

ABUSO SEXUAL EM MENINOS: UM RELATO DE CASO

RESUMO

O abuso sexual sofrido por meninos é um tema de extrema relevância clínica, embora seja negligenciado pela sociedade e, até mesmo, pelos profissionais de saúde. Dessa forma, a violência contra crianças do sexo masculino se torna um problema de Saúde Pública. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente do sexo masculino, 12 anos e 6 meses de idade, vítima de abuso sexual. Para realização da pesquisa, foi utilizado como base de dados o prontuário do paciente, o qual descrevia toda sua história clínica desde seu primeiro contato com a instituição. Além disso, o tema foi contextualizado a partir de uma revisão da literatura atual para a construção de uma discussão acerca do assunto. O referido paciente compareceu a Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Betim-MG, acompanhado de sua avó materna, com queixa de encoprese e enurese, devido a isso, foi encaminhado para avaliação pediátrica. Durante a anamnese, a avó relatou que a criança sofreu abuso sexual pelo pai ainda na primeira infância, o que já havia sido relatado anteriormente no prontuário do paciente, embora nunca tenha sido feito a notificação pela equipe de saúde. Por fim, é de extrema valia a abordagem da negligência do abuso sexual contra crianças do sexo masculino.

Palavras-chave: Abuso Sexual na Infância; Atenção Primária a Saúde; Pediatria; Delitos Sexuais.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa até doze anos incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade, já pela definição da Organização Mundial de Saúde, são consideradas crianças aquelas menores de 10 anos e adolescentes aqueles entre 10 a 19 anos. Além disso, no Artigo 4º do Estatuto é declarado que é obrigação da família e de toda a sociedade em sua completa extensão assegurar o direito integral à vida, à liberdade, à saúde e à dignidade das crianças e adolescentes; isto, por sua vez, também configura direitos expressados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas (ONU). Por conseguinte, em seu Artigo 5º ECA também explicita que é imprescindível que crianças e adolescentes não vivenciem negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão - fatores que representam uma violação aos direitos básicos e fundamentais do ser humano¹.

Os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde descrevem que no período de 2011 a 2017 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)³ 1.460.326 casos de violência interpessoal, deste total, 219.717 (15,0%) notificações foram contra crianças (de 1 a 9 anos) e 372.014 (25,5%) contra adolescentes (de 10 a 19 anos), concentrando assim, 40,5% dos casos notificados durante essa faixa etária².

Ademais, o Boletim Epidemiológico de 2018 declarou que 74,2% do total de casos registrados eram contra meninas e apenas 25,8% contra o sexo masculino. A discrepância dos valores quando analisamos o número de casos em cada gênero não é retrato da realidade, mas sim, um resultado de uma cultura que acredita que o abuso sexual é um problema predominantemente contra o sexo feminino, fazendo com que as denúncias de abuso contra meninos sejam menos frequentes².

O objetivo deste relato é mostrar a deficiente abordagem quanto à violência sexual sofrida por meninos em nosso país. Há suspeita que os dados epidemiológicos não condizem com a realidade, uma vez que a violência sexual contra meninos pode estar sendo negligenciada pela população em geral, e deixando de ser relatada e notificada pelos profissionais de saúde em grande parte dos casos.

METODOLOGIA

Todas as informações contidas neste trabalho foram obtidas a partir de análises minuciosas do prontuário da criança desde seu primeiro contato com a unidade básica de saúde,

além disso, foram colhidas informações a partir da anamnese e do exame clínico médico. Por fim, para contextualização do tema, foi feito um levantamento na literatura sobre o tema.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A identificação do paciente, por motivos éticos e legais, não será revelada neste trabalho. Como descrito no código de ética médica, capítulo IX, artigo 75 “é vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou imagens que os tornem reconhecíveis em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente”, por esse motivo, o paciente será apresentado durante todo o trabalho como o “paciente Betim”.

No início da construção do relato de caso, apresentamos ao responsável legal do paciente o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual especificava o caráter confidencial dos registros, e explicamos de forma clara e objetiva o que estaria contido no artigo e qual a importância clínica deste para o enriquecimento do conhecimento na comunidade acadêmica. Por fim, após o esclarecimento de dúvidas, obtivemos o consentimento do responsável legal para prosseguir com os estudos.

Visto o curto tempo, após a divulgação da errata do edital do Congresso Médico Acadêmico da Unicamp (CoMAU), para submetermos o relato a uma análise e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), não foi possível obter o parecer final da CEP, embora este trabalho tenha sido submetido ao CEP da PUC Minas.

RELATO DE CASO

“Paciente Betim”, sexo masculino, 12 anos e 6 meses compareceu a Unidade Básica de Saúde em outubro de 2018 para consulta de puericultura acompanhado de sua avó materna que foi a informante na entrevista. A queixa principal apresentada no dia era o quadro de encoprese com vários episódios nos últimos anos, com possível relação ao abuso sexual que a criança sofreu durante longos períodos, sendo o pai da vítima o agressor. Além disso, a avó relatou que o paciente passou por situações de maus tratos e negligência cometidas por ambos os pais.

A informante relatou ainda que o pai atualmente é falecido, e a mãe, devido a suspeita de cooperação no abuso sexual e maus tratos, perdeu a guarda judicialmente do “paciente Betim” e de seus dois irmãos em 2014. As crianças hoje estão sob tutela da avó materna.

Ao se analisar o histórico da criança, foi constatado que ela havia tido um acompanhamento longitudinal na UBS durante o período de abuso, e ainda assim, não foi levado a conhecimento das entidades protetoras do direito da criança e do adolescente tal fato.

Ao exame físico, durante a consulta atual, se percebeu paciente pálido, com mucosas descoradas, o que levou a suspeita de um quadro anêmico. Presença de cicatrizes nas costas, nos membros inferiores e superiores, provavelmente, secundária aos maus tratos sofridos no passado. Na ectoscopia foi notada lesão no membro inferior esquerdo com diagnóstico provável de impetigo. À ausculta cardíaca, se percebeu bulhas rítmicas e normofonéticas em dois tempos, sem sopros; ao exame dos demais sistemas, não havia alterações dignas de nota.

O paciente se encontrava com baixo peso e estatura para a idade: 28,400 kg e 138 cm respectivamente; IMC 14,7. Sobre a história alimentar, o paciente afirmou não gostar de comer verduras e a avó confirmou dizendo que sua alimentação não é adequada.

Não foi possível verificação do status vacinal, uma vez que a acompanhante não levou o cartão de vacinas no dia da consulta.

Perante os resultados do exame físico e anamnese, foram levantados os diagnósticos de encoprese, constipação intestinal, impetigo no membro inferior esquerdo, possível quadro anêmico, desnutrição, vítima de abuso no passado, negligência parental e família incestuosa.

Foram solicitados exames laboratoriais complementares, incluindo VDRL. Também foi realizado o teste rápido para sífilis, hepatite B, hepatite C, anti-HCV e anti-HIV todos não reagentes no momento da consulta. A conduta medicamentosa escolhida foi a prescrição de Cloridrato de imipramina 25mg para tratamento da encoprese, com realização oportuna na UBS de eletrocardiograma, como protocolo de prescrição de antidepressivos tricíclicos; Este exame veio inalterado. Foi prescrita também loção de calêndula 10% para lesão de pele, associada a cefalexina 50mg/mL oral. Para tratamento anêmico foi prescrito sulfato ferroso. Se oportunizou o momento da consulta para orientações quanto alimentação saudável.

O paciente retornou com a avó no dia primeiro de novembro de 2018 e foi percebida melhora no quadro de constipação intestinal, encoprese e impetigo. Trouxe os resultados dos exames laboratoriais solicitados com seguintes resultados: ERF (exame parasitológico de fezes) negativo, glicose 99mg/dL, triglicerídeos 57 mg/dL, colesterol total 212 mg/dL, HDL 53mg/dL e hemograma normal.

DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o abuso sexual é definido como o envolvimento de uma criança ou adolescente em relações sexuais com um adulto, seja destinada a gratificação sexual desta ou outra pessoa, podendo variar desde atos em que não exista o contato sexual, até o contato sexual com penetração. O abuso infantil deve ser trabalhado como questão de saúde pública devido às repercussões do mesmo na vida da criança e sua proporção epidêmica na população mundial³.

É sugerido que de 4 a 16% das crianças sofrem algum tipo de abuso físico, enquanto 10% vivenciam abuso emocional e 6% obtém a infortuna experiêcia cotidiana de abuso sexual. Em dados gerais, é suposto que 15% das crianças vivem uma condição de negligência. Além disso, a presença do abuso sexual na infância pode resultar em acometimentos psiquiátricos como comportamento violento ou antissocial, atitudes sexuais impróprias, depressão e autoextermínio. Ademais, crianças e adolescentes que são vítimas de violência sexual tendem a ter baixa autoestima e ciclo social demasiadamente reduzido⁴.

Dessa forma, o menino, o qual sofreu abuso sexual, precisa enfrentar diversas barreiras sociais para conseguir relatar o caso e, até mesmo, admitir a violência. Um grande dificultador da denúncia é a crença cultural de que o abuso sexual é um ato infligido apenas contra o sexo feminino, assim, se acredita que a criança do sexo masculino deve se proteger e tomar conta de si mesmo, criando então, um sentimento de culpa e vergonha pela vítima por não ter conseguido impedir o abuso ou procurar ajuda precocemente⁵.

Outro fator que limita a criança de reportar a violência é o sentimento de negação. A vítima, no objetivo de se proteger, nega o ocorrido ou até mesmo minimiza os fatos, para que ela não seja atingida pelos sentimentos de vergonha, culpa e medo, que são muito comuns nesses quadros. A ideia de masculinidade enraizada em nossa cultura não permite que um homem seja visto como vítima de abuso sexual, assim, a criança acredita que relatar a violência mostraria vulnerabilidade e fraqueza diante da exposição de seus sentimentos, dessa forma, o menino teme ser visto como homossexual e decide reprimir suas emoções e sofrimentos⁵.

Embora todos esses fatores relatados contribuam de forma significativa para a redução de denúncias de abuso infantil contra o sexo masculino, a principal razão pelo qual o número de casos não é fidedigno com a realidade é o fato de que, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2018, 69,2% dos casos ocorrem na residência da vítima e, muitas vezes, o abusador faz parte do ciclo social da criança, possuindo então sua confiança e afeto. Dessa maneira, a vítima teme que a exposição de seu agressor desintegre sua família, e então, acredita que deve proteger o abusador e manter em segredo, fazendo com que o abuso se repita e se torne frequente⁵.

Essa corrente de fatores, que impedem a vítima de relatar o abuso, resulta em repetição da violência e ainda colocam outras crianças em risco, visto que o abusador se sente seguro para continuar praticando o crime sem punição. Ainda que a revelação de abuso pelas crianças possa encorajar outras vítimas a expor suas próprias experiências, ainda não existe uma divulgação significativa de relatos de abuso sexual contra meninos⁵.

As consequências do abuso na vida de uma criança do sexo masculino são inúmeras e podem repercutir durante sua vida adulta, caso a vítima não denuncie e deixe de obter o devido apoio e tratamento que requer tal situação. Dentre as principais consequências podemos citar a dificuldade de confiar em outras pessoas e se sentir seguro com desconhecidos, sendo este, um sinal que o profissional de saúde deve estar atento para rastrear um possível abuso³.

Algumas queixas são comumente somatizadas e frequentes em crianças e adolescentes que sofrem abuso sexual na infância, sendo elas: mal-estar generalizado; sensação de mudanças no aspecto físico; dispneia; síncope; dores abdominais agudas; náuseas; vômitos; transtornos alimentares; enurese e encoprese⁶. Esta condição, por sua vez, consistiu na queixa principal do “paciente Betim” quando compareceu à consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde. A encoprese pode ser definida como um transtorno relacionado ao controle esfinteriano, e pode suscitar consequências desfavoráveis ao indivíduo como dificuldades em estabelecer vida social e baixa autoestima. Além disso, o quadro de encoprese apresenta como fatores de risco o indivíduo ser vítima de abuso sexual e do gênero masculino, tais aspectos presentes no paciente em questão⁷.

Na maioria dos casos, o abuso é uma situação muito traumática para a vítima e pode levar a diversos sintomas do estresse pós-traumático como a desconfiança e externalização de comportamentos violentos. A experiência do abuso pode alterar o desenvolvimento psicológico da criança, levando, com o tempo, a disfunção emocional e social, ou seja, a vítima procura se isolar socialmente com objetivo de se sentir segura, pois acredita que esse comportamento irá evitar novos episódios. No entanto, na vida adulta, esse padrão comportamental prejudica a saúde relacional, além de propiciar o desenvolvimento de depressão, ansiedade e abuso de drogas, com o qual, a vítima procura reprimir as memórias do abuso³.

O homem que sofreu abuso na infância, possui dificuldade de manter relações mais íntimas, principalmente, se for necessário o envolvimento físico e emocional. Essas barreiras não se restringem a relações afetivas, mas sim, se estendem para a relação paterna, logo, as vítimas temem a paternidade, pois acreditam que não são capazes de discutir sobre a sexualidade com o filho e não serão bons pais. Além disso, o homem sofre com a possibilidade de seu filho ser abusado, por outra pessoa e, paradoxalmente, por ele mesmo³.

Existe uma linha de pensamento na qual se discute que crianças abusadas durante a infância são mais susceptíveis a se tornarem abusadores no futuro. Tal fato consolida-se na hipótese que experiências de abuso sexual na infância pelo pai ou por outra figura masculina significativa foi a associação mais forte para o desenvolvimento de uma hipersexualidade na idade adulta. Por outro lado, Caleb et al. (2015)³, acredita que essa afirmativa não se sustenta, visto que, a vítima constrói uma visão extremamente negativa de sua própria experiência e não deseja repetir o episódio do abuso. Ainda assim, a experiência traumática é única e deve ser analisada de forma individualizada³.

Apesar da individualidade de cada experiência, Kathryn et al. (2019)⁸ descreve a particular influência que os pais exercem sobre o desenvolvimento de seus filhos em geral, assim, discute-se o efeito de especificidade de gênero, em que, amostras masculinas de maus tratos perpetuados por cuidadores masculinos parecer ser ainda mais prejudiciais para o crescimento infantil. A hostilidade paterna, em estudos pregressos, foi associada ao comportamento delinquente dos filhos na adolescência. Além disso, observou-se uma relação entre abuso sexual pela figura paterna e a externalização de sintomas depressivos, problemas de regulação afetiva e desenvolvimento de hipersexualidade, principalmente em filhos homens. A principal teoria que explica o maior efeito da violência paterna em meninos descreve que filhos homens são unicamente mais sensíveis aos afetos paternos, logo, traumas na infância provocados pelo pai sugere maior complicação no desenvolvimento de meninos⁸.

No entanto, descontinuando paradigmas, existem inúmeros casos nos quais mulheres são as autoras ou as principais cúmplices dos abusos. No caso relatado, a mãe do “paciente Betim” possuía consciência da violência sexual sofrida pelo filho, no entanto, não apresentou intenção de intervir, tornando-se elemento fundamental para a perpetuação dos abusos. As famílias incestuosas também possuem um caráter característico: constituem um grupo de indivíduos discretos, que não se relacionam com outras pessoas, autoritários e muito protetores. Logo, a convivência de crianças com o contexto de violência desenvolve nelas, principalmente, o sentimento de abandono e dor³.

Por fim, de acordo com a lei federal 10.778/2003, é obrigatória a notificação, pelos profissionais de saúde, de casos suspeitos ou confirmados de violência contra grupos vulneráveis, dentre eles, as crianças, além deste dispositivo, o Código de Ética Médica, em seu capítulo IV, artigo 25º descreve que “é vedado ao médico deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios”. Dessa forma, é necessário que haja atenção

multidisciplinar aos sinais de abuso sofrido por crianças e adolescentes e identificar que os meninos podem ser alvo de abuso sexual³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão, cabe salientar que a violência contra a criança e ao adolescente, independentemente do tipo ou da relação com a família, é um problema que ainda persiste na sociedade brasileira, na atualidade. Somado a isso, a violência sexual contra meninos é negligenciada, sendo assim, os dados epidemiológicos disponíveis acerca do número de casos podem não condizer com o número real de vítimas, visto a grande subnotificação. Dessa forma, é necessário novos estudos que abordem tal conjuntura de maneira ampliada, fornecendo aos profissionais de saúde a orientação devida quanto a suspeita e a conduta correta frente a um caso suspeito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990 (online). Acesso em 28 mar. 2019. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
2. Ministério da Saúde. 2018 (online). Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Acesso em 12 abr. 2019. [citado jun. 2018] Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>
3. Turmel Caleb, Liles Robin. Understanding Male Childhood Sexual Abuse: Consequences and Considerations. Vistas Online [Internet]. 2020 Aug 24 [cited 2019 Apr 15]; Available from: https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/article_28565c21f16116603abcacff0000bee5e7.pdf?sfvrsn=8&sfvrsn=8
4. Yıldız E, Tanrıverdi D. Child neglect and abuse: a global glimpse within the framework of evidence perspective. Int Nurs Rev [Internet]. 2018 mar 1;65(3):370–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12435>
5. Sivagurunathana Marudan, Orchardc Treena, MacDermid Joy, Evans Marilyn. Barriers and facilitators affecting self-disclosure among male survivors of child sexual abuse: The service providers' perspective. Science Direct [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 20];88:455-465. DOI <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.015>. Available from: <https://www.sciencedirect.ez93.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0145213418303430?via%3Dihub>
6. Florentino BRB. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. Fractal, Rev Psicol [Internet]. 2015 ago;27(2):139–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/805>
7. Gomes L dos S. Um estudo de caso de encoprese em ludoterapia comportamental. Psicol cienc prof [Internet]. 1998;18(3):54–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931998000300009>

8. Davis Kathryn, Knight Raymond. Childhood maltreatment experiences and problematic sexual outcomes in adult males who have sexually offended: Further evidence of the potency of male caregiver psychological abuse. Science Direct [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 20];96 DOI <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104097>. Available from: <https://www-sciencedirect.ez93.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0145213419302741?via%3Dihub>

ANEXO 1:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do relato de caso: Abordagem do abuso sexual em meninos: um relato de caso

Prezado(a) Maria Raimunda
(representante legal de Willian Ferreira de Oliveira)

Este termo de consentimento livre e esclarecido pode conter palavras que você não entenda. Peça à pesquisadora que explique as informações não compreendidas completamente.

O adolescente Willian Ferreira de Oliveira é convidado(a) a participar de uma pesquisa que estudará através do estudo do seu prontuário, levantamento da bibliografia referente ao tema e elaboração de um texto que analise a história clínica e social do adolescente e as repercussões da violência sofrida no seu caminhar pela vida.

- 1- Sobre o procedimento do estudo: para participar deste estudo, solicito sua permissão para utilizar os resultados obtidos na pesquisa do prontuário de Willian Ferreira de Oliveira na Unidade Básica de Saúde Alcidez Braz, Betim durante a pesquisa e elaboração de um Relato de Caso. Os resultados poderão ser apresentados em publicação científica, educativa ou em apresentações orais em Congressos, sempre garantindo a confidencialidade.
- 2- Sobre o risco e desconforto: não apresenta riscos e nem desconfortos
- 3- Sobre os benefícios: espera-se que este trabalho possa contribuir para a reflexão sobre o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes não apenas no município, mas no país. O presente estudo procura mostrar para a sociedade a alta taxa de abusos envolvendo crianças do sexo masculino que, muitas vezes, não é tão discutida como a violência sexual contra meninas.
- 4- Sobre custos e reembolsos: o presente estudo não terá nenhum gasto com sua participação no estudo e a mesma não será remunerada.
- 5- Sobre o caráter confidencial dos registros: os resultados serão sempre apresentados garantindo que sua identidade será mantida em sigilo. Nenhum nome será citado na escrita do trabalho.
- 6- Sobre a participação: a participação é muito importante para o enriquecimento do conhecimento acadêmico a respeito do tema, embora não seja obrigatória.
- 7- Sobre a declaração de consentimento:

“Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo foi satisfatoriamente explicada e que recebi resposta para todos os meus questionamentos. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo”.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do orientador responsável podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Orientador responsável: XXXXXXXXXXXX
Endereço: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Telefone: Coordenação da Medicina: XXXXXXXXXXXX

Pesquisadoras envolvidas:
XXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXX
Email para contato: XXXXXXXXXXXXX
Orientador da pesquisa: XXXXXXXXXXXX
Email para contato: XXXXXXXXXXXXX

Maria Raimunda Ferreira data 25/08/20

Maria Raimunda

Obrigado por sua colaboração e por merecer sua confiança.