

O abuso sexual na interface entre a Saúde e a Lei¹

Jefferson Drezett²; Lia Junqueira³; Irene Pires Antonio⁴; Fabricia Silva Campos, Marina Cartaxo Patriota Leal, Renata Iannetta⁵.

Introdução

A violência contra a mulher atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher estabelece como 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⁾.

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 6 minutos e que cerca de 25% das mulheres tenha experimentado algum tipo de contato sexual não consentido durante a infância ou adolescência ^(2,3). O National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center relata que 683 mil mulheres são estupradas anualmente nos EUA. Estima-se que 200 mil crianças americanas sofra 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 risco dos demais grupos etários ⁽⁴⁾.

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 consequências 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 re-inserção social da vítima ^(2,3).

A exata prevalência do abuso sexual e de suas consequências 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. O problema da subnotificação se agrava quando o agressor é conhecido pela vítima, como ocorre no abuso sexual intrafamiliar na infância ou 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, freqüentemente, 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 a baixa expectativa da vítima em relação aos 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 conseguir cuidados apropriados ou em 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 das DST/HIV. Promovem o acompanhamento interdisciplinar, o tratamento e a reabilitação dos danos causados pela violência, incluindo-se a garantia de

¹ Adaptado do Artigo “Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos”, vencedor do I Prêmio Científico Saúde Feminina, promovido pela Farmoquímica, durante o 9º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da SOGESP, agosto de 2004, e publicado pela revista “Adolescência e Saúde”.

² Ginecologista. 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, São Paulo.

³ Advogada. Coordenadora do Centro de Referência da Criança e do Adolescente, Ordem dos Advogados do Brasil, São Paulo.

⁴ Psicóloga. Ex-Membro do Centro de Referência da Criança e do Adolescente, Ordem dos Advogados do Brasil, São Paulo.

⁵ Médicas Residentes em Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo

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 se apercebem da 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, freqüentemente 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 e informações fundamentais para compreender os mecanismos da violência sexual. Sem elas, o exame pericial termina excessivamente valorizado e como única informação sobre os efeitos da violência sobre a saúde da mulher ⁽⁷⁾.

No Brasil, os delitos sexuais são classificados como crimes contra os costumes e, considerados de ação privada. Assim, depende da iniciativa da vítima a abertura do processo criminal, exceto em algumas condições, como quando o delito 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 como *estupro* 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 *atentado violento ao pudor* (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 para as 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 ⁽¹¹⁾.

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⁾.

A intimidação psicológica e a violência presumida são formas de constrangimento que explicam 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, interpretam sua ausência como falsa alegação de crime sexual ^(6,13,14).

A violência presumida também influencia a cronicidade do abuso sexual. 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⁾. O abuso repetido eleva sobremaneira a exposição ao risco das 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).

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 entre 50 e 70%. Esses números podem ser ainda maiores se a vítima for adolescente ou criança ^(1,4,13). 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). De fato, a literatura 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⁾. Este 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).

A participação materna nas 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 com a situação, consciente ou inconscientemente, até que um fator a obrigue encarar os fatos do abuso ⁽¹⁶⁾.

A ameaça como 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 sexual da adolescente que, em mais de 60% dos casos, se inicia sexualmente antes do abuso ⁽¹²⁾. Se virgens, resta o problema da complacência himenal, presente entre 10 e 33% dos casos, que limita a avaliação do hímen como parâmetro de penetração vaginal ⁽¹⁰⁾.

Mesmo frente a esses fortes indicadores, as provas médico-legais permanecem, paradoxalmente, exigidas pela justiça e, na sua ausência, a adolescente não raramente é desacreditada ^(18,19). 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 da 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).

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?

Referências Bibliográficas

1. PIMENTEL, S; SCHRITZMEYER, ALP; PANDJIARJIAN, V. *Estupro: crime ou "cortesia"? Abordagem sociojurídica de gênero*. Porto Alegre: SAFE. 1998. 288p.
2. BEEBE DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. *J. Miss State Assoc* 1998. 39:366-9.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde. 1999. 32p.
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. 287p.
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*. São Paulo: CREMESP, 2ª edição. 2002. 71-78.
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. ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 1993. 105p.
9. OLIVEIRA J. *Código Penal*. 25ª ed., São Paulo: Saraiva. 1987. 483p.
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 antiretroviral 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*. Manágua: Agencia Española de Cooperación Internacional. 2002. 227p.
14. HUMAN RIGHTS WATCH. *Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil*. EUA: Americas Watch. 1992. 70p.
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 Gynec*, 1994. 104:227-30.
18. FERRIS, L; SANDECOCK, 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. 148-56.