

Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva

Jefferson Drezett¹

Centro de Referência da Saúde da Mulher, São Paulo

Resumo: A violência sexual é considerada grave violação de direitos humanos. As evidências científicas mostram incidência elevada entre as mulheres, com impactos severos para a saúde sexual e reprodutiva. As mulheres apresentam riscos de traumas físicos, doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV, e a gravidez resultante do estupro. Além disso, elas sofrem conseqüências psicológicas devastadoras, muitas vezes irreparáveis. Neste artigo, a violência sexual é abordada como problema de saúde pública e como violência de gênero. São analisadas medidas de proteção e de redução de danos, e a responsabilidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Violência Sexual; Direitos Humanos; Estupro; Adolescência

Introdução

A violência representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre a população jovem. Enquanto os homicídios ocorrem em espaços públicos atingindo principalmente o sexo masculino, a violência sexual afeta o sexo feminino dentro do espaço doméstico. Mulheres em situação de violência sexual experimentam seqüelas físicas e psicológicas, tornando-se mais vulneráveis a diversos problemas de saúde (BRASIL, 2005, p.70). A violência sexual exerce importante impacto sobre a saúde e as últimas décadas têm acumulado indicadores confiáveis nesse sentido. Investigações têm constatado que a violência contra a mulher encontra-se entre as principais causas de anos de vida saudáveis perdidos por incapacidade. Os dados têm causado perplexidade ao revelar que a violência tem ceifado mais anos de vida das mulheres do que as guerras contemporâneas ou do que os acidentes de trânsito (HEISE et al, 1994, p.255). As conseqüências psicológicas, embora mais difíceis de mensurar, comprometem a maioria das mulheres e de suas famílias, com danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis (DREZETT, 2000, p.128).

O fenômeno da violência contra a mulher pode ser entendido como uma relação de forças que converte as diferenças entre os sexos em profunda desigualdade (CHAUÍ, 1984, p.25). Nesse sentido, a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, além de representar uma inaceitável e brutal violação

¹ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Campinas. Doutor em Ginecologia. Coordenador do Núcleo Interdisciplinar de Atenção ao Abuso e Violência Sexual do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.
Endereço eletrônico: E-mail: jdrezett@sti.com.br

de direitos humanos. Não obstante, é igualmente necessário entendê-la como problema de saúde pública (BEEBE, 1998, p.366). Essas premissas são fundamentais para compreender o tema e para nortear políticas públicas que atendam as necessidades e expectativas das mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se aquelas elaboradas pelos serviços de saúde. O fato é que nos últimos anos a violência de gênero vem sendo crescentemente remetida à área da saúde. Isso resulta não apenas da melhor compreensão dos agravos causados para a saúde física e mental das mulheres, mas da percepção do espaço da saúde como espaço privilegiado para tratar o problema (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 1999, p.3).

Epidemiologia da violência sexual

A violência sexual é fenômeno universal que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaços públicos e privados, e em qualquer etapa da vida da mulher (SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995, p.218). Contudo, a violência sexual pode alcançar níveis inaceitáveis em alguns países, como o ocorrido em tempo recente na Bósnia-Herzegovina, Croácia e Libéria. Embora considerado crime de guerra, a violência sexual foi amplamente empregada durante os conflitos armados nesses países. A ONU estima, por exemplo, que foram estupradas entre 20 a 50 mil mulheres na antiga Iugoslávia, com a finalidade de promover uma faxina étnica (KOZARIC-KOVACIC et al, 1995, p.428).

As exatas incidência e prevalência da violência sexual são desconhecidas devido ao problema de subnotificação. Calcula-se que apenas 16% dos estupros são comunicados às autoridades competentes nos EUA. Em casos de incesto, estes percentuais não atingem os 5% (NVCCVRTC, 1992, p.287). Acredita-se que a maior parte das mulheres não registre queixa por constrangimento e humilhação, ou por medo da reação do parceiro, familiares, amigos, vizinhos e autoridades. Também é comum que o agressor ameace a mulher, caso revele-se o ocorrido (DREZETT et al, 1998, p.29). No entanto, a mulher teme, principalmente, não ser acreditada. Esse sentimento, aparentemente infundado, de fato se justifica. São incontáveis os relatos de discriminação, preconceito, humilhação e abuso de poder em relação às mulheres em situação de violência sexual (CREMESP, 2002, p.71).

Apesar do tímido percentual de denúncias, a violência sexual é cada vez mais reportada, acometendo 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo. Nos EUA, calcula-se que ocorra uma agressão sexual a cada 6 minutos e que uma em cada quatro mulheres experimentou um contato sexual não consentido durante a infância ou adolescência (BEEBE, 1998, p.366). O National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center (1992) estima que 683 mil mulheres são estupradas anualmente nos EUA.

Além disso, a violência sexual frequentemente é associada a outras formas de violência contra a mulher, principalmente quando o agressor é um parceiro íntimo. No Japão, cerca de 75% das mulheres referem terem sido submetidas, em algum momento

de suas vidas, a alguma forma de violência física, psicológica ou sexual por parte de seu companheiro (YOSHIHAMA e SORENSON, 1994, p.63). Taxas igualmente preocupantes foram reportadas por mulheres em Porto Rico (58%); Nicarágua (52%); Bolívia (46%); Quênia (42%); Colômbia (40%); Brasil (38%); Canadá (29%); Chile (26%); Suíça e Nova Zelândia (20%) (ELU et al, 2000, 34p).

Nas circunstâncias da violência sexual o fenômeno se repete e acumulam-se evidências de que o agressor sexual, na maioria dos casos, é alguém conhecido e próximo da mulher. Contudo, significativo percentual de casos é praticado por agressores desconhecidos. Diferentemente da dinâmica da violência doméstica, a abordagem da mulher adulta ou da adolescente comumente se faz no percurso do trabalho ou da escola, ou no exercício de atividades cotidianas em sua comunidade (Tabela 1). Apesar de o agressor interceptá-las em espaços públicos, a violência sexual é praticada em locais isolados e distantes da possibilidade de testemunho de qualquer pessoa (DREZETT et al, 2001, p.413).

TABELA 1. ATIVIDADE OU SITUAÇÃO DA VÍTIMA NO MOMENTO DA ABORDAGEM DO AGRESSOR SEGUNDO AS FAIXAS ETÁRIAS ESTUDADAS.

Atividade ou Situação	Crianças		Adolescentes		Adultas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Percurso escola/trabalho	3	4,2	155	28,4	228	39,9	386	32,4
Próxima à residência	16	22,5	190	34,8	177	30,9	383	32,2
Residência da vítima	30	42,3	83	15,2	76	13,3	189	15,9
Relacionada com lazer	1	1,4	82	15,0	69	12,1	152	12,8
Residência do agressor	20	28,2	23	4,2	8	1,4	51	4,3
Local de trabalho	-	-	10	1,8	14	2,4	24	2,0
Ignorado	1	1,4	3	0,6	0	0	4	0,4
Total	71	100	546	100	572	100	1189	100

Fonte: DREZETT, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. Tese, Doutorado, São Paulo, 2000.

As estatísticas sobre o abuso sexual de crianças agravam ainda mais a dimensão do problema. O National Center for the Abused and Neglected Child (1978) aponta para cerca de 200 mil casos anuais de abuso sexual contra crianças americanas. Na Costa Rica, 41% das queixas de maus-tratos contra crianças foram referentes a casos de abuso sexual (ULATA-MORA e MADRIGAL-TELINI, 1991, p.41). Nesses casos, o abuso sexual é, geralmente, perpetrado por pessoas que a criança conhece e em quem confia (ABRAPIA, 1997, p.39). Prevaecem agressores que, em tese, deveriam ser os principais responsáveis pela proteção integral da criança (Tabela 2). Pais biológicos, padrastos, tios e avôs encabeçam as listas dos perpetradores mais freqüentes, em qualquer parte do mundo (DREZETT et al, 2001, p.413).

TABELA 2. TIPIFICAÇÃO DO AGRESSOR IDENTIFICADO POR 281 PACIENTES, CONFORME AS FAIXAS ETÁRIAS ESTUDADAS.

Agressor	Crianças		Adolescentes		Adultas		Total	
	N	%	N	%	n	%	N	%
PAI BIOLÓGICO	13	21,7	21	13,9	6	8,9	40	14,2
PADRASTO	10	16,7	16	10,6	0	0	26	9,3
PAI ADOTIVO	1	1,6	0	0	0	0	1	0,3
TIO	7	11,6	14	9,4	1	1,4	22	7,8
AVÔ	6	10,0	0	0	1	1,4	7	2,5
IRMÃO	0	0	7	4,6	0	0	7	2,5
PRIMO	0	0	5	3,4	1	1,4	6	2,2
VIZINHO	10	16,7	42	27,8	19	27,9	71	25,3
EX-PARCEIRO		-	9	5,9	10	14,8	19	6,8
PARCEIRO ATUAL			4	2,6	7	10,4	11	3,9
CONHECIDO DO TRABALHO			8	5,3	5	7,3	13	4,6
OUTRO CONHECIDO	13	21,7	25	16,5	18	26,5	56	19,9
TOTAL	60	100	151	100	68	100	281	100

Fonte: DREZETT, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. Tese, Doutorado, São Paulo, 2000.

Essa face intra-familiar da violência sexual compromete criticamente crianças e adolescentes, especialmente nos espaços privados. Para elas impõe-se o medo, a ameaça, a sedução, ou o simples temor reverencial. O abuso permanece oculto por longo tempo, protegido por uma “conspiração de silêncio” e pela incapacidade da sociedade em admitir e revelar sua existência (DREZETT, 2000, p.128).

Apesar de os indicadores qualitativos e quantitativos da violência sexual impressionarem por sua magnitude, os serviços de saúde ainda pouco conhecem o problema ou a importância de seu papel para o destino dessas mulheres. Algumas razões para isso são claramente identificáveis. Raros profissionais de saúde recebem, durante sua formação, conhecimentos mínimos sobre violência de gênero ou algum tipo de capacitação ou orientação para prestar atendimento. O setor saúde ainda encara o tema como questão de cunho policial, o que provoca certa paralisia pelo temor de envolvimento com a justiça. Além disso, prevalecem estereótipos e mitos que comprometem tanto os aspectos técnicos como os éticos do atendimento (DREZETT & DEL POZO, 2002, p.1).

Traumatismos genitais e extragenitais

Parte pequena, porém significativa, dos crimes sexuais pode terminar em morte da mulher e o termo “sobrevivente” para elas é, inexoravelmente, apropriado. No entanto, é inquietante notar que frequentemente essas mulheres não são levadas ao óbito pelo meio

com que foram intimidadas. A ameaça com arma branca ou de fogo geralmente não se concretiza e, muitas vezes, é substituída pela ultimização pela asfixia mecânica. Este morrer de maneira lenta, desesperadora e frente ao agressor significa, sobretudo, a máxima expressão da violência de gênero. O exercício do poder até a morte muitas vezes proporciona ao agressor prazer maior do que aquele conseguido pelo crime sexual (DEMING et al, 1983, p.572).

Por outro lado, o impacto dessas mortes não pode obscurecer um elemento fundamental: a maioria das sobreviventes da violência sexual não apresenta danos físicos de qualquer natureza. A afirmação se fundamenta nas taxas de 10% de traumatismos extragenitais e de 3% de danos genitais verificadas entre adolescentes, com números semelhantes para mulheres adultas (DREZETT, 2000, p.128). Acrescenta-se que esses achados dos serviços de saúde pouco diferem daqueles encontrados pela medicina forense. A exemplo, o Instituto Médico Legal de São Paulo resgata evidências materiais em apenas 13,3% das queixas de estupro (COHEN e MATSUDA, 1991, p.157).

A baixa ocorrência de danos físicos pode ser explicada, em parte, pelo tipo de intimidação ou constrangimento imposto pelo agressor para praticar o crime sexual. Em mulheres adultas e adolescentes, prevalece a grave ameaça isolada em quase 70% dos casos. Nesses casos, não há a aplicação de força física capaz de resultar em ferimentos. Nas crianças, o uso da força física é ainda menos freqüente. No entanto, a grave ameaça é substituída pela *violência presumida*, onde predomina um mecanismo ainda mais complexo de sedução e envolvimento gradativo (Tabela 3).

TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DA FORMA DE CONSTRANGIMENTO UTILIZADA NO CRIME SEXUAL, CONSOANTE AS FAIXAS ETÁRIAS ESTUDADAS.

Constrangimento	Crianças		Adolescentes		Adultas		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Grave ameaça (ga)	16	22,5	345	63,2*	388	67,8*	749	63,0
Ff + Ga	5	7,0	97	17,8	92	16,1	194	16,3
Força física (ff)	5	7,0	67	12,3	82	14,3	154	13,0
Violência presumida	45		37	6,8	10	1,7	92	7,7
		63,4*						
Total	71	100	546	100	572	100	1189	100

Teste de χ^2 χ^2 calculado = 339,27* ($p < 0,001$) χ^2 crítico = 12,59

Fonte: DREZETT, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. Tese, Doutorado, São Paulo, 2000.

Casos envolvendo crianças merecem particular atenção. A penetração em vagina ou ânus é freqüentemente substituída por carícias eróticas, masturbação ou outros atos

libidinosos (Tabela 4). Por sua natureza, essas nefastas ações raramente provocam danos físicos e poucas vezes deixam vestígios que possam ser identificados até mesmo pelas melhores técnicas periciais. Nessas circunstâncias, poucas vezes é possível comprovar a violência por meio de elementos materiais (DREZETT et al, 2001, p.413).

TABELA 4. TIPO DE CRIME SEXUAL PERPETRADO POR FAIXA ETÁRIA.

Tipo de crime Sexual	Crianças		Adolescentes		Adultas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estupro (e)	12	16,9	323	59,2*	355	62,1*	690	58,0
E + AVPA	5	7,0	83	15,2	69	12,1	157	13,2
E + AVPO	3	4,2	51	9,3	50	8,7	104	8,7
E + AVPA + AVPO	1	1,4	39	7,1	58	10,1	98	8,2
Avpa	13	18,3	24	4,4	27	4,7	64	5,4
Avpo	4	5,6	7	1,3	9	1,6	20	1,7
Outro tipo de AVP	33	46,5	19	3,5	4	0,7	56	4,7
		*						
Total	71	100	546	100	572	100	1189	100

Fonte: DREZETT, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. Tese, Doutorado, São Paulo, 2000.

Teste de χ^2 χ^2 calculado = 350,82* ($p < 0,001$) χ^2 crítico = 21,03

Legendas: AVPA: atentado violento ao pudor com coito anal; AVPO: atentado violento ao pudor com coito oral; AVP: atentado violento ao pudor diferente do AVPA e do AVPO

Por outro lado, atos de penetração vaginal ou anal em crianças podem acarretar situações desastrosas, com danos genitais seis vezes mais frequentes neste grupo etário do que nas adolescentes. Além disso, os traumatismos são acompanhados de maior gravidade das lesões, por vezes colocando em risco a vida da criança (DIÊGOLI et al, 1996, p.81).

O atendimento aos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, não constitui o principal do problema da assistência em saúde para as mulheres em situação de violência sexual. A maioria delas recebe tratamento adequado para essas condições. Mas denota importante simbologia, possível de ser percebida na resistência dos serviços de saúde em examinar e cuidar daquelas que não apresentam lesões físicas (CREMESP, 2002, p.71). Há fortes indicadores de que mulheres que apresentam lesões decorrentes da violência recebem melhor acolhimento nos serviços de saúde, nos departamentos médico-legais, ou nas delegacias de polícia. Para elas, é atribuído o estereótipo de “vítimas ideais” e, nesses casos, há menor risco de sua história de violência ser questionada e maior oportunidade de receber atenção qualificada (LOURENÇO, 2001, p.408).

Ainda que pareça paradoxal, tem-se exigido que, além de violentada, a mulher se apresente brutalmente ferida para ser acreditada (LOURENÇO, 2001, p.408). Essa situação expõe as profundas fragilidades daqueles que atendem as situações de violência

sexual, que valorizam desproporcionalmente os elementos materiais da violência sexual e genitalizam excessivamente o problema (FLORES et al, 2002, p.227). Por ignorância, desconhecimento ou despreparo, medidas burocráticas que buscam “provas” da violência sexual tornaram-se, equivocadamente, o principal objetivo no atendimento dessas mulheres. A violência sexual passou a ser a única situação de interface entre saúde e justiça em que um boletim de ocorrência policial ou um exame pericial são colocados adiante da assistência imediata em saúde. Embora essas ações sejam de inegável importância, a proteção à saúde de quem sofre violência sexual é um bem ainda maior a ser preservado. Essa inversão de rotas, desumana e ineficiente, reproduz a desigualdade de gêneros, re-vitimiza a mulher, e a distancia de seus direitos fundamentais (DREZETT, 2003, p.53).

Doenças sexualmente transmissíveis

A contaminação por uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) como resultado da violência sexual pode implicar em severas consequências físicas e emocionais. Se por um lado os danos físicos são pouco frequentes em mulheres em situação de violência sexual, por outro, as DST apresentam taxas seguramente alarmantes (DREZETT, 2002, p.20). Apenas como exemplos, a taxa de infecção pela gonorréia pode variar entre 0,8 e 9,6%; entre 1,5 e 26% para a clamídia; de 3,1 a 22% para o tricomonas; de 12 a 50% para a vaginose bacteriana; de até 1,6% para a sífilis; de 2 a 40% para o HPV; e de 3% para hepatite B (KAPLAN et al, 1984, p.872; ROSS et al, 1991, p.657). Entre as crianças os números são igualmente significativos. A taxa de infecção por gonorréia pode variar entre 2,8 e 28%; entre 1,2 e 8% para a clamídia; de 1 a 6% para o tricomonas; até 1,5% para sífilis, e de 0,1 a 0,5% para o vírus herpes genital (GLASER, 1989, p.246). Considerando-se todos os riscos específicos possíveis, cerca de 50% das mulheres em situação de violência sexual enfrentam alguma DST (DREZETT, 2002, p.20).

É importante destacar que parte significativa das DST decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Hepatite B, gonorréia, sífilis, clamidíase, tricomoníase, donovanose e cancro mole são exemplos de doenças que poderiam ser impedidas mesmo após o contato sexual contaminante, com a ingestão, o mais precoce possível, de medicamentos específicos de reconhecida eficácia (BRASIL, 2005, p.70). Essa medida, que protege das danosas consequências das DST, é fundamental frente ao elevado risco dessas infecções. É certo que grande parte das mulheres em situação de violência sexual não recorre aos serviços de saúde ou o faz tardiamente, o que impede o oferecimento de medidas protetoras. Crianças, envolvidas com situações crônicas e prolongadas de abuso, geralmente ingressam nos serviços de saúde com infecções estabelecidas que, muitas vezes, encontram-se em adiantada evolução clínica. Para essas situações, cabe apenas o diagnóstico e o tratamento apropriados, no sentido de se obter a reabilitação ou a redução dos danos (DREZETT et al, 2001, p.413).

Apesar disso, é cada vez maior o número de mulheres que recorre aos serviços de saúde em tempo hábil para a realização de medidas protetoras. No entanto, ainda são poucas as que recebem medicações adequadas para prevenir as DST (CABALLERO et

al, 1996, p.33). Essa inabilidade em abordar as DST reflete o despreparo de muitos gestores e profissionais de saúde. No entanto, muitos serviços de saúde têm desenvolvido e aplicado protocolos seguros e eficientes para responder a esse problema (FAÚNDES et al, 1998, p.134). Destaca-se, também, a iniciativa do Ministério da Saúde publicando, em 1998, Norma Técnica específica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, que estabelece um protocolo de assistência para as DST, pautado em seguras evidências científicas (Quadro 1).

QUADRO 1. PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS E DA HEPATITE B EM MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

■	PENICILINA G BENZATINA dose única + Profilaxia da sífilis	2,4 milhões UI	IM
■	OFLOXACINA dose única + Profilaxia da gonorréia	400 mg	VO
■	AZITROMICINA dose única + Profilaxia da clamidíase e do cancro mole	1 g	VO
■	METRONIDAZOL dose única + Profilaxia da tricomoníase	2 g	VO
■	VACINA ANTI-HEPATITE B 0,1 e 6 meses + Imunoprofilaxia da hepatite B		IM
■	IMUNOGLOBULINA HUMANA dose única ANTI-HEPATITE B (IGHAHB)	0,06 ml/Kg	IM

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

O enfrentamento das DST decorrentes da violência sexual não se encerra na aplicação de medidas profiláticas corretas. Apesar de sua indiscutível eficácia, a prevenção não é isenta da possibilidade de falha. Além disso, cabe lembrar que, para doenças como o herpes genital, a hepatite C ou o HPV, não existem medicamentos que ofereçam proteção. Assim, todas as mulheres necessitam de rigorosa e periódica investigação das DST, por período de até seis meses da data do crime sexual. Essa medida deve ser acompanhada de cuidadoso aconselhamento e apoio, para que as mulheres compreendam sua condição de vulnerabilidade e para que retomem sua atividade sexual de forma segura (BRASIL, 2005, p.70).

Infecção pelo HIV/Aids

A infecção pelo HIV representa a principal preocupação para cerca de 70% das vítimas de violência sexual (GOSTIN et al, 1994, p.463). Os poucos estudos bem conduzidos indicam que a possibilidade de contaminação pelo HIV oscila entre 0,8 e 2,7%. Esse risco é comparável ao observado em outras formas de exposição sexual única ou nos acidentes ocupacionais entre profissionais de saúde (DREZETT, 2002, p.20). Pouco se conhece, até o momento, sobre a prevenção do HIV com uso de anti-retrovirais entre vítimas de violência sexual. Entretanto, é fundamental que se admita o êxito desses medicamentos na drástica redução das taxas de transmissão materno-fetal e na prevenção dos acidentes ocupacionais (DREZETT et al, 1999, p.539; GOSTIN et al, 1994, p.463). Estudo multicêntrico realizado em São Paulo, envolvendo mais de 1.600 mulheres em situação de violência sexual, traz apontamentos promissores. No grupo que utilizou os anti-retrovirais nenhuma paciente apresentou controle sorológico positivo para o HIV. Por outro lado, no grupo que não utilizou os anti-retrovirais, 2,7% das mulheres apresentaram soroconversão para o HIV, demonstrando que a medida efetivamente protege essas mulheres da contaminação (DREZETT, 2002, p.20).

Não deveriam existir obstáculos para que se organizassem sistemas eficientes de proteção às mulheres em situação de violência sexual, pois assim já o fizemos em outras circunstâncias. Mesmo antes de conhecer os resultados dos estudos de metanálise, definimos fluxos e critérios de gravidade, normatizamos esquemas terapêuticos, e organizamos medidas de assistência aos profissionais de saúde expostos acidentalmente ao HIV. As evidências exigem que se tenha o mesmo cuidado com as mulheres em situação de violência sexual (GOSTIN et al, 1994, p.463).

No Brasil, a profilaxia anti-retroviral para o HIV está contemplada na Norma Técnica do Ministério da Saúde (Quadro 2). A medida é garantida para mulheres adultas, adolescentes, crianças ou gestantes em condições de exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos do agressor. Os medicamentos devem ser introduzidos no menor prazo possível, no máximo em 72 horas da violência sexual, e mantidos por 28 dias (BRASIL, 2005, p.70).

QUADRO 2. PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV PARA MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES

■	ZIDOVUDINA (café e jantar)	300 +	mg	VO	cada 12 horas
■	LAMIVUDINA (café e jantar)	150 +	mg	VO	cada 12 horas
■	NELFINAVIR (café e jantar)	1250	mg	VO	cada 12 horas

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

Gravidez decorrente da violência sexual

Entre as conseqüências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas e sociais que determina. Geralmente é encarada como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres (FAÚNDES et al, 1998, p.134). No Brasil, o Decreto-Lei 2848, Inciso II do Artigo 128 do Código Penal Brasileiro, de 1940, garante o direito ao abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual (OLIVEIRA, 1987, p.483). Contudo, a maioria das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde preparados ou que concordem em realizar o abortamento (FAÚNDES et al, 1997). Com seus direitos desrespeitados, mas convencidas de não levar a gestação ao término, grande parte das mulheres recorre ao aborto clandestino e em condições inseguras. As desastrosas conseqüências, embora jamais possam ser devidamente mensuradas, certamente ceifaram a vida de milhares de mulheres e comprometeram o futuro reprodutivo de tantas outras (CREMESP, 2002, p.71).

É fundamental que se entenda que o abortamento em casos de violência sexual é um direito, e não uma obrigação da mulher. Assim como deve receber informações sobre o direito ao abortamento previsto em Lei, com a mesma ênfase ela deve ser esclarecida da possibilidade de manter a gestação até o seu término, incluindo a criança na família ou a encaminhando para os procedimentos regulares de adoção. Para cada opção, os serviços de saúde devem estar capacitados a atender a mulher dentro de suas necessidades e expectativas (BRASIL, 2005, p.70). A decisão final, sempre difícil e complexa, cabe a cada mulher. Os serviços de saúde devem respeitar sua autonomia de decidir, atuando como agentes que garantam que essa decisão seja tomada de forma absolutamente livre, consciente, esclarecida e informada (CREMESP, 2002, p.71; FAÚNDES et al, 1998, p.134).

O problema da gravidez por estupro se agrava na medida em que menos de 10% das mulheres que sofrem violência sexual recebem a anticoncepção de emergência (AE) nos serviços de saúde, mesmo quando em condições de risco para gravidez (CABALLERO et al, 1996, p.33). A AE, crítica nesses casos, é ignorada e não raramente omitida por motivos injustificáveis (CREMESP, 2002, p.71). O fato é que a AE é um direito da mulher e uma das ações mais importantes na assistência imediata após a violência sexual. A AE consta nas normas técnicas do Ministério da Saúde, desde 1998 (Quadro 3).

QUADRO 3. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA HORMONAL

LEVONORGESTREL 0,75 mg de levonorgestrel por comprimido	2 cp	VO	dose única
MÉTODO DE YUZPE AHOC com 50 µg de etinil-estradiol e 250 µg de levonorgestrel / por comprimido	2 cp	VO	cada 12 horas (total de 4 comprimidos)
AHOC com 30 µg de etinil-estradiol e 150 µg de levonorgestrel / por comprimido	4 cp	VO	cada 12 horas (total de 8 comprimidos)

Legendas: AHOC = anticoncepcional hormonal oral combinado. µg = micrograma. cp = comprimido

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

Ainda persiste para uma parcela dos médicos e dos provedores de saúde a falsa convicção de que a AE é método abortivo. A literatura científica tem acumulado evidências científicas suficientes que garantem o contrário, atestando que o mecanismo de ação atua somente antes da fecundação, impedindo ou retardando a ovulação, ou inviabilizando a migração dos espermatozoides em direção ao óvulo. Não há, decididamente, qualquer indicador de que a AE interfira sobre a implantação ou sobre a concepção, ou que resulte em abortamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p.59).

A AE é um método anticonceptivo bastante seguro e que pode ser utilizado até cinco dias da violência sexual. Contudo, a eficácia da AE é significativamente maior quando utilizada precocemente, principalmente nas primeiras 12 horas da violência. Os efeitos colaterais da AE são bem tolerados e, geralmente, autolimitados. A AE deve ser oferecida e garantida para todas as mulheres que foram expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, e que não utilizavam método anticonceptivo seguro no momento da violência sexual (BRASIL, 2005, p.70; FAÚNDES et al, 1999, p.317; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p.59).

Considerações finais

Profissionais e provedores de saúde deveriam estar adequadamente capacitados para o manejo clínico e psicológico das vítimas de violência sexual. Os riscos envolvidos em cada caso deveriam ser rigorosamente avaliados, oferecendo-se a AE, a proteção para as DST, e a profilaxia para o HIV. Igual esforço deveria ser promovido para garantir acesso a cuidados psicológicos contínuos, absolutamente essenciais. Além disso, mulheres em situação de violência sexual deveriam receber informações claras e completas sobre seus direitos. Negligenciar esses aspectos, particularmente os psicológicos, representa uma imperdoável manifestação de descaso e de abandono. O

novo paradigma exige que a atenção à saúde seja oferecida frente a qualquer outra medida. Não se trata de simples escolha. A eficiência das intervenções depende, principalmente, da precocidade com que elas forem instituídas, a exemplo da profilaxia da infecção pelo HIV e da anticoncepção de emergência. As sobreviventes da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos de conduta. Esperam receber atenção digna e respeitosa. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel no destino dessas mulheres. E o exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos.

DREZETT, J. Sexual violence against woman and impact on the sexual and reproductive health. *Revista de Psicologia da UNESP*, n 2, p. 36-50, 2003.

Abstract: *The sexual violence is considered a serious violation of human rights. Scientific evidences show high incidence among women, with severe impacts for sexual and reproductive health. Women present risks of physical traumas, sexually transmitted disease, infection for HIV, and pregnancy resulting from rape. Besides, women suffer devastating psychological consequences, some irreparable. In this paper, sexual violence is approached as a problem of public health and as gender violence. Protective and damage reduction measures are analyzed, as well as the responsibility of health services.*

Keywords: *Sexual violence; Human Rights; Rape; Adolescence*

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). Abuso sexual: mitos e realidade. Petrópolis, Autores & Agentes Associados: 1997. 39p.

BEEBE, D.K. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. *J Miss State Assoc.* n° 39, p.366-9, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2. ed. Atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde: Norma Técnica, 2005.

CABALLERO, M., DREZETT, J., NAMURA, I.B.B., TONON, E.M.P., CARNEVALI, C., PINOTTI, J.A. Programa de interrupção legal da gravidez conseqüente ao estupro: avaliação de 34 casos. In: CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE REGIÃO SUDESTE DA FEBRASGO, 3, 1996. Anais. São Paulo: 1996, p.33.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1984, p.25-62.

- COHEN, C., MATSUDA, N.E. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. Rev Paulista Med, n° 109, p.157-64, 1991.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO (CREMESP). Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia. 2.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2002, 141p.
- DEMING, J.E., MITTLEMAN, R.E., WETLI, C.V. Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women. J. Forensic Sci., n° 28, p.572-6, 1983.
- DIÊGOLI, C.A., DIÊGOLI, M.S.C., LERNER, T., RAMOS, L.O. Abuso sexual na infância e adolescência. Revista de Ginecologia e Obstetrícia, n° 7, p.81-5, 1996.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L., SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. Jornal da Redesaúde, n° 19, p.3-4, 1999.
- DREZETT, J., BALDACINI, I., FREITAS, G.C., PINOTTI, J.A. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. Revista do Centro de Referência, n° 3, p.29-33, 1998.
- DREZETT, J., BALDACINI, I., NISIDA, I.V.V., NASSIF, V.C., NÁPOLI, P.C. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. RBGO, n° 21, p.539-44, 1999.
- DREZETT, J. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado) – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil.
- DREZETT, J., CABALLERO, M., JULIANO, Y., PRIETO, E.T., MARQUES, J.A., FERNANDES, C.E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Pediatr, vol. 5, n° 77, p.413-9, 2001.
- DREZETT, J. Profilaxia pós-infecçiosa de mulheres estupradas. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE INFECÇÃO PELO HIV EM MULHERES E CRIANÇAS, 4. 2002. Livro de Resumos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002, p.20-2.
- DREZETT, J., DEL POZO, E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz: Ipas Bolivia, 2002, p.1-15.

- DREZETT, J. O impacto da violência contra a mulher sobre sua saúde. In: PITANGUY, J., MOTA, A. Os novos desafios da responsabilidade política. Cadernos Fórum Civil, n° 6. Rio de Janeiro: CEPIA, 2005, p. 53-70.
- ELU, M.C., PRUNEDA, E.S., SANTIAGO, R.V., MONREAL, L.M.A., PÉREZ, R.C., RIVERA, M., ACHA, M. Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. Mexico. Monterrey: Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en Mexico, 2000, 34p.
- FAÚNDES, A., BEDONE, A., PINTO E SILVA, J.L. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*, n° 25, p.1-8, 1997.
- FAÚNDES, A., OLIVEIRA, G., ANDALAFT NETO, J.A., Lopez, J.R.C. II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina*, n° 26, p.134-8, 1998.
- FAÚNDES, A., ANDALAFT NETO, J.A., FREITAS, F., DREZETT, J., PINTO E SILVA, J., MELLO, J., BEDONE, A.J. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina*, n° 27, p.317-21, 1999.
- FLORES, Y.M., GUTIÉRREZ, L.N., GORDILLO, M.Q. Diagnóstico sobre procedimiento probatório en casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescência en Nicaragua. Manágua: Agencia Española de Cooperación Internacional, 2002, 227p.
- GLASER, J.B., HAMMERSCHLAG, M.R., MCCORMACK, W.M. Epidemiology of sexually transmitted diseases in rape victims. *J Infect Dis*, n° 11, p.246-54, 1989.
- GOSTIN, O.L., LAZZARINI, Z., ALEXANDER, D., BRANDT, A.M., MAYER, K.H., SILVERMAN, D.C. HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. *JAMA*, n° 271, p.1436-4, 1994.
- HEISE, L., PITANGUY, J., GERMAIN, A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994, 255p.
- KAPLAN, K.M., FLEISHER, G.R., PARADISE, S.E., FRIEDMAN, H.N. Social relevance of genital herpes simplex in children. *Am J Dis Child*, n° 138, p.72-4, 1984.
- KOZARIC-KOVACIC, D., FOLNEGOVIC-SMALC, V., SKRINJARIC, J., SZAJNBERG, N.M., MARUSIC, A. Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. *Am J Orthopsychiatry*, n° 65, p.428-33, 1995.

- LOURENÇO MBR. Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (NCCAN). Child sexual abuse: incest, assault and exploitation: special report. Washington: Children's Bureau, 1978, 158p.
- NATIONAL VICTIM CENTER, CRIME VICTIMS RESEARCH AND TREATMENT CENTER (NVCCVRTC). Rape in America: A Report to the Nation. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences, 1992, 287p.
- OLIVEIRA, J. Código Penal. 25.ed. São Paulo: Saraiva, 1987, 483p.
- ROSS, J.D., SCOTT, G.R., BUSUTTIL, A. Rape and sexually transmitted diseases: patterns of referral and incidence in a department of genitourinary medicine. J R Soc Med, n° 84, P.657-9, 1991.
- SAFFIOTI, H.I.B., ALMEIDA, S.S. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, 218p.
- ULATA-MORA, F., MADRIGAL-TELINI, S. Maltrato a menores en una comunidad costarricense. Bol Med Hosp Infant Mex, n°96, p.41-5, 1991.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneve: World Health Organization, 1998, 59p.
- YOSHIHAMA, M., SORENSON, S.B. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experience of women in Japan. Violence Vict, n° 9, p.63-77, 1994.