



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Moreira Costa Veloso Souto, Rayone; Lopes Porto, Denise; Vitral Pinto, Isabella; Flores Vidotti, Carlos Cezar; Barufaldi, Laura Augusta; Gonçalves de Freitas, Mariana; Alves da Silva, Marta Maria; de Lima, Cheila Marina
Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 9, septiembre, 2017, pp. 2909-2918
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677012>

- 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

Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento

Rape and pregnancy of girls aged up to 13 years in Brazil: characteristics and implications in health during gestation, delivery and childbirth

Rayone Moreira Costa Veloso Souto ¹

Denise Lopes Porto ¹

Isabella Vitral Pinto ¹

Carlos Cezar Flores Vidotti ¹

Laura Augusta Barufaldi ¹

Mariana Gonçalves de Freitas ¹

Marta Maria Alves da Silva ²

Cheila Marina de Lima ¹

Abstract Sexual violence against children and adolescents is a serious threat to the rights and full health of this age group. This study aims to describe the characteristics of mothers aged up to 13, and analyze the profile of cases of notified rape in this age range and repercussions of this violence during pregnancy and childbirth. It is a comparative study of the characteristics of gestation and childbirth of girls aged up to 13 who have had children, without or with notification of rape, in the Violence & Accidents Vigilance (VIVA) System of the Brazilian Case Registry Database (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN). A significant percentage (67.5%) of the girls aged up to 13 with children were of the black race/color category. There was repeated violence in 58.2% of cases. The notified rape victims have a higher percentage of birth by cesarean section, late onset and a lower number of prenatal consultations; and their babies had lower birthweight and lower 1-minute Apgar scores than mothers without rape notification. Rape of children and adolescents is an important risk factor that has repercussions during pregnancy, and complications in delivery and childbirth.

Key words Rape, Children's health, Adolescents' health, Teenage pregnancy, Sexual violence

Resumo A violência sexual contra crianças e adolescentes representa uma grave ameaça aos direitos e à saúde integral desse grupo etário. O objetivo do presente estudo foi descrever as características de mães com até 13 anos, analisar o perfil dos casos de estupro notificado nessa mesma faixa etária e as repercussões dessa violência durante a gravidez e parto. Trata-se de estudo comparativo das características da gestação e parto de meninas de até 13 anos que tiveram filhos, sem e com notificação de estupro no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN). O percentual de meninas até 13 anos que tiveram filhos foi maior em negras (67,5%). A violência de repetição ocorreu em 58,2%. As vítimas de estupro notificadas tiveram maiores percentuais de cesárea, início tardio e menor número de consultas de pré-natal; e seus bebês tiveram peso ao nascer e Apgar do 1º minuto piores que das mães, sem notificação de estupro. O estupro de criança e adolescente é um fator de risco importante que repercute na gestação, em complicações no parto e no nascimento.

Palavras-chave Estupro, Saúde da criança, Saúde do adolescente, Gravidez na adolescência, Violência sexual

¹ Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. SRTVN 701, Via W5 Norte, Ed. PO700, 6º andar – DANTPS. 70723-040. Brasília-DF

rayone.costa@saude.gov.br

² Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

Introdução

As violências contra crianças e adolescentes representam grave ameaça aos direitos humanos e à saúde desse grupo etário¹⁻³. As meninas e mulheres são mais susceptíveis à situação de violência sexual, devido às desigualdades nas relações de gênero e aos valores patriarcais da sociedade⁴, tendo consequências individuais e sociais⁴⁻⁶.

Segundo o Código Penal Brasileiro^{7,8}, as relações sexuais com menores de 14 anos são tratadas como crime sexual contra vulnerável, independente da comprovação de discernimento ou não para o consentimento da vítima, ou de quaisquer outras circunstâncias⁸.

No caso de estupro em crianças e adolescentes, crime contra a dignidade e liberdade sexual⁹, que inclui a conjunção carnal¹⁰ ou outros atos libidinosos, as consequências são ainda mais graves, podendo resultar em gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, lesões nos órgãos sexuais e comprometimento da saúde mental, podendo gerar efeitos de longo prazo e intergeracionais^{4,5,9,11}.

Estudo realizado na América Latina observou que entre 7% e 36% das mulheres relataram terem sofrido algum tipo de abuso sexual na infância⁴. No Brasil, os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública registraram 45.460 casos de estupro em 2015, referentes a mulheres e de homens¹². No entanto, sabe-se que, em média, 89% das vítimas são do sexo feminino¹² e há grande sub-registro dos casos à polícia. Estima-se que, a cada ano, ocorram 527 mil tentativas ou casos de estupros consumados no país, dos quais somente 10% são reportados à polícia⁹. No ano de 2015, o Viva/Sinan registrou 162.575 casos de violência contra a mulher, sendo que, desse total, 17.871 (10,99%) foram notificações de estupro, dos quais 6.706 (37,52%) casos ocorreram em meninas de 0 a 12 anos¹³.

O objetivo do presente estudo foi descrever as características de mães com até 13 anos, analisar o perfil daquelas que foram notificadas por estupro nessa mesma faixa etária e as repercussões dessa violência durante a gravidez e o parto. A hipótese é que além dos impactos inerentes à gravidez precoce, o estupro se torna um fator de risco adicional importante na gravidez, no parto e no nascimento. Espera-se contribuir no subsídio a políticas e ações integradas de enfrentamento do problema, com a saúde ocupando papel importante no cuidado às crianças e adolescentes vítimas dessa violência, e também, na articulação da rede intersetorial.

Método

Trata-se de estudo comparativo das características da gestação e parto de meninas de até 13 anos que tiveram filhos, sem e com notificação de estupro no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN). A escolha da faixa etária se deu em função do corte legal da definição de estupro, que considera menores de 14 anos.

Primeiramente, foram descritas características de todas as meninas de até 13 anos que tiveram filhos (total). Para isso, foram utilizados dados oriundos da Declaração de Nascidos Vivos (DN) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc. Foram descritas as variáveis: região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste); ano de nascimento (2011 a 2015); idade da mãe (8 a 13 anos); raça/cor (negra = preta + parda, branca, indígena e ignorado – as amarelas (n = 51) foram inseridas na categoria ignorado, pois o número é muito pequeno); estado civil (casada, solteira, união estável, e ignorado – as viúvas (n = 7) e separadas (n = 16) foram incluídas na categoria ignorado devido ao pequeno número).

Foi realizado *linkage* dos bancos de dados do SINASC e SINAN, no qual foram consideradas as meninas de até 13 anos com filhos (SINASC) e meninas de até 13 anos com notificação de estupro (SINAN). O relacionamento dos casos foi feito utilizando a técnica dos filtros de Bloom¹⁴. Foram consideradas como variáveis de pareamento entre os bancos de dados: nome da paciente no SINAN e nome da mãe no SINASC, data de nascimento da paciente no SINAN e data de nascimento da mãe no SINASC e município de residência, nos dois sistemas. Os pares com escore máximo (10.000) foram considerados como pares verdadeiros. Em seguida, todos os pares com escore inferior a 10.000 foram analisados considerando o nome da paciente e a data de nascimento (quando um dos bancos não tinha a informação da data de nascimento, a validação foi feita pela idade da vítima). Após o processo de validação dos pares, obteve-se 1.273 casos.

O período de análise foi de 2011 a 2015. Em 2011, foi aprovada a Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011¹⁵, que “define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições

aos profissionais e serviços de saúde”, agregou as notificações de “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” à Lista de Notificação Compulsória – LNC e determinou que os agravos relacionados sejam notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, por meio da Ficha de Notificação Individual¹⁶. O ano de 2015 é o último com informações consolidadas. As duplicidades de notificações de violência foram excluídas anteriormente ao relacionamento dos bancos de dados.

Para os casos identificados no linkage, foi realizada uma descrição da violência através das variáveis: provável autor do estupro (namorado/ex-namorado, amigo/conhecido, pai/padrasto, cônjuge/ex-cônjuge, desconhecido, outros – cuidador, patrão/chefe, relação institucional, policial/ agente da lei, mãe/madrasta); local de ocorrência do estupro (residência, via pública, escola/habitação coletiva/local de prática esportiva, outro – bar ou similar, comércio/serviços, indústria/construção); violência de repetição (sim, não); procedimento realizado (profilaxia DST, profilaxia HIV, profilaxia Hepatite B, contracepção de emergência, sem procedimento).

Por fim, foi realizada a comparação entre características de gestação e parto de filhos de meninas de até 13 anos sem e com notificação de estupro. As variáveis que foram comparadas são: idade; raça/cor; estado civil (conforme categorização descrita anteriormente); consultas pré-natais (nenhuma, 1 a 5 consultas e 6 consultas e mais); trimestre da primeira consulta de pré-natal (1º, 2º, 3º e ignorado); tipo de parto (vaginal ou cesáreo); semanas de gestação (classificadas em pré-termo – até 37 semanas –, a termo – de 37 a 41 semanas e pós-termo – 42 e mais semanas); peso ao nascer (menos de 2.500g e 2.500g ou mais); Apgar no 1º e no 5º minutos (0 a 3, 4 a 7, 8 a 10 e ignorado) e local de nascimento (hospital, domicílio, outro estabelecimento de saúde, outros e ignorado). A comparação entre os dois grupos foi realizada através do teste qui-quadrado de independência para verificar se há diferença estatisticamente significativa entre as proporções. Foram excluídas as categorias ignoradas para a realização do teste.

Resultados

De acordo com o SINASC, no período de 2011 a 2015, 31.611 meninas até 13 anos tiveram filhos, sendo elas predominantemente negras (67,5%). A maioria desses nascimentos ocorreu na região

Nordeste (39,4%), alcançando quase o dobro da região sudeste (23,2%) que é mais populosa. Apesar da maior parte dessas meninas serem solteiras (76,1%), chama a atenção o fato que 19,6% delas informarem união estável (Tabela 1).

A partir da integração dos dados SINAN e SINASC foi possível identificar que a maior parte dessa violência sexual notificada ($n = 1.273$) teve como provável autor o namorado/ex-namorado/cônjuge/ex-cônjuge (51,6%), seguido de amigo/conhecido (17,6%) e pai /padrasto (13,0%). O local onde, predominantemente, ocorreu o evento foi a residência (69,3%), o que mostra uma relação direta com o autor, ou seja, pessoas próximas do convívio familiar. A violência de repetição ocorreu em 58,2% dos casos (Tabela 2).

Quanto aos procedimentos realizados nos serviços de saúde para prevenir gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), observou-se que apenas 6,4% das vítimas fizeram profilaxia de DST, 7,1% profilaxia de HIV, 4,8% profilaxia de Hepatite B e 1,3% de contracepção de emergência (Tabela 2).

Quando comparadas as proporções relativas às características da gestação, parto e bebês filhos de meninas de até 13 anos sem e com notificação de estupro, observou-se diferença estatisticamente significativa em todas as variáveis, com exceção do Apgar no 5º minuto ($p = 0,557$) e do tipo de parto ($p = 0,463$) (Tabelas 3 e 4).

No grupo daquelas que foram notificadas por estupro, a proporção de meninas de até 12 anos foi maior em comparação com o grupo daquelas que não tiveram notificação, 25,9% e 14,7%, respectivamente. Mães negras e solteiras foram a maioria em ambos os grupos, sendo mais prevalentes no grupo das notificadas, 77,2% e 86,2% respectivamente, contra 75,8% e 77,6% (Tabela 3).

As mães notificadas por estupro tiveram maior percentual de filhos prematuros (menor que 37 semanas de gestação) – 26,4% dos casos contra 20,8% nas mães sem notificação de estupro, assim como iniciaram o pré-natal mais tardiamente, visto que a proporção de início da consulta no primeiro trimestre da gravidez foi 48,6%, enquanto no grupo das não notificadas foi 56,8%. O percentual de meninas que fizeram o número de consultas recomendadas (6 ou mais consultas) foi menor no grupo com notificação de estupro (51,7%) do que no sem (56,5%) (Tabela 3).

Com relação às características do parto e do recém-nascido, o cesáreo foi mais prevalente em mães vítimas de estupro notificado (42,3%) em relação às não notificadas (41,2%). O baixo peso

Tabela 1. Características de meninas até 13 anos, com filhos registrados no Sinasc, 2011-2015.

Características	n (31.611)	%
Região de residência		
Norte	6.657	21,1
Nordeste	12.444	39,4
Sudeste	7.323	23,2
Sul	2.632	8,3
Centro-Oeste	2.555	8,1
Ano		
2011	6.797	21,5
2012	6.671	21,1
2013	6.491	20,5
2014	5.832	18,5
2015	5.820	18,4
Idade		
8 anos	5	0,0
9 anos	7	0,0
10 anos	78	0,2
11 anos	555	1,8
12 anos	4.135	13,1
13 anos	26.831	84,9
Raça/cor*		
Negra (preta + parda)	21.345	67,5
Branca	5.394	17,1
Indígena	1.388	4,4
Estado civil**		
Solteira	24.069	76,1
União estável	6.199	19,6
Casada	617	2,0

Fonte: Sinasc/MS.

*Raça cor ignorado + amarela: 3.484 (11%). **Estado civil ignorado + viúvas + separadas: 726 (2,3%).

Tabela 2. Características do provável autor e do evento relacionado ao estupro de meninas de até 13 anos, notificadas no Sinan, que tiveram filhos segundo registro no Sinasc, 2011-2015.

Características	n	%
Provável autor do estupro	n = 1273	
Namorado/ex-namorado	523	41,1
Amigo/conhecido	224	17,6
Pai/padrasto	166	13,0
Cônjuge/ex-conjuge	134	10,5
Desconhecido	55	4,3
Outros*	171	13,4
Local de ocorrência do estupro	n = 1259	
Residência	872	69,3
Via pública	32	2,5
Escola/habitação coletiva/local de prática esportiva	22	1,7
Outros **	81	6,4
Ignorado	252	20,0
Violência de repetição	n = 1273	
Sim	741	58,2
Não	224	17,6
Ignorado	308	24,2
Procedimento realizado	n = 1273	
Profilaxia DST	82	6,4
Profilaxia HIV	90	7,1
Profilaxia Hepatite B	61	4,8
Contracepção de emergência	16	1,3
Sem procedimento	1024	80,4

Fonte: Sinasc/Sinan/MS.

* Outros inclui cuidador, patrão/chefe, relação institucional, policial/agente da lei, mãe/madrasta... ** Outros inclui bar ou similar, comércio/ serviços, indústria/construção ...

ao nascer dos bebês também ocorreu mais frequentemente das mães vítimas de estupro notificado, com 19,5%, sendo que naquelas que não reportaram essa violência, esse percentual foi de 14,5% (Tabela 4).

O Apgar, índice que avalia as condições de higiene do bebê ao nascer, tanto no 1º quanto no 5º minuto de vida, demonstrou maior proporção de recém-nascidos de mães vítimas de estupro notificado, 3,6%, receberam priores notas (0-3) no Apgar de 1º minuto, enquanto que das não notificadas foi de 2,4%. Para Apgar do 5º minuto, os percentuais foram 1,1% e 0,8%, respectivamente, mas esse resultado não alcançou significância estatística (Tabela 4).

As mães até 13 anos com notificação de estupro tiveram maior percentual de parto no hospital (99,1%) do que aquelas não notificadas (97,4%). Por outro lado, o percentual de parto

domiciliar foi, respectivamente, de 0,5% e 1,8%, ou seja, bem maior nas mulheres que não foram notificadas por estupro.

Discussão

O estudo aponta um número elevado de meninas de até 13 anos com filhos. As meninas-mães notificadas por estupro tiveram maiores percentuais de cesárea, início tardio e menor número de consultas de pré-natal; e seus bebês tiveram peso ao nascer e Apgar do 1º minuto piores que das mães sem notificação. O estupro de criança e adolescente é um fator de risco importante que repercute na gestação, em complicações no parto e no nascimento.

Apesar do rigor da lei ao caracterizar toda gravidez no universo de meninas considera-

Tabela 3. Comparação entre características da mãe e da gestação de filhos de meninas de até 13 anos sem e com notificação de estupro, 2011-2015.

Características	Sem notificação de estupro		Com notificação de estupro		Total		valor p*
	n	%	n	%	n	%	
Idade da mãe							0,000
8 a 11 anos	593	2,0	52	4,1	645	2,0	
12 anos	3.858	12,7	277	21,8	4.135	13,1	
13 anos	25.887	85,3	944	74,2	26.831	84,9	
Total	30.338	100,0	1.273	100,0	31.611	100,0	
Raça/cor da mãe							0,016
Branca	5.194	19,3	200	16,7	5394	19,2	
Indígena	1.314	4,9	74	6,2	1388	4,9	
Negra: preta + parda	20.419	75,8	926	77,2	21345	75,9	
Total	26.927	100,0	1.200	100,0	28127	100,0	
Estado Civil da mãe							0,000
Solteira	22.982	77,6	1.087	86,2	24.069	77,9	
Casada e União estável	6.642	22,4	174	13,8	6.816	22,1	
Total	29.624	100,0	1.261	100,0	30.885	100,0	
Semanas de gestação							0,000
Menor que 37 semanas (pré-termo)	5.442	20,8	315	26,4	5.757	21,1	
37 a 41 semanas (a termo)	19.477	74,5	841	70,4	20.318	74,3	
42 e mais semanas (pós-termo)	1.232	4,7	39	3,2	1.271	4,6	
Total	26.151	100,0	1.195	100,0	27.346	100,0	
Trimestre da primeira consulta pré-natal							0,000
1º	13.980	56,8	534	48,6	14.514	56,4	
2º	9.113	37,0	494	45,0	9.607	37,4	
3º	1.530	6,2	70	6,4	1.600	6,2	
Total	24.623	100,0	1.098	100,0	25.721	100,0	
Número de consultas pré-natal							0,004
nenhuma	332	1,2	14	1,2	346	1,2	
1 a 5 consultas	11.297	42,3	572	47,1	11.869	42,5	
6 e mais consultas	15.101	56,5	628	51,7	15.729	56,3	
Total	26.730	100,0	1.214	100,0	27.944	100,0	

Fonte: SINAN/SINASC.

* Teste Qui-Quadrado de independência.

do neste estudo, como estupro, outras questões como início precoce da atividade sexual e o consentimento devem ser consideradas para que as políticas públicas de saúde sejam melhor desenhadas. Nesse contexto, acredita-se que aquelas meninas com notificação de estupro foram, em sua maioria, vítimas de relação sexual forçada, o que geraria mais repercussões para a saúde física e psíquica das mães, com reflexo na saúde gestacional e parto. Também é possível que os casos que chegaram ao serviço de saúde são os de maior gravidade. Caso contrário, do ponto de vista da atenção à saúde, se tratássemos todos os casos da mesma forma, ou seja, todas as meninas-mães como vítimas de estupro, se esperaria

melhores resultados para os casos notificados, visto a possibilidade de maior acesso ao sistema de saúde e proteção. Portanto, no universo de meninas-mães, os dados revelam que aquelas que sofreram violência sexual, captadas por meio da notificação, são mais vulneráveis do que aquelas que não notificaram o estupro.

A maior concentração de nascimentos de crianças, de mães com até 13 anos no Nordeste, apontou para questões relacionadas às condições socioeconômicas e desigualdades sociais historicamente conhecidas, que contribuem para a maior vulnerabilidade dessas meninas. Dados da Pense 2012, pesquisa de base populacional realizada em 110.109 estudantes cursando o 9º

Tabela 4. Comparação entre características do parto e dos bebês filhos de meninas de até 13 anos sem e com notificação de estupro, 2011-2015.

Características	Sem notificação de estupro		Com notificação de estupro		Total		valor p*
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de parto							0,463
Vaginal	17.782	58,8	734	57,7	18.516	58,7	
Cesáreo	12.468	41,2	537	42,3	13.005	41,3	
Total	30.250	100,0	1.271	100,0	31.521	100,0	
Peso ao nascer							0,000
menos de 2500g	4.391	14,5	248	19,5	4.639	14,7	
2500g e mais	25.896	85,5	1.025	80,5	26.921	85,3	
Total	30.287	100,0	1.273	100,0	31.560	100,0	
Apgar 1º minuto							0,024
0 a 3	679	2,4	44	3,6	723	2,4	
4 a 7	4.723	16,4	195	15,8	4.918	16,4	
8 a 10	23.392	81,2	996	80,6	24.388	81,2	
Total	28.794	100,0	1.235	100,0	30.029	100,0	
Apgar 5º minuto							0,557
0 a 3	227	0,8	13	1,1	240	0,8	
4 a 7	1.059	3,7	48	3,9	1.107	3,7	
8 a 10	27.482	95,5	1.176	95,0	28.658	95,5	
Total	28.768	100,0	1.237	100,0	30.005	100,0	
Local de nascimento							0,000
Hospital	29.399	97,4	1.259	99,1	30.658	97,4	
Outros estabelecimentos de saúde	255	0,8	5	0,4	260	0,8	
Domicílio	544	1,8	6	0,5	550	1,8	
Total	30.198	100,0	1.270	100,0	31.468	100,0	

Fonte: SINAN/SINASC.

* Teste Qui-Quadrado de independência.

ano do ensino fundamental, em turnos diurnos de escolas públicas e privadas do Brasil, aponta que escolares cujas mães têm menor escolaridade e que trabalham fora apresentam maior chance de relação sexual¹⁷. A escolaridade é usualmente adotada na literatura como um proxy das condições socioeconômicas.

A análise por raça/cor, também reforçou a condição de desigualdade social, em que crianças e adolescentes negras estão mais susceptíveis à violência sexual.

Como é de se esperar, pela pouca idade, a maioria das meninas que tiveram filhos eram solteiras. Entretanto, o elevado número de união estável e casamento pode ser explicado, em parte, pela tentativa de ascensão social e de busca pela independência do seio familiar, substituindo os laços com os pais, pela dependência afetiva ou financeira do casal¹⁸, porém muitas vezes essa expectativa não é correspondida.

No Brasil, a idade legal para o casamento é 18 anos, no entanto, de acordo com o Código Civil, adolescentes podem se casar antes dos 16 anos, sem o consentimento dos pais, no caso da ocorrência de gravidez¹⁹. Entre os países da América Latina e do Caribe, o Brasil se destaca pelo alto número absoluto de matrimônio na infância e adolescência¹⁹. Apesar do SINASC registrar a alta prevalência de meninas até 13 anos casadas ou com união estável no período de 2011 a 2015, não é possível determinar a idade dos parceiros e estima-se uma grande subnotificação desse dado, já que os casamentos na infância, no Brasil, têm natureza predominantemente informal¹⁹.

O matrimônio infantil, definido pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CRC) como uma união envolvendo pelo menos um cônjuge abaixo dos 18 anos¹⁹, é uma violação dos direitos humanos e na maioria dos casos se trata de uma prática nociva^{3,19}.

Estudo realizado nas áreas urbanas de Belém e São Luís¹⁹ destacou as principais consequências do casamento na infância e adolescência: gravidez e problemas relacionados à saúde materna e infantil; atrasos e desafios educacionais; limitações à mobilidade e às redes sociais das meninas; e exposição à violência do parceiro íntimo¹⁹. Portanto, a gravidez nessa faixa etária representa fator de risco e elemento desestruturador da vida dessas meninas²⁰.

O crime de estupro é um dos mais perversos, pois atinge o corpo, a mente e a dignidade das vítimas. O sofrimento gerado pode levar à depressão e outros transtornos mentais, inclusive pode resultar na tentativa de suicídio²¹, além de outros sérios impactos para a saúde e a qualidade de vida das vítimas, como maior risco de deterioração da saúde física, principalmente da saúde sexual e ginecológica⁶. Também são descritas como consequências dessa violência, o menor uso de métodos anticoncepcionais, maior possibilidade de gravidez em idades precoces e maior risco de repetição da agressão^{1,6}.

A análise comparada a partir da integração dos dados de notificação de estupro (SINAN) e dos nascimentos de crianças (SINASC) de mães até 13 anos, no período de 2011 a 2015, evidenciou um percentual de estupros notificados de 4%, perfazendo um total de 1.273 casos nesse período. Estima-se subnotificação de casos, tendo em vista que o processo de implementação do VIVA não ocorreu de modo homogêneo, em todo território brasileiro, de modo que alguns municípios são mais sensíveis à essa vigilância. Esse resultado aponta para um fenômeno complexo e, muitas vezes, de difícil caracterização.

Se por um lado, de acordo com o Código Penal Brasileiro^{7,8}, as relações sexuais com menores de 14 anos são tratadas como crime sexual contra vulnerável, independente da comprovação de discernimento ou não para o consentimento da vítima, ou de quaisquer outras circunstâncias⁸, por outro, quando se trata da relação com parceiros íntimos, outras características incluindo a questão do consentimento, início da atividade sexual e a idade do possível autor, por exemplo, deveriam ser consideradas, caso a caso, dentro do contexto, para a identificação mais fidedigna dessa violência, visando assim traçar estratégias mais específicas e adequadas para o seu enfrentamento.

Considera-se como limitação do estudo a subnotificação de casos de violência sexual e, por outro lado, a ocorrência de notificação de estupro devido apenas à questão legal, mesmo

quando a relação sexual foi consentida. Pois, em alguns casos, a gravidez pode representar de uma escolha no âmbito do seu repertório familiar e contexto social¹, em outros, não se pode deixar de lado, o fato de que o início da atividade sexual precoce nem sempre é uma decisão consciente, na qual se avalia os riscos e as consequências, ou livre de dúvidas²².

O início da atividade sexual precoce é realidade no Brasil, algo que se assemelha ao perfil da América Latina, pelo qual se observa que, nas últimas décadas, houve um aumento significativo deste²³. No Brasil, dados da Pense 2012 apontaram que 13,7% das adolescentes menores de 13 anos já tiveram relação sexual alguma vez na vida, sendo que 9,6% são crianças menores de 12 anos de idade, do total de 107.468 alunos participantes da pesquisa cursando o 9º ano do ensino fundamental^{17,24}.

Dessa forma, verifica-se que há dificuldades das políticas públicas em garantir os direitos sexuais e reprodutivos a essas adolescentes e seus parceiros, seja pelo conservadorismo cultural que nega a prática sexual nos primeiros anos da adolescência ou pela falta de efetividade dos serviços de saúde, educação e assistência social²⁵.

Além da análise considerada quanto aos agressores, ressalta-se que parte importante da violência sexual contra crianças e adolescentes é cometida por pai/padrasto, amigo ou pessoa conhecida, representando 30,6% dos casos. Esses resultados se assemelham a vários estudos^{6,9,26-28} e revelam o caráter relacional e íntimo⁵ desse tipo de violência. Pesquisa realizada em Curitiba apontou que, no grupo de crianças agredidas sexualmente com até 12 anos, 83,6% dos agressores eram pais ou padrastos, parentes próximos, amigos ou conhecidos²⁹. Estudo realizado pelo Ipea, com dados de notificação de violência em 2011, revelou que 56,3% dos agressores das crianças eram os próprios pais, padrastos, amigos ou conhecidos da vítima⁹. Destacou também que, em geral, 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima, e nesses casos a residência foi o local principal (79%) onde ocorreu o estupro⁹.

A violência de repetição, em 58,2% dos casos, revela o caráter crônico e perverso e tendem a se tornar progressivamente mais graves³⁰. A violência quando não interrompida, pode gerar adoecimento, morte ou sequelas físicas e emocionais que irão acompanhar a vítima, ao longo da vida. Como consequências não letais da violência de repetição contra mulheres e que geram adoecimento, incluem-se problemas crônicos, tais

como dores de cabeça, dor abdominal, infecções vaginais, distúrbios do sono e da alimentação; e doenças de efeito retardado, incluindo artrite, hipertensão, e doenças cardíacas³⁰. Estudo de caso realizado no Hospital General Dr. Manuela Gea González no México em adolescentes de até 18 anos, apontou que 49% das crianças relataram abuso repetido de duas a mais de dez vezes²⁸. Outro estudo realizado no Centro de Medicina Reprodutiva e Desenvolvimento Integral da Adolescência da Universidade do Chile, com adolescentes até 19 anos, evidenciou que 39% dos casos, a agressão foi reiterada⁶. Portanto, a violência de repetição em mulheres notificadas evidencia a fragilidade da rede em prover cuidados de saúde e de proteção com o objetivo de interromper o ciclo de violência e preservar vidas.

A análise comparativa, entre o grupo de meninas que tiveram filhos até 13 anos notificadas e não notificadas por estupro, demonstra que esse tipo de violência sexual reproduz uma situação de vulnerabilidade e de risco para a saúde materna e do recém nascido, principalmente entre as crianças e adolescentes negras. Meninas-mães notificadas por estupro tiveram piores desempenhos, no que se refere ao início precoce de pré-natal (1º trimestre) e maiores percentuais de parto cesáreo e hospitalar. Da mesma forma, os bebês de mães que foram notificadas por estupro nasceram com maior percentual de baixo peso e piores resultados no Apgar do 1º minuto.

A gravidez em crianças e adolescentes com menos de 15 anos pode apresentar diversas complicações ao bebê, como maior frequência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, Apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, maior frequência de doenças perinatais e mortalidade infantil²⁵.

No caso da gravidez proveniente do estupro, a situação de vulnerabilidade da criança ou adolescente se agrava, já que representa um evento não desejado e produto de uma violência⁶. Portanto, intensificam-se os índices dos diversos problemas de saúde da gravidez precoce, somando-se ainda a menor chance de ter pré-natal adequado, depressão e de contrair infecção por transmissão sexual, incluindo o HIV^{1,3,31,32}. A condição de saúde das mulheres fica mais fragilizada nos casos em que a violência ocorre quando está grávida, podendo resultar em diversos traumas, o que também pode trazer consequências para o desenvolvimento do feto e da criança^{1,31,32}.

Além disso, elas devem tomar decisões difíceis, como a continuação ou a interrupção da gravidez⁶. Em estudo realizado na cidade de Cali, Colômbia⁶,

das mulheres que continuaram com a gestação decorrente de estupro, observa-se que para a maioria não foi uma decisão consciente ou pessoal, e decorreu de carência de acesso para interrupção, falha nos métodos empregados, pressões externas ou falta de conhecimento sobre seu estado⁶.

Estudo desenvolvido no Centro de Medicina Reprodutiva e Desenvolvimento Integral da Adolescência, no Chile, acompanhou 48 adolescentes que ficaram grávidas após a violência sexual e comparou os resultados com um grupo da mesma faixa etária com gravidez como produto de um relacionamento⁶. Identificou-se no grupo de estudo atitude negativa em relação à gravidez, persistindo sentimentos de frustração e culpabilidade, assim como maior morbidade da adolescente durante a gestação, parto e puerpério, com maior frequência de pontuação Apgar para o recém-nascido menor que 7 nos primeiros 5 minutos⁶.

Pesquisa com dados de uma coorte de mães e crianças conduzida pelo Instituto Norueguês de Saúde Pública apontou que a preferência pelo parto do tipo cesárea foi maior entre mulheres que sofreram violência na infância, assim como a prevalência de pré-eclampsia, com diferença estatisticamente significativa em comparação com o grupo de mulheres não expostas à violência na infância³³. A proporção de mulheres com parto vaginal espontâneo foi equivalente para os grupos caso e controle³³.

O Código Penal Brasileiro, em seu artigo nº 128, permite a realização do aborto em duas circunstâncias excepcionais: em caso de necessidade, se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou em caso de gravidez decorrente de estupro, com consentimento da gestante ou de seu representante legal³⁴. Os serviços de aborto legal são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o entendimento jurídico é que a mulher tem o direito a realizá-lo no caso de estupro, independente da autorização judicial ou de processo contra o autor do crime⁸, porém, na prática, nem sempre esse direito é garantido.

Portanto, conclui-se que a gravidez na infância e adolescência é um tema polêmico e controverso no debate sobre saúde sexual e reprodutiva²⁰. É preciso ponderar aspectos como a idade das meninas, o início da atividade sexual, o consentimento e a idade do pai da criança, para caracterização mais confiável da violência e proposição de políticas públicas para enfrentamento do problema. E para tanto é preciso, dentre outros aspectos, a qualificação da informação no SINASC com melhor preenchimento das variá-

veis referentes à mãe, gestação e, principalmente, a idade do pai da criança. Também torna-se necessário qualificar a informação sobre “local de ocorrência” e “violência de repetição” no SINAN, visto o elevado número de Ignorado, que significa uma limitação nesse estudo.

A violência de repetição, a gravidez proveniente de estupro e a baixa ocorrência de procedimentos mínimos, como a oferta de profilaxia das DST e a contracepção de emergência e do aborto legal (previsto no artigo nº 128 do Código Penal Brasileiro) demonstram que as redes de atenção estão falhando. Apesar da institucionalização desses serviços³⁵, na prática, os resultados sugerem que essa oferta não acontece de forma satisfatória e oportuna.

A violência infligida a crianças e adolescentes é reconhecidamente uma das principais ameaças contra a saúde, os direitos humanos e a segurança pública no Brasil e nas Américas²⁶. Portanto, a promoção da saúde e da cultura da paz deve resultar da combinação de políticas públicas que

proporcionem uma estrutura social para o desenvolvimento individual da criança e adolescente e de sua família²⁶.

A Atenção Básica é um espaço privilegiado para a detecção do problema, porque têm, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher os casos de violência contra a criança e o adolescente, o mais precocemente possível^{35,36}. Um grande desafio do setor saúde é vencer a fragmentação e garantir a atenção integral, e informações necessárias para a decisão sobre a continuidade ou não da gravidez, bem como o acesso referenciado ao serviço que realiza o aborto legal, oportunamente.

A rede intersetorial deve estar sensível aos casos de violência contra crianças e adolescentes, assim como atender às especificidades dos adolescentes no campo da saúde sexual e reprodutiva, considerando as desigualdades de gênero, raça/cor, orientação sexual e de classe social, e envolvendo os adolescentes e jovens do sexo masculino²⁰.

Colaboradores

RMCV Souto participou da concepção e delineamento do estudo, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. DL Porto participou do desenho e análise dos dados. IV Pinto participou substancialmente da redação, análise e aprovação final do artigo. CCF Vidotti participou da análise e revisão. LA Barufaldi participou do desenho, análise e interpretação dos mesmos, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. MG Freitas participou da concepção do estudo, da consolidação do banco do linkage, da revisão crítica do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Sullca TF, Schirmer J. Violência Intrafamiliar na Adolescência na cidade de Puno-Peru. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(4):578-585.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: MS; 2012.
3. Onu Mujeres. *Um marco de apoyo a la prevención de la violencia contra la mujer*. Washington: United Nations Women; 2015.
4. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. *Violência Sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários*. Pretoria: Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual; 2010.
5. Silva LMP, Cardoso MVLM. *Abuso sexual: o atendimento a crianças e adolescentes e os profissionais de saúde*. Recife: EDUPE; 2007.
6. Universidad de Chile. *Violencia Sexual y Embarazo: producto de Violación. Diálogos sobre el Aborto “Parir las Hablas”*. [acessado 2017 fev 24]. Disponível em: <http://web.uchile.cl/archivos/VEXCOM/ParirLasHablas/#2/z>

7. Brasil. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 10 ago.
8. Ventura M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. São Paulo: UNFPA; 2009.
9. Cerqueira D, Coelho DSC. *Nota Técnica nº 11: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília: MS; 2016.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington: OPS; 2013.
12. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Violência contra a mulher: o desafio de articulação da vigilância com a rede de atenção e proteção. In: MS. *Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti*. Brasília: MS; 2016. p. 131-154
14. Schenell R, Bachteler T, Reiher J. Privacy-preserving record linkage using Bloom filters. *BMC Medical informatics and decision making* 2009; 9(41):1-11.
15. Brasil. Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 26 jan.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)*. Ficha de Notificação Individual. [acessado 2017 mar 6]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf.
17. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, Giatti L, Barreto SM. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):116-130.
18. Adamo FA. Sexualidade: alguns aspectos. In: Saito MI, Silva LEV, organizadores. *Adolescência: prevenção e riscos*. São Paulo: Atheneu; 2001.
19. Taylor AY, Lauro G, Segundo M, Greene ME. "Ela vai no meu barco." *Casamento na infância e adolescência no Brasil. Resultados de Pesquisa de Método Misto*. Rio de Janeiro, Washington: Instituto Promundo, Promundo-US; 2015.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: MS; 2010.
21. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J. bras. Psiquiatria*; 2005; 54(2):146-154.
22. Almeida AMB. *Primeira Infância e Gravidez na Adolescência*. Fortaleza: Instituto da Infância (IFAN); 2013/2014.
23. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368(9548):1706-1728.
24. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
25. Cavasin S, organizador. *Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de pesquisa*. São Paulo: ECOS; 2004.
26. McAlister A. *La Violencia Juvenil en Las Americas: Estudios innovadores de investigación, diagnostic y prevention*. Organization Panamericana de la Salud; 2000.
27. Llave TV. *Abuso Sexual: Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*. Peru: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2012.
28. Escobedo-Chávez E, Loeza-Fuentes DV, Nájera RIG, Díaz-Aguirre MJ, Flores-Nava G, Thompson-Chagoyán O. Abuso sexual en pediatría: factores epidemiológicos. *Bol. Med. Hosp. Infant Mex* 1995; 52(9).
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2004.
30. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women. The hidden health burden*. Washington: World Bank; 1994. (World Bank Discussion Papers, 255).
31. Bohn DK, Holz KA. Sequelae of Abuse: Health Effects of Childhood Sexual Abuse and Rape Domestic Battering. *J Nurse Midwifery* 1996; 41(6):442-456.
32. Berenson, AB, San Miguel VV, Wilkinson GS. Prevalence of physical and sexual assault in pregnant adolescents. *J Adoles Health* 1992; 13(6):466-469.
33. Lukasse M, Vangen S, Øian P, Scheie B. Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG* 2010; 117(9):1153-1157.
34. Souza CM, Adesse L. *Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios, 2004*. Rio de Janeiro: Lidaador; 2005.
35. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica* 2002; 36(4):470-477.
36. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface (Botucatu)* 1999; 3(5):11-27.

Artigo apresentado em 10/12/2016

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 30/05/2017