



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Violência Sexual Contra a Mulher: Estudo no Núcleo de  
Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de  
Campina Grande/PB**

**RAFAELLA QUEIROGA SOUTO**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti.

**CAMPINA GRANDE**

**2010**

**Violência Sexual Contra a Mulher: Estudo no Núcleo de  
Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de  
Campina Grande/PB**

**Rafaella Queiroga Souto**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti.

**CAMPINA GRANDE**

**2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S727v Souto, Rafaella Queiroga.  
Violência sexual contra a mulher: estudo no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de Campina Grande/PB [manuscrito] / Rafaella Queiroga Souto. – 2010.

**100 f. : il. color.**

**Digitado.**

**Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, 2010.**

“Orientação: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Departamento de Ciências Biológicas”.

1. Violência Sexual. 2. Violência contra Mulher. 3. Sociologia Criminal. 4. Estupro. 5. Conjunção Carnal. I. Título.

21. ed. CDD 364.153 2

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Rafaella Queiroga Souto**

**Título: Violência sexual contra a mulher: estudo no núcleo de medicina e odontologia legal (NUMOL) do município de Campina Grande/PB.**

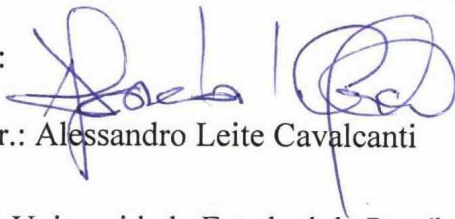
**Orientador(a): Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti.**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em:

Banca Examinadora

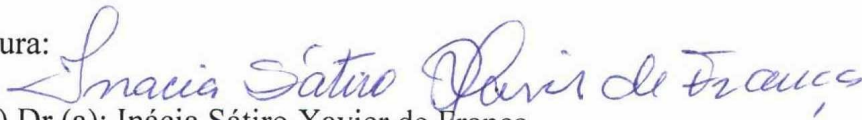
Assinatura:



Prof. (a) Dr.: Alessandro Leite Cavalcanti

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

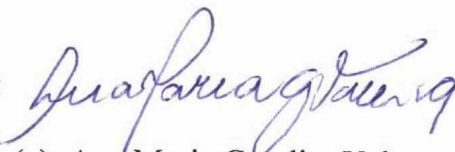
Assinatura:



Prof. (a) Dr.(a): Inácia Sátiro Xavier de França

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Prof. (a) Dr.(a): Ana Maria Gondim Valença

## DEDICATÓRIA

Às mulheres que já sofreram qualquer tipo de violência, seja psicológica, física ou sexual. Que não percam sua dignidade e não deixem de lutar por seus direitos. A denúncia é a melhor defesa! Dedico.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, a quem devo e agradeço todas as conquistas e obstáculos;

Aos meus pais, que me compreendem e me apóiam em minhas decisões;

Meus irmãos e familiares (tios, primos, avô), que acreditam em minha capacidade;

Meu namorado, pelo companheirismo e dedicação;

Meu orientador, que me apóia nas minhas decisões, me ajuda a escolher os melhores caminhos e não deixou de me cobrar para que eu não fugisse em nenhum momento do foco. Nos momentos que eu mais precisei, soube reconhecer minha capacidade e me demonstrar sua amizade;

Meus eternos orientadores (Fabíola, Beatriz Ceballos, Célia Regina, Mônica Maria e Inácia Sátiro), pela base que me ajudaram a construir e que me fizeram enfrentar o mestrado com tranquilidade e dinamismo;

Ao NUMOL (direção e profissionais), não só por autorizarem a realização da pesquisa como por nos ajudarem em todos os aspectos;

Aos meus colaboradores (Renata e Arthur), pela contribuição na coleta de dados;

Aos amigos, colegas de sala do mestrado, colegas de trabalho do HU e da UEPB, alunos de enfermagem e de biologia, companheiros da cathedral e do cursinho, por terem contribuído direta ou indiretamente me dando força para vencer mais esta batalha.

## **EPÍGRAFE**

**“Quem ora soubesse onde o amor nasce, que o semeasse!”**

**Camões**

## RESUMO

SOUTO, Rafaella Queiroga. **VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: ESTUDO NO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL (NUMOL) DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

**Objetivo:** caracterizar a violência sexual praticada contra a mulher atendida no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal - NUMOL do município de Campina Grande/PB. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo transversal descritivo e analítico com dados secundários. Foram analisados 886 laudos de conjunção carnal (casos suspeitos de estupro) atendidos no NUMOL entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009, sendo 295 casos confirmados de estupro que foram alocados segundo a faixa etária. O instrumento de coleta de dados foi formulado de acordo com as informações existentes no laudo de conjunção carnal. Os pesquisadores foram treinados e foi realizado um estudo piloto com laudos de 2004 que foram descartados. Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados: o projeto foi cadastrado no SISNEP, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UEPB e foi autorizado pela direção da instituição. **Resultados:** A frequência da conjunção carnal foi alta (33,29%). Foi observada associação entre a confirmação do estupro e o estado civil, cidade que a vítima reside, escolaridade, relacionamento com o agressor, grau deste relacionamento, idade do agressor, data provável desta agressão, virgindade anterior e violência durante a prática. Em relação aos casos confirmados de estupro, as vítimas são em sua maioria: adolescentes, solteiras, com ensino fundamental incompleto, residentes na zona urbana, naturais de outros municípios e estudantes. Os agressores variam entre adolescentes e adultos, sendo a maioria conhecidos das vítimas, mas que não possuem laços consanguíneos (outros conhecidos) e a maioria agiu sozinho. A maioria das agressões ocorreu em locais públicos, pela manhã, com data provável da violência maior que 20 dias do dia da realização do laudo, foi empregada alguma forma de violência durante a prática, sendo a violência presumida e a força física as mais prevalentes e entre a violência presumida foi a inocência consilli a que apresentou maior frequência. Não foram encontradas lesões em outras regiões do corpo na maioria dos casos. **Conclusões:** A frequência do estupro foi alta e as vítimas são principalmente jovens, solteiras e com baixa escolaridade. Os agressores são em maioria conhecidos das vítimas.

**Descritores:** Violência Sexual. Violência contra a mulher. Estupro. Conjunção Carnal.



## ABSTRACT

SOUTO, Rafaella Queiroga. **SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: A STUDY AT THE NUCLEUS OF LEGAL MEDICINE AND DENTISTRY (NUMOL) IN CAMPINA GRANDE/PB.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

**Objective:** To characterize the sexual violence carried out against women treated at the Center for Legal Medicine and Dentistry - NUMOL in Campina Grande/PB. **Methodology:** This was a cross-sectional descriptive and analytical study that used secondary data. It analyzed reports of carnal intercourse (suspected cases of rape – N = 886) that were registered at NUMOL between January 2005 and December 2009. The 295 confirmed cases of rape were allocated according to the age of the victim. The instrument of data collection was a specific form, drawn up from information in the report of carnal knowledge. The dependent variable was the rape (yes or no) and the others were considered independent. The database and statistical analysis were carried out using SPSS (Statistical Package for Social Sciences). The data were presented using descriptive statistics (mean, range, standard deviation, and frequencies). The study used the Chi-square or Fisher's exact test, PR - prevalence ratio and ANOVA. The significance used was 0.05 with a 95% confidence level. **Results:** The frequency of rape was 33.29%. There was association between the confirmation of the rape and marital status ( $p = 0.009$ ), relationship with the perpetrator ( $p = 0.01$ ) and violence during rape ( $p = 0.000$ ). The victims were mostly adolescents (87.50%), unmarried (87.10%) with incomplete primary education (34.90%), residing in urban areas (50.20 %), born in other municipalities (54.90%) and students (70.50%). The perpetrators varied from adolescents to adults with a mean age of 27.46 years, the majority were acquaintances of the victims (84.06%), but had no blood ties (other acquaintances) (52.82%). There was a predominance of a single perpetrator (82%). Most assaults occurred in public places (13.40%) in the morning (6.10%), with estimated lapse time of more than 20 days between the violence and the report (67.50%). Some form of violence was employed during practice (38%). Presumed violence (34.82%) and physical force (23.23%) were the most prevalent types of violence. The most frequent type of presumed violence was *inocencia consilli* (60.70%). No lesions were found elsewhere on the body in the majority of cases (94.60%). **Conclusions:** The frequency of rape is high, and the victims are mostly young, single and with low schooling. The perpetrators are acquaintances of the victims.

**Descriptors:** Sexual Violence. Violence against women. Rape. Sexual Intercourse.

## ÍNDICE

<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>12</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>20</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	20
3.2 ÁREA DO ESTUDO.....	20
3.3 POPULAÇÃO ALVO E LOCAL DE COLETA DE DADOS.....	21
3.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	21
3.5 INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS.....	25
3.6 ESTUDO PILOTO.....	25
3.7 COLETA DE DADOS.....	26
3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	27
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
4.1 I SEÇÃO.....	28
4.1.1 DISTRIBUIÇÃO DO ESTUPRO.....	28
4.1.2 ASSOCIAÇÃO DO ESTUPRO COM ALGUNS FATORES.....	30
4.2 II SEÇÃO.....	34
4.2.1 ASPECTOS RELACIONADOS COM AS VÍTIMAS.....	34
4.2.2 ASPECTOS RELACIONADOS COM OS AGRESSORES.....	36
4.2.3 ASPECTOS RELACIONADOS COM A AGRESSÃO.....	38
4.2.4 ASPECTOS RELACIONADOS COM AS LESÕES GENITAIS E EXTRAGENITAIS.....	40
.....	
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>62</b>
APÊNDICE A.....	63
APÊNDICE B.....	66
APÊNDICE C.....	67
<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>
ANEXO I.....	69

ANEXO II.....	70
ANEXO III.....	72
ANEXO IV.....	73
ANEXO V.....	77
ANEXO VI.....	10

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1 - Lista das variáveis do estudo, categorias e descrição de cada variável.....</b>	<b>22</b>
---	-----------

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 – Localização da cidade de Campina Grande, PB.....</b>	<b>21</b>
<b>Figura 2 – Distribuição da frequência dos casos confirmados e não de estupro entre 2005 e 2009.....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 3 – Distribuição do estupro entre os meses de 2005 a 2009.....</b>	<b>30</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Demografia da população de Campina Grande/PB.....	20
Tabela 2 – Distribuição da frequência dos casos confirmados e não confirmados de estupro entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009.....	29
Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de estupro entre os meses de cada ano (2005 a 2009).....	30
.....	
Tabela 4 – Distribuição e associações entre o estupro (886 laudos) e as variáveis independentes relacionadas às vítimas.....	31
Tabela 5 - Distribuição e associações entre o estupro (886 laudos) e as variáveis independentes relacionadas aos agressores.....	32
Tabela 6 - Distribuição e associações entre o estupro (886 laudos) e as variáveis independentes relacionadas à	33

agressão.....	
Tabela 7 - Distribuição e associações entre o estupro (886 laudos) e as variáveis independentes relacionadas às lesões em outras regiões do corpo.....	33
Tabela 8 - Distribuição das vítimas segundo a faixa etária, estado civil, escolaridade e região de residência.....	34
.....	
Tabela 9 - Distribuição da faixa etária das vítimas entre os casos confirmados de conjunção carnal entre os anos de 2005 a 2009.....	35
Tabela 10 - Relação entre a faixa etária da vítima e o estado civil, naturalidade, zona que reside, escolaridade e ocupação.....	36
Tabela 11 - Distribuição das vítimas segundo o grau de relacionamento e o número de agressores de acordo com a faixa etária.....	37
Tabela 12 - Relação entre a faixa etária da vítima e seu grau de relacionamento com o agressor e o número de agressores.....	38
Tabela 13 - Distribuição das vítimas segundo o local, horário, data provável da agressão, violência durante a prática, forma de constrangimento, presunção da violência e consequências para a vítima	39
Tabela 14 - Relação entre a faixa etária da vítima e o local da agressão e a data provável.....	40
Tabela 15 - Associação entre a ocorrência de violência e a data provável da agressão e a relação do agressor com a vítima.....	40
Tabela 16 - Distribuição das vítimas segundo a faixa etária, estado civil, escolaridade e região de residência.....	41
.....	
Tabela 17 - Distribuição das injúrias em outras regiões do corpo atingidas.....	42

## 1 INTRODUÇÃO

A violência representa hoje uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente entre o público jovem. Envolve crianças, adolescentes, homens e mulheres. No entanto, tem várias faces e afeta de modo diferenciado a população. Enquanto os homicídios,

em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência sexual acomete, em especial, as mulheres e acontece no espaço doméstico<sup>1-2</sup>.

A violência sexual pode ser definida como qualquer atividade erótica ou sexual que desrespeite o direito de escolha de um dos sujeitos envolvidos, pode ser aguda ou crônica e praticada sob forma de estupro (conjunção carnal forçada por meio de violência), do atentado violento ao pudor (prática de ato libidinoso diverso da conjugação carnal mediante coerção) ou do abuso sexual (ato sexual entre um adulto e uma criança)<sup>3</sup>.

Milhares de mulheres referiram que foram vítimas de violência sexual durante a segunda guerra mundial. O comportamento sádico dos perpetradores permitiu classificar o estupro como de extrema violência, pois algumas mulheres tiveram suas genitais mutiladas com armas, peças de vidro, madeira ou plástico aquecido<sup>2</sup>.

O desequilíbrio de poder entre homens e mulheres resulta em expressões de violência de gênero como a violência sexual. A Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece a violência emocional, física e sexual como um problema de direitos humanos. É um dos aspectos mais negligenciados na gineco-obstetrícia pelo desconhecimento de sua frequência real. As vítimas esperam receber um suporte principalmente do ginecologista, mas em muitos casos, estes especialistas não tiveram a oportunidade de se preparar profissionalmente para atender a esta demanda<sup>4</sup>.

A violência sexual afeta todos os tipos de sociedade e pessoas de qualquer idade, classe social e etnia. Além disso, pode ser investigada em diversos campos das ciências médicas e sociais: medicina legal, medicina clínica, psicologia, criminologia, políticas públicas, entre outros<sup>4</sup>.

O abuso sexual tem sido considerado um problema de saúde pública em vários países, inclusive no Brasil. Apesar do tímido percentual de denúncias, a violência sexual é cada vez mais reportada<sup>5</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 1% a 12% das mulheres maiores de 15 anos de idade já foram vítimas de violência sexual por perpetradores desconhecidos<sup>6</sup> e refere que as estimativas variam entre 2% a 5% nos diversos países do mundo<sup>3</sup>.

Nos Estados Unidos, a prevalência de violência sexual é de 18% em mulheres adultas com incidência anual entre 0,3% e 1,1%<sup>7</sup>. Na África do Sul a prevalência também é alta, mas dificilmente mensurada<sup>6</sup>. Dados mais fidedignos de prevalência são mensurados através de estudos populacionais, pois os registros de hospitais e de institutos de medicina legal só refletem os dados das mulheres que realizam as denúncias. Mesmos nos estudos populacionais é difícil identificar uma prevalência real<sup>4</sup>.

No Brasil, 20 unidades da federação foram investigadas por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para identificar a prevalência do estupro entre janeiro de 1991 a agosto de 1992 e três estados se destacaram: Alagoas (13,3%), Pernambuco (19,1%) e Espírito Santo (19,8%). No Ceará, os dados são fragmentados, a Delegacia da Mulher registrou em suas ocorrências, 35 casos de estupro, enquanto o Instituto de Medicina Legal (IML) realizou 410 exames de estupro<sup>8</sup>.

O impacto da violência sexual é multiplicado quando as mulheres atacadas ficam grávidas e a violência é passada de geração em geração<sup>2</sup>. Poucas são as mulheres que procuram os serviços de saúde imediatamente após sofrerem a agressão sexual. Menos de 10% dos casos de violência sexual são registrados nas delegacias<sup>1</sup>.

O número de casos confirmados de estupro com violência física durante a prática aumenta quando os agressores são desconhecidos. O atendimento imediato reduz a presença de sequelas e diminui a utilização dos serviços de saúde<sup>8</sup>. A violência praticada pelo atual parceiro é considerada o maior problema de saúde pública dos Estados Unidos<sup>9</sup> e é tão prevalente quanto a perpetrada por desconhecidos, mas como a coesão muitas vezes não é física, não deixa vestígios e por isto, não é realizada a denúncia<sup>7</sup>.

O atendimento às vítimas de estupro se divide em cuidados físicos e psicológicos<sup>6,10-11</sup> e coleta de evidências para os processos criminais. Esta última consiste em um laudo realizado tanto pelo médico como por enfermeiros e envolve o exame físico, emocional e de sanidade e observações a cerca de injúrias no corpo incluindo a região genital com coleta de material para exame de DNA que é realizado em laboratório do próprio instituto<sup>6,10</sup>.

Os efeitos psicológicos são mais evidenciados em crianças e adolescentes. A faixa etária entre 15 e 18 anos representa as vítimas mais frequentes do abuso sexual, com os agressores fazendo parte do círculo familiar/amizade da vítima e a maioria dos casos ocorrendo na residência e no período noturno. A prevalência dos danos genitais entre as vítimas é duas a três vezes maior entre as mulheres que ainda não iniciaram a vida sexual. Além disso, cogita-se que a rotura himenal possa aumentar significativamente o risco para DST/Aids<sup>5</sup>.

O abuso sexual na infância e adolescência é visto como fator de risco para a vitimização sexual na idade adulta, independentemente da atuação familiar<sup>12</sup> e para o desenvolvimento de psicopatologias futuras<sup>5,13</sup>, além de consequências físicas e sociais<sup>6</sup> como o abandono da família ou dificuldades na vida familiar<sup>2</sup>. Está mais relacionado que outros tipos de violência à síndrome do stress pós traumático, que inclui desde amnésia do fato ocorrido, uso abusivo de substâncias químicas a tentativa de suicídio e no futuro está



relacionado com outras formas de violência<sup>9-10</sup>. O uso de álcool e drogas também são fatores que aumentam as chances da mulher quando adulta ser vítima de violência sexual<sup>4</sup>.

Desde as ordens Filipinas (antes do advento do código civil brasileiro e quando o Brasil era dominado pela Espanha), punia-se a conjunção carnal em mulher virgem menor que 17 anos, lei que permaneceu vigente em 1830, quando surgiu o Código Penal do Império Brasileiro<sup>14-15</sup>.

O código republicano que substituiu o código penal de 1830 (depois da instauração da república) começou a punir a conjunção carnal em mulheres menores que 21 anos<sup>14,16</sup>. O legislador de 1940 (Getúlio Vargas) amparou a mulher até os 18 anos através do novo Código Penal Brasileiro. Entendia-se que uma mulher de 14 a 18 anos não possuía entendimento sobre o sexo e suas consequências<sup>14,17</sup>.

Atualmente puni-se no Brasil com maior período de reclusão, a conjunção carnal que ocorre em mulheres menores de 14 anos, sendo considerado uma forma de violência presumida absoluta: a *inocencia consilli*. Mesmo compreendendo as diferenças, onde as mulheres se desenvolvem de acordo com a educação e cultura de cada região para a vida sexual, não se pode vigorar mais de uma lei em um só país. Reflexo da sociedade capitalista e globalizada as mulheres iniciam cada vez mais cedo à atividade sexual, por isso estima-se que futuramente esta idade diminua<sup>14</sup>.

O tema da violência doméstica e familiar contra a mulher, em suas diversas matrizes, como já era sentido no meio jurídico e na sociedade em geral, já não comportava mais tão-somente a tutela jurídico-procedimental via Códigos de Processo Penal (1940) e de Processo Civil (1973)<sup>17-18</sup>.

Sendo assim, em 2006 foi promulgada a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para prevenir a violência contra a mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (competência civil e criminal para o processo, o julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência contra a mulher); altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências, passando agora, a unificar em um só processado todas e quaisquer causas fundadas na violência doméstica e familiar contra a mulher, penais e não-penais, eliminando-se, assim, a tutela dispersa e trabalhosa que era dada à matéria<sup>19</sup>.

O Pacto pela Saúde também prevê a realização de campanhas educativas para disseminar a temática da violência entre a comunidade, de forma que o ato possa ser coibido pela sociedade. Objetiva desconstruir os estereótipos e os mitos em relação ao tema, além de

fazer cumprir a legislação, em especial a Lei Maria da Penha, o que tem sido uma grande luta<sup>20</sup>.

Anteriormente a lei descrevia o estupro como “constranger mulher mediante violência ou grave ameaça a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (artigo 213) com reclusão de seis a dez anos caso o agressor fosse condenado<sup>17</sup>. Atualmente, a definição é: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” com mesmo período de reclusão em caso de condenação<sup>21</sup>.

Os exames de corpo de delito e as outras perícias serão feitos por dois peritos oficiais. Não havendo peritos oficiais, o exame será realizado por duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior, escolhidas, de preferência, entre as que tiverem habilitação técnica relacionada à natureza do exame. Os peritos elaborarão o laudo pericial, onde descreverão minuciosamente o que examinarem e responderão aos quesitos formulados. Eles registrarão, no laudo, as alterações do estado das coisas e discutirão, no relatório, as conseqüências dessas alterações na dinâmica dos fatos. No caso de inobservância de formalidades, ou no caso de omissões, obscuridades ou contradições, a autoridade jurídica mandará suprir a formalidade, complementar ou esclarecer o laudo<sup>22</sup>.

Este laudo é realizado no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal – NUMOL, onde são encaminhadas as vítimas de abuso sexual para a realização do exame de conjunção carnal, objetivando a quantificação e a qualificação da(s) lesão(ões) existente(s) através da perícia médico-legal, que é definida como um conjunto de procedimentos médicos e técnicos que tem como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da justiça e produzir prova que é elemento demonstrativo do fato. Deve ser realizada com prudência, visto as circunstâncias que encerra. O resultado do exame é registrado em um laudo que deve possuir uma linguagem clara, objetiva, inteligível e caber minuciosamente as lesões e particularidades que levam a conclusão do que se investiga. Não pode ser substituído por atestado de médico particular<sup>14</sup>.

Os exames de conjunção carnal são um conjunto de vestígios deixados pelo fato delituoso. São os elementos materiais perceptíveis pelos sentidos. As perícias são elaboradas a partir do exame direto de conjunção carnal. Somente quando tal exame direto não é possível é que a lei admite o assim chamado "exame indireto de corpo de delito", isto é, a elaboração da perícia a partir de descrição, testemunho ou outra informação idônea disponível<sup>14</sup>.

O exame de conjunção carnal deve considerar os seguintes aspectos: Histórico (referentes ao ato sexual, data, hora e local, condições que ocorreram, posição e todas as informações que a vítima tiver condições de oferecer), exame subjetivo (condições psíquicas

da vítima, todos os sinais e sintomas que indiquem qualquer tipo de deficiência, pois permite agravamento da tipificação penal), exame objetivo com parte genérica (aspectos gerais da vítima, peso, altura, sinais de agressão física, sinais de gravidez) e específica com a paciente em posição ginecológica e que difere para mulheres virgens (aquela contra a qual não se pode provar a conjunção carnal), não virgens e com hímen complacente. Nas virgens o exame é fundamentado em comprovar rotura himeral. Nas não virgens e com hímen complacente, observa-se a presença de gravidez, contaminação venérea profunda, identificação de esperma na cavidade vaginal, comprovado pela presença do elemento figurado: espermatozóide, mas pode-se identificar a presença de esperma por meio de reações próprias através do reativo de Florence ou pelos métodos de Barbério e de Baecchi, com a lâmpada de Wood (emite luz ultravioleta e o sêmen emite fluorescência, podendo ser detectado em até 72 horas) ou comprovação da fosfatase ácida e glicoproteína P30 ou PSA<sup>14</sup>.

Diante do exposto, esta pesquisa se justifica pela relevância do tema e da inexistência de trabalhos locais com esta abordagem.

## **1 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Caracterizar o estupro praticado contra a mulher atendida no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal - NUMOL do município de Campina Grande/PB.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a frequência dos casos confirmados de estupro no período de 2005 a 2009, em cada um dos anos e a alteração na sua distribuição;
- Identificar associações entre o estupro e variáveis relacionadas às vítimas, aos agressores, à agressão e às lesões;
- Caracterizar as vítimas, os agressores, a agressão e as lesões genitais e corporais dos casos confirmados de estupro;
- Investigar associações entre a faixa etária da vítima e variáveis relacionadas às vítimas, aos agressores, à agressão e às lesões;
- Investigar associações entre o relacionamento da vítima com o agressor e variáveis relacionadas à agressão;
- Observar alterações entre a distribuição da faixa etária da vítima entre os anos de 2005 a 2009.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Tratou-se de um estudo observacional transversal, descritivo e analítico, com método quantitativo de análise de dados.

### 3.2 ÁREA DO ESTUDO

O município de Campina Grande/PB, de acordo com a última estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>23</sup>, tem uma população de 383.764 habitantes, sendo o segundo em população do Estado da Paraíba, exercendo grande influência política e econômica sobre os municípios circunvizinhos. Esta evolução da urbanização pode ser percebida na Tabela 1 que mostra a demografia da cidade de Campina Grande/PB.

Tabela 1: Demografia da População de Campina Grande/PB.

	1970	1980	1991	2000
População Total	195.303.00	247.820.00	326.307.00	355.331.00
Masculina	91.040.00	116.000.00	152.930.00	168.236.00
Feminina	104.263.00	131.820.00	173.377.00	187.095.00
Urbana	167.335.00	228.171.00	307.468.00	337.484.00
Rural	27.968.00	19.649.00	18.839.00	17.847.00

Fonte: CENSOS DEMOGRÁFICOS<sup>24</sup>.

Distante cerca de 120 km da capital do Estado da Paraíba - João Pessoa. Está situada na Região Geográfica da Borborema e na Mesorregião do Agreste Paraibano, ocupando uma área de 620,63 Km<sup>2(23)</sup>. A Figura 1 apresenta a localização do Estado da Paraíba, com destaque para a cidade de Campina Grande.

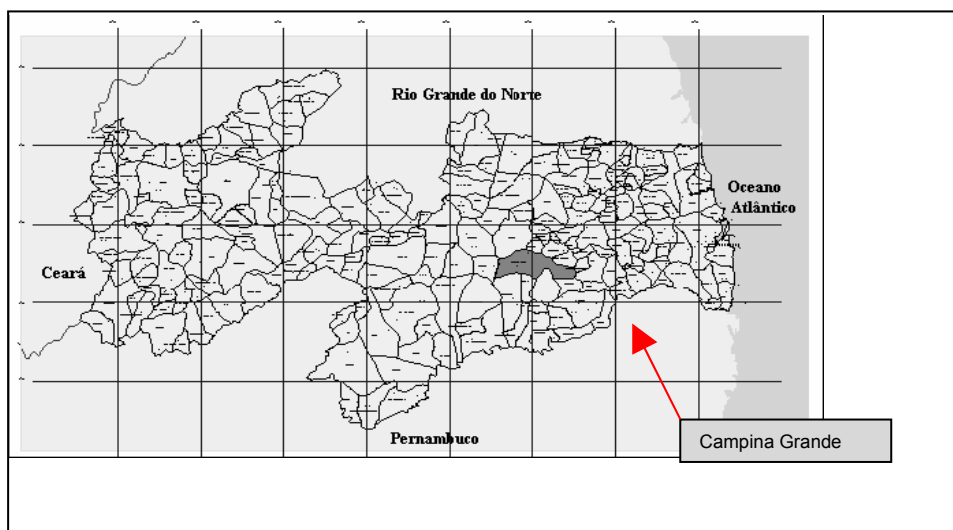


Figura 1: Localização da cidade de Campina Grande, PB

### 3.3 POPULAÇÃO ALVO E LOCAL DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados os laudos médicos dos exames de conjunção carnal, registrados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal – NUMOL de Campina Grande/PB de mulheres (crianças, adolescentes, adultas e idosas) supostamente vítimas de violência sexual, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

As vítimas foram alocadas de acordo com a faixa etária. Foram considerados critérios de inclusão no primeiro momento: todos os laudos de conjunção carnal registrados entre janeiro de 2005 a dezembro de 2009 (886 laudos) e no segundo momento apenas os crimes sexuais de conjunção carnal que foram confirmados (295 laudos). Para a caracterização desse crime sexual foi adotada a definição dos artigos 213 e 214 do Código Penal Brasileiro<sup>25</sup>, com as alterações da Lei 12.015 de 2009<sup>20</sup>.

### 3.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

A variável dependente do estudo foi o estupro (sim ou não), sendo as restantes variáveis independentes. Duas variáveis independentes foram dicotomizadas: faixa etária e relacionamento da vítima com o agressor para realização de testes de associação. Todas as variáveis e suas categorias estão dispostas no quadro 1:

**Quadro 1 – Lista das variáveis do estudo, categorias e descrição de cada variável**

N	Variável	Categorias	Descrição
1	Estupro*	Sim ou Não	Se o caso de estupro foi confirmado
2	Ano	2005 a 2009	Ano que o laudo foi realizado
3	Mês	Janeiro a Dezembro	Mês que o laudo foi realizado
4	Denunciante	Genitores, tios,	Pessoa realizou a denúncia do

		conselheiros, vítima, irmãos ou avós	estupro
5	Genitores	Pai, Mãe ou NA	Qual dos genitores realizou a denúncia. Apenas nos casos em que o denunciante foi o genitor
6	Encaminhamento	Delegacias ou conselhos tutelares	Quem encaminhou a vítima ao NUMOL
<b>Relacionadas às vítimas</b>			
7	Idade	Valor da idade	Quantos anos a vítima tinha na data do laudo
8	Faixa etária	0 – 9 anos, 10 – 19 anos, 20 – 29 anos, 30 – 39 anos, 40 – 49 anos, 50 – 59 anos ou $\geq 60$	Faixa etária da vítima na data do laudo
9	Faixa etária dicotomizada	0 – 19 anos ou $\geq 20$ anos	Faixa etária dicotomizada para realização dos testes estatísticos
10	Estado civil	Solteira, casada, separada ou viúva	Estava civil da vítima na data do laudo
11	Escolaridade	Analfabeta, alfabetizada, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto ou ensino superior completo	Escolaridade da vítima na data de realização do laudo
12	Zona de residência	Urbana ou rural	Zona de residência da vítima na data do laudo
13	Naturalidade	Campina Grande ou outros	Município em que a vítima nasceu
14	Outros	Nome do município ou NA	Nome do município caso não tenha sido Campina Grande
15	Cidade que reside	Campina Grande ou outros	Município que a vítima reside
16	Outros	Nome do município ou NA	Nome do município, caso não seja Campina Grande
17	Ocupação	Estudante ou outros	Ocupação da vítima
18	Outros	Nome da outra ocupação ou NA	Se a vítima não for estudante, qual sua ocupação principal
<b>Relacionadas ao agressor</b>			
19	Idade	Valor da idade	Idade do agressor no dia do laudo
20	Faixa etária	0 – 19 ou $\geq 20$ anos	Idade do agressor dicotomizada
21	Profissão	Nome da profissão	Profissão do agressor referida pela vítima
22	Relacionamento	Conhecido ou Desconhecido	Relação da vítima com o agressor
23	Conhecidos	Pai, padrasto, tio, avô, irmão, atual parceiro, ex-parceiro, vizinho, conhecido do trabalho ou outros conhecidos	Grau de relacionamento entre a vítima e o agressor
24	Número de agressores	Único ou múltiplo	Se o agressor agiu sozinho ou não
25	Quantos	Número de agressores	Quantidade numérica de agressores
<b>Relacionados à agressão</b>			



2 6	Local	Domicílio da vítima ou do agressor, local público ou outros locais	Local onde a ocorrência ocorreu
2 7	Horário	Matutino, vespertino ou noturno	Horário que a agressão ocorreu
2 8	Virgindade anterior	Sim, não ou prejudicado	Se a virgem era virgem ou não antes da agressão
2 9	Data provável	Recente ( $\leq 20$ dias), $\geq 20$ dias ou prejudicado	Tempo provável da ocorrência da agressão em relação à data do laudo O emprego de iluminação do hímen com luz ultravioleta é útil, pois ao incidir em tecidos normais, aparecerá cor violácea. No caso de tecido cicatricial, terá cor branca, tornando-se mais evidente. Diante desses dados, o perito concluiria por ruptura recente (menos de 20 dias) ou ruptura antiga (mais de 20 dias).
3 0	Violência	Sim, não ou prejudicado	Se houve alguma forma de violência durante a prática do estupro, além da violência sexual propriamente dita
3 1	Forma de constrangimento	Força física, grave ameaça, força física e grave ameaça, violência presumida ou prejudicado	Violência utilizada além da violência sexual. A violência presumida se refere à violência onde a vítima está impossibilitada de reagir
3 2	Presunção da violência	Deficiência mental, <i>inocencia consilli</i> , embriaguez ou prejudicado	O que fazia a vítima estar impossibilitada de reagir. A <i>inocencia consilli</i> é referente a violência praticada entre menores de 14 anos
3 3	Consequências para a vítima	Sim, não ou prejudicado	A violência resultou em incapacidade para atividades diárias habituais por mais de trinta dias, perigo de vida, debilidade de membro, debilidade de sentido ou função, aceleração do trabalho de parto, incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membros, sentidos ou função, deformidade permanente, aborto ou outro
3 4	Coleta de material	Sim ou não	Se houve coleta de material para análise de DNA
<b>Relacionadas às lesões</b>			
3 5	Monte de Vênus	Sem lesões ou com hiperemia	Se o monte de Vênus da vítima apresentava algum tipo de lesão
3 6	Fase de desenvolvimento	Desenvolvidos ou em desenvolvimento	Se estavam desenvolvidos ou em fase de desenvolvimento (no caso de crianças)
3 7	Genital externo	Sem lesões, hematoma ou com hiperemia	Se o genital externo da vítima apresentava algum tipo de lesão
3 8	Fase de desenvolvimento	Desenvolvidos ou em desenvolvimento	Se estavam desenvolvidos ou em fase de desenvolvimento (no caso de crianças)
3 9	Genital interno	Sem lesões, com hiperemia, ferimento ou prejudicado	Se o genital interno da vítima apresentava algum tipo de lesão

40	Anus e períneo	Sem lesões, fissura ou ferimento	Se o anus ou o períneo da vítima apresentava algum tipo de lesão
41	Hímem	Rotura completa, rotura incompleta, complacente ou prejudicado	O hímen é um diafragma presente no intróito (começo, entrada) do conduto vaginal, sendo uma membrana perfurada para o escoamento do fluxo catamenial (menstrual) e usualmente se rompe ao primeiro contato sexual. Usualmente se insere na parede vaginal a cerca de 1,5 cm de profundidade em relação à vulva. Quando a rotura é profunda, às vezes apresenta sinais inflamatórios, a borda é irregular e constituída de um tecido cicatricial (o processo cicatricial se completa dentro de 3 semanas). Até 20 dias é possível determinar a data da ruptura. Hímen entalhado (no caso da rotura incompleta): o entalhe é pouco profundo, não alcançando a borda da parede vaginal; os entalhes tem ângulos abertos e bordas regulares, apresentam disposição simétrica e não tem sinais inflamatórios, e, histologicamente, tem o mesmo epitélio da membrana. Hímen complacente: é aquele que tolera a conjunção sem se romper, apresentando-se como uma membrana elástica e/ou geralmente pequena.
42	Consistência	Membranoso ou outro	O hímen pode ser membranoso ou ter carúnculas mitiformes (pedaços de membrana aderidas a parede vaginal)
43	Tamanho da Orla	Pequeno, médio, amplo ou outro	Consiste na membrana himeral propriamente dita.
44	Tamanho do Óstio	Pequeno, médio, amplo ou outro	Borda livre da membrana do hímen de variada configuração. O óstio do hímen nem sempre tem contorno regular. Dá origem as diversas classificações do hímen. Por vezes, surgem irregularidades congênicas que podem suscitar dúvidas ao exame e conseqüentemente às conclusões e implicações judiciárias. Deve-se isso ao fato de que as rupturas também imprimem irregularidades ao óstio. As primeiras, por serem constitucionais, diferem das segundas, que são traumáticas.
45	Tempo de cicatrização	Recente (menor que 20 dias), maior que 20 dias ou prejudicado	O exame da ruptura do hímen recente apurará os caracteres próprios da ruptura, associados ao processo cicatricial em evolução num período inferior à 20 dias: depois disso não se pode calcular a data provável do contato sexual.

			Desde que a cicatrização esteja completa, só poderemos concluir por ruptura antiga (sem data). Ex: carúnculas mirtiformes, que são encontradas nas mulheres que já deram a luz, via vaginal: são pequenos brotos ou pontos cicatriciais situados na região do hímen (são sobras de hímen).
4 6	Injúrias em outras regiões	Sim ou não	Se a vítima apresentou lesões em outras regiões do corpo, além da região vaginal
4 7	Regiões atingidas	Cabeça ou face, membros superiores, membros inferiores ou múltiplas regiões	Quais as regiões onde estas lesões foram visualizadas

**OBS: em todas as variáveis a opção NR estava presente, pois em alguns laudos a informação estava ausente; NA = não se aplica \* variável dependente.**

### 3.5 INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa consistiu em um formulário de coleta de dados desenvolvido a partir das informações existentes nos laudos do NUMOL. Foi composto por 47 variáveis, três numéricas, quatro abertas e o restante categórica separadas em grupos: dados gerais, variáveis relacionadas às vítimas, relacionadas aos agressores, relacionadas à agressão e relacionadas às lesões genitais e de outras regiões (Apêndice A).

### 3.6 ESTUDO PILOTO

Três pesquisadores realizaram a coleta dos dados e foram treinados anteriormente. Em seguida, os examinadores testaram o instrumento de pesquisa (Apêndice A) por meio de um estudo piloto, objetivando verificar a existência de erros ou falhas.

O estudo piloto ocorreu em novembro de 2009 e consistiu na coleta de dados dos laudos de conjunção carnal do ano de 2004, sendo um total de 223 com 111 casos confirmados de estupro. Os resultados não foram utilizados nesta pesquisa e o instrumento de pesquisa não precisou ser alterado.

### 3.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2009 e junho de 2010 envolvendo os laudos de conjunção carnal realizados entre os meses de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

### 3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados e as análises estatísticas foram realizados no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Os gráficos e tabelas foram trabalhados do Microsoft Office Excel 2007.

As análises realizadas foram a estatística descritiva (média, amplitude, desvio padrão e frequências) e inferencial referentes ao teste de associação Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, a RP – Razão de Prevalência e a ANOVA.

Os testes de associação foram realizados entre a variável dependente: estupro e as outras variáveis que são independentes. A faixa etária e relação da vítima com o agressor que foram dicotomizadas e utilizadas para realização de testes de associação com as outras variáveis independentes, entre os casos confirmados de estupro (295 laudos).

As variáveis estupro, ano e faixa etária dicotomizada foram submetidas ao teste de normalidade (Kolmogorov Smirnov Test - KST) e ao teste de homoscedasticidade (Levene – l). Como apresentaram distribuição normal e variância entre as médias, foram submetidas ao teste de variância (ANOVA = F).

A significância utilizada foi de 0,05 com 95% de grau de confiança para todos os testes estatísticos.

### 3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi registrado no SISNEP (CAAE 0538.0.133.000-09) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Seguindo a Resolução 196/96<sup>26</sup>, a coleta dos dados obedeceu à exigência da assinatura voluntária por parte do chefe do setor na instituição do Termo de aceite institucional (Anexo I).

## 4 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em duas seções e em tópicos visando à melhor compreensão do leitor. A primeira seção trata dos casos suspeitos de estupro, correspondendo a análise de 886 laudos, dividido em dois tópicos: frequência do estupro no período de 2005 a 2009 e entre cada ano, além de sua distribuição entre os anos e meses de cada ano. O segundo tópico se refere aos testes de associação entre a existência de estupro e as outras variáveis. A segunda seção contempla apenas os casos confirmados de estupro, totalizando 295 laudos. Está dividido em quatro tópicos: o primeiro mostra a caracterização sócio-econômica das vítimas, o segundo a caracterização dos agressores, o terceiro dos aspectos relacionados à agressão e o último versa sobre as características das lesões genitais e corporais.

## 4.1 I SEÇÃO

### 4.1.1 DISTRIBUIÇÃO DO ESTUPRO

A frequência de casos confirmados de Conjunção Carnal – CC foi de 33,29% entre os anos de 2005 a 2009, sendo 295 casos nos 886 laudos analisados. A frequência anual variou de 30,80% em 2008 a 35,10% em 2006 e estes resultados estão dispostos na tabela 2.

Houve uma diminuição do número absoluto de casos confirmados de conjunção carnal entre os anos 2005 a 2009 (Tabela 2) e um discreto aumento proporcional de 2008 a 2009, como apresentado na figura 2.

**Tabela 2 – Distribuição da frequência dos casos confirmados e não confirmados de estupro entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009**

Ano	Sim		Estupro Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
2005	66	33,70	130	14,67	196	22,10
2006	65	35,10	120	13,54	185	20,90

2007	63	35,00	117	13,20	180	20,30
2008	52	30,80	117	13,20	169	19,10
2009	49	31,40	107	12,07	156	17,60
Total	295	33,30	591	66,70	886	100,00

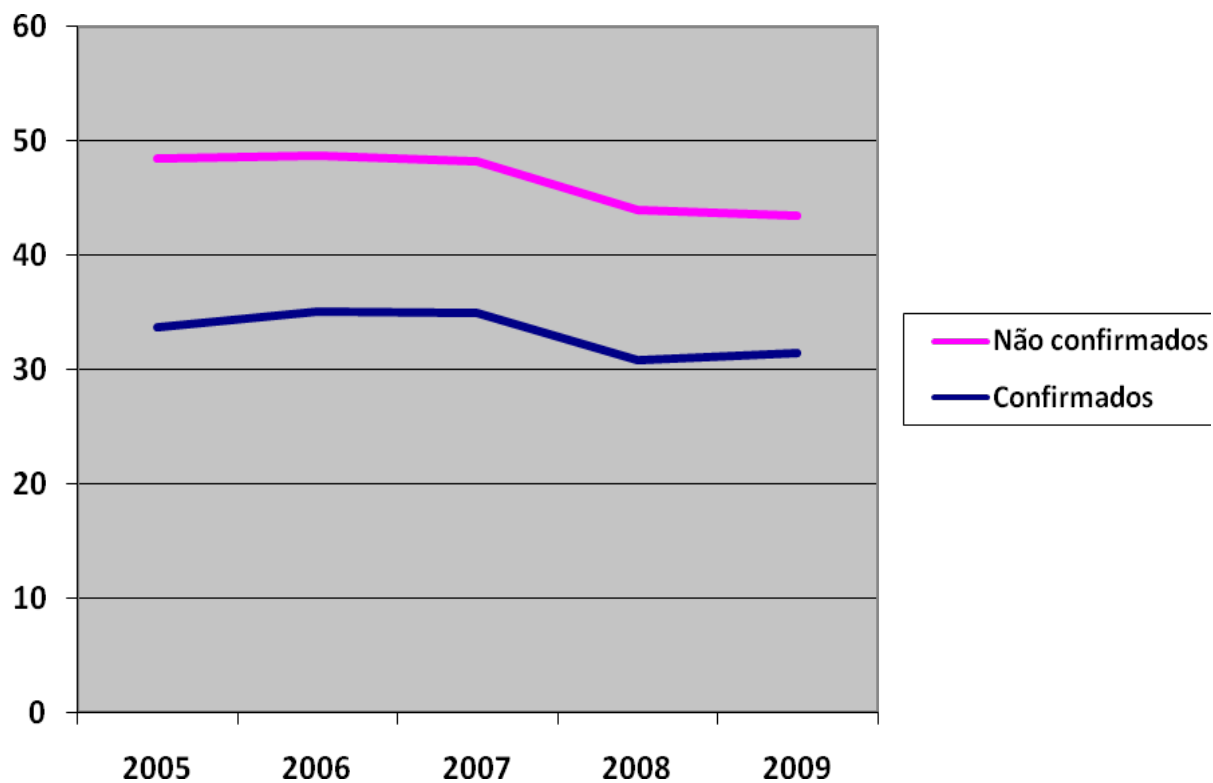
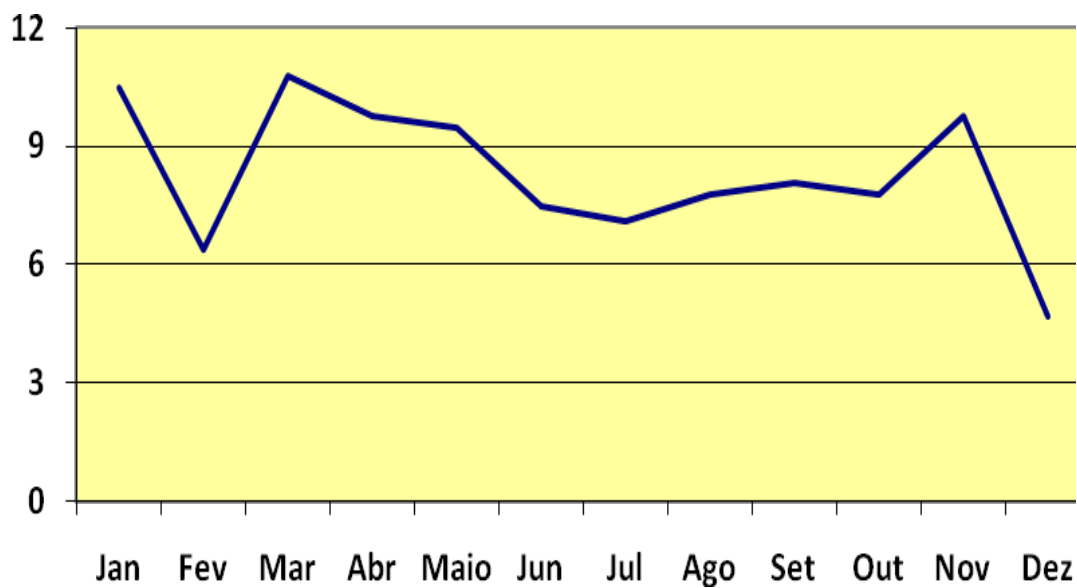


Figura 2 – Distribuição da frequência dos casos confirmados e não confirmados de estupro entre 2005 e 2009

Em relação aos meses do ano em que o laudo foi realizado, o mês de março foi o que obteve o maior número de casos confirmados ( $n = 32$ ; 10,85%), como apresentado na figura 3.



**Figura 3 – Distribuição do estupro entre os meses dos anos de 2005 a 2009.**

A tabela 3 mostra a distribuição dos casos confirmados de estupro entre os meses de cada ano.

**Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de estupro entre os meses de cada ano (2005 a 2009)**

	2005		2006		2007		2008		2009		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Jan</b>	8	2,70	4	1,35	5	1,69	6	2,03	8	2,70	31	10,51
<b>Fev</b>	7	2,40	2	0,68	4	1,35	3	1,02	3	1,02	19	6,44
<b>Mar</b>	9	3,05	12	4,07	8	2,70	1	0,34	2	0,68	32	10,85
<b>Abr</b>	6	2,03	4	1,35	8	2,70	6	2,03	5	1,69	29	9,83
<b>Mai</b>	4	1,35	5	1,69	9	3,05	3	1,02	7	2,40	28	9,49
<b>Jun</b>	4	1,35	10	3,39	3	1,02	1	0,34	4	1,35	22	7,46
<b>Jul</b>	5	1,69	3	1,02	7	2,40	5	1,69	1	0,34	21	7,12
<b>Ago</b>	5	1,69	5	1,69	3	1,02	6	2,03	4	1,35	23	7,80
<b>Set</b>	6	2,03	6	2,03	1	0,34	6	2,03	5	1,69	24	8,13
<b>Out</b>	3	1,02	6	2,03	2	0,68	7	2,40	5	1,69	23	7,80
<b>Nov</b>	7	2,40	6	2,03	10	3,39	3	1,02	3	1,02	29	9,83
<b>Dec</b>	2	0,68	2	0,68	3	1,02	5	1,69	2	0,68	14	4,74
<b>Total</b>	66	22,39	65	22,01	63	21,36	52	17,63	49	16,61	295	100,00

#### 4.1.2 ASSOCIAÇÃO DO ESTUPRO COM ALGUNS FATORES

As análises estatísticas realizadas com os casos suspeitos de estupro (886 laudos) que estão apresentadas na tabela 4 mostram que não há associação entre a confirmação do estupro e quem acompanhou ou fez a denúncia ( $p = 0,15$ ), quem encaminhou ao NUMOL ( $p = 0,51$ ), se genitores, qual? ( $p = 0,4$ ), ano do laudo ( $p = 0,73$ ), faixa etária ( $p = 0,09$ ), naturalidade ( $p = 0,08$ ), ocupação da vítima ( $p = 0,18$ ) e zona de residência ( $p = 0,15$ ), mas há associação sob o ponto de vista estatístico entre a confirmação do estupro e o estado civil ( $p = 0,009$ ), cidade que a vítima reside ( $p = 0,005$ ;  $RP = 0,74$ ) e escolaridade ( $p = 0,05$ ).

**Tabela 4 – Distribuição e associações entre o estupro (886 laudos) e as variáveis independentes relacionadas às vítimas**

Variáveis		Houve Estupro						NR	NA	p	RP
		Sim		Não		Total					
		n	%	n	%	n	%				
Denunciante	Genitores	24	17,9	86	63,7	11	81,48				
			1		0	0					
	Tios	0	0,00	3	2,22	3	2,22				
	Conselheiros	1	0,74	9	6,66	10	7,40				
	Vítima	4	2,98	5	3,70	9	6,66				



	Irmãos	1	0,74	0	0,00	1	0,74				
	Avôs	0	0,00	1	0,74	1	0,74				
Total		30	22,3	104	77,6	13	100,0	752	-	0,15*	-
			9		1	4	0				
Se genitores, Qual?	Mãe	21	19,0	78	70,9	99	90,00				
			9		0						
Total	Pai	3	2,72	8	7,27	11	10,00				
		24	21,8	86	78,1	11	100,0	-	776	0,40*	-
			1		8	0	0			*	
Quem encaminhou	Delegacias	286	32,2	588	66,3	87	98,64				
			7		6	4					
Total	Conselhos tutelares	5	0,56	7	0,79	12	1,35				
		291	32,8	595	67,1	88	100,0	-	-	0,51*	-
			4		5	6	0				
Ano do laudo	2005	66	7,44	130	14,6	19	22,12				
					7	6					
	2006	65	7,33	120	13,5	18	20,88				
					4	5					
	2007	62	6,99	118	13,3	18	20,31				
					1	0					
	2008	49	5,53	120	13,5	16	19,07				
					4	9					
	2009	49	5,53	107	12,0	15	17,60				
					7	6					
Total		291	32,8	595	67,1	88	100,0	-	-	0,73*	-
			4		5	6	0				
Faixa etária	0 – 19 anos	260	29,6	505	57,6	76	87,32				
			8		4	5					
	≥ 20 anos	29	3,31	82	9,36	11	12,67				
						1					
Total		289	33,0	587	67,0	87	100,0	10	-	0,09*	-
			0		1	6	0				
Estado civil	Solteira	255	33,8	470	62,3	72	96,15				
			1		3	5					
	Casada	2	0,26	21	2,78	23	3,05				
	Separada	0	0,00	5	0,66	5	0,66				
	Viúva	1	0,13	0	0,00	1	0,13				
Total		258	3,21	496	65,7	75	100,0	132	-	0,009	-
					8	4	0			*	
Naturalidade	Campina Grande	94	12,3	220	28,8	31	41,20				
			3		7	4					
	Outro	161	21,1	287	37,6	44	58,79				
			2		6	8					
Total		255	33,4	507	66,5	76	100,0	124	-	0,08*	-
			6		3	2	0				
Ocupação	Estudante	207	30,8	366	54,4	57	85,26				
			0		6	3					
	Outro	29	4,31	70	10,4	99	14,73				
					1						
Total		236	35,1	436	64,8	67	100,0	214	-	0,18*	-
			1		8	2	0				
Zona	Urbana	146	18,0	130	16,0	27	34,11				
			5		6	6					
	Rural	310	38,3	223	27,5	53	65,88				
			1		6	3					
Total		456	56,3	353	43,6	80	100,0	77	-	0,15*	-
			6		3	9	0				
Cidade reside que	Campina Grande	84	10,0	219	26,3	30	36,41				
			9		2	3					
	Outros	197	23,6	332	39,9	52	63,58				

Total		281	33,7	551	66,2	83	100,0	54	-	0,005	0,75	
Escolaridade	Analfabeto	7	1,22	28	4,88	35	6,10			*		
		58	10,1	88	15,3	14	25,48					
	Fundamental Incompleto	2			6	6						
		102	17,8	197	34,3	29	52,18					
	Fundamental Completo	12	2,09	10	1,74	22	3,83					
		21	3,66	25	4,36	46	8,02					
	Médio Incompleto	5	0,87	10	1,74	15	2,62					
		0	0,00	3	0,52	3	0,52					
	Médio Completo	1	0,17	6	1,08	7	1,22					
		206	35,9	367	64,0	57	100,0	313	-	0,05*	-	
	Relacionamento	Desconhecido	20	2,69	63	8,49	83	11,18				
		Conhecido	245	33,0	414	55,7	65	88,81				
Total		265	35,7	477	64,2	74	100,0	144	-	0,01*	0,57	
		1			8	2	0					
Conhecidos	Pai	10	1,51	37	5,60	47	7,12					
	Padrasto	13	1,96	50	7,57	63	9,54					
	Tio	2	0,30	17	2,57	19	2,87					
	Avô	0	0,00	5	0,75	5	0,75					
	Irmão	2	0,30	8	1,21	10	1,51					
	Vizinho	6	0,90	29	4,39	35	5,30					
	Ex-parceiro	6	0,90	11	1,66	17	2,57					
	Atual parceiro	78	11,8	36	5,45	11	17,27					
Outro conhecido	127	19,2	223	33,7	31	46,96						
	244	36,9	416	63,0	66	100,0	77	149	0,000	-		
Total		6			3	0	0			*		

NR – informação inexistente; NA – não se aplica; \* Qui-quadrado de Pearson; \*\* Exato de Fisher

De acordo com a tabela 5, foi identificada associação entre a confirmação do estupro e o relacionamento com o agressor ( $p = 0,01$ ;  $RP = 0,57$ ), se conhecido, quem? ( $p = 0,0000$ ) e idade do agressor ( $p = 0,03$ ;  $RP = 0,43$ ). Não foi identificada associação entre a confirmação do estupro e o número de agressores ( $p = 0,95$ ).

**Tabela 5 – Distribuição e associações entre o estupro (886 laudos) e as variáveis independentes relacionadas aos agressores**

Variáveis	Houve Estupro		Total	NR	p	RP
	Sim	Não				
	n	%	n	%	n	%
Quantidade de Únicos	240	33,7	427	60,0	66	93,81
		5		5	7	
Múltiplo	16	2,25	28	3,93	44	6,18
Total	256	36,0	455	63,9	71	100,0
		0		9	1	0
					175	0,95*
						-

Idade do agressor	0 – 19 anos	4	13,33	12	40,00	16	53,33		
	≥ 20 anos	9	30,00	5	16,66	14	46,66		
Total		13	43,33	17	56,66	30	100,00	856	0,03*
			3		6		0		0,43*

NR – informação inexistente; \* Qui-quadrado de Pearson; \*\* Exato de Fisher

Diante das variáveis relacionadas com os agressores, não houve associação entre a confirmação do estupro e o local da agressão ( $p = 0,08$ ), mas foi identificada associação entre a confirmação do estupro e a data provável da conjunção carnal ( $p = 0,001$ ; RP = 0,59), a virgindade anterior ( $p = 0,0000$ ) e a violência durante a prática ( $p = 0,0000$ ; RP = 2,79), conforme a tabela 6.

**Tabela 6 – Distribuição e associações entre o estupro (886 laudos) e as variáveis independentes relacionadas à agressão**

Variáveis	Houve Estupro		Total	NR	NA	p	RP		
	Sim	Não							
	n	%	n	%	n	%			
Local da agressão	Residência	35	16,74	75	35,80	11	52,63		
	Público	9	4,30	8	3,82	17	8,13		
	Outros	27	12,91	55	26,31	82	39,23		
Total	71	33,97	138	66,03	20	100,00	677	-	0,08*
Data provável	Recente	83	27,12	15	4,90	98	32,02		
	Mais de 20 dias	198	64,70	10	3,26	20	67,97		
Total	281	91,83	25	8,16	30	100,00	571	9	0,001*
Virgindade anterior	Sim	178	24,41	81	11,19	25	35,52		
	Não	34	4,66	69	9,46	10	14,12		
	É virgem	8	1,09	359	49,24	36	50,34		
Total	220	30,17	509	69,83	72	100,00	157	-	0,000*
Violência durante a prática	Sim	112	45,90	23	9,42	13	55,32		
	Não	43	17,62	66	27,04	10	44,67		
Total	155	63,52	89	36,48	24	100,00	642	-	0,000*
Coleta de material para DNA	Sim	24	10,43	65	28,26	89	38,69		
	Não	45	19,56	96	41,73	14	61,30		
Total	69	30,00	161	70,00	23	100,00	-	656	0,42*

NR – informação inexistente; NA – não se aplica; \* Qui-quadrado de Pearson; \*\* Exato de Fisher

Não foi observada associação entre a confirmação do estupro e a coleta de material para análise do DNA ( $p = 0,42$ ) nem com as injúrias em outras regiões do corpo ( $p = 0,37$ ). Isto está apresentado na tabela 7.

**Tabela 7 – Distribuição e associações entre o estupro (886 laudos) e as variáveis independentes relacionadas às lesões em outras regiões do corpo**

Variáveis		Houve Estupro				Total	p	RP
		Sim		Não				
		n	%	n	%	n	%	
Injúrias no corpo	Sim	15	1,69	23	2,59	38	4,28	
	Não	280	31,6	568	64,1	84	95,72	
Total			0		0	8		
		295	33,2	591	67,7	88	100,0	0,37*
			9		0	6	0	

\* Qui-quadrado de Pearson; \*\* Exato de Fisher

Não foi observada diferença estatisticamente significativa (ANOVA) entre a confirmação do estupro e os anos de 2005 a 2009 ( $p = 0,13$ ).

## 4.2 II SEÇÃO

### 4.2.1 ASPECTOS RELACIONADOS COM AS VÍTIMAS

Com relação à denúncia do estupro, verificou-se que foi feita pelos genitores em 24 casos (8,1%), um caso foi denunciado pelos conselheiros tutelares (0,3%) e quatro pela própria vítima (1,4%), estando com dados ausentes em 266 laudos (90,1%). Entre os casos denunciados pelos genitores, 87,5% foram as mães e 12,5% os pais.

Em relação ao encaminhamento ao NUMOL, 98,3% dos casos foram encaminhados pelas delegacias e apenas 1,7% pelos conselhos tutelares.

A idade média da vítima foi de 15,73 anos ( $\pm 6,35$ ), sendo a mínima de dois anos e a máxima de 68 anos. A Tabela 8 revela que a maioria pertencia à faixa etária de 10 a 19 anos (87,50%), eram solteiras (87,1%), com ensino fundamental incompleto (34,9%), residente na zona urbana (50,2%), natural de outros municípios (54,9%), sendo citados 73 municípios

circunvizinhos à Campina Grande e estudantes (70,5%) (a lista de municípios está contemplada no anexo IV).

Entre os 10,2% que exercem outras ocupações, são: agricultoras (n = 9; 30%), do lar (n = 7; 23,33%), doméstica (n = 3; 10%), desempregada (n = 2) e aposentada, atendente comercial, babá, balconista, frentista, funcionária pública, operadora de caixa, técnica de enfermagem e vendedora (n = 1; 3,33%, respectivamente).

**Tabela 8 - Distribuição das vítimas segundo a faixa etária, estado civil, escolaridade e região de residência.**

Variáveis	Frequência		
	n	%	
Faixa etária	0 – 9 anos	05	1,70
	10 – 19 anos	258	87,50
	20 – 29 anos	23	7,85
	30 – 39 anos	03	0,95
	40 – 49 anos	03	0,95
	50 – 59 anos	01	0,35
	≥ 60 anos	01	0,35
	NR	01	0,35
Total	295	100,0	
Estado civil	Solteira	257	87,10
	Casada	3	1,00
	Viúva	1	0,30
	NR	34	11,50
Total	295	100,0	
Escolaridade	Analfabeta	7	2,40
	Alfabetizada	59	20,00
	Ensino fundamental incompleto	103	34,90
	Ensino fundamental completo	12	4,10
	Ensino médio incompleto	21	7,10
	Ensino médio completo	5	1,70
	Superior	1	0,30
	NR	87	29,50
Total	295	100,00	
Zona de residência	Zona urbana	148	50,20
	Zona rural	130	44,10
	NR	17	5,80
Total	295	100,00	
Naturalidade	Campina Grande	96	32,50
	Outros	162	54,90
	NR	37	12,50
Total	295	100,00	
Ocupação	Estudante	208	70,50
	Outro	30	10,20
	NR	57	19,30
Total	295	100,00	

NR – laudo com informação ausente.

Com a variável faixa etária dicotomizada (0 – 19 anos e  $\geq$  20 anos) foram realizados os testes de associação. Na Tabela 9 é possível verificar que ocorreu um predomínio de vítimas jovens (89,76%), sendo que a maior frequência de casos foi registrada no ano de 2005

(22,18%). A análise bivariada revelou existir associação entre o ano de ocorrência do estupro e a faixa etária ( $p = 0,02$ ) e a ANOVA que existe diferença ( $F = 2,89$ ;  $p = 0,02$ ).

**Tabela 9 – Distribuição da faixa etária das vítimas entre os casos confirmados de conjunção carnal entre os anos de 2005 a 2009**

Ano	Faixa etária				Total		P* = 0,02	F = 2,89 p** = 0,02
	0 – 19 anos		≥ 20 anos		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
2005	60	20,48	5	1,70	65	22,18		
2006	52	17,74	12	4,09	64	21,84		
2007	61	20,81	2	0,68	63	21,50		
2008	44	15,01	8	2,73	52	17,74		
2009	46	15,69	3	1,02	49	16,72		
Total	263	89,76	30	10,24	293	100,00		

NR = 02 dois laudos não constava a idade; \* Qui-quadrado de Pearson; \*\* ANOVA.

Os resultados apresentados na tabela 10 apontam que existe associação significativa entre o estado civil e a faixa etária ( $p = 0,000$ ), ocupação e faixa etária ( $p = 0,000$ ; RP = 8,9), cidade que reside e faixa etária ( $p = 0,02$ ; RP = 0,58), escolaridade e faixa etária ( $p = 0,000$ ) e não existe associação entre a naturalidade e a faixa etária ( $p = 0,31$ ) e zona de residência e faixa etária ( $p = 0,39$ ).

**Tabela 10 – Relação entre a faixa etária da vítima o estado civil, naturalidade, zona que reside, escolaridade e ocupação**

Variáveis		Faixa etária				Total	NR	p	RP	
		0 – 19 anos		≥ 20 anos						n
		n	%	n	%	n	%			
Estado civil	Solteira	234	90,3	21	8,10	25	98,45			
			5			5				
	Casada	0	0,00	3	1,16	3	1,16			
	Viúva	0	0,00	1	0,38	1	0,38			
Total		234	90,3	25	9,65	25	100,0	36	0,000*	-
			5			9	0			
Naturalidade	Campina Grande	83	32,4	12	4,68	95	37,10			
			2							
	Outro	147	57,4	14	5,46	16	62,89			
Total		230	89,8	26	10,1	25	100,0	39	0,31*	-
			4			6	0			
Ocupação	Estudante	204	86,4	2	0,84	20	87,28			
			4			6				
	Outro	13	5,50	17	7,20	30	12,71			
Total		217	91,9	19	8,05	23	100,0	59	0,000*	8,9
			4			6	0		*	
Cidade que reside	CG	71	24,9	14	4,96	85	30,14			
			1							
	Outra	182	63,8	15	5,31	19	69,85			
Total		253	89,7	29	10,2	28	100,0	13	0,02*	0,58
			1			2	0			
Zona	Urbana	132	47,8	16	5,79	14	53,62			
			2			8				

	Rural	118	42,7 5	10	3,62	12 8	46,37				
Total		250	90,5 8	26	9,42	27 6	100,0 0	19	0,39*	-	
Escolaridade	Analfabeto	2	0,96	5	2,41	7	3,38				
	Alfabetizado	54	26,0 8	5	2,41	59	28,50				
	Fundamental Incompleto	101	48,7 9	2	0,96	10 3	49,75				
	Fundamental Completo	11	5,31	1	0,48	12	5,79				
	Médio Incompleto	17	8,21	3	1,44	20	9,66				
	Médio Completo	2	0,96	3	1,44	5	2,41				
	Superior Incompleto	0	0,00	0	0,00	0	0,00				
	Superior Completo	0	0,00	1	0,48	1	0,48				
	Total		187	90,3 3	20	9,66	20 7	100,0 0	88	0,000*	-

NR – informação inexistente; \* Qui-quadrado de Pearson; \*\* Exato de Fisher

#### 4.2.2 ASPECTOS RELACIONADOS COM OS AGRESSORES

A idade do agressor esteve presente em 261 (88,47%) laudos, sendo sua média de 27,46 anos ( $\pm 11,09$ ), a mínima de 16 anos e a máxima de 50. Em apenas um laudo (0,33%) havia sido registrada a profissão do agressor (médico).

Ao se avaliar o relacionamento da vítima com o agressor, 248 casos eram de agressores conhecidos das vítimas (84,06%). Entre estes verificou-se predomínio de outros conhecidos (52,82%). Os agressores com laços consanguíneos com a vítima (pai biológico, tio e irmão) totalizaram 5,65%.

Com relação ao número de agressores, o perpetrador foi único em 82% dos casos, conforme apresentado na Tabela 11. Entre os casos onde o número de agressores foi múltiplo ( $n = 18$ ; 5,8%), a maioria ocorreu com dois perpetradores (66,66%,  $n = 12$ ). Entre os casos com múltiplos agressores, um ocorreu com cinco perpetradores (5,55%), outro com três (5,55%), doze (66,66%) com dois e em quatro laudos (22,22%) esta informação estava ausente.

**Tabela 11 - Distribuição das vítimas segundo o grau de relacionamento e o número de agressores de acordo com a faixa etária.**

Variáveis		Faixa Etária				Total	
		0 – 19		≥ 20		n	%
		n	%	n	%		
Conhecidos	Pai biológico	9	3,63	1	0,40	10	4,03
	Padrasto	13	5,24	0	0,00	13	5,24
	Tio	01	0,40	01	0,40	2	0,81
	Irmão	02	0,81	0	0,00	2	0,81
	Vizinho	06	2,42	0	0,00	6	2,42
	Ex-parceiro	04	1,61	02	0,81	6	2,42
	Atual parceiro	77	31,05	01	0,40	78	31,45
	Outros conhecidos	113	45,56	18	7,26	131	52,82
Total		225	90,72	23	9,28	248	100,00
Número de agressores	Único	215	72,85	27	9,15	242	82,00
	Múltiplo	15	5,10	02	0,70	17	5,80
	NR	32	10,85	04	1,35	36	12,20
Total		262	88,81	33	11,18	295	100,00

NR – laudo com informação ausente.

A Tabela 12 apresenta a associação entre a relação do agressor com a vítima segundo a faixa etária dicotomizada. Nas duas faixas etárias, a maioria dos agressores era conhecida (84,33% e 8,21, respectivamente) verificando-se associação estatisticamente significativa ( $p=0,0003$ ;  $RP = 1,24$ ). Observou-se associação entre o relacionamento e a faixa etária da vítima ( $p = 0,008$ ), mas não foi identificada associação entre o número de agressores e a faixa etária ( $p = 1,0$ ).

**Tabela 12 – Relação entre a faixa etária da vítima e seu grau de relacionamento com o agressor e número de agressores**

Variáveis		Faixa etária				Total	NR	p	RP	
		0 – 19 anos		≥ 20 anos						
		n	%	n	%					
Relacionamento	Conhecido	226	84,33	22	8,21	24	92,53			
	Desconhecido	13	0,85	07	2,61	20	7,47			
Total		239	89,18	29	10,8	26	100,0	27	0,0003*	1,24
Conhecidos	Pai	9	3,62	1	0,40	10	4,03			
	Padrasto	13	5,24	0	0	13	5,24			
	Tio	1	0,40	1	0,40	2	0,80			
	Irmão	2	0,80	0	0	2	0,80			
	Vizinho	6	2,41	0	0	6	2,41			
	Ex-parceiro	4	1,61	2	0,80	6	2,41			
	Atual parceiro	77	31,04	1	0,40	78	31,45			
	Outro conhecido	113	45,56	18	7,25	13	52,82			
Total		225	90,72	23	9,27	24	100,0	47	0,008*	-
Quantidade de agressores	Único	215	83,01	27	10,4	24	93,43			
	Múltiplo	15	5,79	2	0,77	17	6,56			
Total		230	88,80	29	11,1	25	100,0	36	1,00**	-

NR – informação inexistente; \* Qui-quadrado de Pearson; \*\* Exato de Fisher



#### 4.2.3 ASPECTOS RELACIONADOS COM A AGRESSÃO

O local de ocorrência do estupro não foi identificado em 74,9% (n = 221) dos laudos, como mostrado na tabela 13. Nos laudos nos quais houve a identificação, predominaram os locais públicos (13,4%). A maioria das agressões foram realizadas a mais de 20 dias da data do laudo (67,5%).

Ao se analisar a existência de violência durante a prática do estupro, observou-se que em 38% dos casos constatou-se o uso de violência, sendo a violência presumida a forma de constrangimento de maior frequência (34,82%), seguida do emprego da força física para a consumação do ato (23,23%), conforme demonstrado na Tabela 13. Independente da forma de constrangimento, a violência pode ter sido empregada em pessoas em situações de vulnerabilidade, que se refere à presunção da violência, sendo a *Inocencia consilli* a mais frequente (60,7%).

A violência sexual não trouxe consequências imediatas para a vida da vítima em 42% dos casos.

**Tabela 13 – Distribuição das vítimas segundo o local, horário, data provável da agressão, violência durante a prática, forma de constrangimento, presunção da violência e consequências para a vítima.**

Variáveis	Frequência		
	n	%	
Local da agressão	Residência da vítima	18	6,10
	Residência do agressor	17	5,80
	Local público	39	13,40
	NR	221	74,90
Total		295	100,00
Horário	Matutino	18	6,10
	Vespertino	0	0,00
	Noturno	14	4,75
	NR	263	89,15
Total		295	100,00
Data provável	Recente	83	28,10
	Mais de 20 dias	199	67,50
	Prejudicado	11	3,70
	NR	2	0,70
Total		295	100,00
Violência	Sim	112	38,00
	Não	43	14,60
	Prejudicado	140	47,50
Total		295	100,00
Forma de constrangimento	Força física	26	23,23
	Grave ameaça	6	5,35
	Força física e grave ameaça	17	15,18

		Violência presumida	39	34,82
		Prejudicado	14	12,50
		NR	10	8,92
Total			112	100,00
Presunção da violência		Deficiência mental	9	7,70
		<i>Inocencia consilli</i>	71	60,70
		Embriaguez	4	3,40
		Prejudicado	14	12,00
		NR	14	16,20
Total			112	100,00
Consequencias para a vítima		Sim	1	0,30
		Não	124	42,00
		Prejudicado	170	57,60
Total			295	100,00

NR – laudo com informação ausente.

Não foi identificada associação entre o local da agressão e a faixa etária da vítima ( $p = 0,17$ ), nem entre a violência durante a prática e a faixa etária ( $p = 1,0$ ), mas foi identificada entre a data provável da conjunção carnal e a faixa etária ( $p = 0,05$ ;  $RP = 0,61$ ) (Tabela 14).

**Tabela 14 – Relação entre a faixa etária da vítima e o local da agressão e a data provável**

Variáveis	0 – 19 anos		Faixa etária ≥ 20 anos		Total		NR	p	RP	
	n	%	n	%	n	%				
Local da agressão	Residência	31	42,4	4	5,47	35	47,94			
	Outros	29	39,7	9	12,3	38	52,05			
Total		60	82,1	13	17,8	73	100,00	222	0,17**	-
Data provável	Recente	69	24,6	13	4,64	82	29,28			
	Mais de 20 dias	182	65,0	16	5,71	198	70,71			
Total		251	89,6	29	10,3	280	100,00	15	0,05*	0,61
Violência durante a prática	Sim	98	64,0	13	8,49	111	72,54			
	Não	38	24,8	4	2,61	42	27,45			
Total		136	88,8	17	11,1	153	100,00	1,0*	0,94	

NR – informação inexistente; \* Qui-quadrado de Pearson; \*\* Exato de Fisher

Verificou-se que não há associação entre a ocorrência de violência e a relação do agressor com a vítima ( $p = 0,15$ ), entretanto há associação entre a data provável da agressão e o relacionamento da vítima com o agressor ( $p = 0,001$ ), conforme demonstrado na Tabela 15.

**Tabela 15 - Associação entre a ocorrência de violência e a data provável da agressão e a relação do agressor com a vítima.**

Variável	Relação da vítima com o agressor			p
	Conhecido	Desconhecido	Total	

		n	%	n	%	n	%	
Violência	Sim	88	32,71	11	4,09	99	36,80	
	Não	35	13,01	04	1,49	39	14,50	
	Prejudicado	125	46,46	06	2,23	131	48,70	
Total		248	92,19	21	7,80	269	100,00	p* = 0,15
Data provável	Recente	61	22,76	12	4,48	73	27,24	
	≥ Que 20 dias	177	66,04	7	2,61	184	68,65	
	Prejudicado	9	3,35	2	0,76	11	4,11	
Total		247	92,15	21	7,85	268	100,00	p* = 0,001

\*Teste Qui-quadrado; NR = 26.

#### 4.2.4 ASPECTOS RELACIONADOS COM AS LESÕES GENITAIS E EXTRAGENITAIS

A caracterização da lesão existente na região vaginal da vítima revelou que 79,3% das mulheres não possuíam lesões na região do monte de Vênus, conforme demonstrado na Tabela 16. No tocante a fase de desenvolvimento do monte de Vênus, 23,4% das vítimas apresentavam a região desenvolvida. A maioria dos genitais externos (75,3%) apresentou-se sem lesões, sendo que 21% das mulheres possuíam esses órgãos desenvolvidos. Com relação aos genitais internos, anus e períneo, verificou-se também que estes se apresentaram em sua maioria sem lesões (31,9% e 33,6% respectivamente). Merece destaque o fato de que houve um grande número de laudos nos quais esta informação encontrava-se ausente (64,1% e 65,1% respectivamente).

Com relação à análise do hímen, constatou-se que a maioria das vítimas apresentou rotura completa (70,2%) e quanto a sua consistência, 83,1% era membranosa. Tanto a orla quanto o óstio da maioria das vítimas eram de tamanho médio (59,7% e 55,9% respectivamente), sendo a maioria (57,3%) cicatrizado a mais de 20 dias.

**Tabela 16 - Distribuição das vítimas segundo a faixa etária, estado civil, escolaridade e região de residência.**

Variáveis	Frequência		
	n	%	
Monte de Vênus	Sem lesões	234	79,30
	Hiperemia	3	1,00
	NR	58	19,70

Total		295	100,00
Fase de desenvolvimento	Desenvolvidos	69	23,40
	Em desenvolvimento	8	2,70
	NR	218	73,90
Total		295	100,00
Genital externo	Sem lesões	222	75,30
	Hematoma	1	0,30
	Hiperemia	9	3,10
	NR	63	21,40
Total		295	100,00
Fase de desenvolvimento	Desenvolvidos	62	21,00
	Em desenvolvimento	8	2,70
	NR	225	76,30
Total		295	100,00
Genital interno	Sem lesões	94	31,90
	Hiperemia	10	3,40
	Ferimento	1	0,30
	Prejudicado	189	64,10
	NR	1	0,30
Total		295	100,00
Anus e períneo	Sem lesões	99	33,60
	Fissura ou ferimento	4	1,40
	NR	192	65,10
Total		295	100,00
Hímene	Rotura completa	207	70,20
	Rotura incompleta	82	27,80
	Complacente	2	0,70
	Prejudicado	2	0,70
	NR	2	0,70
Total		295	100,00
Consistência	Membranoso	245	83,10
	NR	50	16,90
Total		295	100,00
Tamanho da orla	Pequena	25	8,50
	Média	176	59,70
	Ampla	14	4,70
	Outro	11	3,70
	NR	69	23,40
Total		295	100,00
Tamanho do óstio	Pequena	18	6,10
	Média	165	55,90
	Ampla	25	8,50
	Outro	21	7,10
	NR	66	22,40
Total		295	100,00
Tempo de cicatrização	Cicatrizado recente	73	24,70
	Cicatrizado antigo	169	57,30
	NR	53	18,00
Total		295	100,00

NR – laudo com informação ausente.

Em relação à presença de injúrias em outras regiões do corpo, apenas 5,4% das vítimas possuíam estas lesões, sendo os membros superiores os mais atingidos, tabela 17.

**Tabela 17 - Distribuição das Injúrias em outras regiões do corpo atingidas.**

Variáveis	Frequencia	
	n	%

Injúrias físicas em outras regiões	Sim	16	5,40
	Não	279	94,60
Total		295	100,0
Regiões atingidas	Cabeça e face	1	6,30
	Membros superiores	3	18,80
	Membros inferiores	1	6,30
	Múltiplas regiões	11	68,80
Total		16	100,00

**NR – laudo com informação ausente.**

## **DISCUSSÃO**

A violência sexual revela o complexo contexto de poder que marca as relações sociais entre os sexos<sup>27</sup>. O trauma da violência converge com aspectos ideológicos sobre as relações sociais e políticas, de interesses antagônicos instaurados pela discriminação das mulheres<sup>28</sup>.

A frequência da violência sexual identificada nesta pesquisa entre os anos de 2005 e 2009 no município de Campina Grande/PB foi de 33,29%, resultado este superior à frequência encontrada entre mulheres americanas atendidas em unidade hospitalar que foi de 3,3%. Um maior número de pesquisas deve abordar a prevalência da violência em diferentes grupos de mulheres<sup>9</sup>. Esta diferença encontrada pode ser justificada pela diferença no foco do estudo, sendo neste a violência sexual e entre as mulheres americanas todos os tipos de violência.

A Organização Mundial da Saúde aponta uma prevalência de 2% a 5% nos diferentes países do mundo<sup>3</sup>. São estimados 6,8 milhões de casos de estupro e agressão física nos Estados Unidos por ano, 2,6 milhões resultando em injúrias físicas e 800.000 em gastos com cuidado a saúde<sup>10</sup>.

A prevalência é dificilmente determinada, mas provavelmente atinge um terço das mulheres em algum momento de suas vidas. Poucas mulheres procuram os serviços de saúde ou realizam a denúncia, pois existe um problema em relação à definição de violência: o fato de serem violentadas por seus maridos não é reconhecido por muitas mulheres como estupro<sup>4</sup>. As taxas de ocorrência reais do abuso sexual são provavelmente mais elevadas do que as estimativas existentes. A maioria de casos nunca é revelada devido aos sentimentos de culpa, vergonha, ignorância e tolerância da vítima<sup>29</sup>.

Quando o agressor é conhecido da vítima, a denúncia é inibida, refletindo numa falsa prevalência. Este fato contribui para destacar a importância da conscientização dos profissionais que atendem as vítimas, de modo que os mesmos precisam estar preparados para identificar os sinais e sintomas da violência sexual<sup>3-4</sup>. As mulheres ficam com medo de represálias além de sentirem vergonha, sentimentos de humilhação e culpa. É comum no imaginário social e dos profissionais que atendem esta demanda ver a mulher como culpada pela violência sexual<sup>3</sup>. A falta de registro, entretanto, impede a mensuração da frequência desse fato, contribuindo para sua subnotificação<sup>30</sup>.

Verificando-se o relacionamento entre o estupro e outras variáveis, foi observada associação entre a confirmação da conjunção carnal e o estado civil, cidade que a vítima reside, escolaridade, relacionamento com o agressor, grau deste relacionamento, idade do agressor, data provável desta agressão, virgindade anterior e violência durante a prática.

Em pesquisa retrospectiva realizada na África do Sul no instituto de medicina legal, a confirmação é mais comum quando existe a presença de injúrias físicas e quando a coleta do DNA é reportada no caso<sup>6</sup>. O número de casos com injúrias físicas e com coleta de DNA nesta pesquisa foi pequeno, não corroborando com estas afirmações.

Entre os casos confirmados de estupro, os que apresentaram informações acerca do denunciante do fato, mostram uma maioria de genitores, sendo a mãe a mais prevalente (87,5%).

A denúncia é um ato de comunicação não espontâneo mediado por regras, precedidas das intenções dos participantes. A denunciante declara sua identidade e a identidade da vítima e a denúncia é realizada em forma de entrevista, que pode ser considerada um ato de violência simbólica, pois exige a descrição do fato, explicação acerca da atuação ou omissão da vítima, reativação da memória da vítima sobre o fato que trouxe sofrimento, exposição do corpo para exame clínico e perguntas que tentam causar contradição no depoimento da vítima. Existe uma relação direta entre as vítimas e denunciantes com os profissionais que os atendem, por isso é necessária uma análise crítica acerca desta segunda vitimização e sobre a canalização de expressões de violência simbólica. Neste contato, os profissionais devem receber a denúncia possibilitando que o ato comunicativo aponte elementos chaves de caráter prático e simbólico e assim ajude na reparação emocional das vítimas<sup>28</sup>.

Para compreender as mães das vítimas de violência sexual, deve-se resgatar sua trajetória que é caracterizada na maioria das vezes por vidas caóticas, marcadas pelo abandono ou violência, com carência afetiva, que possuem conflitos sexuais com o parceiro (muitas vezes negam o fato e isto indica cumplicidade com o agressor). O fato das mães punirem ou não acreditarem nas filhas é uma forma de suportar a desunidade familiar, entretanto, como nesta pesquisa, a maioria dos casos de abuso sexual intrafamiliar, as denúncias são efetuadas pelas próprias mães, que atribuem a demora ou a postergação da denúncia a sentimentos de vergonha outras referem sentimentos de confusão e ambiguidade, ao passo que sentem raiva e ciúme, se sentem culpadas por não terem protegido suas filhas<sup>31</sup>.

Em relação ao encaminhamento das vítimas ao NUMOL, a quase totalidade dos casos foi realizada por delegacias. Existem atualmente muitos órgãos para prevenir e combater a violência contra a mulher, como: Defensorias Públicas da Mulher (política pública inovadora e recente, constituindo uma das formas de ampliar o acesso à Justiça e garantir às mulheres orientação jurídica adequada, bem como o acompanhamento de seus processos)<sup>32</sup>, Serviços de Saúde (realizam a distribuição da contracepção de emergência, pílula do dia seguinte, que faz parte do protocolo de atenção aos casos de estupro), Ligue 180 (Central de Atendimento à

Mulher com atendentes capacitadas em questões de gênero, nas políticas do Governo Federal para as mulheres, nas orientações sobre o enfrentamento à violência contra a mulher e, principalmente, na forma de receber a denúncia e acolher as mulheres).

Entretanto, por muito tempo, só existiam as delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAM)<sup>33</sup> e as casas de abrigo, as quais eram tidas como uma das políticas prioritárias no enfrentamento à violência contra a mulher sendo, muitas vezes, o único equipamento disponível em alguns dos municípios brasileiros<sup>34</sup>.

Esse aumento de órgãos protetores foi impulsionado pelos movimentos feministas junto ao poder público. Como tentativa de priorizar a temática da mulher, o governo federal implementou em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Criada através da Medida Provisória 103, a Secretaria tem como objetivo a incorporação das especificidades das mulheres nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para a sua plena cidadania. Seu maior desafio é a integração das políticas. Além da criação deste órgão, o governo federal promulgou o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres que deverá ser executada nos próximos quatro anos. O Pacto será implementado em 11 estados, sendo que apenas três estão no Nordeste: Bahia, Pernambuco e Ceará. Consiste em um plano de ação dentro da agenda social do governo federal que tem como enfoque a violência<sup>35</sup>.

A maioria das vítimas pertencia a faixa etária de 10 a 19 anos, sendo 15,73 anos a média da idade. Estes dados são parecidos com os encontrados em pesquisa realizada em hospitais de Massachusetts (EUA), onde a maioria das vítimas eram adolescentes, com idades entre 12 e 17 anos<sup>7</sup>. Entre mulheres americanas atendidas em unidade hospitalar, a média de idade das participantes foi de 26,2 anos com idade mínima de 14 e idade máxima de 48 anos<sup>10</sup>. Por sua vez, em dados levantados no setor de sexologia do Instituto Médico Legal de São Paulo, verificou-se que 70% das queixas de abuso sexual ocorreram em meninas com idade inferior a 18 anos. De modo semelhante, em Curitiba e região metropolitana verificou-se que cerca de 77% dos casos de violência sexual foram cometidos contra indivíduos com idade inferior a 19 anos<sup>29</sup>.

Entretanto um trabalho realizado com crianças, adolescentes e adultas vítimas de estupro notificadas pela delegacia de defesa da mulher e examinadas no núcleo de perícias médico-legais de Ribeirão Preto – SP entre 1996 e 2000 a faixa etária infantil, segundo a classificação do estatuto da criança, foi a mais prevalente, sendo 37,7% crianças, 31,3% adolescentes e 31% adultas e de adolescentes, seguindo a classificação da OMS, sendo 45,3% adolescentes, 27,9% crianças e 26,8% adultas<sup>36</sup>.



Quanto mais jovens e adolescentes, maior a chance de serem vítimas de violência sexual entre pessoas conhecidas, principalmente se moram sozinhas com seus pais e padrastos<sup>4</sup>.

O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe na Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 sobre a proteção integral da criança e do adolescente (considera-se criança, para os efeitos desta Lei, criança até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, mas é aplicado a pessoas com até vinte e um anos de idade) que inclui no seu Art. 5º “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”<sup>37</sup>.

No estatuto também estão discriminadas as competências dos órgãos que visam proteger as crianças e os adolescentes, como os Conselhos Tutelares e do Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CRCA). O Conselho Tutelar, órgão permanente e autônomo, tem como atribuição o atendimento direto de denúncias, o diagnóstico da realidade de violação de direitos, o monitoramento do Sistema de Garantia de Direitos e o atendimento direto de serviços, suprindo a falta de políticas públicas. O CRCA desenvolve, em parceria com o Ministério Público, um programa que prioriza o atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social<sup>36</sup>.

Há uma dinâmica específica no funcionamento familiar, na qual crianças são vítimas de abuso sexual perpetrados pelos próprios membros ou por pessoas muito próximas. A mãe, assim como os demais envolvidos, pode ser uma pessoa que também precise de ajuda, pois diante da suspeita ou constatação do abuso de sua filha pode manifestar confusão e ambigüidade. O relatório do sistema nacional de combate à exploração sexual infanto-juvenil (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, 2003) refere que, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2003, foram realizadas 1.547 denúncias sobre abuso sexual. Do total de denúncias realizadas, 54,0% representavam casos de abusos intrafamiliares, sendo que em 42,0% dos casos o pai era o principal suspeito<sup>31</sup>.

Em relação à escolaridade das vítimas, a maioria estava entre mulheres que possuíam o ensino fundamental incompleto, dados que refletem a realidade da educação no Brasil e não divergem de estudos realizados em outros países, a exemplo dos Estados Unidos, onde entre as mulheres americanas atendidas em unidade hospitalar, a escolaridade foi baixa, sendo que aproximadamente 30% das participantes não terminaram o ensino fundamental e menos de 5% concluíram o ensino superior<sup>9</sup>.

Na maioria dos laudos verificou-se predomínio de estudantes, fato que pode estar relacionado à faixa etária jovem das vítimas. Em dados coletados entre mulheres americanas atendidas em unidade hospitalar 18% das participantes estavam desempregadas, 22,4% trabalhavam em casas de família e 42,6% eram assalariadas, que recebiam vale-refeição<sup>9</sup>. A diferença entre estes resultados deve estar relacionada a faixa etária predominante encontrada nas pesquisas, sendo a primeira mais jovem que na segunda.

Poucos laudos continham informações acerca de idade do agressor. Entre aqueles que informaram, a idade média foi de 27,46 ( $\pm$  11,09), que se aproximam dos resultados encontrados em Uberlândia – MG, onde a faixa etária predominante do agressor foi de 20 a 29 anos<sup>38</sup>.

Apenas um laudo, trouxe informações acerca da profissão do agressor, onde um profissional da área de saúde foi acusado de ter praticado o estupro. Em dados coletados entre mulheres americanas atendidas em unidade hospitalar e que foram violentadas por seus atuais parceiros, a maioria deles trabalhava como operários qualificados<sup>9</sup>.

Em relação ao relacionamento das vítimas com os agressores, tanto na faixa etária de 0 – 19 anos quanto na de  $\geq$  20 anos, predominaram os conhecidos como autores da agressão. Estes dados corroboram com dados de uma pesquisa realizada em hospitais de Massachusetts, nos EUA a maioria das vítimas conhece os agressores (55%)<sup>7</sup> e com estudo realizado em um serviço de atenção à mulher sexualmente vitimada, em São Paulo/SP, no qual 84,5% das crianças agredidas foram capazes de identificar o agressor<sup>30</sup>.

Em levantamento realizado de abril a junho de 2002 pelo Sistema Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil, foram feitas 250 denúncias de abuso sexual, sendo 52,86% de abusos cometidos por familiares e 47,14% de abusos cometidos fora da família (Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência, 2002)<sup>29</sup>.

Mais da metade das participantes de um estudo americano (58,7%) reportaram que em algum momento de suas vidas foram vítimas de agressões físicas ou de violência sexual por seus atuais parceiros, sendo 39,1% agressão física e 12,2% violência sexual<sup>9</sup>.

Resultados de uma pesquisa realizada nos EUA mostram que entre os agressores 88% das participantes referiram terem sido agredidas por seus namorados nos 12 primeiros meses de relacionamento<sup>9</sup>.

A violência sexual entre casais de marido e mulher pode estar relacionada aos efeitos da divisão sexual do trabalho, onde a mulher ocupa hoje com a dupla jornada uma posição também de provedora do lar, desmontando a tradição do homem como sexo provedor. Além disso, a recusa feminina ao ato sexual demonstrando seu contra poder (forma de

protesto por estar insatisfeita com seu parceiro por alguma situação), exacerba os atos violentos masculinos. Fato que muitas vezes não é considerado violência sexual, por se tratar de marido e mulher (questão de aceitação social), mas os sentimentos dessas mulheres são os mesmos das vítimas de violência sexual por desconhecidos<sup>39</sup>.

A família é uma instituição social que organiza as relações sexuais entre gêneros, exercendo de forma direta um controle social sobre a identidade e sobre o corpo da mulher. Tal controle pode legitimar direitos dos maridos sobre suas esposas, dando-lhes prerrogativa de exercerem até mesmo a força física contra elas. Chama a atenção para o fato de a mulher internalizar e reproduzir a agressão, contribuindo para que as estruturas que a transformam em vítima sejam mantidas. Nesse cenário, destacam-se os casos de mães que colaboram ativamente no "endurecimento" de seus filhos, transformando-os em "machos agressivos"<sup>39</sup>.

Quando a pesquisa é realizada com registros policiais ou de serviços de saúde a maioria dos agressores é desconhecida das vítimas, mas quando a pesquisa tem base populacional a maioria dos agressores é conhecido da vítima e em muitos casos fazem parte de seu convívio familiar diário<sup>4</sup>.

As diferentes definições de abuso sexual infantil têm, no mínimo, três aspectos em comum: (1) a impossibilidade de uma decisão por parte da criança ou adolescente sobre sua participação na relação abusiva, já que na maior parte das vezes não está apta para compreender o seu envolvimento numa relação sexual; (2) o uso da criança por parte do adulto para a própria estimulação sexual; e (3) o abuso de poder exercido pelo adulto, cujo comportamento coercitivo não pode ser identificado facilmente, pois muitas vezes não existem provas físicas de que o abuso sexual aconteceu. O incesto inclui-se nesta categoria e é talvez a forma mais extrema de abuso sexual<sup>29</sup>.

A família que tem uma criança abusada pode ter um padrão de comportamento conivente com o abuso. Em outras palavras, é possível que um pai ou padrasto abuse da filha ou enteada durante vários anos, sob o olhar "cego" das outras pessoas da família. Segundo os autores, neste caso a mãe apresenta uma atitude ambivalente e a revelação do abuso em si não bastaria para romper o vínculo que a une ao pai abusador. Esta mãe teria tido uma história de vida caótica, com abandonos e muitas vezes violência. Sua interação afetiva com a criança é por vezes distante e por vezes ambivalente, dificultando a discriminação por parte da criança. Uma mera "acusação" à mãe é infértil, se não for considerada a relação direta entre a sua história de vida e os efeitos sobre seu repertório de proteger os filhos<sup>29</sup>.

A figura do padrasto é freqüentemente ligada ao abuso sexual. A razão para isso é que os padrastos têm menor probabilidade de convivência familiar e formação de vínculo afetivo com a criança durante o período de socialização precoce<sup>29</sup>.

O perfil da criança (ou adolescente) abusada e seu relacionamento com o abusador são relatados pela literatura como bastante complexos. A vítima é descrita como tendo uma participação involuntária em uma relação complementar em que tira ganhos e que muitas vezes é a relação mais importante e significativa de toda a sua vida. O vínculo torna-se sexualizado e contém ao mesmo tempo elementos positivo-gratificantes e elementos danosos para a criança. Suas demandas afetivas são respondidas pelo abusador num contexto que desperta precocemente a sua sexualidade<sup>29</sup>.

Ao buscar cuidado emocional, recebe uma resposta sexual. Com o acúmulo de experiências de abuso, a vítima em sua confusão entre cuidado emocional e experiência sexual pode apresentar comportamento sexualizado, quando na verdade quer cuidado emocional. Além disso, desenvolve uma dificuldade em confiar nas pessoas, sejam próximas ou não<sup>29</sup>.

Esta pesquisa identificou relação entre a faixa etária da vítima e o relacionamento da mesma com o agressor dado que corrobora com os resultados de estudo desenvolvido na África do Sul<sup>7</sup>. Enquanto na faixa etária de 15 a 39 anos, o agressor é predominantemente desconhecido, observa-se que as crianças foram violentadas por pessoas próximas a elas. Nos casos de abuso sexual contra as crianças, o ambiente era familiar na maioria dos casos e o estabelecimento de confiança entre o agressor e a criança pode ter sido uma forma facilitadora para ocorrer a violência<sup>30</sup>.

No presente trabalho, verificou-se que a maioria dos agressores agiu sozinho e não foi identificada associação entre o número de agressores e a faixa etária da vítima, diferindo dos resultados de uma pesquisa realizada na África do Sul onde foi identificada associação significativa sob o ponto de vista estatístico entre a faixa etária das vítimas e o número de agressores<sup>6</sup>.

Em hospitais de Massachusetts/EUA resultados prévios mostram que não existe associação entre o número de agressor e o tempo de apresentação ao serviço de saúde após a agressão<sup>7</sup>.

Em relação ao local da agressão, a maior parte dos casos ocorreu em locais públicos e não foi observada associação significativa entre a faixa etária das vítimas e o local da agressão, dados estes que também diferem dos reportados por pesquisa realizada nos EUA<sup>7</sup> os

quais verificaram associação entre a relação da vítima com o agressor e o fato da agressão ter ocorrido no domicílio do agressor.

A maioria das vítimas desta pesquisa sofreram a agressão provavelmente há mais de 20 dias. Não foi identificada associação entre a faixa etária da vítima e a data provável da conjunção carnal, entretanto foi observada associação significativa entre a data provável da agressão e o relacionamento da vítima com o agressor ( $p = 0,0003$ ), corroborando com pesquisa realizada nos EUA. Se a vítima conhece o agressor, ela demora mais a procurar o serviço e quando ela não conhece o agressor, ela procura os serviços mais cedo. A maioria das vítimas se apresentam em até 72 horas após a agressão com média de 16 horas<sup>7</sup>.

Entre os motivos de se atender as mulheres violentadas o mais precocemente possível, se encontram a eficácia do anticoncepcional de emergência e a quimioprofilaxia de doenças sexualmente transmissíveis<sup>30</sup>.

A análise dos laudos mostrou que 21 (19,8%) procuraram o serviço nas primeiras seis horas. Índice baixo, mas outras pesquisas mostram resultados piores (8,1% de procura). Além disso, 52,8% das mulheres são atendidas nas primeiras 24 horas<sup>30</sup>. As crianças se apresentam para realização da investigação legal depois de 72 horas em maior frequência que os adultos (17,8% versus 3,4%)<sup>6</sup>.

Durante a violência sexual, não houve violência física em 38% dos casos e em 47,5% dos laudos, os peritos nem afirmaram nem negaram a presença do uso da violência (prejudicado). Quando a violência acomete crianças, geralmente não há uso de força física, por isso não deixa marcas e se torna a vítima ideal para o agressor, que se aproveitam da inocência e da curiosidade natural sobre o sexo da vítima. Eles preferem os menos instruídos pelos genitores. A criança concebe o adulto como autoridade e se for alguém de seu convívio familiar lhe tem confiança. Já entre adolescentes e adultas, a violência sexual exige violência física, pois as vítimas possuem porte físico maior e força para resistir. O uso de armas faz as mulheres ficarem com medo de morrer e inibe sua resistência física. As lesões confirmam a violência durante a prática, consistindo num importante elemento para os processos criminais, mas sua inexistência não elimina a hipótese do crime<sup>36</sup>.

Em relação às consequências imediatas para a saúde da vítima, como impossibilidade de trabalhar por algum tempo ou gravidez após a agressão, 42% das vítimas não apresentaram nenhuma consequência, apenas uma vítima apresentou (0,3%), sendo 57,6% das respostas prejudicadas. Apesar disto, pesquisas revelam que muitas consequências podem surgir no futuro (na vida adulta) das vítimas de violência sexual na infância e adolescência, como por

exemplo: psicopatologias, comportamento de risco para DST/AIDS, agressividade, medo, depressão, ansiedade, queixas somáticas, problemas do desenvolvimento escolar, hiperatividade, regressão, uso abusivo de álcool, maconha, bulimia, anorexia nervosa, tentativa de suicídio, síndrome dos “bens danificados” (sentimento de que a inocência foi perdida, sentimento de que os sonhos foram destruídos), culpa, baixa auto-estima, atividades sociais empobrecidas, capacidade para confiar prejudicada, limites poucos claros entre os papéis, pseudomaturidade, problemas de autodomínio e controle, envolvimento em prostituição, diferença em relação aos pares, timidez, embotamento afetivo, isolamento, alterações no sono, dores abdominais, fugas de casa, mentiras, sexualidade exacerbada, desesperança em relação ao futuro, entre outros<sup>29,31,40-50</sup>.

O abuso sexual prolongado pode prejudicar seriamente o desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental da criança ou adolescente, particularmente no caso do incesto<sup>30</sup>.

De acordo com a hipótese da transmissão intergeracional da violência, segundo a qual violência gera violência e abuso gera abuso, pessoas que passaram por situações de maus-tratos na infância ou adolescência têm maior probabilidade de repetir estas situações com sua prole, ativa ou passivamente. Como forma de maus-tratos, o abuso sexual deve também ser foco de estratégias de prevenção, para evitar que se repita em gerações seguintes<sup>29</sup>.

As consequências variam entre físicas, mentais e ginecológicas e dependerão da qualidade no atendimento recebido após a agressão, que inclui anamnese, exame clínico cuidadoso, exames laboratoriais, tratamento das lesões e da crise psicológica, prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/AIDS, com seguimento nos seis meses subsequentes e deve ser multidisciplinar. Em muitos casos os profissionais não estão preparados para atender esta demanda<sup>3</sup>.

O Estado através dos agentes judiciais deve participar do processo de restauração emocional das vítimas, mas às vezes este processo é uma forma de vitimização secundária, pois envolve o abuso de poder de alguns profissionais que leva a discriminação e obstaculação da eficácia do serviço. A vítima muitas vezes não conhece seus direitos e não é informada pelos profissionais nem compreendida<sup>28</sup>.

A temática da violência sexual enfrenta inúmeros desafios, como: qualidade no atendimento às vítimas, expansão da rede de atenção e vitória acerca do paradoxo que é a discussão da temática, pois articula a violência (interface recentemente reconhecida pela saúde) e práticas arraigadas de significações morais, éticas e religiosas, como a violação do corpo da mulher e o aborto. A falta de sistemática na capacitação dos profissionais faz

com que estes atendam as vítimas de forma preconceituosa ou até discriminatória. Garantir direito à saúde e a autonomia é uma tarefa difícil que exige esforço<sup>3</sup>.

A principal forma de constrangimento realizada foi a violência presumida (34,82%) seguida da força física (23,23%). Este resultado se aproxima dos obtidos em Ribeirão Preto/SP, no qual a principal forma de constrangimento foi a violência física (44,1% em adultas e 25% em adolescentes) seguida da grave ameaça (36,5% e 17%, respectivamente)<sup>36</sup>. Entre adolescentes, o primeiro ato de violência sexual geralmente ocorre com uso de força física ou grave ameaça<sup>4</sup>.

Em relação à forma de violência presumida, a inocência consilli apresentou maior prevalência (60,7%), corroborando com os dados verificados em Ribeirão Preto/ SP onde a inocência consilli foi a presunção de violência mais prevalente entre crianças (94,1%) e adolescentes (42,8%)<sup>36</sup>.

Não foi identificada associação significativa entre o relacionamento da vítima com o agressor e o uso da violência durante a prática, diferindo dos dados encontrados nos EUA, onde foi identificada associação entre o relacionamento da vítima com o agressor e a prática de violência durante o estupro<sup>7</sup>.

Não foram identificadas lesões íntimas: monte de Vênus em 79,3% dos casos sem lesões, genital externo (73,9%), genital interno (31,9%) e anus ou períneo (33,6%). Pesquisa realizada na África do Sul demonstrou que não é comum encontrar injúrias em crianças<sup>6</sup>. As injúrias genitais são importantes no exame clínico criminalista para obtenção de provas que irão interferir no processo criminal<sup>10</sup>. Como as crianças se apresentam para realização da investigação legal depois de 72 horas em maior frequência que os adultos, o exame clínico nas mulheres adultas é mais completo e mais confiável<sup>6</sup>.

A maioria das vítimas de violência sexual eram virgens antes do fato ocorrido. Em estudo realizado por Monteiro (2008) a média de idade das crianças do sexo feminino que são abusadas sexualmente é de 9,2 anos, assim, é provável que estes adolescentes não tenha ainda iniciado a atividade sexual. Portanto, além do risco da gravidez indesejada, pela falta do uso do anticoncepcional, as lacerações traumáticas também são maiores, aumentando o risco para HIV e DST<sup>51</sup>.

Em relação à presença de injúrias em outras regiões do corpo, a maioria das vítimas (94,6%) não apresentou lesões, assim como em pesquisa realizada no Sul da África (40% sem lesões)<sup>6</sup>, em Londrina-PR (56,6% sem lesões, 21,7% com lesão extragenital, 11,3% lesões genitais, 5,7% genitais e extragenitais e 4,7% não estava especificado)<sup>30</sup> e em Ribeirão Preto – SP (número de injúrias em outras regiões do corpo foi pequeno e leve (7,8%), sendo 3% em crianças, 7,2% em adolescentes e 14,4% em adultas)<sup>36</sup>.

A ausência de lesões físicas concomitantes aos diversos tipos de violência sexual sofridos por estas mulheres pode ser explicada pelo uso de armas para coação, impedindo ocorrência de luta com sinais físicos de resistência<sup>30</sup>.

Poucos laudos informaram que houve coleta de material para exame de DNA, assim como pesquisa Sul Africana. Autores referem que em muitos casos, não é realizada a coleta de material para análise de DNA ou em outros casos, o DNA é coletado, mas não é analisado. Foi reportado em um para cada 10 casos em adultos e 12 casos em crianças<sup>6</sup>.

Pesquisa realizada com especialista em violência sexual legal, examinou mulheres brancas e negras com objetivo de identificar se a cor da pele interfere nas lesões genitais também identificou limitações: o fato do exame clínico ser realizado por peritos individualmente, não permitindo a generalização dos resultados para outros peritos, o fato do exame ser visual, o que pode ocasionar erros humanos na identificação e classificação das lesões, tornando o exame subjetivo e difícil de comparar com outros estudos<sup>10</sup>.

O Ministério da Saúde, em sua Norma Técnica, aponta para a necessidade de padronização dos registros de dados, para que se possibilite melhor análise e comparação dos dados no país. De acordo com os modelos de fichas de atendimento apresentados pelo Ministério<sup>33</sup>.

Esta pesquisa apresentou limitações principalmente relacionadas ao grande número de laudos com informações inexistentes: não preenchidas, não respondidas ou não conclusivas (prejudicado). Isto pode alterar os resultados e dificultar a elaboração de inferências acerca da violência sexual, pode-se superestimar ou subestimar a prevalência de algumas das variáveis trabalhadas.

A pesquisa com dados secundários é um meio importante para se adquirir informação sobre uma área do conhecimento e em alguns casos é a única opção viável, mas apresenta limitações acerca da coleta das informações. No caso dos laudos do NUMOL, que são elaborados por peritos capacitados e treinados, mas que são seres humanos capazes de cometer falhas ou de interpretar de forma diferente uma determinada informação ou característica, estas falhas podem ser exacerbadas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o estupro apresentou uma frequência alta e não variou entre os anos de 2005 e 2009.

Em relação à associação do estupro com outras variáveis relacionadas aos casos suspeitos de estupro foi observada associação entre a confirmação do estupro e o estado civil, cidade que a vítima reside, escolaridade, relacionamento com o agressor, grau deste relacionamento, idade do agressor, data provável desta agressão, virgindade anterior e violência durante a prática.

Diante dos casos confirmados de estupro, a denúncia foi realizada pelos genitores, sendo a mãe a principal denunciante e o encaminhamento pelas delegacias na maioria dos casos.

As vítimas são em sua maioria: adolescentes, solteiras, com ensino fundamental incompleto, residentes na zona urbana, naturais de outros municípios e estudantes. Houve associação significativa entre a faixa etária das vítimas e o estado civil, a ocupação, a cidade que residem e a escolaridade.

Os laudos não trazem muitas informações sobre os agressores, mas podemos concluir que eles variam entre adolescentes e adultos, sendo a maioria conhecidos das vítimas, mas que não possuem laços consanguíneos (outros conhecidos) e a maioria agiu sozinho. Foi identificada associação entre a faixa etária das vítimas e o relacionamento com o agressor e o grau deste relacionamento.

A maioria das agressões ocorreram em locais públicos, pela manhã, com data provável da violência maior que 20 dias do dia da realização do laudo, foi empregada alguma forma de violência durante a prática, sendo a violência presumida e a força física as mais prevalentes e entre a violência presumida foi a inocência consilli a que apresentou maior frequência. Foi identificada associação significativa entre o relacionamento da vítima com o agressor e a data provável da conjunção carnal.

A maioria das regiões do corpo (monte de Vênus, genitais externos e internos, anus e períneo) não apresentou lesões. O hímem apresentou rotura completa na maioria dos casos, tinham consistência membranosa, com orla e óstio médios e com tempo de cicatrização antigo (a mais de 20 dias). Não foram encontradas lesões em outras regiões do corpo na maioria dos casos.

Foi observado que existe diferença entre os casos confirmados de estupro em relação a faixa etária e os anos.

Sugere-se nesta pesquisa que outros trabalhos, no caso, de base populacional, sejam realizados para se obter novas informações ou até confirmar os resultados encontrados neste estudo.

Recomenda-se às instituições e aos profissionais que atendem a demanda de mulheres que foram vítimas de violência sexual que se informe sobre os procedimentos padrão de atendimento e encaminhamento e que se capacitem para dar o suporte que esta demanda necessita e não transformem o momento de anamnese, entrevista ou exame clínico como uma forma de violência secundária. Precisa-se haver uma padronização acerca da coleta de informações das vítimas e dos agressores, além do correto preenchimento das informações para que pesquisas desta natureza possam ser comparados.

Espera-se que este trabalho traga contribuições científicas e sociais. Científicas através das publicações que divulgarão estas informações no meio acadêmico e para a sociedade com acesso a internet e social com a apresentação dos resultados no NUMOL, fato que pode contribuir para um melhor atendimento e preenchimento correto dos laudos realizados.

## REFERÊNCIAS

1. 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**, Rio de Janeiro. 2005; 21(1): 192-9.
2. Mukwege DM, Nangini C. Rape with Extreme Violence: The New Pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo. **PLoS Med**. 2009; 6(12): 1-5.
3. Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2007; 23: 471-5.
4. Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história da violência sexual. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2000; 22(3): 153-7.
5. 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 Pediatr**, Rio de Janeiro. 2001; 77(5): 413-419.
6. Jewkes R, Christofides N, Vetten L, Jina R, Sigsworth R, Loots L. Medico-Legal Findings, Legal Case Progression, and Outcomes in South African Rape Cases: Retrospective Review. **PLoS Med**. 2009; 6(10): 1-9.
7. McCall-Hosenfeld JS, Freund KM, Liebschutz JM. Factors associated with sexual assault and time to presentation. **Prev Med**. 2009; 48(6): 593-5.
8. Sudário S, Almeida PC, Jorge MSB. Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade. **Psicologia & Sociedade**. 2005; 17(3): 73-9.

9. Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. **BMC Med.** 2004; 2(20): 1-14.
10. Sommers MS, Zink TM, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Shambley-Ebron DZ, Fisher BS. Forensic sexual assault examination and genital injury: is skin color a source of health disparity? **Am J Emerg Med.** 2008; 26(8): 857–66.
11. Vickerman KA, Margolin G. Rape Treatment Outcome Research: Empirical Findings and State of the Literature. **Clin Psychol Rev.** 2009; 29(5): 431–48.
12. Messman-Moore T, Brown AL. Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child abuse the most salient experience? **Child Abuse Negl.** 2004; 28(10): 1019-34.
13. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. **Am J Public Health,** Washington. 2001; 91(5): 753-60.
14. França GV. **Fundamentos de Medicina Legal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
15. Brasil. Código Penal do Império. Casa civil. Lei de dezembro de 1830.
16. Brasil. Código Penal Republicano. Decreto de lei nº 22213, de dezembro de 1890.
17. Brasil. Constituição. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
18. Brasil. Código Civil. Casa civil. Lei no 5.869, de 11 de janeiro de 1973.
19. Brasil. Lei Maria da Penha. Casa civil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.
20. Brasil. Pacto pela Saúde. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.751, de 11 de novembro de 2009.

21. Brasil. Lei da perícia médico legal. Casa civil. Lei nº 8.952, de 13 de dezembro de 1994.
22. \_\_\_\_\_, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa do Censo, 2009. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm> >. Acesso em: 01 de julho de 2010.
23. \_\_\_\_\_, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos 1970, 1980, 1991 e 2000.
24. Oliveira J. **Código Penal**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 1987.
25. Brasil. Lei nº. 12.015 de 7 de agosto de 2009 revoga o art. 214 do **Código Penal** e altera o art. 213 do mesmo diploma.
26. Brasil. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996.
27. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botello LFF, Stoianov M. The services for women victims os sexual violence a qualitatif study. **Rev Saúde Pública**. 2005; 39(3): 1-6.
28. Morales MIV, Becerra NB. Imaginarios y marcos valorativos de funcionarios de justicia sobre víctimas de violación sexual en Cali. **Pensamiento Psicológico**. 2008; 4(11): 45-64.
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 Cienc Biol Saúde**. 2006; 27(1): 3-11.
30. Santos SS, Dell’Aglio DD. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. **Estud Psicol**. 2008; 25(4): 595-606.

31. Brasil. Dispõe sobre a criação das Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher. Lei nº 5.467, de 24 de dezembro de 1986.

32. Brasília. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Norma técnica de padronização. **Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAMS**, 2006.

33. Brasil. Decreto nº 50.093, de 9 de outubro de 2008. Regulamenta a Lei nº 14.673, de 14 de janeiro de 2008, que dispõe sobre a criação de casas-abrigo para o atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e seus dependentes.

34. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos [Estatuto do idoso]. **Lei nº 10.741** de 1º de outubro de 2003.

35. Padilha MGS, Gomide PIC. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. **Estudos de Psicologia**. 2004; 9(1): 53-61.

36. Reis JN, Martin CCS, Ferriani MGC. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2004; 20(2): 465-73.

37. Brasil. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Casa civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

38. Resende TC. Aspectos referentes ao estupro, às vítimas e aos agressores segundo processo – crime em Uberlândia – MG. **[Dissertação]**. Programa de pós graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, 2008.

39. Berger SMD, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2005; 21(2): 417-25.

40. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Zelazny J, Burke AK, Melhem NM, Brent D. [Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts.](#) **J Clin Psychiatry**. 2008; 69(4): 584-96.

41. Capsi A, Vishne T, Sasson Y, Gross R, Livne A, Zohar J. Relationship between Childhood Sexual Abuse and Obsessive-Compulsive Disorder: Case Control Study. **J Psychiatry Relat Sci**. 2008; 45(3): 177-182.

42. Dieme MEF, Traore AL, Gueye SM, Moreira PM, Diouf A, Moreau JC. [Sexual abuse: epidemiological, clinical aspects and management at gynaecological and obstetrical department of Dakar University Hospital.](#) **J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)**. 2008; 37 (4): 358-64.

43. Duncan AE, Sartor CE, Scherrer JF, Grant JD, Heath AC, Nelson EC, Jacob T, Bucholz KK. [The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: evidence from an offspring of twins design.](#) **Addiction**. 2008; 103(6): 990-7.

44. Holmes WC. [Men's self-definitions of abusive childhood sexual experiences, and potentially related risky behavioral and psychiatric outcomes.](#) **Child Abuse Negl**. 2008; 32(1): 83-97.

45. Houston JE, Murphy J, Adamson G, Stringer M, Shevlin M. [Childhood sexual abuse, early cannabis use, and psychosis: testing an interaction model based on the National Comorbidity Survey.](#) **Schizophr Bull**. 2008; 34(3): 580-5.

46. Núñez A, Tortolero Y, Verschuur A, Camacaro M, Mendoza S. Violencia sexual: un fenómeno oculto en la experticia médico legal. **Rev. Obstet Ginecol Venez.** 2008; 68(4): 233-9.

47. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. [Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study.](#) **Arch Pediatr Adolesc Med.** 2008; 162(3): 261-7.

48. Bornovalova MA, Gwadz MA, Kahler C, Aclin WM, Lejuez CW. [Sensation seeking and risk-taking propensity as mediators in the relationship between childhood abuse and HIV-related risk behavior.](#) **Child Abuse Negl.** 2007; 32(1): 99-109.

49. Kaplow JB, Hall E, Koenen KC, Dodge KA, Amaya-Jackson L. [Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children.](#) **Child Abuse Negl.** 2008; 32(2): 261-75.

50. Zink T, Klesges L, Stevens S, Decker P. [The development of a sexual abuse severity score: characteristics of childhood sexual abuse associated with trauma symptomatology, somatization, and alcohol abuse.](#) **J Interpers Violence.** 2009; 24(3): 537-46.

51. Monteiro CFS, Teles DCBS, Castro KL, Vasconcelos NSV, Magalhães RLB, Deus MCBR. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. **Rev Bras Enferm.** 2008; 61(4): 459-63.



# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Formulário Para Coleta dos Dados

Pesquisador(a): ( ) Rafaella ( ) Renata ( ) Arthur

CONJUNÇÃO CARNAL

N	VARIÁVEL	CATEGORIAS	CÓDIGO
01	Número do laudo		
02	Denunciante	1 ( ) genitores 2 ( ) tios 3 ( ) vizinhos 4 ( ) Conselheiros 5 ( ) vítima 6 ( ) outros 7 ( ) NR 99 ( ) NA. Qual?	
03	Genitores	1 ( ) mãe 2 ( ) pai 3 ( ) NR 99 ( ) NA	
04	Solicitante	1 ( ) Delegacia. Qual? _____ 2 ( ) Conselhos tutelares Qual? _____ 3 ( ) NR	
05	Data do laudo	Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____	
<b>A</b>	<b>Sócio-econômicos</b>		
06	Nome		
07	Idade _____	1. ( ) 0–9 anos e 11 meses 2. ( ) 10–19 anos e 11 meses 3 ( ) 20 – 59 anos e 11 meses 3 ( ) > 60 anos 4. ( ) NR	
08	Filiação	_____	
09	Sexo	1. ( ) masculino 2. ( ) feminino 3 ( ) NR	
10	Estado civil	1( ) solteiro 2( ) casado 3( ) separado 4( ) viúvo 5( ) NR	
11	Naturalidade	1. ( ) campinense 2. ( ) outro. Qual? _____ 3. ( ) NR	
12	Profissão	1. ( ) estudante 2. ( ) outro. Qual? _____ 3. ( ) NR	
13	Zona	1 ( ) Urbana 2 ( ) rural 3 ( ) NR	
14	Cidade e Bairro que residem	1. ( ) CG 2 ( ) outra. Qual? _____ 3 ( ) NR 1 ( ) central 2. ( ) periférico 3. ( ) NR. Qual?	_____
15	Escolaridade	1 ( ) analfabeto 2 ( ) alfabetizado 3 ( ) fund. incomp 4 ( ) fund. Comp 5 ( ) médio incomp. 6 ( ) médio comp. 7 ( ) superior incomp. 8 ( ) superior compl. 9 ( ) NR 99 ( ) NA	
<b>B</b>	<b>Referentes ao agressor</b>		
16	Agressor	1.( ) desconhecido 2. ( ) conhecido 3 ( ) NR 99 ( ) NA	
17	Conhecidos	1 ( ) pai biológico 2 ( ) padrasto 3. ( ) tio 4. ( ) avô 5 ( ) irmão 6 ( ) vizinho 7 ( ) ex-parceiro 8 ( ) atual parceiro 9 ( ) conhecido do trabalho 10 ( ) outros conhecidos 11 ( ) NR 99 ( ) NA	
18	Número de agressores	1.( ) único 2. ( ) múltiplo 3 ( ) NR. Quantos?	
19	Outras informações	1 ( ) Idade _____ 2 ( ) NR 99 ( ) NA 1( ) Profissão _____ 2 ( ) NR 99 ( ) NA	_____
<b>C</b>	<b>Referentes à agressão</b>		
20	Data da agressão	Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____ Horário: _____ :	
21	Local da agressão	1 ( ) residência da vítima 2 ( ) residência do agressor 3 ( ) local público 4 ( ) escola 5 ( ) outro 6 ( ) NR Qual?	
22	Monte de Vênus ou vulva	1. ( ) sem lesões 2. ( ) hematoma 3. ( ) escoriação 4. ( ) mordedura 5. ( ) ferimento 6. ( ) queimadura 7. ( ) hiperemia 8 ( ) outro tipo de trauma 9 ( ) prejudicado	_____

		10 ( ) NR 99 ( ) NA 1. ( ) desenvolvidos 2 ( ) em desen. 3 ( ) NR 99 ( ) NA	_____
23	Genitais externos ou vagina externa	1.( ) sem lesões 2. ( ) hematoma 3. ( ) escoriação 4. ( ) mordedura 5. ( ) ferimento 6. ( ) queimadura 7. ( ) hiperemia 8 ( ) outro tipo de trauma 9 ( ) prejudicado 10. ( ) NR 99 ( ) NA 1. ( ) desenvolvidos 2 ( ) em desen. 3 ( ) NR 99 ( ) NA	_____ _____
24	Genitais internos ou vagina interna	1.( ) sem lesão 2 ( ) hiperemia 3 ( ) ferimento 4 ( ) outro 5 ( ) prejudicado 5. ( ) NR 99 ( ) NA Qual?	
25	Anus e períneo	1 ( ) sem lesão 2 ( ) hiperemia 3 ( ) fissura 4 ( ) outro 5 ( ) NR 99 ( ) NA. Qual?	
26	Hímene	1.( ) íntegro 2.( ) ruptura completa 3. ( ) ruptura incomp. 4 ( ) dilacerado 5. ( ) complacente .6 ( ) outro 7. ( ) prejudicado 8 ( ) NR 99 ( ) NA. Qual?	
27	Consistência	1 ( ) membranoso 2 ( ) franjado 3 ( ) orifício central 4 ( ) orifício semilunar 5 ( ) bordas finas 6 ( ) outro 7 ( ) NR 99 ( ) NA Qual?	
28	Orla	1 ( ) pequena 2 ( ) média 3 ( ) amplo 4 ( ) outro 5 ( ) NR 99 ( ) NA. Qual?	
29	Óstio	1 ( ) pequena 2 ( ) média 3 ( ) amplo 4 ( ) outro 5 ( ) NR 99 ( ) NA. Qual?	
30	Hímene rompido ou complacente	1 ( ) cicatrizado recente 2 ( ) cicatrizado antigo 3 ( ) NR 99 ( ) NA 1 ( ) com sangue ou coágulo. 2 ( ) sem 3 ( ) NR ( ) NA Horas:	_____ _____
31	Conjunção carnal	1.( ) sim 2. ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) não há elementos para afirmar ou negar 5 ( ) NR 99 ( ) NA	
32	Data provável dessa conjunção	1 ( ) recente 2 ( ) mais de 20 dias 3 ( ) prejudicado 4 ( ) outros. Qual? 5 ( ) NR 99 ( ) NA	
33	Virgindade anterior	1.( ) sim 2. ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) é virgem 5 ( ) NR 99 ( ) NA	
34	Violência	1.( ) sim 2. ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	
35	Meio da violência	1.( ) presumida relativa 2. ( ) presumida absoluta 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	
36	Presunção da violência	1.( ) deficiência mental 2. ( ) uso de substâncias hipnóticas 3. ( ) <i>inocencia consilli</i> 4. ( ) embriaguez 5 ( ) prejudicado 6. ( ) NR 99 ( ) NA	
37	Forma de constrangimento	1.( ) força física 2. ( ) grave ameaça 3. ( ) associação de força física e de grave ameaça 4. ( ) violência presumida 5 ( ) prejudicado 6. ( ) NR 99 ( ) NA	
38	A violência resultou em incapacidade...?*	1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	
39	A vítima é alienada ou débil mental?	1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	
40	Causa que impossibilita resistir?	1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	

41	Conclusão do exame	1 ( ) não era virgem 2 ( ) é virgem 3 ( ) houve estupro 4 ( ) houve ato libidioso 5 ( ) não há elementos 6 ( ) outro. 7 ( ) NR 99 ( ) NA Qual?	
42	Coleta de material	1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) prejudicado 4 ( ) NR 99 ( ) NA.	
43	Local da coleta	1 ( ) canal vaginal 2 ( ) anus 3 ( ) períneo 4 ( ) vagina externa 5 ( ) outro 6 NR 99 ( ) NA	
44	Resultado do exame	1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	
45	Conclusão do resul.	1 ( ) positivo 2 ( ) negativo 3 ( ) prej. 4 ( ) NR 99 ( ) NA	
46	Injúrias físicas	1.( ) Sim 2. ( ) Não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	
47	Regiões do corpo atingidas	1.( ) cabeça e face 2. ( ) tronco 3. ( ) membro superior direito 4. ( ) membro superior esquerdo 5. ( ) membro inferior direito 6. ( ) membro inferior esquerdo 7. ( ) NR 99 ( ) NA	
48	Lesão cavidade bucal	1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	
49	Dentes	1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) prejudicado 4. ( ) NR 99 ( ) NA	
50	Tipos de Elementos Dentários Atingidos	1.( ) Incisivos 2. ( ) Caninos 3. ( ) Pré-molares 4 ( ) prejudicado 5. ( ) NR 99 ( ) NA	
51	Outros exames	1 ( ) sim 2 ( ) não 3 ( ) dúvida. Qual?	

\*para atividades diárias habituais por mais de trinta dias, perigo de vida, debilidade de membro, debilidade de sentido ou função, aceleração do trabalho de parto, incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membros, sentidos ou função, deformidade permanente, aborto ou outro?

## APÊNDICE B

### TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Rafaella Queiroga Souto, brasileira, solteira, aluna do curso de pós graduação em Saúde Pública, RG n.º 2882547 e CPF n.º 013.431.334 - 83, com endereço na Rua José Dantas de Aguiar, 225, catolé, Campina Grande, Paraíba, responsável pelo desenvolvimento do projeto intitulado “Violência sexual contra a mulher: estudo no núcleo de medicina e odontologia legal de Campina Grande - PB”, na Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, e Alessandro Leite Cavalcanti, brasileiro, casado, RG n.º 1134015 e CPF n.º 6309342140-20, com endereço na Rua Capitão João Alves de Lira, 1325/203, Campina Grande, Paraíba, declaram conhecer o inteiro teor da resolução CNS 196/96, comprometendo-se, desde já, a cumpri-la integralmente nas atividades que desenvolveram, bem como estar continuamente atualizados, inclusive quanto à legislação complementar relativa à matéria, sendo de sua inteira responsabilidade qualquer penalidade imposta pelo descumprimento da mesma.

O pesquisador responsável será Rafaella Queiroga Souto assim como responsável pela apresentação e recebimento dos documentos solicitados pelo CEP/UEPB.

Campina Grande, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Pesquisador: \_\_\_\_\_  
(Alessandro Leite Cavalcanti)

Pesquisadora: \_\_\_\_\_  
(Rafaella Queiroga Souto)

Pesquisador Responsável: - \_\_\_\_\_  
(Rafaella Queiroga Souto)

Testemunhas: 1. \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE C**

### **TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO**

**Título do projeto: Violência sexual: estudo no núcleo de medicina e odontologia legal (NUMOL) do município de Campina Grande/PB**

**Pesquisadores: Rafaella Queiroga Souto e Alessandro Leite Cavalcanti**

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

**Campina Grande, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009**

---

Rafaella Queiroga Souto

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Alessandro Leite Cavalcanti

---

Assinatura do pesquisador participante

# ANEXOS

## **ANEXO I**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Campina Grande, 09 de Novembro de 2009.

Ilmo. Sr.

Dr. José Alberto Leitão

Chefe do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL)

Solicitamos a V. Sa. autorização para o acesso da enfermeira Rafaella Queiroga Souto, aluna do Mestrado em Saúde Pública desta universidade, ao Setor de Arquivos, visando a realização da coleta de dados para a pesquisa intitulada “**VIOLÊNCIA SEXUAL: ESTUDO NO NÚCLEO DE MEDICINA**”

**E ODONTOLOGIA LEGAL DE CAMPINA GRANDE/PB**”, o qual será desenvolvido sob minha orientação. Informamos a V. Sa. que o referido trabalho, seguindo os preceitos éticos vigentes, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

Destacamos a V.Sa. que ao longo dos últimos anos estabelecemos uma relação profícua entre a UEPB e esta instituição, possibilitando o desenvolvimento em parceria de várias pesquisas, cujos resultados foram publicados em revistas nacionais e internacionais conforme documentação em anexo. Tal fato demonstra não apenas a seriedade do trabalho desenvolvido, mas torna pública a importância do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal. É mister destacar ainda que ao longo desse período, solicitamos recursos para a compra de equipamentos de informática para o Núcleo de Medicina e Odontologia Legal como forma de consolidar essa parceria e ao mesmo tempo retribuir tão valioso e importante auxílio. Ressaltamos que para o desenvolvimento desta pesquisa trabalharemos em conjunto com o C. D. Allyson Monteiro.

Estamos a disposição, a qualquer tempo, para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.  
**Certos de que teremos a vossa atenção, agradecemos antecipadamente.**

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti**

Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Universidade Estadual da Paraíba

Autorizo,

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO II

### Folha de rosto do comitê de ética



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Conselho Nacional de Saúde**  
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**

<b>FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b>		<b>FR - 301888</b>	
Projeto de Pesquisa Violência sexual: estudo no núcleo de medicina e odontologia legal (NUMOL) do município de Campina Grande/PB			
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.01 - Medicina - Preve.		Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s)			Fase Não se Aplica
Unitermos Violência sexual			
<b>Sujeitos na Pesquisa</b>			
Nº de Sujeitos no	Total Brasil 800000	Nº de Sujeitos	Grupos Especiais Criança e ou menores de 18 anos,



Centro 1000		Total 900000		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO

#### Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável Rafaella Queiroga Souto		CPF 013.431.334-83	Identidade 2882547
Área de Especialização SAÚDE PÚBLICA		Maior Titulação MESTRANDA	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA JOSÉ DANTAS DE AGUIAR, 225		Bairro CATOLÉ	Cidade CAMPINA GRANDE - PB
Código Postal	Telefone (83)99333316 / (83)88433843	Fax (83)33218765	Email rafaellaqueiroga7@gmail.com

#### Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura

#### Instituição Onde Será Realizado

Nome Universidade Estadual da Paraíba - UEPB		CNPJ 12.671.814/0001-37	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Departamento de odontologia		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Av. das Baraúnas 351		Bairro Campus Universitário	Cidade Campina Grande - PB
Código Postal 58109753	Telefone 83 3153373	Fax	Email cep@uepb.edu.br

#### Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 05/11/2009. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

### ANEXO III

### CAAE

Andamento do projeto - CAAE - 0538.0.133.000-09					
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b>					
Violência sexual: estudo no núcleo de medicina e odontologia legal (NUMOL) do município de Campina Grande/PB					
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>	
Aprovado no CEP	12/11/2009 15:17:08	14/12/2009 10:07:23			
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>	
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	12/11/2009 15:17:08	Folha de Rosto	0538.0.133.000-09	CEP	
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	05/11/2009 12:57:23	Folha de Rosto	FR301888	Pesquisador	
3 - Protocolo Aprovado no CEP	14/12/2009 10:07:23	Folha de Rosto	0538.0.133.000-09	CEP	

 Voltar

#### **ANEXO IV**

Naturalidade da vítima: 32,50% referem ser naturais de Campina Grande, 4,90% de outros municípios e 12,50% dos laudos estava com esta informação ausente. A tabela abaixo detalha os outros municípios referidos.

<b>Município</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alagoa Grande	2	1,22
Alagoa Nova	4	2,45
Aracajú	1	0,63
Arcoverde – PE	1	0,63
Areia	12	7,40
Aroeiras	3	1,84
Barra de Santana	1	0,63
Belo Horizonte	1	0,63
Boa Vist	1	0,63
Boa Vista	5	3,00
Boqueirão	4	2,45
Buriti – MA	1	0,63
Cajazeiras	1	0,63
Caraúbas	1	0,63
Congo	1	0,63
Coronel Ezequiel - Rn	1	0,63
Cuité	1	0,63
Curitiba	2	1,22
Damião	1	0,63
Diadema – SP	1	0,63
Esperança	18	11,11
Fagundes	4	2,45
Gado Bravo	1	0,63
Guarabira	1	0,63
Gurabira	1	0,63
Gurjão	1	0,63
Ingá	3	1,85
Itabaiana	1	0,63
Itaporanga	3	1,85
Itatuba	4	2,45
Jatauba	1	0,63
João Pessoa	3	1,85
Juarez Távora	1	0,63
Juazeirinho	1	0,63
Juquitiba	1	0,63
Lagoa de Roça	1	0,63
Lagoa Seca	3	1,84
Livramento	2	1,22
Massaranduba	1	0,63
Montadas	1	0,63
Monteiro	10	6,15
Natal	1	0,63
Nova Floresta	2	1,22
Orobó – PE	1	0,63
Patos	1	0,63
Picuí	2	1,22
Pocinhos	1	0,63

Município de residência da vítima: 28,80% referem residir em Campina Grande, 67,50% de outros municípios e 3,70% dos laudos estava com esta informação ausente. A tabela abaixo detalha os outros municípios referidos.

<b>Município</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alagoa Grande	4	2,00
Alagoa Nova	7	3,50
Algodão de Jandaira	1	0,50
Arara	7	3,50
Areia	14	7,00
Aroeiras	8	4,00
Barra de Santana	2	1,00
Boa Vista	7	3,50
Boqueirão	3	1,50
Cabaceiras	1	0,50
Cajazeiras	2	1,00
Camalaú	1	0,50
Caraúbas	1	0,50
Casserengue	1	0,50
Caturité	3	1,50
Coxixola	1	0,50
Cubati	2	1,00
Cuité	4	2,00
Damião	1	0,50
Esperança	13	6,50
Fagundes	2	1,00
Gado Bravo	2	1,00
Gurjão	2	1,00
Ingá	5	2,5
Itaporanga	2	1,00
Itatuba	4	2,00
João Pessoa	1	0,50
Juarez Távora	2	1,00
Juazeirinho	1	0,50
Juazeirinho – PB	1	0,50
Lagoa de Roça	1	0,50
Lagoa Seca	6	3,00
Livramento	3	1,50
Massaranduba	6	3,00
Matinhas	1	0,50
Mogeiro	1	0,50
Monteiro	10	5,00
Nova Floresta	3	1,50
Patos	1	0,50
Pedra Branca	1	0,50
Picuí	1	0,50
Pocinhos	3	1,50
Prata	1	0,50
Puxinanã	2	1,00
Queimadas	10	5,00
Remígio	7	3,50
Riachão do Bacamarte	2	1,00

**ANEXO V**

**Violência Sexual Contra a Mulher no Município de Campina Grande, Paraíba**

**Sexual Violence against Women in the city of Campina Grande, Paraíba**

Rafaella Queiroga Souto<sup>1</sup>; Arthur Felipe Rodrigues Silva<sup>2</sup>; Renata Cardoso Oliveira<sup>2</sup>;

Alessandro Leite Cavalcanti<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

<sup>2</sup>Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

<sup>3</sup>Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

**Correspondência:**

Rafaella Queiroga Souto

Rua José Dantas de Aguiar, 225 – Catolé

Campina Grande – PB

CEP: 58230-410

E-mail: [rafaellaqueiroga7@gmail.com](mailto:rafaellaqueiroga7@gmail.com)



## RESUMO

Este estudo transversal objetivou caracterizar a violência sexual contra a mulher no município de Campina Grande, Paraíba. O universo pesquisado compreendeu um total de 223 laudos médicos e respectivos Boletins de Ocorrência de exames de conjunção carnal registrados no ano de 2004. Foram incluídos no estudo apenas os casos confirmados de estupro, correspondendo a 111 vítimas, constituindo-se, portanto, na amostra da pesquisa. O instrumento de pesquisa compreendeu um formulário especialmente desenvolvido, contendo questões abertas e fechadas, dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis de estudo foram divididas em três grupos: relativas à vítima, ao agressor e à agressão. O banco de dados e as análises estatísticas foram realizados no software SPSS 17.0, sendo utilizado os testes do Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). A maioria das vítimas pertencia à faixa etária de 10 a 19 anos (88,3%), eram solteiras (82,9%), com ensino fundamental incompleto (29,8%) e residentes na zona urbana (64,9%). Os agressores eram conhecidos (88,0%), verificando-se diferença estatisticamente significativa entre a relação do agressor e a faixa etária da vítima ( $p=0,000$ ;  $RP=2,6$ ). Com relação ao número de agressores, o perpetrador da violência sexual agiu sozinho em 74,8% dos casos, predominando ocorrências em locais públicos (7,2%) e no período noturno (11,8%). Em 24,3% dos casos constatou-se a existência de violência durante a prática do estupro. Verificou-se associação entre a ocorrência de violência e a relação do agressor com a vítima ( $p=0,000$ ). Conclui-se que as mulheres vítimas de estupro são em sua maioria jovens, solteiras, com baixa escolaridade, constituindo-se os agressores em pessoas que fazem parte do seu convívio familiar e a violência sexual ocorre em locais públicos e no período noturno, sendo verificado o emprego de violência durante a prática do estupro.

**DESCRITORES:** Violência Sexual, Violência contra a Mulher, Abuso Sexual Infantil, Estupro.

## **ABSTRACT**

The aim of this cross-sectional study was to characterize sexual violence against women in the city of Campina Grande, Paraíba. The universe consisted of 223 medical records and their respective official reports of forensic examinations recorded in 2004. The study included only confirmed cases of rape, corresponding to 111 victims – the research sample. The research instrument consisted of a specially designed questionnaire, with open and closed, dichotomous and multiple choice questions. The variables were divided into three groups: those regarding the victim, the aggressor and the aggression. SPSS 17.0 was used to create the database and to analyse data using Pearson's Chi-square test and the Fisher Exact test at a significance level of 5% ( $p < 0.05$ ). The majority of victims belonged to the age group 10-19 years (88.3%), were single (82.9%), with incomplete primary education (29.8%) and lived in urban areas (64.9%). The aggressors were unknown (88.0%), and a statistically significant difference was found between the perpetrator and the victim's age ( $p = 0.000$ ,  $PR = 2.6$ ). Regarding the number of aggressors, the perpetrator of sexual violence acted alone in 74.8% of cases, the occurrence was predominantly in public places (7.2%) and at night (11.8%). In 24.3% of cases it was found that there was violence during the practice of rape. An association between the occurrence of violence and the relationship of the aggressor with the victim ( $p = 0.000$ ) was found. It was concluded that female rape victims are mostly young, single, with a low level of schooling; the aggressors are

people who are part of their family life and sexual violence occurs in public places and at night, and it was observed that violence was used during the practice of rape.

**DESCRIPTORS:** Sexual Violence, Violence Against Women, Child Abuse, Sexual, Rape.

## INTRODUÇÃO

A violência está incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) sob a denominação "Causas Externas"<sup>1</sup>. Possui várias faces e afeta de modo diferenciado a população. Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência sexual afeta em especial as mulheres e ocorre no espaço doméstico<sup>2</sup>.

A violência presente nas relações de gênero é um sério problema de saúde para mulheres em todo mundo<sup>3,4</sup>. Embora esse tipo de violência seja uma causa significativa de morbimortalidade de mulheres, quase nunca é visto como uma questão de saúde pública. Os reflexos desse problema são percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam<sup>3</sup>.

Essa violência – em particular o estupro – atinge, sobretudo, meninas, adolescentes e mulheres jovens no Brasil e no mundo<sup>2</sup>, mostrando a fragilidade deste sexo diante deste tipo de violência<sup>5-7</sup>. As mulheres abusadas sexualmente ou espancadas representaram, para o sistema de saúde, em um ano de acompanhamento, custos 2,5 maiores que as mulheres que não foram vitimadas<sup>3</sup>. Em 2006 foi promulgada a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para prevenir a violência contra a mulher<sup>8</sup>.

O abuso ou violência sexual não se caracteriza apenas por violência física, inclui também: carícias, exploração sexual, linguagem obscena, exibicionismo, masturbação, entre outros<sup>9,10</sup>. Estudos sobre o tema indicam que a maior parte da violência sexual é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas<sup>2,4,9-11</sup>, onde existe um vínculo sentimental ou hierárquico, ocorre em ambientes familiares, tornando o crime mais difícil de ser denunciado. O medo de vingança, a sensação de culpa, o desconhecimento dos direitos legais e o descrédito na Justiça são fatores que também contribuem para a denúncia<sup>2</sup>. Em 2002 estimava-se que menos de 1% dos casos eram denunciados. Cinco anos depois, em 2007, menos de 10% dos casos chegavam às delegacias<sup>2,11,12</sup>.

A violência sexual é um fator de risco para psicopatias<sup>13-16</sup>, dependência química<sup>15-17</sup>, suicídio<sup>18-19</sup>, vitimização sexual na idade adulta, independentemente da atuação familiar<sup>20</sup>, doenças psicossomáticas e bulimia nervosa. As agressões sofridas pela mulher podem comprometer sua vida pessoal, profissional e afetiva<sup>9</sup>. Pode resultar também em maior risco de gravidez<sup>21</sup>.

O Código Penal Brasileiro define como estupro o constrangimento de pessoas do sexo feminino ao coito vaginal, mediante violência ou grave ameaça. Entende-se por “violência” o emprego de força física capaz de sobrepujar a força da vítima; e por “grave ameaça” a promessa de efetuar tamanho mal, suficiente para impedir sua resistência. O atentado violento ao pudor é caracterizado pelo constrangimento de pessoas de ambos os sexos, mediante violência e/ou grave ameaça à prática de atos libidinosos diferentes do coito vaginal<sup>22</sup>.

O estupro, que sempre representou a principal expressão de violência contra as mulheres, uma vez que era um crime de homens contra mulheres, acaba de ganhar nova roupagem. A lei nº. 12.015 de 7 de agosto de 2009<sup>23</sup> revoga o art. 214 e altera o art. 213 do Código Penal. “Assim, ainda que buscando fundamentação jurídica para esta

alteração, o fato é que o homem passa a ser sujeito passivo do crime de estupro, bem como a mulher ganha status de sujeito ativo do mesmo delito<sup>24</sup>.

Face ao exposto, o presente trabalho visa caracterizar a violência sexual contra mulheres no município de Campina Grande, Paraíba.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional transversal, descritivo e analítico, com método quantitativo por meio da análise de dados secundários.

A pesquisa foi desenvolvida no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal – NUMOL de Campina Grande/PB. Ao NUMOL são encaminhadas as vítimas de abuso sexual para a realização do exame de conjunção carnal objetivando a quantificação e a qualificação da(s) lesão(ões) existente(s). O exame de conjunção carnal consiste em um conjunto de vestígios deixados pelo fato delituoso. São os elementos materiais perceptíveis pelos sentidos. As perícias são elaboradas a partir do exame direto de conjunção carnal<sup>25</sup>. O resultado do exame é registrado em um laudo médico.

O universo pesquisado compreendeu um total de 223 laudos médicos e respectivos Boletins de Ocorrência (BOs) de exames de conjunção carnal registrados no ano de 2004. Foram incluídos no estudo apenas os casos confirmados de estupro, correspondendo a 111 vítimas, constituindo-se, portanto, na amostra da pesquisa.

O instrumento de pesquisa compreendeu um formulário especialmente desenvolvido, contendo questões abertas e fechadas, dicotômicas e de múltipla escolha. As variáveis de estudo foram:

a) relativas à vítima – idade, faixa etária (0 – 9 anos, 10 – 19, 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 - 59 e maiores de 60 anos)<sup>26-27</sup>, estado civil (solteira, casada, viúva ou NR), escolaridade (analfabeta, alfabetizada, ensino fundamental incompleto, ensino

fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo)<sup>21,28</sup> e região de residência (zona rural, zona urbana ou NR).

b) relacionados ao agressor – relação com a vítima (conhecido, desconhecido ou NR), grau de parentesco (pai biológico, tio, irmãos, vizinho, ex-parceiro, atual parceiro ou outros conhecidos) e número de agressores (único, múltiplo ou NR);

c) relacionadas à agressão – horário (matutino, vespertino, noturno ou NR)<sup>21</sup>, local (residência da vítima, residência do agressor, local público ou NR), se houve violência durante a prática (sim, não ou prejudicado) e forma de constrangimento utilizada (força física, grave ameaça, associação de força física e de grave ameaça e violência presumida). Presume-se a violência se a vítima: a) não é maior de quatorze anos; b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância; c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência<sup>29</sup>.

A variável dependente do estudo foi a relação do agressor com a vítima e as variáveis independentes foram: “houve violência durante a prática?” e faixa etária dicotomizada (0 - 19 anos e  $\geq$  20 anos). Para melhor observação das diferenças existentes na abordagem por idade, utilizou-se o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual crianças e adolescentes compreendem aquelas com idade entre zero e dezenove anos e adultas as com idade igual e superior a vinte anos.

Previamente à coleta de dados, os examinadores testaram o instrumento de pesquisa por meio de um estudo piloto, objetivando verificar a existência de erros ou falhas.

O banco de dados e as análises estatísticas foram realizados no software SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Os dados foram apresentados por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais). A análise bivariada entre a variável dependente (relação do agressor com a vítima) e as independentes

(houve violência durante esta prática e faixa etária) foi realizada por meio dos testes de associação do Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, sendo determinada a Razão de Prevalência (RP), empregando-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Conforme os preceitos éticos vigentes, o estudo foi registrado no SISNEP (CAAE 0538.0.133.000-09) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

## RESULTADOS

A idade média da vítima foi de 16,62 anos ( $\pm 9,12$ ), sendo a mínima de oito anos e a máxima de 87. A Tabela 1 revelou que a maioria das vítimas pertencia à faixa etária de 10 a 19 anos (88,3%), eram solteiras (82,9%), com ensino fundamental incompleto (29,8%) e residentes na zona urbana (64,9%).

Tabela 1. Distribuição das vítimas segundo a faixa etária, estado civil, escolaridade e região de residência.

Variáveis	Frequência		
	n	%	
Faixa etária	0 – 9 anos	1	0,9
	10 – 19 anos	98	88,3
	20 – 29 anos	8	7,2
	30 – 39 anos	2	1,8
	40 – 49 anos	0	0,0
	50 – 59 anos	0	0,0
	≥ 60 anos	2	1,8
Total	111	100,0	
Estado civil	Solteira	92	82,9
	Casada	1	0,9
	Viúva	2	1,8
	NR	16	14,4
Total	111	100,0	
Escolaridade	Analfabeta	2	1,8
	Alfabetizada	26	23,4
	Ensino fundamental incompleto	33	29,8
	Ensino fundamental completo	3	2,7
	Ensino médio incompleto	15	13,5
	Ensino médio completo	3	2,7
	NR	29	26,1

Total		111	100,0
Residência	Zona urbana	72	64,9
	Zona rural	30	27,0
	NR	9	8,1
Total		111	100,0

NR – laudo com informação ausente.

A Tabela 2 apresenta a associação entre a relação do agressor com a vítima segundo a faixa etária. Na faixa etária de 0 a 19 anos, a maioria dos agressores era conhecida (95,1%) enquanto que nas mulheres com idade maior ou igual a 20 anos verifica-se o oposto, sendo a maioria desconhecida (63,6%), verificando-se associação estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ;  $RP=2,6$ ).

Tabela 2. Associação entre a relação do agressor e a faixa etária da vítima.

Relação com o agressor	Faixa Etária				Total		Valor de $p^{(1)}$ $p =$ 0,000	RP IC95%
	0 – 19 anos		$\geq 20$ anos					
	n	%	n	%	n	%		
Conhecido	77	95,1	4	36,4	81	88,0		2,6
Desconhecido	4	4,9	7	63,6	11	12,0		
Total	81	100,	11	100,	92	100,		
		0		0		0		

<sup>(1)</sup>Teste Exato de Fisher; RP = Razão de Prevalência.

Ao se avaliar o grau de parentesco da vítima com o agressor, verificou-se predomínio do atual parceiro (49,4%). Entretanto, a análise segundo a faixa etária dicotomizada revelou que entre os adolescentes prevaleceu como agressor o atual parceiro (50,6%) enquanto que entre as vítimas adultas sobressaíram-se outros conhecidos (50,0%). Os agressores com laços consanguíneos com a vítima (pai biológico, tio e irmão) totalizaram 7,4%. Com relação ao número de agressores, o



perpetrador da violência sexual agiu sozinho em 74,8% dos casos, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das vítimas segundo o grau de parentesco e o número de agressores de acordo com a faixa etária.

Variáveis		Faixa Etária				Total	
		0 – 19		≥ 20		n	%
		n	%	n	%		
Grau de parentesco	Pai biológico	2	2,6	0	0,0	2	2,5
	Tio	3	3,9	0	0,0	3	3,7
	Irmão	1	1,3	0	0,0	1	1,2
	Vizinho	2	2,6	1	25,0	3	3,7
	Ex-parceiro	6	7,8	0	0,0	6	7,4
	Atual parceiro	39	50,6	1	25,0	40	49,4
	Outros conhecidos	24	31,2	2	50,0	26	32,1
Total		77	100,	4	100	81	100,
Número de agressores			0				0
	Único	72	73,1	10	83,4	83	74,8
	Múltiplo	1	1,3	1	8,3	2	1,8
	NR	25	25,6	1	8,3	26	23,4
Total		99	100,	12	100	111	100,
			0				0

NR – laudo com informação ausente.

O local de ocorrência do estupro não foi identificado em 87,4% (n = 97) dos laudos, como mostrado na Tabela 4. Nos laudos nos quais houve a identificação, predominaram as ocorrências em locais públicos (7,2%). Em relação ao horário da violência o período noturno foi o mais frequente (11,8%).

Tabela 4. Distribuição das vítimas segundo o local e horário da agressão

Variáveis		Frequência	
		n	%
Local da agressão	Residência da vítima	3	2,7
	Residência do agressor	3	2,7
	Local público	8	7,2

	NR	97	87,4
Total		111	100,0
Horário	Matutino	3	2,7
	Vespertino	3	2,7
	Noturno	13	11,8
	NR	92	82,8
Total		111	100,0

NR – laudo com informação ausente.

Ao se analisar a existência de violência durante a prática do estupro, observou-se que em 24,3% dos casos constatou-se o emprego de violência, sendo a violência presumida a forma de constrangimento de maior frequência (33,3%), seguida do emprego da força física para a consumação do ato (22,2%), conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição das vítimas segundo a ocorrência de violência durante a prática do estupro e a forma de constrangimento empregada.

Variáveis		Frequência	
		n	%
Violência	Sim	27	24,3
	Não	31	27,9
	Prejudicado	53	47,7
Total		111	100,0
Forma de constrangimento	Força física	6	22,2
	Grave ameaça	2	7,4
	Força física e grave ameaça	5	18,5
	Violência presumida	9	33,3
	Prejudicado	3	11,2
	NR	2	7,4
Total		27	100,0

NR – laudo com informação ausente.

Verificou-se associação entre a ocorrência de violência e a relação do agressor com a vítima ( $p = 0,000$ ), conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6. Associação entre a ocorrência de violência e a relação do agressor com a vítima.

Variável		Relação da vítima com o agressor						Total		Valor de p <sup>(1)</sup>
		Conhecido		Desconhecido		NR				
		n	%	n	%	N	%	n	%	
Violência	Sim	7	6,3	17	15,3	3	2,8	27	24,3	p=0,000
	Não	2	1,8	21	18,9	8	7,2	31	28,0	
	Prejudicado	2	1,8	43	38,7	8	7,2	53	47,7	
Total		11	9,9	81	72,9	1	17,	11	100,	
						9	2	1	0	

NR – laudo com informação ausente; <sup>(1)</sup>Teste Qui-quadrado.

## DISCUSSÃO

A literatura nacional<sup>11,21,28,30-33</sup> e internacional<sup>3-4,10,34-38</sup> é repleta de trabalhos que analisaram a temática da violência sexual contra a mulher. Entretanto, é mister destacar que a maioria das pesquisas existentes foram feitas em fóruns<sup>28</sup>, hospitais<sup>4,10,34-35</sup>, serviços de proteção<sup>21,30-32</sup>, dentre outros locais. A realização de estudos em Institutos de Medicina Legal não é tão comum<sup>10,11,36,37</sup> de modo que os dados aqui apresentados traçam um retrato fidedigno da vítima de violência sexual, posto que todos os casos analisados foram corretamente identificados. Ademais, trata-se de um dos poucos estudos desenvolvidos no Estado da Paraíba, particularmente no município de Campina Grande/PB.

A escolha do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal deveu-se ao fato de o mesmo constituir-se no local para o qual são encaminhadas as vítimas de crimes sexuais para a realização do exame de corpo de delito (onde o exame de conjunção carnal está incluído), conforme recomenda a legislação brasileira<sup>29</sup>.

A literatura revela que as mulheres são as principais vítimas de violência sexual, pois culturalmente estão em posição vulnerável, dentro e fora de casa, na sociedade patriarcal, sendo a maioria adolescente<sup>4,36</sup>.

A idade das vítimas variou entre oito e oitenta e sete anos, confirmando os resultados obtidos em Teresina/PI, cuja idade das vítimas variou entre um e sessenta e oito anos<sup>21</sup>, demonstrado que este tipo de violência acomete mulheres de todas as idades. Em relação à faixa etária, a mais acometida foi a de 10 a 19 anos (88,3%), resultado este superior aos 47,1% descritos em Teresina/PI e aos 59,9% encontrados em Londrina/PR<sup>31</sup>, porém próximo aos 82,8% observados em Uberlândia/MG<sup>28</sup>. e aos 43,74% verificados em Aragua, na Venezuela<sup>36</sup>. A literatura revela que o grupo mais vulnerável são os menores de idade, com maior prevalência à medida que se aproxima da adolescência<sup>33,36,39</sup>, posto que com as alterações púberes os agressores passam a objetivar a cópula vaginal<sup>11</sup>.

A maioria das vítimas desta pesquisa é solteira e com baixa escolaridade (alfabetizadas ou com ensino fundamental incompleto), resultados estes que corroboram os estudos realizados em Teresina/PI<sup>21</sup> e Uberlândia/MG<sup>28</sup> onde 78,3% e 84,3% das vítimas, respectivamente, eram solteiras e 74,2% e 94,4% possuíam baixa escolaridade.

A maioria das vítimas deste estudo era solteira, dados semelhantes aos encontrados em Uberlândia/MG<sup>28</sup>. Deve-se advertir a apuração teórica desta variável, pois muitas mulheres que moram com os companheiros não se consideram casadas, mas se referem aos agressores como seus maridos ou amásios<sup>28</sup>.

O presente trabalho identificou uma diferença estatisticamente significativa entre a relação do agressor com a vítima e a faixa etária, de modo que as crianças e os adolescentes possuem uma prevalência duas vezes maior de serem vítimas de estupro por indivíduos conhecidos.

Diferentes trabalhos têm mostrado que na maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes do sexo feminino, o agressor é conhecido da vítima (pessoa em que a vítima confia, que participa de sua educação e formação), fazendo parte do seu convívio familiar diário<sup>21,28,30,36,40</sup>, favorecendo a não revelação e o prolongamento do processo até a idade adulta<sup>38</sup>. Desse modo, o percentual de 88,0% encontrado nesta pesquisa é similar aos 80,2% reportados em Aragua, Venezuela<sup>36</sup> e 89,8% encontrado em Uberlândia/MG<sup>28</sup>, sendo contrários aos verificados em Nairobi, Quênia<sup>4</sup>, onde 75,1% dos agressores foram desconhecidos. Apesar do pequeno número de casos registrados envolvendo vítimas adultas, observou-se predomínio de agressores desconhecidos, corroborando estudos prévios realizados em outro país<sup>4</sup> e em municípios brasileiros como, por exemplo, Teresina/PI<sup>21</sup>, São Paulo/SP<sup>30</sup> e Londrina/PR<sup>31</sup>.

A análise do grau de parentesco da vítima com o agressor revelou predominância do atual parceiro (49,4%), confirmando os resultados encontrados em Uberlândia/MG, onde os principais agressores foram os namorados ou noivos das vítimas (36,5%). Para muitas mulheres, a violência praticada pelo seu parceiro não é considerada estupro, aceitando as normas sociais que atribuem ao homem o direito de usar do corpo da mulher ao seu arbítrio<sup>41</sup>. Contudo, alguns estudos têm reportado que o pai biológico<sup>38</sup> e o padrasto<sup>36,38</sup> são os agressores mais frequentes.

O abuso sexual pode ser classificado como extrafamiliar ou intrafamiliar, tendo em vista o contexto em que ocorre. A intrafamiliar geralmente ocorre mais de uma vez, podendo se estender por anos, e é cometida por uma pessoa próxima, que assume em alguma medida a responsabilidade pelo cuidado da criança<sup>40</sup>.

Na violência sexual intrafamiliar, a criança e a adolescente são vítimas preferenciais dos agressores sexuais, encontrando-se inseridas em uma estrutura na qual sofre relações de poder expressas por um lado pela maior capacidade física, mental e

social do agressor, e por outro lado, pela imaturidade da vítima, submissão à autoridade paterna e dos mais velhos, e à desigualdade de gênero<sup>28</sup>.

O presente trabalho revelou um predomínio de um único agressor, confirmando achados prévios obtidos por outros pesquisadores<sup>4, 28</sup>. Em dois casos apenas o estupro foi consumado por dois ou mais agressores. O número de agressores da violência sexual é uma importante informação nesse tipo de estudo, posto que alguns autores revelaram sequelas psicológicas mais severas quando o abuso sexual é realizado por múltiplos perpetradores, principalmente durante a infância e a adolescência<sup>42</sup>.

Uma informação relevante que não pode ser coletada em sua totalidade foi o local de ocorrência do estupro. Dentre os laudos nos quais essa informação foi registrada, os locais públicos foram o palco da maioria das agressões sexuais, corroborando com os resultados de trabalhos realizados em Teresina/PI<sup>21</sup> e São Paulo/SP<sup>30</sup>, cujos percentuais foram respectivamente de 39,2% e 78,2%. Entretanto, para alguns autores, o lar foi o local onde ocorreu o maior número de agressões<sup>28,36</sup>.

Em relação ao horário de ocorrência do estupro, o período noturno foi o de maior frequência nesta pesquisa assim como nos estudos realizados em Teresina-PI (64,7%)<sup>21</sup> e no Quênia<sup>4</sup>.

Dos laudos examinados, verificou-se o emprego de violência durante a prática do estupro em um quarto dos casos, com predomínio da violência presumida e do uso da força física. Constatou-se também diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de violência e a relação do agressor com a vítima. Uma característica singular do abuso sexual refere-se ao fato de que é realizado, frequentemente, sem o uso de força física, pelo poder, coação e/ou sedução, e por isso não deixa marcas físicas nas vítimas, dificultando a sua identificação<sup>40</sup>

Em pesquisa realizada entre as mulheres atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher do município de São Paulo/SP, a forma de constrangimento mais prevalente foi a grave ameaça entre as adolescentes e adultas e violência presumida entre as crianças<sup>30</sup>.

Algumas limitações do presente estudo podem ser destacadas, como a ausência do registro de informações relevantes para a compreensão da caracterização da violência sexual contra mulheres em grande parte dos laudos examinados, denotando a existência de preenchimento incompleto de documentos oficiais, tornando visível a dificuldade de se trabalhar com dados secundários.

Outra condição que se deve destacar é a pequena quantidade de laudos de situações confirmadas de estupro praticadas contra crianças menores de 9 anos e mulheres adultas indicando que estas informações podem ter sido subnotificadas. Esta afirmativa pode em parte ser explicada pelo fato de as crianças não terem autonomia nem discernimento sobre o ato praticado e precisarem de um responsável para realizar a denúncia. Em muitos casos os seus responsáveis são coniventes por se constituírem nos próprios agressores<sup>33,36,39-40</sup>. A subnotificação da faixa etária adulta pode estar relacionada com a dificuldade de confirmação da conjunção carnal em mulheres que não eram virgens antes da agressão, pois a confirmação do exame só pode se dar com a presença de gravidez e contaminação venérea profunda, que nem sempre estão presentes ou com a identificação de esperma na cavidade vaginal, presença de fosfatase ácida ou glicoproteína P30, que só são detectadas até 72 horas após a ocorrência do fato (de procedências exclusivas do líquido prostático)<sup>25</sup>. Além disto, muitas mulheres procuram os centros de tratamento especializado ao invés dos Institutos de Medicina Legal<sup>10,35</sup>, pois encontram satisfação física e emocional, principalmente quando são atendidas por enfermeiras<sup>35</sup>. Outras se sentem confusas em relação ao objetivo do exame médico-

legal, mas são sempre orientadas a realizá-lo. As que se submetem ao exame, apesar de se sentirem constrangidas, possuem a esperança de prender seus agressores<sup>35</sup>.

Os trabalhos nesta área contemplam prioritariamente os aspectos relacionados às vítimas de violência sexual, negligenciando assim características ligadas aos agressores. Este fato apresenta uma lacuna do conhecimento que deve ser preenchida com a execução de pesquisas direcionadas. A violência sexual é um problema de saúde pública<sup>4</sup> e por isso deveria ser incluído nos currículos dos cursos de graduação e também nas pós-graduações<sup>32</sup>.

## **CONCLUSÃO**

As mulheres vítimas de estupro são em sua maioria jovens, solteiras, com baixa escolaridade, constituindo-se os agressores em pessoas que fazem parte do seu convívio familiar. A violência sexual ocorre em locais públicos e no período noturno, sendo verificado o emprego de violência durante a prática do estupro.

## **REFERÊNCIAS**

1. Minayo MC, Souza ER. "É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública". *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 1(4):7-23.
2. 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.
3. Heise L, Pitnguy J, Germain A. Violence against women. The Hidden Health Burden. *World Bank Discussion Papers* 225. Washington: World Bank; 1994.
4. Saidi H, Awori KO, Odula P. Gender-associated violence at a women's hospital in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* 2008; 85(7):347-54.



5. Hibbard R, Sanders B. Negligência e abuso da criança. In: McDonald R, Avery D. Odontopdiatria. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 17-22.
6. Vanrell PT. Odontologia legal e antropologia forense. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Graville-garcia AF, Menezes VA, Torres Filho B, Araújo JR, Silva PFR. Ocorrência de maus tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2006; 6(1):65-70.
8. Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.
9. Gauderer EC. Abuso sexual em crianças. Pediatr Atual 1991; 4(4):7-19.
10. Alempijevic D, Savic S, Kesic V, Baralic I, Ibic G. Physical examination of sexual assault victims in Belgrade area. Srp Arh Celok 2006; 134(9-10):408-13.
11. Aded NLO, Dalcin BLGS, Cavalcanti MT. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(8):1971-5.
12. Santana TL de, Trujillo LG, Mimekawa T, Campos VF de, Oliveira KM de, Akerman M. Caracterização da violência doméstica contra crianças na região do ABC: em busca de medidas de prevenção. Arq Med ABC 2002; 27(2):53-61.
13. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. Am J Public Health 2001; 91(5):753-60.
14. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. Am J Prev Med 2005; 28(5):430-8.
15. Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, Glowinski A, McLaughlin T, Dunne MP, Statham DJ. Association between self-reported

- childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(2):139-45.
16. Read J, Hammersley P. Child sexual abuse and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005; 186:76.
17. Nelson EC, Heath AC, Lynskey MT, Bucholz KK, Madden PA, Statham DJ, Martin NG. Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychol Med* 2006; 36(10):1473-83.
18. Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *J Adolesc Health* 2006; 38(5):544-9.
19. Joiner Junior TE, Sachs-Ericsson NJ, Wingate LR, Brown JS, Anestis MD, Selby EA. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretical important relationship. *Behav Res Ther* 2007; 45:539-47.
20. Messman-Moore T, Brown AL. Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child abuse the most salient experience? *Child Abuse Negl* 2004; 28(10):1019-34.
21. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba CC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *RBGO* 2004; 26(2):111-6.
22. Oliveira J. Código Penal. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 1987.
23. Brasil. Lei nº. 12.015 de 7 de agosto de 2009 revoga o art. 214 do Código Penal e altera o art. 213 do mesmo diploma.
24. Chagas JR. A nova **lei do estupro**. O homem e a mulher como sujeitos ativo e passivo e o abrandamento punitivo [Internet]. Teresina: Jus Navigandi; 2009.

[citado 2009 Ago 20]. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=13359>>.

25. França GV. Fundamentos de Medicina Legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
26. OMS. Organização Mundial de La Salud. La Salud de los Jóvens: Um Reto y uma Esperanza. Genebra: OMS, 1995.
27. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos [Estatuto do idoso]. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.
28. Resende TC. Aspectos referentes ao estupro, às vítimas e aos agressores segundo processos-crime em Uberlândia – MG [Dissertação]. Uberlândia: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, 2008.
29. Brasil. Constituição. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
30. Ferreira JD, Fernandes CE. Estudo dos fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [Tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação do Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, Universidade de São Paulo, 2000.
31. 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 Cienc Biol Saúde* 2006; 27(1):3-11.
32. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botello LFF, Stoianov M. The services for women victims os sexual violence a qualitatif study. *Rev Saúde Pública* 2003; 39(3):1-6.

33. Monteiro CFS, Teles DCBS, Castro KL, Vasconcelos NSV, Magalhães RLB, Deus MCBR. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(4):459-63.
34. Merchant RC, Kelly ET, Mayer KH, Becher BM, Duffy SJ, Pugatch DL. Compliance in Rhode Island emergency departments with American Academy of Pediatrics recommendations for adolescent sexual assaults. *Pediatrics* 2008; 121(6):e1660-7.
35. Du Mont J, White D, Mc Gregor MJ. Investigation the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Sec Sci Med* 2009; 68(4):774-80.
36. Núñez A, Tortolero Y, Verschuur A, Camacaro, M, Mendoza S. Violencia sexual. Um fenômeno oculto em la experticia médico legal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008; 68(4):233-9.
37. Seifert D, Lambe A, Anders S, Pueschel K, Heinemann A. Quantitative analysis of victim demographics and injury characteristic at a metropolitan Medico-legal Center. *Forensic Sci Int* 2009; 188(1-3):46-51.
38. Inoue SR, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estud Psicol* 2008; 25(1):11-21.
39. Kaplow JB, Hall E, Koenen KC, Dodge KA, Amaya-Jackson L. Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse Negl* 2008; 32(2):261-75.
40. Santos SS, Dell'Aglio DD. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estud Psicol* 2008; 25(4):595-606.
41. Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história da violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22(3):153-7.

42. Kellogg ND, Hoffman TJ. Child sexual revictimization by multiple perpetrators. Child Abuse Negl 1997; 21(10):953-64.

## **ANEXO VI**

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO: **Violência Sexual Contra a Mulher no  
Município de Campina Grande, Paraíba**