

Jefferson Drezett¹
Lia Junqueira²
Irene Pires Antonio³
Fabricia Silva Campos⁴
Marina Cartaxo Patriota
Leal⁴
Renata Iannetta⁴

Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos

Contribution to the study of sexual violence against the adolescent: a perspective of sexual and reproductive health and violation of human rights

> RESUMO

Objetivo: Estudar fatores relacionados com o abuso sexual de adolescentes do sexo feminino, investigando elementos de interface da saúde e de direitos humanos. **Métodos:** estudo retrospectivo e descritivo com 87 adolescentes em situação de abuso sexual, atendidas entre 1996 e 2002 pelo Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA). As variáveis de estudo foram: crime sexual; constrangimento; cronicidade do abuso; tipificação e idade do agressor; local do abuso; responsável pela denúncia; exame pericial; ocorrência de gravidez; destino do agressor. **Resultados:** o estupro, isolado ou associado a outros crimes sexuais, ocorreu em 63,1% dos casos. Grave ameaça (38%) e violência presumida (34,5%) foram formas de constrangimento predominantemente utilizadas. O crime sexual foi repetido em 90,8% dos casos, cronicando-se por mais de um ano em 58,2%. O agressor foi identificado por 95,4% das adolescentes, tratando-se, geralmente, de parente (72,4%) com idade média de 39,7 anos. O abuso ocorreu na residência da vítima (66,7%) ou na do agressor (20,7%) e foi denunciado por um parente em 76,8% dos casos. A maioria dos exames periciais (93,7%) não encontrou evidências materiais da violência e a gestação por estupro ocorreu em 12,6% dos casos. Houve condenação de 31,2% dos agressores, com punições variando entre seis e 26 anos de reclusão. **Conclusões:** Adolescentes sofreram, principalmente, abuso sexual crônico e prolongado, geralmente por agressor conhecido e aparentado, mediante ameaça ou violência presumida e em espaço privado. O exame pericial pouco contribuiu para comprovar materialmente o crime sexual, sugerindo que outros elementos influem decisivamente na condenação do agressor, que, quando estabelecida, resultou em punição rigorosa e em conformidade com o previsto pela lei.

UNITERMOS

violência sexual; adolescência; direitos humanos

> ABSTRACT

Objective: The aim of this article is to study aspects related to sexual abuse in adolescent females and to expose forensic medical elements. **Methods:** The retrospective epidemiological study was conducted on 87 adolescents submitted to sexual abuse, admitted to Center of Reference of the Child and of the Adolescent from 1996 to 2002. The study has evaluated variables such as: nature of the abuse, coercion used, recidivism of sexual crime, age of offenders, place of crime, accuser, forensic medical examination, reported pregnancy outcome and destiny of aggressor. **Results:** Rape, by itself or associated with another sexual crime, occurred in 63.1% of the cases. Serious threat (38%) and presumed violence (34.5%) were the most frequently used form of coercion. The sexual crime was repeated in 90.8% of the cases and for more than one year, in 58.2%. Sex offenders were identified by 95.4% of adolescents; usually a relative (72.4%) middle aged 39.7 years old. The sexual crime happened at the victim's house (66.7%) or at the aggressor's (20.7%) and accusation was made by relatives most of the cases (76.8%). The major part out of the forensic medical examination (93.7%) was negative for physical evidences and pregnancy outcomes were related in 12.6% of the cases. The aggressors were condemned in 31.2% and punished with reclusion ranging from 6 to 26 years. **Conclusion:** Adolescents were submitted mostly to a recidivist sexual crime practice by someone known or related, on a private place and submitted by serious threat and presumed violence. The forensic medical examination has poorly contributed to prove the sexual crime. This suggests that other elements contributed more significantly to condemnation, severe punishment according to the law.

KEY WORDS

sexual violence; adolescence; human rights

¹Ginecologista; preceptor da Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital-Maternidade Leonor Mendes de Barros; membro do Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA) da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), São Paulo.

²Advogada; coordenadora do CERCA/OAB/SP.

³Psicóloga; ex-membro do CERCA/OAB/SP.

⁴Médica-residente em Obstetrícia e Ginecologia do Hospital-Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo. Trabalho realizado no CERCA/OAB/SP.

> INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge, indistintamente, todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher estabelece por *violência* todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada⁽¹⁾. Nesse sentido, a violência sexual constitui uma das mais amargas expressões da violência de gênero e uma brutal violação de direitos humanos e de direitos sexuais e reprodutivos. Soma-se a esses conceitos a perspectiva da violência sexual como problema de saúde pública⁽²⁾. De fato acumulam-se evidências de que a violência representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre a população jovem. Enquanto os homicídios ocorrem em espaços públicos, envolvendo principalmente o sexo masculino, a violência sexual atinge as mulheres no espaço privado e doméstico⁽³⁾.

O abuso sexual acomete cerca de 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo. Nos EUA, calcula-se que ocorra uma violação sexual a cada seis minutos e que cerca de 25% das mulheres tenham experimentado algum tipo de contato sexual não-consentido durante a infância ou a adolescência^(2, 3). O National Victim Center (NCV) e o Crime Victims Research and Treatment Center (CVRTC) relatam que 683 mil mulheres são estupradas anualmente nos EUA. Estima-se que 200 mil crianças americanas sofrem abuso sexual a cada ano, segundo o National Center for the Abused and Neglected Child. Mas é durante o período da adolescência que o risco da violência sexual se assevera, chegando a ser quatro vezes maior do que o dos demais grupos etários⁽⁴⁾.

Assim como ocorre na adolescência, algumas populações são extremamente vulneráveis ao abuso sexual. Países em conflito armado, como Bósnia-Herzegovina, Croácia e Libéria, registram as mais elevadas incidências. Embora o estupro seja considerado crime de guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU) revela que foram estupradas entre 20 e 50 mil mulheres na antiga Iugoslávia, com o objetivo da gravidez forçada e da eliminação étnica⁽⁵⁾.

A fundamentação da violência sexual como problema de saúde pública não se faz somente pela magnitude das estatísticas, mas considera os agravos para a saúde da mulher. O impacto do abuso sexual para a saúde sexual e reprodutiva decorre das conseqüências dos traumatismos físicos, das seqüelas das doenças sexualmente transmissíveis (DST), da morbidade da infecção pelo HIV e da complexidade da situação de gravidez decorrente do abuso sexual. Além disso, agregam-se danos psicológicos que produzem efeitos intensos e devastadores, por vezes irreparáveis para a saúde mental e para a reinserção social da vítima^(2, 3).

Embora investigações consistentes definam contornos confiáveis do problema, a exata prevalência do abuso sexual e de suas conseqüências ainda é desconhecida. A falta de mecanismos eficientes de notificação e registro soma-se ao fato de que a maioria das mulheres não revela o ocorrido para as autoridades competentes. Ameaça, vergonha ou humilhação são fatores decisivos para ocultar a violência sexual sofrida. Há dados consistentes de que o problema da subnotificação se agrava quando o agressor é conhecido pela vítima, como ocorre no abuso sexual intrafamiliar na infância ou na adolescência. Nesses casos, o perpetrador se vale de sua posição privilegiada no núcleo familiar, da autoridade e do temor reverencial de que é investido para garantir que o abuso permaneça crônico e oculto por longo período, mecanismo conhecido por *conspiração do silêncio* ou *pacto do silêncio*⁽⁶⁾.

As vítimas da violência sexual terminam, frequentemente, isoladas e invisibilizadas, distantes de seus direitos constitucionais de proteção à saúde e acesso à justiça. Parte da resistência em revelar o ocorrido também se deve à baixa expectativa da vítima com os resultados da Justiça. Além de temer a condução do interrogatório policial e do exame pericial, há o constrangimento em confrontar o agressor no tribunal e o risco de ter sua história desqualificada ou desacreditada. Da mesma forma que muitas mulheres desistem de procurar reparação na Justiça, parte expressiva delas desconhece os riscos físicos e emocionais da violência sexual, não recorrendo aos provedores de saúde. Quando o fazem, podem encontrar dificuldades em conse-

guir cuidados apropriados ou acessar serviços especializados^(1, 7).

Apesar disso, a violência sexual vem sendo crescentemente remetida à área da saúde. Várias políticas públicas atuais incorporam protocolos de atenção imediata que normatizam a anticoncepção de emergência e a profilaxia de DST/HIV. Promovem o acompanhamento interdisciplinar, o tratamento e a reabilitação dos danos causados pela violência, incluindo-se a garantia de interrupção legal da gravidez⁽³⁾. No entanto não se observa igual desenvolvimento nas relações colaborativas entre os setores da saúde e do direito. Os profissionais de saúde, em geral, temem por se envolver com questões legais ou policiais e resistem em comunicar as ocorrências de que têm conhecimento. Eles pouco percebem a importância de seu papel na promoção da justiça, oferecendo escassa atenção aos dispositivos previstos pela lei. Além disso, quando solicitados a prestar informações para a Justiça, como por meio de relatórios, frequentemente o fazem de forma inconsistente ou evasiva. Os operadores do direito, por sua vez, pouco conhecem sobre os dados epidemiológicos obtidos nos serviços de saúde – informações fundamentais para se compreender os mecanismos da violência sexual. Sem elas o exame pericial termina excessivamente valorizado e como única informação acerca dos efeitos da violência sobre a saúde da mulher⁽⁷⁾.

A dicotomia histórica entre os setores da saúde e do direito tem se mostrado ineficiente diante das necessidades das mulheres em situação de violência sexual. Esta investigação tem por objetivo contribuir para o entendimento do problema, analisando elementos de interface entre saúde e direitos humanos relacionados com o abuso sexual de adolescentes.

➤ MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo retrospectivo, descritivo e não-comparativo, com dados coletados de 87 adolescentes do sexo feminino sexualmente abusadas, matriculadas no Centro de Referência da Criança

e do Adolescente (CERCA), entre janeiro de 1996 e março de 2002. O CERCA é organização não-governamental e sem fins lucrativos, vinculada à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), São Paulo, que presta assistência gratuita para crianças e adolescentes em situação de violação de direitos humanos, particularmente nos casos de maus-tratos (físicos, psicológicos e sexuais), negligência ou abandono. Oferece atendimento interdisciplinar nas áreas de assessoria em direito, psicologia diagnóstica e assistência social, mantendo parcerias com diversos serviços públicos de saúde, especializados no atendimento ambulatorial e hospitalar ao abuso sexual.

A definição de adolescência foi baseada no critério idade maior ou igual a 12 anos e menor que 18 anos, conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente⁽⁸⁾. A idade das adolescentes estudadas variou de 12 a 17 anos, com média de 13,7 anos e desvio-padrão de 2,1 anos.

Foram considerados critérios de inclusão os crimes sexuais de estupro, atentado violento ao pudor com penetração anal (AVPA), atentado violento ao pudor com penetração oral (AVPO) e atentado violento ao pudor (AVP) diferente do AVPA e do AVPO. Para caracterização dessas ocorrências foram adotadas as definições dos artigos 213, 214 e 224 do Código Penal Brasileiro⁽⁹⁾. Foram excluídos da amostra os demais crimes sexuais previstos no Código Penal, as vítimas de abuso sexual do sexo masculino e os casos de caracterização duvidosa ou de comprovada falsa alegação.

As variáveis de estudo foram analisadas considerando-se apenas as categorias de inclusão, como se segue: 1) tipo de crime sexual: estupro e tipos de AVP, isolados ou em associação; 2) forma de constrangimento ou intimidação: força física, grave ameaça, associação de força física e de grave ameaça, e violência presumida; 3) cronicidade do abuso sexual: ocorrências de repetição em anos de duração; 4) tipificação do agressor: pai biológico, padrasto, tio, avô, outros parentes, vizinho, parceiro ou ex-parceiro, outros conhecidos não-aparentados e desconhecido; 5) idade do agressor: variação, média e distribuição em grupos etários;

6) local de abordagem da adolescente: percurso da escola, sua residência, residência do agressor, espaço escolar e outras atividades; 7) responsável pela comunicação do abuso sexual: pai, tio, irmão, mãe, outro parente, vizinho, profissional de saúde, amigo da adolescente, outro não-aparentado, anônimo e própria adolescente; 8) resultado do exame pericial: com e sem evidências materiais do abuso sexual; 9) gravidez decorrente da violência sexual: percentual de adolescentes em situação de gravidez resultante do abuso sexual; 10) destino do agressor: resultado da percução penal, quando concluída, dividido em absolvição, condenação, processo suspenso, extinção do processo, crime não-denunciado e processo em andamento.

Para a coleta de dados foram utilizadas as informações prestadas pela adolescente e/ou seu representante legal para a equipe interdisciplinar do CERCA, registradas em prontuário. Também foram utilizadas informações resgatadas dos registros dos Boletins de Ocorrência Policial, dos Laudos de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal do Instituto Médico-Legal (IML) e das Sentenças do Poder Judiciário. O acesso a esses documentos foi feito mediante cópia dos mesmos, anexada ao prontuário do CERCA. Os objetos das variáveis de estudo foram transferidos para ficha pré-codificada e pré-testada, e introduzidos em programa Epi Info 6, versão 6.04b. A verificação da consistência dos dados foi realizada por meio de dupla digitação, comparação dos arquivos pelo Epi Info 6 e correção de divergências mediante consulta da ficha original.

> RESULTADOS

A **Tabela 1** mostra a distribuição dos crimes sexuais alegados pela adolescente e/ou seu representante legal, onde se observa a predominância do crime de estupro, que, de forma isolada ou associada a outros crimes, ocorreu em 63,1% dos casos.

Na **Tabela 2**, quanto à forma de constrangimento utilizada pelo agressor para consumir o abuso sexual constatou-se que a grave ameaça e a violência presumida foram os mecanismos de intimidação mais frequentes, alcançando 72,5%

dos casos. Em quatro casos (4,5%) não foi possível caracterizar o constrangimento dentro dos limites estabelecidos pela lei penal.

A cronicidade do abuso sexual, tratada na **Tabela 3**, revela que em 79 casos (90,8%) o abuso sexual foi praticado duas ou mais vezes em diferentes episódios e pelo mesmo perpetrador. Embora períodos menores que um ano tenham obtido a maior frequência (41,8%), 46 adolescentes (58,2%) experimentaram o abuso sexual por tempo mais prolongado. Cinco adolescentes (6,3%) não souberam precisar a duração da violência, embora seguras da repetição do abuso.

O perpetrador do abuso sexual foi relatado como conhecido ou identificável por 95,4% das adolescentes (83 casos). A tipificação desses agressores encontra-se na **Tabela 4**. A somatória dos agressores membros do núcleo familiar ou parentes da adolescente foi de 72,4%. Em quatro casos (4,6%) o agressor foi qualificado como desconhecido pela adolescente ou por seu representante legal.

Tabela 1
TIPO DE CRIME SEXUAL PERPETRADO CONTRA A ADOLESCENTE

Tipo de crime sexual	n	%
Estupro	35	40,2
Estupro + AVPA	7	8
Estupro + AVPO	8	9,2
Estupro + AVPA + AVPO	5	5,7
AVPA	2	2,3
AVPO	8	9,2
AVPA + AVPO	4	4,6
Outro tipo de AVP	18	20,8
Total	87	100

Tabela 2
DISTRIBUIÇÃO DA FORMA DE CONSTRANGIMENTO UTILIZADA PARA A PERPETRAÇÃO DO CRIME SEXUAL

Tipo de constrangimento	n	%
Grave ameaça	33	38
Violência presumida*	30	34,5
Força física/grave ameaça	13	15
Força física	7	8
Ignorado	4	4,5
Total	87	100

*Considerados apenas os casos de violência presumida não-associada a outras formas de constrangimento.

Tabela 3
DURAÇÃO DO ABUSO SEXUAL DE REPETIÇÃO EM ANOS

Anos de repetição	n	%
< 1	33	41,8
≥ 1 e < 2	14	17,7
≥ 2 e < 3	8	10,2
≥ 3 e < 4	5	6,3
≥ 4 e < 5	4	5,1
≥ 5	10	12,6
Número incerto de anos	5	6,3
Total	79	100

Tabela 4
TIPIIFICAÇÃO DO AGRESSOR IDENTIFICADO COMO RESPONSÁVEL PELA PERPETRAÇÃO DO ABUSO SEXUAL EM 83 ADOLESCENTES

Agressor	n	%
Pai	29	34,9
Padrasto	29	34,9
Tio	1	1,2
Avô	1	1,2
Outro parente	3	3,6
Vizinho	8	9,6
Parceiro ou ex-parceiro	2	2,4
Outro conhecido não-aparentado	10	12,1
Total	83	100

Em 66 casos (75,8%) foi possível resgatar a informação sobre a idade do agressor da adolescente (**Tabela 5**), que variou de 17 a 76 anos, com média de 39,7 anos e desvio-padrão de 7,8 anos. As idades entre 35 e 44 anos obtiveram as maiores frequências e a média de idade dos agressores foi cerca de três vezes maior do que a das adolescentes.

A **Tabela 6** resume a distribuição das atividades das adolescentes ou os locais onde se encontravam no momento em que foram abordadas pelo agressor. Em 87,4% dos casos o abuso sexual ocorreu dentro de espaços privados, como a residência da adolescente ou a do agressor.

A comunicação formal ou *denúncia* do abuso sexual apresentada ao CERCA foi formulada por algum membro do núcleo familiar ou parente da adolescente em 66 casos (75,8%). A mãe, isoladamente, obteve a maior frequência, sendo responsável por quase 60% das comunicações. Profissionais de saúde

de participaram com 5,8% do total das *denúncias*, mesmo percentual encontrado para a comunicação anônima. A comunicação por iniciativa da própria adolescente esteve entre as mais baixas frequências (2,3%). A distribuição dos responsáveis pela comunicação do abuso sexual encontra-se na **Tabela 7**.

Tabela 5
DISTRIBUIÇÃO DA IDADE DO AGRESSOR SEXUAL POR GRUPO ETÁRIO

Idade do agressor (em anos)	n	%
< 20	1	1,5
20-24	2	3
25-29	5	7,6
30-34	13	19,8
35-39	14	21,2
40-44	14	21,2
45-49	8	12,1
> 50	9	13,6
Total	66	100

Tabela 6
LOCAL DE ABORDAGEM DA ADOLESCENTE PELO PERPETRADOR DO ABUSO SEXUAL

Local de abordagem	n	%
Residência da adolescente	58	66,7
Residência do agressor	18	20,7
Percurso da escola	2	2,3
Dentro da escola	1	1,1
Outro	8	9,2
Total	87	100

Tabela 7
RESPONSÁVEL PELA COMUNICAÇÃO DO ABUSO SEXUAL

Responsável	n	%
Mãe	52	59,7
Tio	7	8,1
Profissional de saúde	5	5,8
Anônimo	5	5,8
Outro parente	4	4,6
Vizinho	4	4,6
Outro não-aparentado	3	3,4
Pai	2	2,3
Amigo da adolescente	2	2,3
A própria adolescente	2	2,3
Irmão	1	1,1
Total	87	100

O exame pericial de corpo de delito e conjunção carnal, do IML, foi realizado em 32 casos (37,8%). Em 55 casos (62,2%) não foi possível confirmar a realização do exame ou obter as conclusões dos mesmos. Dos 32 exames disponíveis analisados, 30 perícias de sexologia forense (93,7%) não apresentaram evidências materiais do crime sexual alegado pela adolescente. A ocorrência de gravidez resultante da violência sexual se deu em 11 casos (12,6%).

Até a conclusão deste estudo, 23 processos (26,4%) encontravam-se em andamento no Poder Judiciário. Dos 64 concluídos, em 20 casos (31,2%) o agressor foi condenado; em 12 casos (18,7%) o agressor foi absolvido; 11 processos (17,2%) foram suspensos; e cinco (7,8%), extintos. A Promotoria Pública não apresentou denúncia em 13 casos (20,3%). Em três casos (4,7%) a informação sobre a percução penal não foi recuperada: um por sequestro de Justiça e dois por correrem em varas de júri de localidades distantes. O tempo de condenação dos 20 agressores variou de seis a 26 anos, com média de 13 anos e 12 dias de reclusão em regime fechado.

DISCUSSÃO

No Brasil os delitos sexuais são classificados como crimes contra os costumes, considerados de ação privada. Assim, depende da iniciativa da vítima a abertura do processo criminal, exceto em algumas condições, como quando é cometido com abuso do poder familiar ou quando resulta em morte da mulher⁽⁹⁾. Apesar da consagração, no cotidiano dos serviços de saúde, de termos como *violência*, *agressão* ou *abuso* sexual, a deontologia médica e a lei penal especificam *estupro* como o constrangimento da mulher ao coito vaginal mediante violência ou grave ameaça. Entende-se por *violência* o uso de força física capaz de impedir a resistência da vítima, e por *grave ameaça*, a promessa de efetuar malefício suficiente para intimidar alguma reação. O AVP é caracterizado por submeter pessoas de ambos os sexos, mediante os mesmos mecanismos de intimidação, a quaisquer atos sexuais diferentes da penetração vaginal. Mesmo sem o uso da força física ou da ameaça,

algumas situações igualmente caracterizam o estupro e o AVP. Essa condição, definida pelo artigo 224 do Código Penal como *violência presumida*, inclui as ocorrências entre pessoas menores de 14 anos ou deficientes mentais em qualquer idade, mesmo que ocorra *consentimento*. Também se aplica às pessoas que não podem, por qualquer outra causa, oferecer resistência⁽⁹⁾.

Dados extraídos do IML de São Paulo verificam que o estupro constitui cerca de 60% das queixas de crime sexual, e o AVP, quase 18%⁽¹⁰⁾. Indicadores semelhantes foram encontrados em amostra de Boletins de Ocorrência Policial, com 54% de casos de estupro e 16% de AVP⁽¹⁾. Neste estudo, a frequência de estupro, isolado ou associado a outro tipo de abuso sexual (63,1%), foi comparável às já descritas. Contudo encontrou-se frequência maior de casos de AVP (36,9%).

A importância do tipo de crime sexual não reserva apenas interesse forense, mas revela riscos que podem ser críticos para a aquisição de DST e do HIV. A exemplo, a taxa de infectividade do HIV em relação heterossexual vaginal, consentida e única, varia de 0,08% a 0,2%. Se o coito for anal, eleva-se para 0,1% a 0,3%⁽¹¹⁾. Situação grave foi observada neste estudo (Tabela 1), onde os dois tipos de crime foram violentamente impostos para quase 54% das adolescentes estudadas. É importante ressaltar que o estupro entre adolescentes com menarca também pode resultar em gravidez⁽⁶⁾.

A intimidação psicológica (38%) e a violência presumida (34,5%) foram formas predominantes de constrangimento nas adolescentes analisadas (Tabela 2), corroborando evidências de outros autores^(1,2,12,13). Na perspectiva da saúde, esse dado é crítico para explicar a pequena ocorrência de traumatismos físicos. O uso da força física como único instrumento (8%) faz com que os danos genitais não excedam os 5% e que os extragenitais pouco superem os 10%⁽¹²⁾. No entanto cabe salientar que sua ocorrência potencializa os riscos de infecção pelas DST e pelo HIV, além da morbimortalidade que produzem⁽¹¹⁾. Na perspectiva da justiça, embora o constrangimento seja decisivo para qualificar o crime sexual, persiste a equivocada exigência de provas materiais do abuso. Nesse sentido, a baixa prevalência de danos físicos frustra a expectativa dos operadores do direito que, muitas vezes, inter-

pretam sua ausência como falsa alegação de crime sexual^(6, 13, 14).

A violência presumida também influencia a cronicidade do abuso sexual, encontrada em mais de 90% das adolescentes investigadas (Tabela 3). Atribui-se a ela um perverso mecanismo que impede a denúncia. O silêncio da criança ou da adolescente é conseguido por meio de tratamento preferencial, coerção, ou pelo temor reverencial⁽¹³⁾. Há evidências do fato na Tabela 7, dada a escassa denúncia feita pela própria adolescente (2,3%). O abuso repetido eleva sobremaneira a exposição ao risco de DST, HIV e gestação. Tratando-se de incesto, resulta em danos emocionais ainda mais complexos, que se refletem em alarmantes taxas de tentativa de suicídio^(4, 11). Um aspecto relevante deste estudo foi mensurar o tempo e a prevalência dessa cronicidade, informação ainda escassa em nosso meio.

Os resultados encontrados sobre tipo de crime, constrangimento e cronicidade do abuso sexual não podem ser devidamente entendidos se descontextualizados da questão do agressor. Muitas investigações sustentam que o perpetrador é conhecido e próximo da vítima, com taxas variando de 50% a 70%. Esses números podem ser ainda maiores se a vítima é adolescente ou criança^(1, 4, 13). Alinhando-se a essa premissa, os agressores conhecidos constituíram maioria nesta casuística (Tabela 4). Pai e padrasto, as maiores freqüências, somaram quase 70% dos casos. Em vista disso, torna-se compreensível que a média de idade encontrada para o agressor seja quase três vezes maior do que a verificada entre as adolescentes analisadas (Tabela 5). Apesar de causar perplexidade, a literatura assegura que os agressores mais freqüentes são exatamente os mesmos que deveriam ser, em tese, os principais responsáveis por garantir segurança e desenvolvimento integral para a criança ou adolescente^(1, 13). Neste estudo, entre os agressores não-aparentados, destacam-se moradores da comunidade como os mais freqüentes (9,6%), resultado semelhante aos de outros estudos^(1, 12, 13).

Quanto à atividade da adolescente no momento da violência sexual (Tabela 6), a predominância de agressores com laços consanguíneos observada neste estudo explica a elevada freqüência de crimes sexuais praticados em ambiente pri-

vado (87,4%), quase sete vezes maior do que a somatória das demais freqüências das categorias estudadas (12,6%). Nossos resultados estão em conformidade com a literatura, que descreve o abuso sexual na adolescência como fenômeno notadamente intrafamiliar^(2, 4). Esse conceito ainda não está incorporado devidamente por provedores de saúde e operadores da Justiça, que relutam em acreditar na possibilidade de situação tão nefasta. Ao contrário, crianças e adolescentes que relatam sofrer abuso sexual dentro de casa deveriam ter sua história, por mais improvável que parecesse, cuidadosamente acolhida e adequadamente investigada⁽¹³⁾.

Oferecer credibilidade para a palavra de crianças e adolescentes com relato de abuso sexual, nos serviços de saúde, obedece ao princípio jurídico de *presunção de veracidade*⁽⁹⁾. Esse dispositivo, entre outros importantes efeitos, permite romper o ciclo da violência e oferecer proteção social e legal para a vítima de acordo com a gravidade dos riscos que ela enfrenta. Assim, o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente tornou dever legal dos profissionais de saúde a comunicação dos casos de que tenham conhecimento, mesmo quando suspeitos, sem que se faça necessário apresentar provas materiais⁽⁸⁾. A comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude pode e deve ser realizada, pautando-se tão-somente no relato da criança e do adolescente^(1, 6, 8, 9). Contudo os dados desta investigação (Tabela 7) lamentavelmente sugerem pouca participação dos profissionais de saúde na origem das denúncias (5,8%). As adolescentes estudadas dependeram principalmente de um parente para interromper o abuso (75,8%). A ocorrência de gravidez resultante de estupro, uma das mais graves violações de direitos sexuais e reprodutivos, foi cerca de 2,5 vezes maior entre as adolescentes estudadas do que as médias esperadas. O resultado sugere que a gravidez exerça forte pressão sobre a família e a comunidade para que se revele o abuso, principalmente nos casos de incesto⁽¹⁵⁾.

A destacada participação materna, com quase 60% das comunicações, merece atenção. Segundo estudos, a mãe geralmente percebe ou sabe do incesto. Mas costuma ignorá-lo, trocando de papel com a filha. Para manter a aparente normalidade

da família, consente a situação, consciente ou inconscientemente, até que um fator a obrigue a encarar os fatos do abuso⁽¹⁶⁾. A tese psicanalítica sugerindo passividade materna não deve ser encarada como improvável. Ainda que a metodologia deste estudo seja inapropriada para relacionar essas variáveis, é inquietante notar que 58,2% dos casos de abuso se prolongaram por mais de um ano e 12,6% por mais de cinco anos, sendo a mãe a principal fonte de denúncia, sem questionar por quais motivos necessitou tanto tempo para reconhecê-lo ou revelá-lo.

O resultado do exame pericial do IML foi a variável de estudo com maior dificuldade de acesso formal. Por esse motivo, em 62,2% dos casos não foi possível resgatar informações mínimas ou mesmo confirmar a realização da perícia. Apesar de comprometer o estudo da variável, a análise dos exames disponíveis convida à reflexão. Das 32 perícias realizadas, 93,7% não apresentaram qualquer evidência ou prova material do crime sexual. Considerando-se a distribuição dos crimes sexuais (Tabela 1) e subtraindo-se os casos de AVPO e outros AVP (30%), de evidências materiais pouco prováveis, em 70% dos casos o abuso possibilitaria, teoricamente, o encontro de elementos no exame pericial. No entanto isso foi verificado em apenas 6,3% dos casos. Mesmo assim, é necessário advertir que esse resultado não divergiu da literatura. Por exemplo, o estupro apresenta elementos comprobatórios para 13,3% e 4,1% das estatísticas dos IML de São Paulo e Belo Horizonte, respectivamente^(10, 17).

A ameaça, sob o aspecto de intimidação, e a pequena taxa de traumatismos físicos são fatores discutidos que certamente colaboram para justificar a limitação da medicina forense. Mas outros devem ser agregados. Apenas 11% das vítimas realizam a perícia nas primeiras 24 horas da violência, comprometendo, por exemplo, a detecção de espermatozoides⁽¹¹⁾. O diagnóstico de rotura himenal recente esbarra na precocidade da vida sexual da adolescente que, em mais de 60% dos casos, se inicia antes do abuso sexual⁽¹²⁾. Se virgens, resta o problema da complacência himenal, presente entre 10% e 33% dos casos, o que limita a avaliação do hímen como parâmetro de penetração vaginal⁽¹⁰⁾.

Mesmo diante desses fortes indicadores, as provas médico-legais permanecem paradoxalmente exigidas pela Justiça e, na sua ausência, a adolescente não raramente é desacreditada^(18, 19). De fato constatou-se que a Promotoria Pública não ofereceu denúncia em 20,3% dos casos analisados, alegando, na maioria das vezes, falta de provas materiais. O direito à justiça, fundamental para o exercício dos direitos humanos das mulheres, fica obstruído pela incapacidade de se entender e admitir a limitação da medicina forense. Em consequência, poucos agressores são responsabilizados, apesar de a violência sexual ser severamente condenada pelos textos clássicos do direito^(1, 14).

Acredita-se que, por falta de provas materiais, mais de 95% dos agressores não são punidos pela Justiça^(14, 19). Contudo, neste estudo, 31,2% dos agressores foram condenados, resultado bastante superior aos de outros estudos. O dado, embora tímido para minimizar a impunidade, abre novas expectativas. A condenação, quase cinco vezes mais freqüente que as taxas de positividade do exame pericial, sugere que outros fatores compõem, efetivamente, a decisão da Justiça. Mesmo considerando a falta de acesso à parte significativa dos resultados dos exames periciais, raramente os mesmos foram citados nas sentenças condenatórias. No entanto, nas mesmas sentenças há fortes indicadores de valoração das contribuições dos serviços de saúde especializados e do trabalho interdisciplinar do CERCA. Independente dos motivos, o tempo de condenação e a severidade das penas refletiram o previsto pela Lei 8.072/90, que enquadra o abuso sexual no campo dos crimes hediondos, e a convicção da Justiça pela culpa do agressor^(1, 9, 14).

As adolescentes são as principais vítimas do abuso sexual. Protegê-las do impacto físico e emocional da violência é responsabilidade inegável dos serviços de saúde. Protegê-las do agressor e promover justiça é responsabilidade indiscutível dos operadores do direito. Mas o flagelo do abuso sexual continuará em proporções inaceitáveis se não encontrarmos caminhos que garantam justiça e saúde como direitos humanos indivisíveis⁽²⁰⁾. Devemos isso a todas essas mulheres. De todas as idades. O que nos falta para fazê-lo?

> CONCLUSÕES

Entre as adolescentes estudadas, os resultados desta investigação permitem concluir que:

- o estupro foi o crime sexual predominante;
- a grave ameaça e a violência presumida foram os constrangimentos mais impostos;
- a maioria dos casos de abuso sexual se deu de forma repetida e por tempo prolongado;
- o agressor foi identificado em expressivo número de casos, prevalecendo aqueles do núcleo familiar ou parentes;
- os agressores apresentaram idade superior e desproporcional à idade da adolescente;
- o abuso sexual ocorreu principalmente em espaço privado e doméstico;
- a maior parte dos crimes sexuais foi comunicada às autoridades por familiares, destacando-se a participação da mãe;
- a maioria dos exames periciais não ofereceu elementos de materialidade para o crime sexual;
- a ocorrência de gravidez resultante de abuso sexual foi significativa;
- a condenação foi destino de importante parte dos agressores sexuais, com penas rigorosas e em conformidade com o previsto pela lei.

> REFERÊNCIAS

1. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarian V. Estupro: crime ou *cortesia*? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE. 1998.
2. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. J Miss State Assoc 1998; 39: 366-9.
3. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.
4. National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A report to the nation. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences. 1992.
5. Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Skrinjaric J, Szajnberg NM, Marusic A. Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. Am J Orthopsychiatry 1995; 65: 428-33.
6. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: CREMESP, 2002. p. 71-8.
7. Lourenço MBR. Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa. São Paulo: 2001. Tese de Doutorado, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
8. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 1993.
9. Oliveira J. Código Penal. 25 ed. São Paulo: Saraiva. 1987.
10. Cohen C, Matsuda NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. Rev Paulista Med 1991; 109: 157-64.
11. Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Napoli PC. Estudo da adesão da quimioprofilaxia anti-retroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. RBGO 1999; 21(9): 539-44.
12. Drezett J, Caballero M, Juliano I, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Pediatr 2001; 77(5): 431-9.
13. Flores YM, Gutiérrez LN, Gordillo MQ. Diagnóstico sobre procedimiento probatorio en casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescencia en Nicaragua. Managua: Agencia Española de Cooperación Internacional. 2002.
14. Human Rights Watch. Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil. EUA: Americas Watch. 1992.
15. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 320-4.
16. Brooks B. Preoedipal issues in a postincest daughter. Am J Psychother 1983; 37: 129-36.
17. Campos JR, Nascimento LG, Almeida Jr WJ, Vaintraub MT, Lopes GP. Violência sexual em Belo Horizonte: pesquisa no Instituto Médico-Legal. J Bras Ginec 1994; 104: 227-30.
18. Ferris L, Sandcock J. The sensitivity of forensic tests for rape. Med Law 1998; 17: 333-50.
19. Tucker S, Claire E, Ledray LE, Werner JS, Claire E. Sexual assault evidence collection. Wis Med J 1990; 89: 407-11.
20. Mariscal JDO. Una respuesta de la sociedad a la violencia contra las mujeres. In: Elias RU, Billings DL. Violencia sobre la salud de las mujeres. Monterrey: Ipas. 2003. p. 148-56.

> CURSOS**Pós-graduação na área de Medicina de Adolescentes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)**

Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), Rio de Janeiro-RJ
 Tels.: (21) 2264-2082 / 2587-6570
 E-mail: nesa@uerj.br
 Site: www.lampada.uerj.br

Oficinas de sexualidade

NESA, Rio de Janeiro-RJ
 Tels.: (21) 2264-2082 / 2587-6570
 E-mail: nesa@uerj.br

> EVENTOS NACIONAIS**Simpósio Paulista de Ginecologia: 'Prática Clínica Diária'**

21 e 22 de janeiro de 2005
 Hotel Blue Tree Towers Faria Lima, São Paulo-SP
 Tel.: (11) 3825-2163
 E-mail: carve@carve.com.br

XIV Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica

27 a 30 de abril de 2005
 Foz do Iguaçu-PR
 Site: www.sbp.com.br

XIII Congresso Brasileiro de Nefrologia Pediátrica**III Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia Pediátrica**

29 de abril a 1º de maio de 2005
 Centro de Convenções Mar Hotel, Recife-PE
 Site: www.sbp.com.br

XXIX Congresso de Ginecologia e Obstetria do Rio de Janeiro

6 a 8 de maio de 2005
 Petrópolis-RJ
 Site: www.sgorj.org.br

EVENTOS INTERNACIONAIS <**ADOLECA 2005****II Congreso Cubano y I Congreso Caribeño de Salud Integral en la Adolescencia**

21 a 25 de fevereiro de 2005
 Palacio de las Convenciones Heredia, Santiago de Cuba, Cuba
 E-mails: adolec@infomed.sld.cu
 fcruzan@infomed.sld.cu
 Site: http://cencomed.sld.cu/adoles2005/index.html

8º Congresso Internacional de Saúde do Adolescente

Centro Cultural de Belém, Lisboa, Portugal
 11 a 14 de maio de 2005
 Sites: www.iaah.org
 www.mundiconvenius.pt

XVIII Congresso Latino-Americano de Obstetria e Ginecologia

15 a 21 de maio de 2005
 República Dominicana
 Tel.: 809 689 7672
 Fax: 809 689 7673
 E-mail: cteorganizador@flasog2005.com
 Site: www.flasog2005.com

XV Congresso da Federação Latino-Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência**XVIII Congresso da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil****I Jornada de Saúde Mental da Sociedade Paranaense de Pediatria**

26 a 28 de maio
 Curitiba-PR
 Site: www.sbp.com.br

> INFORMAÇÕES GERAIS

A revista *Adolescência & Saúde* é uma publicação oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com periodicidade trimestral. Aceita matérias inéditas para publicação na forma de artigos originais, artigos de atualização e relatos de casos.

Os textos devem vir acompanhados de carta assinada pelo autor principal e por todos os co-autores para serem avaliados pelo Conselho Editorial e receberem aprovação para publicação.

Os trabalhos devem ser enviados para: *Adolescência & Saúde* – Boulevard 28 de Setembro 109/fundos – Pavilhão Floriano Stoffel – Vila Isabel – CEP 20551-030 – Rio de Janeiro-RJ – Tels.: (21) 2587-6570 / 2587-6571 – Fax: (21) 2264-2082 – e-mail: revadol@uerj.br; ou para Diagraphic Editora – Av. Paulo de Frontin, 707 – Rio de Janeiro-RJ – CEP 20261-241 – a/c Beatriz Couto – e-mail: editora@diagraphic.com.br.

> SEÇÕES DA REVISTA

A revista publica os seguintes trabalhos:

- artigos originais, sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos;
- artigos de revisão, inclusive metanálises, comentários editoriais e cartas de opiniões, quando solicitados a membros do Conselho Editorial;
- resumos de teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses. Os mesmos deverão ter, no máximo, duas laudas (de 2.100 caracteres, com espaços), incluindo, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. O resumo deverá ser enviado em disquete. Em arquivo separado, apresentar o nome completo do autor e do orientador, membros da banca, data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada;
- relatos de casos de grande interesse e bem documentados clínica e laboratorialmente;
- artigos de temas livres, resumos e trabalhos apresentados em eventos científicos.

> APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

É necessário que os trabalhos sejam apresentados em três vias, em páginas separadas e numeradas no ângulo superior direito. Os artigos deverão ser enviados com no máximo dez laudas (de 2.100 caracteres, com

espaços), sem contar as referências. Para os artigos que contenham gráficos ou fotos, o número de laudas deverá ser menor, dependendo da quantidade de imagens. Devem ser também gravados e apresentados em disquete, mencionando-se o nome do arquivo e do *software* utilizado e a versão.

Devem vir acompanhados de carta do autor principal, autorizando a sua publicação e com a sua assinatura e a de todos os co-autores. O artigo passa a ser propriedade da revista, e as opiniões emitidas nos trabalhos são de responsabilidade única dos autores.

a) Primeira página:

- título do artigo;
- nome(s) do(s) autor(es) e titulação(ões);
- nome do serviço onde foi realizado o trabalho;
- endereço, número de telefone, fax e e-mail do autor principal.

b) Segunda página:

- resumo com, no máximo, 200 palavras;
- unitermos, no máximo cinco, formulados com base no vocabulário estruturado DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que pode ser encontrado no endereço eletrônico www.bireme.br.

c) Terceira página:

- título em inglês;
- abstract*;
- key words*.

d) Quarta página:

- carta do autor principal, autorizando a publicação e com sua assinatura e a de todos os co-autores.

e) Texto:

- os artigos originais devem obedecer à seguinte seqüência: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. Referências bibliográficas: no máximo 20;
- os artigos de atualização podem ou não ter subtítulos. Referências bibliográficas: no máximo 30;
- os relatos de caso devem obedecer à seguinte seqüência: Introdução, Apresentação do Caso, Discussão e Conclusão, Referências bibliográficas: no máximo cinco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS <

Devem ser ordenadas alfabeticamente, com base no último sobrenome do autor principal, e numeradas. As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors. Exemplos:

a) Artigos em periódicos:

Dupont W, Page D. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 146-51.

Obs.: Quando houver mais de seis autores, devem-se mencionar os três primeiros seguidos de *et al.*

b) Capítulos de livros:

Swain SM, Lippman ME. Locally advanced breast cancer. In: Bland KI, Copeland EM. *The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases*. Philadelphia: WB Saunders. 1991; 843-62.

c) Livros:

Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. *Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management*. London: Baillière-Tindall. 1989.

d) Referências de trabalhos apresentados em evento: Tarricone V, Novaes SP, Pinto RC, Petti DA. Tratamento conservador do câncer de mama. XI Congresso Brasileiro de Mastologia. Foz do Iguaçu; 1998.

e) Referências de trabalhos de autoria de entidade:

American Medical Association. Mammographic criteria for surgical biopsy of nonpalpable breast lesions. Report of the AMA Council on Scientific Affairs. Chicago: American Medical Association. 1989; 9-20.

f) Referências de teses:

Narvaiza DG. Expressão do antígeno nuclear de proliferação celular (PCNA) no epitélio da mama de usuárias e não-usuárias de anticoncepcional hormonal combinado oral. São Paulo: 1998. Tese de Mestrado, Unifesp-EPM.

g) Artigos de periódico em formato eletrônico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.ede.gov/neidod/EID/eid.htm>.

ILUSTRAÇÕES

Solicita-se que tabelas, gráficos, figuras e fotografias sejam apresentados em folhas separadas, com legendas individualizadas, ao final do trabalho. Preferencialmente as fotografias devem ser em preto-e-branco, em *slide* ou

papel, e as despesas com eventual reprodução de fotografias coloridas correrão por conta dos autores. Fotos eletrônicas só serão aceitas em formato jpg com 300dpi de resolução. Os desenhos em traço precisam ter qualidade profissional para permitir sua reprodução.

PONTOS A CONFERIR

Antes de enviar seu artigo para publicação, verifique os seguintes pontos:

1. O resumo está de acordo com o *abstract*?
2. Os unitermos estão de acordo com as *key words*?
3. Na terceira página consta o título em inglês?
4. A carta de autorização para publicar o artigo, com a assinatura do autor e dos co-autores, foi enviada?
5. A divisão de tópicos está correta?
6. O artigo está dentro do número máximo de laudas?
7. Referências
 - a) O número de referências está correto?
 - b) Todos os artigos citados no texto estão presentes nas referências?
 - c) Todos os artigos presentes nas referências estão citados no texto?
 - d) Os artigos estão digitados de acordo com as normas da revista?
 - e) Os artigos estão em ordem alfabética?
8. Tabelas
 - a) As legendas são auto-explicativas?
 - b) As tabelas apresentam autores que não estão presentes nas referências?
9. Figuras e fotos
 - a) As legendas são auto-explicativas?
 - b) Todas as figuras e fotos estão citadas no texto e vice-versa?
10. Os valores numéricos (principalmente porcentagens) estão calculados corretamente?
11. O disquete a ser enviado contém todo o texto do artigo em Word?
12. As fotos eletrônicas estão em formato jpg com 300dpi?