



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Queiroga Souto, Rafaella; Carvalho Dantas de Araújo, Francisco Kleiton; Leite Cavalcanti, Alessandro
**VIOLÊNCIA SEXUAL: ANÁLISE DE DADOS RELACIONADOS AO ATENTADO VIOLENTO AO
PUDOR**

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 25, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 235-242
Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823359016>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

VIOLÊNCIA SEXUAL: ANÁLISE DE DADOS RELACIONADOS AO ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR

Sexual violence: an analysis of data related to indecent assault

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil das pessoas submetidas ao exame de Atentado Violento ao Pudor (AVP), atendidas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande - PB, Brasil. **Métodos:** Trata-se de pesquisa descritiva e documental realizada com laudos de Atentado Violento ao Pudor (AVP) que ocorreram com homens e mulheres, de qualquer faixa etária, atendidas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande – PB, entre os anos de 2005 e 2009. O instrumento de coleta de dados compreendeu um formulário elaborado com base nas informações existentes nos laudos de AVP. Os dados foram registrados no SPSS, versão 17, e analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Indivíduos do sexo masculino ($n = 85$; 62%), menores de 20 anos de idade ($n = 112$; 81,8%) se constituíram nas principais vítimas. A notificação da violência sexual foi realizada pelos genitores ($n = 34$; 24,8%), principalmente pela mãe ($n = 27$; 19,7%), sendo as delegacias os locais mais frequentes para a denúncia ($n = 134$; 97,8%). A violência foi praticada por um único agressor ($n = 78$; 56,9%), conhecido da vítima ($n = 88$; 64,2%). O crime de estupro foi confirmado em ($n = 48$) 35% dos casos. **Conclusão:** Os homens, em sua maioria jovens, são as principais vítimas do atentado violento ao pudor, e a violência é praticada por um único indivíduo, integrante do círculo social da vítima.

Descritores: Violência Sexual; Violência contra a Mulher; Maus-Tratos Sexuais Infantis; Estupro.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of people submitted to the Indecent Assault Evaluation (IAE) at the Nucleus for Legal Medicine and Dentistry (NUMOL) in Campina Grande - PB, Brazil. **Methods:** This is a descriptive and documentary survey carried out with medical reports of incident assault performed against men and women of any age, who were evaluated at the Nucleus for Legal Medicine and Dentistry (NUMOL) in Campina Grande - PB, Brasil, from 2005 to 2009. Data collection instrument was a specially designed form based on existing information in the IAE records. Data was recorded in SPSS, version 17, and analyzed using descriptive statistics. **Results:** Male individuals ($n = 85$; 62%), under the age of 20 ($n = 112$; 81.8%) were the main victims. The notification of sexual violence was carried out by the parents ($n = 34$; 24.8%), mostly by the mother ($n = 27$; 19.7%), and the police stations were the most frequent location to express the complaint ($n = 134$; 97.8%). The violence was committed by a single perpetrator ($n = 78$; 56.9%), who was known by the victim ($n = 88$; 64.2%). The crime of rape was confirmed in ($n = 48$) 35% of cases. **Conclusion:** The men, most of them young, are the main victims of indecent assault, and violence is committed by one individual, member of the victim's social circle.

Descriptors: Sexual Violence; Violence Against Women; Child Abuse, Sexual; Rape.

Rafaella Queiroga Souto⁽¹⁾
Francisco Kleiton Carvalho
Dantas de Araújo⁽²⁾
Alessandro Leite Cavalcanti⁽²⁾

1) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEEUSP - São Paulo (SP) - Brasil

2) Universidade Estadual da Paraíba - UEPB - Campina Grande (PB) - Brasil

Recebido em: 08/07/2011

Revisado em: 18/10/2011

Aceito em: 30/10/2011

INTRODUÇÃO

As Causas Externas são um problema de saúde pública em todo o mundo. Elas são responsáveis por agravos à saúde de homens e mulheres e, assim, provocam forte impacto no padrão de morbidade da população^(1,2). A violência sexual faz parte das causas externas, e está inserida na 10ª revisão da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Capítulo XX, com o código Y05, sendo titulada como agressão sexual por meio de força física^(3,4).

Conceituar violência é uma tarefa difícil, em virtude da sua magnitude, transcendência, complexidade e capacidade de se perpetuar, com novos recortes, no tempo e espaço^(5,6). A violência pode ser definida como “*o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação*”⁽⁷⁾.

A violência se expressa das mais variadas formas, atingindo crianças, adolescentes, adultos e idosos, independentemente de sexo, posição social e etnia⁽⁸⁾. A prevalência da violência contra os homens é maior na esfera pública, geralmente por pessoas estranhas ou pouco conhecidas. No seio doméstico, o homem, neste caso o parceiro íntimo da vítima, é o principal agressor e exerce o papel de dominação masculina histórica e culturalmente construída pela sociedade brasileira, marcada pelo machismo e patriarcalismo^(9,10).

Historicamente, homens e mulheres têm assumido papéis distintos e estereótipos culturais específicos na sociedade, acarretando desigualdade nessa relação. Ao masculino são exigidos, reproduzidos e naturalizados como próprios do seu comportamento a força, a agressividade e o destemor, enquanto que ao feminino é exigida a suavidade, a abnegação e a obediência⁽¹¹⁾. Desta forma, a violência de gênero tem colocado em pólos distintos homens e mulheres, impondo à mulher o papel de “vítima” e ao homem o de agressor. Este fato está ligado muito mais a fatores culturais que a elementos decorrentes das diferenças meramente biológicas, refletindo a relação de poder vivenciada entre o masculino, dominante, e o feminino, dominado⁽¹²⁾.

Dentre as várias possibilidades de manifestação da violência, encontra-se a violência sexual, considerada como qualquer forma de atividade sexual não consentida e, geralmente, obtida com o uso da força ou intimidação da vítima⁽¹³⁾. A violência sexual tem no estupro (artigo 213 do Código Penal Brasileiro) sua forma mais grave contra a mulher e no atentado violento ao pudor (artigo 214 do Código Penal Brasileiro) sua forma mais grave contra o homem. Isso era o que estava explícito no antigo Código Penal Brasileiro, que conceituava o estupro como: “*Constranger a mulher à conjunção carnal, mediante*

violência ou grave ameaça”. Só era crime constranger a mulher, portanto, só ela podia ser vítima de estupro. Em circunstâncias iguais, sendo o homem constrangido a tal ato, não se podia falar em estupro, mas sim em, no máximo, constrangimento ilegal⁽¹⁴⁾.

O crime de Atentado Violento ao Pudor (artigo 214 do Código Penal Brasileiro), por sua vez, era conceituado como: “*constranger alguém à prática de atos libidinosos diferentes do coito vaginal, incluindo sucção dos mamilos ou genitais, manipulação da genitália de forma erótica, coito anal e oral*”, colocando, tanto o homem quanto a mulher, como possíveis vítimas ou agressores⁽¹⁴⁾. Recentemente, a promulgação da Lei 12.015, de 7 de agosto de 2009, trouxe algumas alterações atinentes a estes dois tipos penais. Assim, o novo conceito de estupro é: “*constranger alguém, mediante violência e grave ameaça, a ter conjunção carnal ou praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso*”⁽¹⁵⁾. Com essas alterações, o conceito de estupro ficou mais abrangente na estrutura típica do delito, pois agora, tanto a conjunção carnal quanto os atos libidinosos são considerados estupro. Além de que, por efeito da inscrição do termo “alguém”, o polo passivo passou a contemplar também o homem como vítima.

A prevalência real da violência sexual é difícil de ser estabelecida, pelo fato de que este é um crime subnotificado, pois, por vergonha, sentimento de humilhação e culpa, constrangimento de submeterem-se à coleta de exames diagnósticos invasivos ou, ainda, pela descrença no sistema jurídico brasileiro, as vítimas têm silenciado^(8,16). Considerando essas limitações, estima-se que cerca de 12 milhões de pessoas por ano sofrem alguma forma de violência sexual no mundo. O tema é pouco estudado no Brasil, sendo estimada uma taxa de 7% de violência sexual na população geral^(13,17).

Face ao reduzido número de estudos relacionados à violência sexual e, consequentemente, ao estupro, o objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil das pessoas submetidas ao exame de Atentado Violento ao Pudor (AVP) atendidas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande, Paraíba.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa descritiva e documental, efetuada a partir da análise dos laudos correspondentes aos exames realizados nas pessoas suspeitas de violência sexual que foram atendidas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), no município de Campina Grande – PB, entre o período de janeiro de 2005 e dezembro de 2009.

O universo compreendeu a análise de 137 laudos de Atentado Violento ao Pudor (AVP) referentes ao período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009, constituindo-se, portanto, na amostra estudada.

A Lei 12.015, de 7 de agosto de 2009, serviu como referência para este estudo, considerando o estupro como: “*constranger alguém, mediante violência e grave ameaça, a ter conjunção carnal ou praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso*”⁽¹⁵⁾, ou seja, os casos confirmados de Conjunção Carnal e de Atentado Violento – AVP são considerados estupro.

A população alvo constituiu-se de homens e mulheres de qualquer faixa etária, que procuraram o serviço com suspeita da ocorrência de violência sexual, tendo os mesmos se submetido ao exame de AVP. Coincidiu com a população da pesquisa. Não se trabalhou com amostra, sendo desnecessário cálculo amostral e amostragem.

O laudo de AVP possui uma parte estruturada, contendo perguntas, que são respondidas, independente de quem realize o laudo; e uma parte não estruturada, que é feita pelos profissionais que encaminham a possível vítima ao NUMOL. A parte não estruturada contém as informações relatadas pelas prováveis vítimas e podem variar dependendo de quem atenda o homem ou a mulher.

O instrumento de coleta de dados consistiu de um formulário específico, elaborado com base nas informações existentes nos laudos de AVP já preenchidos pelos profissionais e com as informações que estavam presentes na maioria dos laudos. As variáveis do estudo abordaram dados socioeconômicos da vítima (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e naturalidade), sobre o agressor (grau de parentesco e quantidade) e sobre a agressão (ano, horário, local, meio empregado, denunciante, consequências, realização de exame DNA e casos confirmados). Pois a violência ocorre em três vertentes, formadas pelos elementos: vítima, agressor e meio ambiente, com sua complexidade e agressão resultante.

Não se excluiu nenhum laudo da pesquisa. Os dados faltantes representaram uma categoria em cada variável. Realizou-se um estudo piloto para verificar a presença de erros e/ou falhas no instrumento de coleta de dados, com informações dos laudos de AVP referentes ao ano de 2004, sendo os resultados não incluídos no presente trabalho.

Três pesquisadores, treinados e supervisionados pelo coordenador da pesquisa, coletaram os dados no período de abril a julho de 2010.

O banco de dados e as análises estatísticas foram realizados com auxílio do Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17 e analisados por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais).

Registrhou-se o projeto no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), sendo o mesmo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAEE 0538.0.133.000-09).

RESULTADOS

Com relação à distribuição das ocorrências segundo o ano, sugere-se que os anos de maior incidência da violência sexual foram 2009 (n = 34; 24,8%) e 2008 (n = 31; 22,6%) (Tabela I).

Tabela I - Distribuição dos laudos de atentado violento ao pudor, segundo o ano de registro. Campina Grande - PB, 2005-2009.

| Ano | Frequência | |
|------------|-------------------|----------|
| | n | % |
| 2005 | 30 | 21,9 |
| 2006 | 15 | 10,9 |
| 2007 | 27 | 19,7 |
| 2008 | 31 | 22,6 |
| 2009 | 34 | 24,8 |
| Total | 137 | 100 |

Tabela II - Dados demográficos e indicadores sociais das vítimas de violência sexual. Campina Grande - PB, 2005-2009.

| Variáveis | Frequência | |
|------------------------|-------------------|----------|
| | n | % |
| Faixa Etária | | |
| 0 a 9 anos | 56 | 40,9 |
| 10 a 19 anos | 56 | 40,9 |
| 20 a 59 anos | 15 | 10,9 |
| > 60 anos | 3 | 2,2 |
| Não Informado | 7 | 5,1 |
| Sexo | | |
| Masculino | 85 | 62 |
| Feminino | 50 | 36,5 |
| Não Informado | 2 | 1,5 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 98 | 71,5 |
| Casado | 4 | 2,9 |
| Não Informado | 35 | 25,5 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 16 | 11,7 |
| Alfabetizado | 10 | 7,3 |
| Fundamental Incompleto | 38 | 27,7 |
| Médio Incompleto | 3 | 2,2 |
| Médio Completo | 1 | 0,7 |
| Não Informado | 69 | 50,4 |
| Profissão | | |
| Estudante | 66 | 48,2 |
| Outras | 15 | 10,9 |
| Não Informado | 56 | 40,9 |

A idade, em média, das vítimas, foi de 12,82, com desvio padrão de 11,01 e amplitude de 69, sendo a mínima de 1 ano e a máxima de 70 anos. Em relação à faixa etária, 56 (40,9%) tinham menos de 10 anos de idade e outros 56 (40,9%) tinham entre 10 e 19 anos. Do total, 85 (62%) pertenciam ao sexo masculino, 98 (71,5%) eram solteiros, 64 (46,7%) não haviam concluído o ensino fundamental e 66 (48,2%) estavam estudando (Tabela II).

A queixa-crime da violência sexual foi realizada, na maioria dos casos, pelos genitores ($n = 34$; 24,8%), dos quais a mãe correspondeu a 27 (19,7%) dessas queixas. As delegacias foram os locais mais procurados ($n = 134$; 97,8%), seguido pelos Conselhos Tutelares ($n = 3$; 2,2%).

Com relação ao horário de ocorrência da violência sexual, as agressões ocorreram com maior intensidade no período noturno, das 18h às 5h ($n = 26$; 18,9%), sendo locais ermos (Escola, Centro de Reabilitação para Menor Infrator, Motel, Hotel-Pensão e Posto de Saúde) os de maior acometimento ($n = 24$; 17,5% dos casos), seguidos da residência do agressor ($n = 13$; 9,5%) e da residência da vítima ($n = 7$; 5,1%) (Tabela III).

Tabela III - Distribuição dos laudos segundo o horário e o local da agressão. Campina Grande - PB, 2005-2009.

| Variáveis | Frequência | |
|----------------------------|------------|------|
| | n | % |
| Horário da Agressão | | |
| Noturno (18h às 5h) | 26 | 18,9 |
| Matutino (6h às 12h) | 15 | 11 |
| Vespertino (13h às 17h) | 16 | 11,7 |
| Não informado | 80 | 58,4 |
| Local da Agressão | | |
| Residência da Vítima | 7 | 5,1 |
| Residência do Agressor | 13 | 9,5 |
| Locais ermos* | 24 | 17,5 |
| Não informado | 93 | 67,9 |

*(Escola, Centro de Reabilitação para Menor Infrator, Motel, Hotel-Pensão e Posto de Saúde).

Com relação ao perfil do agressor, a vítima relatou como conhecido em 88 (64,2%) dos casos. Dentre os perpetradores, outros conhecidos apresentaram maior prevalência ($n = 61$; 44,5%), seguido de vizinhos ($n = 8$; 5,8%) e padrasto ($n = 6$; 4,4%). Em 78 (56,9%) dos casos, a vítima foi violentada por um único agressor (Tabela IV). Sendo mais de um agressor ($n = 16$; 11,7%), a execução em dupla ocorreu em maior frequência ($n = 10$; 7,3%).

O uso da violência física ocorreu em 36 (26,3%) dos casos, sendo a força física o meio mais empregado ($n = 16$; 11,7%). Em três ocorrências (2,2%) a violência resultou em

incapacidade (imediata, mediata e tardia), sendo que apenas um caso (0,7%) externou como incapacidade psicológica. Entre os laudos analisados, 11 casos (8%) envolveram portadores de necessidades especiais, dos quais seis eram deficientes mentais (54,6%) e dois eram portadores de Síndrome de Down (18,2%). Em três laudos (27,2%) não constavam a menção ao tipo de necessidade especial que a vítima possuía.

Tabela IV - Distribuição dos laudos segundo a relação social do agressor com a vítima e o número de agressores. Campina Grande - PB, 2005-2009.

| Variáveis | Frequência | |
|-----------------------------|------------|------|
| | n | % |
| Agressor | | |
| Conhecido | 88 | 64,2 |
| Desconhecido | 9 | 6,6 |
| Não informado | 40 | 29,2 |
| Número de Agressores | | |
| Único | 78 | 56,9 |
| Múltiplo | 16 | 11,7 |
| Não informado | 43 | 31,4 |

A coleta de material para análise de DNA foi realizada em apenas três casos (2,2%), sendo a coleta de material realizada no ânus para dois casos (1,5%) e em um caso no canal vaginal (0,7%).

Confirmou-se a existência de estupro em 48 (35%) dos casos analisados, sendo estes subdivididos em: conjunção carnal ($n = 28$; 58,3%) e Atentado Violento ao Pudor/atos libidinosos ($n = 20$; 41,7%).

DISCUSSÃO

Este trabalho encontra-se entre os raros estudos sobre a violência sexual entre homens e mulheres, buscando compreendê-la como um problema de saúde pública, complexo e de grande magnitude. Porém, é difícil estipular sua prevalência, porque os casos denunciados representam apenas uma pequena parcela do total de ocorrências. Uma das dificuldades de se trabalhar com dados secundários reside no fato de que, em muitas situações, o registro incompleto das informações impossibilita a transcrição fiel dos achados⁽¹⁸⁾. Tal condição foi detectada nesta pesquisa, posto que várias das informações pretendidas não puderam ser obtidas, por não constarem nos documentos analisados, a despeito da importância das mesmas. A ausência dessas informações nas fichas de atendimento e nos laudos oficiais denota o despreparo dos profissionais envolvidos, que negligiam o registro das mesmas. No entanto, a despeito desta limitação, os resultados aqui descritos caracterizam

com fidelidade as vítimas de atentado violento ao pudor no município de Campina Grande, sendo, portanto, de extrema relevância para planejamento de ações nos campos da saúde e da segurança pública.

O sexo masculino foi o mais acometido por violência sexual, representando quase que dois terços das vítimas da atual pesquisa. Este resultado, entretanto, não está em consonância com a literatura existente sobre violência sexual em crianças e adolescentes que aponta o sexo feminino como o de maior acometimento⁽¹⁹⁾. Porém, é comum a violência sexual ocorrer em crianças do sexo masculino⁽²⁰⁾.

Os resultados encontrados no presente estudo evidenciaram que a violência sexual atinge todas as faixas etárias, sendo frequente o acometimento de crianças e adolescentes, posto que ($n = 112$) 81,8% das vítimas tinham entre 0 e 19 anos de idade, sendo ($n = 56$) 40,9% de pessoas na faixa etária de 0 a 9 anos e 11 meses, ou seja, crianças, e ($n = 56$) 40,9%, pessoas entre 10 e 19 anos e 11 meses, adolescentes. Estes dados estão em consonância com a literatura, que identificou uma maior ocorrência de violência sexual entre indivíduos com até 19 anos de idade, variando de 57,3%⁽⁴⁾ a 65,7%⁽¹³⁾. Muito provavelmente, a explicação da maior ocorrência entre vítimas jovens pode estar atrelada ao seu menor poder de defesa em comparação a uma vítima adulta.

A maior parte das vítimas do presente estudo era solteira (71,5%), fato justificado pela idade das vítimas, resultado este em concordância com os descritos previamente no Rio de Janeiro/RJ⁽²¹⁾, em Campinas/SP⁽²²⁾ e em Recife/PE⁽²³⁾.

No atual trabalho prevaleceu, entre as vítimas, pessoas com baixa escolaridade (46,7% não haviam concluído o Ensino Fundamental), corroborando pesquisa anterior, que identificou que 74,2% das vítimas também não haviam concluído o Ensino Fundamental⁽¹³⁾. A baixa escolaridade pode ser explicada pelo grande percentual de crianças e adolescentes, ainda com idade escolar, presentes neste trabalho.

Os dados encontrados na presente pesquisa, com relação ao horário da agressão, corroboram com a literatura existente^(13,21), que enfatizam o horário noturno (18h às 5h) como o de maior acometimento de violência sexual. Fato que reflete a realidade, pois o meliante procura discrição e locais escuros, sendo a noite a melhor opção para cometer o crime e não ser percebido pelas pessoas.

No que tange ao local da agressão, neste trabalho “local ermo (Escola, Centro de Reabilitação para Menor Infrator, Motel, Hotel-Pensão e Posto de Saúde)” (17,5%), seguido da residência do agressor (9,5%), foram os mais citados. Outro trabalho⁽¹³⁾ encontrou resultados semelhantes, local ermo (39,2%), seguido pela residência da vítima (34,3%) e pela residência do agressor (18,6%).

O agressor conhecido prevaleceu no trabalho em tela (64,2%), corroborando com a literatura⁽²²⁾. A relação entre vítima e agressor é muito complexa. A literatura enfatiza que esse conhecimento do agressor pela vítima depende da faixa etária desta última. Crianças têm como algozes, geralmente, pessoas conhecidas, enquanto que vítimas adultas, geralmente, têm como perpetradores os desconhecidos^(22,24).

Com relação ao número de agressores, prevaleceu o agressor único, em 56,9% dos casos da atual investigação, corroborando com estudos prévios^(13,24,25). Como em muitos casos o agressor é conhecido da vítima, ele pratica o ato de violência sozinho, como forma de preservar o sigilo do fato, evitar testemunhas futuras e por representar a pessoa de referência e confiança da vítima, em muitos casos⁽²⁶⁾.

Evidenciou-se, no atual estudo, que, entre os genitores, as mães foram as que mais procuraram as delegacias para apresentarem as queixas-crime (19,7%). Estes dados estão em consonância com os estudos epidemiológicos sobre violência sexual em crianças que apontam as mães como as que mais buscam os serviços de proteção para prestarem queixas⁽¹⁹⁾. Esses dados justificam-se em virtude do grande número de crianças e adolescentes encontrados nesta pesquisa e, também, pelo fato de que a mãe é quem dispensa maior parte do tempo para os cuidados dos filhos. Portanto, em muitas situações, ela é a primeira pessoa a suspeitar da ocorrência de violência sexual.

O uso da força física constituiu o meio mais utilizado (11,7%) pelo agressor para subjuguar as vítimas investigadas na pesquisa em tela. Outros autores demonstraram que esse meio coercitivo foi o mais empregado^(23,27). Nesta casuística, a força física constituiu-se uma ferramenta para a execução da violência sexual, uma vez que a desproporcionalidade física entre vítima e agressor é um fator preponderante e suficiente para garantir a dominação e a exploração das vítimas.

Poucos são os estudos na literatura que descrevem a existência de portadores de necessidades especiais entre as vítimas de violência sexual. No atual trabalho, 8% das vítimas eram deficientes mentais, confirmado, portanto, achados anteriores⁽²⁷⁾. Em virtude da falta de entendimento do ato em si, da reduzida credibilidade em suas falas e da baixa capacidade de reação, esses indivíduos se tornam extremamente vulneráveis à vitimização. Assim, tem sido bastante expressivo o número de casos de estupro de pessoas nesta condição. Estima-se que 50% das deficientes mentais são sexualmente abusadas ao menos uma vez em suas vidas⁽²⁴⁾.

Os casos que foram submetidos à confirmação laboratorial, no presente trabalho, não estavam com os respectivos resultados concluídos no ato da coleta dos dados. No Brasil, a confirmação dos casos através de exames

médico-legais é condição essencial para comprovação da violência sexual sofrida (seja ela atentado violento ao pudor ou conjunção carnal), como também para a identificação do agressor⁽²⁴⁾. Há de se ressaltar que a caracterização dos crimes contra a dignidade sexual são aqueles de mais difícil confirmação pela sexologia forense, sendo frequentemente frustrada a expectativa de obtenção de provas médico-legais para tal confirmação⁽²⁸⁾. Uma das explicações para essa condição é o fato de que muitas vítimas demoram a procurar os serviços de medicina legal e, quando o fazem, já tem transcorrido período superior a 48 horas (do abuso ao exame), tornando-se inviável a coleta de DNA. Outra possível explicação é a contaminação da lâmina, tornando a única prova médico-legal inutilizada.

O estupro foi confirmado em um terço das vítimas do presente trabalho. Aqui já estão inclusos também os casos confirmados de Atentado Violento ao Pudor (AVP), atendendo o que preconiza a nova lei vigente. Porém, os resultados apresentados na literatura existente os abordam em separado (como a lei antiga preconizava) ou associados apenas, quando ocorriam os dois crimes, concomitantemente, contra a mesma vítima. Assim os dados serão discutidos separadamente.

No atual trabalho, o estupro ocorreu em 58,3% (n=28) e o AVP em 41,7% (n=20) dos casos confirmados. Outro estudo⁽²⁶⁾ obteve números semelhantes, onde 40,7% das vítimas sofreram estupro isoladamente, 34,9% foram vítimas de AVP e 24,4% foram vítimas de estupro associado com AVP em suas diversas formas. Em outra investigação⁽²⁹⁾, foi demonstrado que 50% das vítimas sofreram estupro isoladamente, 8,5% AVP e 35,8%, respectivamente, foram vítimas de AVP e estupro concomitantemente.

Apesar da sua gravidade, a violência sexual ainda é um crime sub-notificado. Estima-se que os números registrados representam apenas 20% dos casos existentes. Vários são os motivos que levam uma pessoa a não denunciar o crime. Além de vergonha, sentimento de humilhação e culpa, constrangimento de submeterem-se à coleta de exames diagnósticos invasivos, medo de represália, descrédito com o sistema jurídico e sua morosidade figuram como os grandes entraves para a notificação desse crime. Outro motivo, não menos importante, responsável pelo baixo número de denúncia é que a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por pessoas conhecidas, onde existe um vínculo sentimental ou hierárquico entre os agressores e as vítimas^(21,23,26).

O estudo em tela traz um dado diferencial, chamando atenção para a violência sexual perpetrada contra o homem, apesar de o sexo masculino ter mais dificuldade para revelar que foi violentado. Dado esse que geralmente tem sido critério de exclusão em outros trabalhos. Na literatura nacional são escassos os trabalhos que abordam a violência

sexual contra o homem, em virtude do paradigma cultural que enfatiza a mulher como principal vítima e o homem apenas como grande protagonista desta ação. Mesmo nos casos em que a antiga lei concebia o homem como possível vítima (nos casos de AVP), os trabalhos que abordam essa temática são quase inexistentes. O abuso sexual ocorre para os dois性 e, mesmo que em menores proporções, homens também são vítimas de violência sexual e, desta forma, também são passíveis de serem acometidos por danos advindos deste ato. Em virtude deste fato, a violência sexual contra o homem deve ser melhor estudada em trabalhos futuros, para que, assim, sejam reconhecidos o perfil e o impacto desta agressão na vida dessas vítimas.

Embora haja limitações, principalmente relacionadas ao mau preenchimento dos laudos, estudos deste tipo são valiosos não só para reconhecer as características das vítimas de violência sexual, mas também para contribuir com a construção do conhecimento acerca de um tema complexo que envolve questões sociais, culturais, temporais e individuais.

CONCLUSÃO

A maioria das vítimas de violência sexual era solteira, jovem, de baixa escolaridade e do sexo masculino. O agressor foi único e conhecido da vítima, na maioria dos casos. A agressão ocorreu com maior frequência no horário noturno, sendo a força física o meio coercitivo mais empregado para a prática da agressão.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à direção do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande – PB.

REFERÊNCIAS

1. Jorge MHPM, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(2):228-8.
2. Mesquita Filho M, Jorge MHPM. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(4):579-91.
3. Organização Mundial de Saúde - OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10^a revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1996.
4. Andrade RP, Guimarães ACP, Fagotti Filho A, Carvalho NSC, Arrabal JS, Rocha DM, Medeiros

- JM. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23(9):583-7.
5. Ristum M, Basto ACS. Violência urbana: uma análise dos conceitos de professores do ensino fundamental. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(1):225-39.
 6. Schraiber L, D'oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss M, Durand J, Pinho A. Violência vivida: A dor que não tem nome. Interface Comunic Saúde Educ. 2003; 6(10):41-54.
 7. World Health Organization - WHO. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. . Geneva: WHO; 1996. (Document WHO/EHA/SPI.POA, 2)
 8. Vilella WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2):471-5.
 9. Hatzenberger R, Lima APVR, Lobo B, Leite L, Kristensen CH. Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. Rev Ciênc Cogn. 2010; 15(2):94-110.
 10. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19(Suppl. 2):263-72.
 11. Diniz NMF, Lopes RLM, Gesteira SMA, Alves SLB, Gomes NP. Violência conjugal: vivências expressas em discursos masculinos. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(2):81-8.
 12. Cortizo MC, Goyeneche PL. Judiciarização do privado e violência contra a mulher. Rev Katálysis. 2010; 13(1):102-9.
 13. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERGN, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI, 2004. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26(2):111-6.
 14. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de setembro de 1940 [acesso em 2010 Set 11]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm>
 15. Brasil. Lei n. 12.015, de 07 de agosto de 2009 [acesso em 2010 Set 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei_leis2009.
 16. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Turato ER, Chvatal VLS, Bedone AJ. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. Rev Saúde Pública. 2010; 44(2):325-31.
 17. Kerr-Corrêa F, Tarelho LG, Crepaldi AL, Camiza LD, Villanassi R. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. Rev Psiquiatr Clín. 2000; 27(5):257-71.
 18. Cavalcanti AL, Monteiro BV. Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Scientia Med. 2008; 18(4):160-5.
 19. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. Psicol Teor Pesq. 2005; 21(3):341-8.
 20. Machado HB, Lueneberg CF, Régis EI, Nunes MPP. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. Texto Contexto Enferm. 2005; 14:54-63.
 21. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1):192-9.
 22. Vargas JD. Análise comparada do fluxo do sistema de justiça para o crime de estupro. Dados. Rev Ciênc Sociais. 2007; 50(4):671-97.
 23. Gomes MLM, Neto GHF, Viana CH, Silva MA. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006; 6(supl.1):s27-s34.
 24. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. In: Reunión Internacional Violencia: Ética, Justicia y Salud para la Mujer. Monterrey: Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey; 2000. p. 164-82.
 25. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Ped. 2001; 77(5):413-9.
 26. Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS, Macêdo VG. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(1):7-12.
 27. Reis JN, Martin CCS, Ferriani MGC. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção

- de lesões não-genitais. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):465-73.
28. Moradillo HC, Ramos PR, Galvão LCC. A Importância do PSA (hK3) na sexologia forense. Prova Mat. 2003; 1(1):22-6.
29. Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das mulheres atendidas no programa municipal de atendimento à mulher vítima de violência sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. Semina: Ciênc Biol Saúde. 2006; 27(1):3-11.

Endereço primeiro autor:

Rafaella Queiroga Souto
RuaTucuna, 659/92
Bairro: Perdizes
CEP: 05021-010 - São Paulo - SP - Brasil
E-mail: soutoraellaqueiroga@usp.br

Endereço para correspondência:

Alessandro Leite Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Avenida das Baraúnas, s/n
Bairro: Bodocongó
CEP: 58109-000 - Campina Grande - PB - Brasil
E-mail: dralessandro@ibest.com.br