedade e Estado, cabendo à autoridade policial essas atribuições, o ECA transforma esses “portadores de carências” em crianças e adolescentes sujeitos de direitos, definindo as consequências das ações/omissões contra esses cidadãos, além de legislar sobre o grupo de crianças e adolescentes em conflito com a lei e criar os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos Tutelares como garantia dos direitos previstos no Estatuto.

O Conselho Tutelar é um órgão criado a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 131): “o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”. Em cada município há, no mínimo, um Conselho Tutelar composto de cinco membros, escolhidos pela comunidade local para mandato de três anos, permitida uma recondução. Suas competências estão ligadas à aplicação de medidas de proteção, atendendo a crianças e adolescentes que tiveram seus direitos ameaçados ou violados e a seus pais, recebendo comunicação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos e requisitando certidões de nascimento e óbitos de crianças e adolescentes, quando necessário.

Dentre as diversas atribuições, o Conselho Tutelar deverá atender a crianças e adolescentes por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável aplicando as seguintes medidas, dependendo da gravidade do caso: encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; orientação, apoio e acompanhamento temporários; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; acolhimento institucional; encaminhamento ao Ministério Público, notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente; representação junto ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou adolescente junto à família natural.

As Varas da Infância e Juventude possuem “competência jurisdicional”, isto é, podem atuar em qualquer situação de exposição de criança ou adolescente a risco determinado por culpa do Estado, da sociedade, da família, ou pela própria conduta do jovem, no caso de atos infracionais. Contam com uma equipe técnica (psicólogos, assistentes sociais) para auxílio na interpretação e atendimento, oferecendo suporte aos juízes. Não há necessidade de intermediação de advogados nesta Vara, podendo qualquer denúncia ser feita por telefone ou por escrito, por qualquer cidadão ou pelo Conselho Tutelar. Não é instaurado um processo, mas sim uma ação civil pública, um instrumento jurídico que prescinde do advogado.

O enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes deve se dar com a construção das redes democráticas, que são compreendidas como espaços de formação de parcerias, cooperações e articulações dos sujeitos institucionais no âmbito público e privado. Para isso, exige-se a articulação da rede de denúncia (defesa) com a rede de proteção e atendimento às vítimas e seus familiares, na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Constituição de 1988.

Quando é efetuado o atendimento de uma criança ou adolescente com suspeita ou diagnóstico de abuso sexual ou outra forma de violência, o profissional da saúde, juntamente com a rede de proteção, articulada pelo Conselho Tutelar e pela Vara da Infância, deve encorajar os pais e/ou responsáveis a lavrar um Boletim de Ocorrência e realizar o exame de corpo delicto. Essas providências são fundamentais para que se criminalize o agressor. O processo contra o agressor será efetuado pela Vara Criminal, a partir de queixa de crime realizada pela Vara da Infância e Juventude ou Delegacia de Polícia, e a pena prevista é de até 10 anos de prisão. A penalização do agressor é fundamental para a criança ou adolescente abusado, pois ela corporifica a interdição, tendo um efeito bastante terapêutico. Por outro lado, deve-se encorajar o abusador a realizar um tratamento de sua saúde mental e de outras comorbidades existentes, como uso e abuso de álcool e drogas, por exemplo.

A prevenção do abuso sexual e todas as formas de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes ocorrerá em diferentes níveis. A prevenção primária é constituída por campanhas de conscientização da população sobre o problema, sensibilização das pessoas que trabalham com crianças e adolescentes para a necessidade do enfrentamento da violência, educação às crianças para o reconhecimento do adulto que quer dar carinho e atenção (“toque bom”) daquele que quer se utilizar do seu corpo (“toque ruim”) e educação aos pais, através da discussão da não utilização da força física no processo disciplinador, do desenvolvimento da sexualidade infantil, por exemplo. Como prevenção secundária se incluem os programas e atividades de suporte emocional e social às famílias em situação de risco. E, finalmente, como prevenção terciária, temos o encaminhamento dos casos suspeitos e confirmados a um tratamento psicossocial e jurídico, sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para atendimento às vítimas de violência doméstica e atendimento e acompanhamento ao agressor.

Bibliografia consultada

ABRAPIA. **Relatório de abuso sexual** – período 1o de janeiro de 2000 a 31 de janeiro de 2003. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/ancb/documentos>>. Acesso em: ago. 2011.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Ordinária no 8.069/90. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/L8069.pdf>>. Além do ECA, outras leis e tratados em que o Brasil é signatário de garantia dos direitos da criança e do adolescente. Traz também a lei de constituição do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

_____. **Ministério da Saúde. Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras formas de violência**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ficha0206200901.pdf>>. Acesso em: ago. 2011. Ficha de notificação compulsória oficial, adotada pelo Ministério da Saúde, em todo território Nacional desde 2006.

_____. _____. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf>. Acesso em: ago. 2011. Esta publicação do Ministério da Saúde discute a estratégia da linha de cuidado e sua aplicação para atenção integral à saúde das crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência, além de apresentar todos os conceitos e tipologia da violência sofrida por crianças e adolescentes. Discute também a forma de prevenção da violência associada à visão da promoção da saúde e a cultura de paz.

_____. _____. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>>. Acesso em: ago. 2011. Documento do Ministério da Saúde que define as estratégias para redução da morbimortalidade por acidentes e violências, além de apresentar vários conceitos.

_____. _____. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Norma técnica. 2. ed. atualizada e revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. **Secretaria de Atenção à Saúde. Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes**. Brasília-DF, 2002 – disponível em PDF. Compêndio que traz todos os conceitos sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, quadro clínico, prognóstico e formas de intervenção.

DESLANDES, S. F.; ASSI, S. G.; SANTOS, N. C. **Violência envolvendo crianças no Brasil**: um plural estruturado e estruturante. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.