

Nota Técnica

Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)

Daniel Cerqueira

Danilo de Santa Cruz Coelho

Nº 11

Brasília, março de 2014

Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde¹

Daniel Cerqueira²

Danilo Santa Cruz Coelho³

(versão preliminar)

Março de 2014

*Ai, mulata assanhada / Que passa com graça / Fazendo pirraça / Fingindo inocente /
Tirando o sossego da gente
(...)
Ai, meu Deus, que bom seria / Se voltasse a escravidão / Eu pegava a escurinha
Prendia no meu coração / E depois a pretoria / É quem resolvia a questão
Ataulfo Alves*

1. Introdução

A violência de gênero é um reflexo direto da ideologia patriarcal, que demarca explicitamente os papéis e as relações de poder entre homens e mulheres. Como subproduto do patriarcalismo, a cultura do machismo, disseminada muitas vezes de forma implícita ou sub-reptícia, coloca a mulher como objeto de desejo e de propriedade do homem, o que termina legitimando e alimentando diversos tipos de violência, entre os quais o estupro. Isto se dá por dois caminhos: pela imputação da culpa pelo ato à própria vítima (ao mesmo tempo em que coloca o algoz como vítima); e pela reprodução da estrutura e simbolismo de gênero dentro do próprio Sistema de Justiça Criminal (SJC), que vitimiza duplamente a mulher.

Ataulfo Alves, autor de sambas imortais como “Ai que Saudade da Amélia” e “Mulata Assanhada”, reconhecidamente um dos mais argutos compositores em relação aos ditos populares de sua época, talvez seja um bom exemplo de como o machismo e a cultura da dominação passa não apenas a ser admitido, mas mesmo romanceado e admirado na

¹ Gostaríamos de agradecer ao DASIS/SVS/MS pela franca cooperação para que este trabalho pudesse ser produzido.

² Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (DIEST) do Ipea.

³ Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (DIEST) do Ipea.

sociedade. Como bem apontou Andrade⁴ (2004, p. 62), a legislação e o exercício de controle e poder pelo SJC reflete e perpetua a cultura do machismo.

A tentativa de superação da herança patriarcal é relativamente recente na história ocidental e começa apenas com o movimento feminista de finais do século XIX e XX [Blay, 2003]. No Brasil, apenas nas últimas décadas ensaiou-se os primeiros passos nesse sentido. Com efeito, no Código Civil de 1916, o homem era o chefe da família e a mulher era considerada “relativamente incapaz”. Até os anos 1970, a tese de “legítima defesa da honra” era admitida para inocentar quem assassinava seu cônjuge, como ocorreu no famoso caso Doca Street, em 1979, que foi objeto de forte denúncia pelo movimento feminista. Nesse mesmo período, debatia-se no meio jurídico se o marido poderia ser sujeito ativo do crime de estupro contra sua esposa⁵, uma vez que era dever dos cônjuges manter relações sexuais.

No rastro do movimento feminista dos anos 1970 e 1980, com a Constituição Federal de 1988 a mulher passa a lograr um papel de igualdade nas funções, no âmbito familiar. Não obstante, até 2009 o estupro ainda era tipificado como um crime de ação privada contra os costumes. Nas palavras de Menicucci et al. (2005, p. 377), o que constituiria crime seria a “*agressão à sociedade por intermédio do corpo feminino. É como se o homem (pai ou marido) fosse tocado em sua integridade moral pela violência sexual vivenciada pela mulher*”. A partir da sanção da Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, o estupro⁶ passou a ser um crime contra a dignidade e liberdade sexual. Portanto, somente nos últimos anos o legislador reconheceu explicitamente a dignidade e a liberdade sexual como um bem jurídico protegido, em que toda pessoa humana, independentemente do seu sexo, tem o direito de

⁴ “o SJC replica a lógica e a função real de todo mecanismo de controle social, a saber, em nível micro, ser um exercício de poder e de produção de subjetividades (a seleção binária entre o bem e o mal, o masculino e o feminino); e, em nível macro, ser um exercício de poder (de homens e mulheres) reprodutor de estruturas, instituições e simbolismos. E o SJC ocupa um importantíssimo lugar na manutenção do status quo social”.

⁵ Conforme assinala Jesus, “(...) Assim, sempre que a mulher não consentir na conjunção carnal e o marido a obrigar ao ato, com violência ou grave ameaça, em princípio caracterizar-se-á o crime de estupro, desde que ela tenha justa causa para a negativa” [Jesus, 2000 apud Motter (2011)]. Já Noronha entende que “o marido não pode ser acusado do crime de estupro de sua própria mulher, uma vez que o Código Civil traz como umas das consequências do casamento o dever dos cônjuges de manter relações sexuais, assim na hipótese de recusa poderá o marido forçá-la ao ato sexual sem responder pelo crime de estupro” [Noronha, 1990, apud Motter (2011)].

⁶ Estupro é definido no Código Penal Brasileiro como um crime de ação pública, que consiste no ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (CP, art. 213). Tal tipificação passou a vigorar no Título VI, que trata de crimes contra a dignidade sexual, conforme disposto na Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, alterando a redação anterior que previa os crimes contra os costumes, cuja ação penal era privada.

exigir respeito em relação à sua vida sexual, como também tem a obrigação de respeitar as opções sexuais alheias [Maggio, 2013].

Conforme documentado na literatura, existem graves consequências do estupro, de curto e longo prazo, que se estendem no campo físico, psicológico e econômico. Além de lesões que a vítima pode sofrer nos órgãos genitais (principalmente nos casos envolvendo crianças), quando há o emprego de violência física, muitas vezes ocorrem também contusões e fraturas que, no limite, podem levar ao óbito da vítima. O estupro pode gerar gravidez indesejada e levar a vítima a contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em termos psicológicos, o estupro pode redundar em diversos transtornos, incluindo “depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativas de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático” [Faúndes et al. (2006, p. 128)]. A conjunção das consequências físicas e psicológicas leva ainda à perda de produtividade para a vítima, mas também impõe uma externalidade negativa para a sociedade em geral⁷.

Não obstante a relevância do tema, seja em relação à garantia dos direitos mais fundamentais, seja em relação às consequências sociais da violência sexual e, particularmente, do estupro, poucos estudos empíricos quantitativos foram feitos no Brasil, certamente em parte devido à dificuldade de obtenção de dados consistentes e minimamente qualificados sobre o fenômeno. Exceções notáveis são devido a Drezett et al. (2001), Ribeiro et al. (2004), Sudário et al. (2005), Menicucci et al. (2005), Vargas (2008) e Facuri et al. (2013). No entanto, todos os estudos citados foram baseados numa amostra restrita localizada em algum município, ou unidade hospitalar. Pelo que sabemos, este é o primeiro estudo empírico com cobertura nacional que procura analisar o fenômeno do estupro, no que diz respeito à caracterização da vítima e sua relação com o perpetrador, bem como no que diz respeito ao tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde e potenciais consequências do crime. Em particular, neste trabalho, nós analisamos, por meio de modelos de regressão logística, os condicionantes associados à probabilidade de a vítima: 1) sofrer estupros repetidos; 2) contrair DST; 3) passar por tratamento profilático contra DST; 4) fazer aborto legal; e 5) ser encaminhada pela unidade de saúde a outros órgãos públicos.

⁷ Note que a prevalência de estupros em determinada sociedade impõe um custo de bem-estar social que poderia ser medido por meio de abordagens de disposição marginal a pagar.

2. Estupro no Brasil

2.1. Base de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

A análise produzida neste estudo é baseada principalmente nos microdados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS).

O Sinan foi desenvolvido no início da década de 1990 com o objetivo de padronizar o processo de registro, de consolidação e de compartilhamento de dados de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) no Brasil. Os dados são coletados a partir da Ficha de Notificação/Investigação Individual, que é preenchida nas unidades do Sistema Único de Saúde, sempre que houver suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória.

Os agravos decorrentes de violências começaram a ser relacionados entre 2006 a 2008, quando a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros). A partir de 2009, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação versão net (Sinan NET), disponível para todos os municípios do País. Entretanto, apenas a partir de 2011 as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências passaram a ser feitas de forma padronizada e universal, com a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Deste modo, somente a partir deste ano as informações dos agravos associados à violência são estritamente comparáveis, não permitindo, por enquanto, que se faça uma análise da evolução temporal dos eventos relacionados.

2.2. Estatísticas Descritivas

Nos Estados Unidos, segundo Tjaden e Thoennes (2006), 0,2% dos indivíduos sofrem estupro a cada ano (0,3% mulheres e 0,1% homens) e estima-se que a taxa de notificação à polícia seja de 19,1%. No Brasil não foram aplicadas entrevistas em pesquisas especializadas no tema de violência sexual no âmbito nacional⁸, que, por sua natureza e os tabus envolvidos, necessitam de uma metodologia cuidadosa, a fim de que os entrevistados possam reportar verdadeiramente as informações.

Contudo, em 2013, o Ipea levou a campo um questionário sobre vitimização, no âmbito do Sistema de Indicadores de Percepção Social⁹ (SIPS), que continha algumas questões sobre violência sexual¹⁰. A partir das respostas, estimou-se que a cada ano no Brasil 0,26% da população sofre violência sexual, o que indica que haja anualmente 527 mil tentativas ou casos de estupros consumados no país, dos quais 10% são reportados à polícia¹¹. Tal informação é consistente com os dados do Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) de 2013, que apontou que em 2012 foram notificados 50.617 casos de estupro no Brasil. Todavia, essa estatística deve ser olhada com bastante cautela, uma vez que, como se salientou anteriormente, talvez a metodologia empregada no SIPS não seja a mais adequada para se estimar a prevalência do estupro, podendo servir apenas como uma estimativa para o limite inferior de prevalência do fenômeno no País.

Em 2011, foram notificados no Sinan 12.087 casos de estupro no Brasil, o que equivale a cerca de 23% do total registrado na polícia em 2012, conforme dados do Anuário 2013 do FBSP. A tabela 1 destaca que há agravos de notificação registrados no Sinan em 2.113 municípios, com cobertura equivalente a três quartos da população. Como em 2011 havia 3.901 municípios no Brasil com menos de 20.000 habitantes, possivelmente grande parcela desses municípios pequenos não possuía serviço especializado de saúde, o que ajuda a explicar o número nesta tabela. A grande exceção entre os municípios

⁸ Existe o trabalho de Schraiber et al. (2007), baseado numa amostra aplicada no município de São Paulo e em 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco, em que 2,8% e 5,6% dos entrevistados sofreram violência sexual nos últimos 12 meses, respectivamente.

⁹ O SIPS é baseado em entrevistas domiciliares com cobertura nacional. Maiores detalhes sobre a metodologia, acesse www.ipea.gov.br.

¹⁰ Trata-se de um dado inédito cujo relatório com o resultado da pesquisa será divulgado em breve. Este questionário foi aplicado em 3.811 residências no Brasil.

¹¹ Segundo Faúndes et al. (1998), menos de 10% dos estupros chegam ao conhecimento da polícia.

grandes é São Paulo, que registra tais informações em um sistema próprio, não contabilizado no Sinan.

Antes de analisarmos as características das vítimas, dos autores e das circunstâncias em que ocorreu o estupro, segundo os registros do Sinan, é importante deixarmos assinalado que o quadro descrito abaixo não necessariamente reflete uma estatística não viesada da prevalência do fenômeno no Brasil, uma vez que pode haver algum processo de autoseleção que faz com que determinado tipo de vítima procure relativamente mais os estabelecimentos de saúde pública.

Tabela 1 - Cobertura dos dados

	Número	Participação da população
Municípios que não possuem centros de saúde que notificaram	3452	25,4%
Municípios que possuem centros de saúde que notificaram	2113	74,6%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

As Vítimas

A tabela 2 apresenta estatísticas descritivas sobre as características pessoais das vítimas de estupro. Em relação ao total das notificações ocorridas em 2011, 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, mais da metade tinha menos de 13 anos de idade, 46% não possuía o ensino fundamental completo (entre as vítimas com escolaridade conhecida, esse índice sobe para 67%), 51% dos indivíduos eram de cor preta ou parda e apenas 12% eram ou haviam sido casados anteriormente. Por fim, mais de 70% dos estupros vitimizaram crianças e adolescentes. Tal dado é absolutamente alarmante, uma vez que as consequências, em termos psicológicos, para esses garotos e garotas são devastadoras, uma vez que o processo de formação da autoestima - que se dá exatamente nessa fase - estará comprometido, ocasionando inúmeras vicissitudes nos relacionamentos sociais desses indivíduos.

Tabela 2 - Características pessoais das vítimas de estupro.

Variáveis	Todos (n=12.087)	Crianças (n=6.132)	Adolescentes (n=2.340)	Adultos (n= 3.615)
Sexo				
Feminino	88,5%	81,2%	93,6%	97,5%
Masculino	11,5%	18,8%	6,4%	2,5%
Faixa Etária				
Crianças (até 13 anos)	50,7%	1,0%	0,0%	0,0%
Adolescentes (entre 14 e 17 anos)	19,4%	0,0%	1,0%	0,0%
Adultos (18 anos ou mais)	29,9%	0,0%	0,0%	1,0%
Cor/Raça				
Branca	38,6%	35,4%	37,0%	45,2%
Preta	9,4%	9,0%	8,8%	10,6%
Amarela	0,9%	0,8%	1,2%	0,9%
Parda	41,8%	44,1%	44,8%	35,8%
Indígena	0,7%	0,9%	0,5%	0,4%
Ignorada	8,7%	9,9%	7,7%	7,3%
Escolaridade				
Analfabeto	1,2%	0,5%	1,1%	2,6%
1a a 4a série incompleta do EF	14,8%	21,7%	6,3%	8,0%
4a série completa EF	5,3%	5,9%	6,0%	3,6%
5a a 8a série incompleta	24,5%	25,4%	37,6%	14,3%
Ensino fundamental completo	4,7%	1,7%	8,2%	7,7%
Ensino médio incompleto	7,9%	1,2%	20,6%	11,4%
Ensino médio completo	6,6%	0,2%	3,4%	20,1%
Educação superior incompleta	2,1%	0,0%	0,4%	6,9%
Educação superior completa	1,3%	0,0%	0,1%	4,5%
Educação: Ignorada	14,3%	9,9%	16,1%	20,9%
Educação: Não se aplica	17,3%	33,4%	0,1%	0,1%
Estado Civil				
Solteiro	52,3%	87,9%	57,7%	0,6%
Casado/união consensual	9,2%	1,3%	4,7%	25,8%
Viúvo	0,9%	0,0%	0,0%	2,8%
Separado	2,4%	0,1%	0,1%	8,0%
Estado Civil: Não se aplica	31,8%	60,5%	4,0%	0,7%
Ignorado	3,4%	2,6%	3,4%	5,0%
Presença de transtorno físico ou mental				
Sim	7,9%	4,7%	9,3%	12,2%
Não	83,1%	85,8%	82,3%	79,0%
Não se Aplica	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%
Relações sexuais				
Só com pessoas do sexo oposto	36,30%	15,20%	45,60%	67,10%
Só com pessoas do mesmo sexo ou com homens e mulheres	1,80%	0,80%	2,10%	3,50%
Não se Aplica	41,90%	70,40%	20,80%	5,90%
Ignorado	20,00%	13,60%	31,50%	23,50%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Os Agressores

A tabela 3 descreve o número de agressores envolvidos no estupro, segundo a faixa etária da vítima. Pode-se observar que a proporção de casos que envolvem mais de um agressor é maior quando a vítima é adolescente, e é menor quando a vítima é criança. Um dado desconcertante é que cerca de 15% dos estupros registrados no Sinan foram cometidos por dois ou mais agressores.

Tabela 3 - Número de agressores envolvidos por faixa etária vítima

	Crianças	Adolescentes	Adultos
Um agressor (n=9816)	83,30%	79,79%	79,80%
Dois ou mais agressores (n=)	10,47%	16,22%	15,36%
Ignorado (n=647)	6,23%	3,98%	4,84%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

A tabela 4 indica que a maioria esmagadora dos agressores é do sexo masculino, independentemente da faixa etária da vítima, sendo que as mulheres são autoras do estupro em 1,8% dos casos, quando a vítima é criança.

Tabela 4: Sexo do provável autor da agressão segundo a faixa etária da vítima

	Crianças	Adolescentes	Adultos
Masculino (n=11366)	92,55%	96,69%	96,66%
Feminino (n=158)	1,80%	0,99%	0,70%
Ambos os sexos (n=115)	1,28%	0,86%	0,47%
Ignorado (n=378)	4,36%	1,46%	2,17%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

A tabela 5 revela que 24,1% dos agressores das crianças são os próprios pais ou padrastos e que 32,2% são amigos ou conhecidos da vítima. O indivíduo desconhecido passa a configurar paulatinamente como principal autor do estupro à medida que a idade da vítima aumenta. Na fase adulta, este responde por 60,5% dos casos. No geral, 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima, o que indica que o principal inimigo está dentro de casa e que a violência nasce dentro dos lares.

Tabela 5: Vínculo/grau de parentesco do agressor com a vítima do estupro segundo a faixa etária da vítima

	Crianças	Adolescentes	Adultos
Pai	11,8%	5,3%	1,1%
Mãe	1,7%	0,8%	0,3%
Madrasta	0,4%	0,0%	0,0%
Padrasto	12,3%	8,4%	1,1%
Cônjuge	0,8%	1,2%	9,3%
Ex-cônjuge	0,2%	0,3%	4,3%
Namorado(a)	7,1%	8,2%	1,6%
Ex-namorado(a)	0,6%	1,9%	1,7%
Filho(a)	0,1%	0,1%	0,5%
Desconhecido(a)	12,6%	37,8%	60,5%
Irmão (ã)	3,2%	1,6%	1,0%
Amigos/conhecidos	32,2%	28,0%	15,4%
Cuidador(a)	1,2%	0,6%	0,2%
Patrão/chefe	0,2%	0,6%	0,5%
Pessoa com relação institucional	0,8%	0,8%	0,7%
Policial/agente da lei	0,2%	0,4%	0,3%
Outros	0,1%	0,2%	0,1%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

As Circunstâncias

A tabela 6 mostra que a proporção dos casos nos quais há suspeita de uso de álcool por parte do agressor é maior quando a vítima é adulta. Contudo, como a proporção de casos ignorados diminui à medida que a faixa etária da vítima aumenta, o que seria de se esperar, não há como estabelecer uma relação estrita entre o uso de álcool e vitimização de crianças, adolescentes e adultos. O que se poderia afirmar é que a ingestão de álcool está associada ao estupro de crianças, adolescentes e adultos numa ordem de pelo menos 20% a 40% dos casos.

Tabela 6 - Proporção de casos com suspeita de uso de álcool por faixa etária vítima

	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim (n=2930)	16,6%	25,4%	37,5%
Não (n=4476)	40,0%	39,5%	31,7%
Ignorado (n=4554)	43,5%	35,1%	30,8%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados

As tabelas 7A e 7B descrevem o meio utilizado pelo agressor para coação, quando o mesmo é conhecido ou não da vítima, respectivamente. Por um lado, para um único incidente, é possível que o perpetrador utilize mais de um instrumento. Por outro, há

situações em que a vítima não foi capaz de identificar o meio utilizado. Esses dois fatos fazem com que as colunas destas tabelas não somem 100%.

Em ambos os casos, sendo o agressor conhecido ou não, a ameaça e a força corporal/espancamento estão fortemente presentes e aumentam com a faixa etária da vítima. A prevalência do uso de objetos contundentes ou perfurocortantes também aumenta com a faixa etária e é sempre maior quando o perpetrador é desconhecido. As maiores diferenças no tipo do instrumento utilizado se dão em relação ao uso das armas de fogo, presentes em quase 24% dos crimes quando a vítima é adulta e desconhece o estuprador.

Tabela 7A - Meio da agressão utilizado contra as vítimas de estupro quando o agressor é um conhecido

Meio de agressão	Crianças	Adolescentes	Adultos
Arma de fogo (n=130)	0,9%	2,7%	4,6%
Força corporal/espancamento (n=2846)	31,2%	41,8%	68,9%
Enforcamento (n=185)	0,5%	1,9%	11,5%
Objeto contundente (n=125)	1,0%	1,1%	5,5%
Objeto pérfuro-cortante (n=258)	1,3%	4,2%	11,9%
Substância/ obj quente (n=30)	0,3%	0,5%	0,9%
Envenenamento (n=18)	0,2%	0,3%	0,6%
Ameaça (n=2784)	36,3%	38,4%	48,0%
Outros meios (n=577)	8,3%	9,4%	7,8%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011. Obs: O total de cada coluna não soma 100%

Tabela 7B - Meio da agressão utilizado contra as vítimas de estupro quando o agressor é um desconhecido

Meio de agressão	Crianças	Adolescentes	Adultos
Arma de fogo (n=662)	9,5%	17,1%	23,3%
Força corporal/espancamento (n=2010)	43,4%	55,0%	61,4%
Enforcamento (n=190)	3,0%	5,0%	6,6%
Objeto contundente (n=124)	2,4%	3,2%	4,1%
Objeto pérfuro-cortante (n=489)	8,3%	12,8%	16,7%
Substância/ obj quente (n=21)	0,4%	1,0%	0,8%
Envenenamento (n=18)	0,6%	0,6%	0,5%
Ameaça (n=1655)	37,9%	45,9%	50,9%
Outros meios (n=231)	8,1%	9,0%	6,0%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011. Obs: O total de cada coluna não soma 100%

As tabelas 8A (agressor conhecido) e 8B (agressor desconhecido) apresentam informação sobre os locais de ocorrência da agressão. Quando o agressor era conhecido, a residência era de longe o local principal onde ocorria o estupro, independentemente da idade da vítima. Como seria de se esperar, quando o perpetrador era desconhecido, a via pública passou a assumir posição de destaque, sendo que, para o caso dos adultos, a incidência de estupro nesses locais correspondeu a 2,3 vezes aquela verificada nas residências.

Tabela 8A - Local da ocorrência do estupro quando o agressor é um conhecido.

Local da ocorrência	Crianças	Adolescentes	Adultos
Residência (n=5358)	79%	67%	65%
Habitação Coletiva (84)	1%	2%	1%
Escola (n=124)	2%	1%	1%
Local de prática esportiva (n=30)	0%	0%	0%
Bar ou similar (n=37)	0%	1%	1%
Via pública (n=467)	4%	9%	15%
Comércio/serviços (n=65)	1%	1%	2%
Indústria/construção (n=27)	0%	0%	1%
Outro (n=666)	7%	13%	12%
Ignorado (n=348)	5%	5%	4%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Tabela 8B - Local da ocorrência do estupro quando o agressor é um desconhecido.

Local da ocorrência	Crianças	Adolescentes	Adultos
Residência (n=854)	31,3%	21,7%	21,5%
Habitação Coletiva (28)	1,0%	1,0%	0,6%
Escola (n=43)	3,3%	0,5%	0,7%
Local de prática esportiva (n=48)	1,8%	1,9%	0,9%
Bar ou similar (n=61)	1,0%	1,9%	1,8%
Via pública (n=1571)	29,0%	39,5%	49,6%
Comércio/serviços (n=87)	1,3%	1,9%	3,0%
Indústria/construção (n=46)	1,5%	2,0%	0,9%
Outro (n=628)	16,9%	22,6%	15,2%
Ignorado (n=271)	13,0%	7,1%	5,7%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Curiosamente, o dia da semana em que há uma maior proporção de ocorrências de estupros é a segunda-feira, conforme destacado na tabela 9. Tal padrão difere daqueles associados a homicídios e outros incidentes letais violentos em geral, cuja maior prevalência ocorre nos finais de semana, conforme apontado em Cerqueira (2013).

Tabela 9 - Dia da semana da ocorrência do estupro

Dia	Crianças	Adolescentes	Adultos
Domingo	3.3%	5.8%	9.2%
Segunda-feira	21.3%	20.7%	21.1%
Terça-feira	18.6%	17.2%	16.5%
Quarta-feira	18.8%	16.8%	15.9%
Quinta-feira	18.6%	17.8%	14.9%
Sexta-feira	15.8%	15.9%	14.5%
Sábado	3.7%	5.8%	8.0%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Quando considerados os meses do ano, a tabela 10 mostra que há baixa sazonalidade na incidência de estupros. Curiosamente, os meses de inverno são aqueles em que há relativamente uma maior ocorrência desse crime, na vitimização tanto de crianças, como adolescentes e adultos. Mais uma vez, tal padrão é exatamente o inverso do observado nos crimes violentos letais.

Tabela 10 - Mês da ocorrência do estupro

Mês	Crianças	Adolescentes	Adultos
Janeiro	7.3%	5.9%	7.9%
Fevereiro	7.7%	6.6%	7.8%
Março	8.0%	8.6%	7.8%
Abril	7.6%	7.2%	8.1%
Mai	8.7%	7.9%	7.1%
Junho	9.2%	9.0%	7.1%
Julho	8.1%	8.6%	8.2%
Agosto	9.5%	9.7%	7.2%
Setembro	9.2%	9.5%	10.9%
Outubro	7.9%	9.9%	9.6%
Novembro	8.6%	8.7%	9.1%
Dezembro	8.4%	8.5%	9.3%

Fonte: SINAM, 2011\MINISTÉRIO DA SAÚDE

No que se refere ao horário em que ocorrem os estupros, enquanto as crianças e adolescentes são vitimizados relativamente mais no período de 12 horas às 24 horas. Os crimes que afetam os adultos ocorrem entre 18 horas e 6 horas da manhã, conforme destacado na tabela 10B.

Tabela 10B - Mês da ocorrência do estupro

Hora	Crianças	Adolescentes	Adultos
(00:00-05:59)	11.91%	20.60%	31.51%
(06:00-11:59)	19.00%	15.19%	15.23%
(12:00-17:59)	34.01%	24.15%	14.75%
(18:00-23:59)	35.33%	39.97%	38.72%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

As tabelas 11A (agressor conhecido) e 11B (agressor desconhecido) revelam a proporção de vítimas que notificaram antecedentes de vitimização por estupro. Pode-se observar nessas tabelas, seja com agressor conhecido ou não, que a proporção de histórico de vitimização por estupro aumenta quanto mais indefesa é pessoa. Contudo, comparando as duas tabelas percebe-se que a chance de alguém sofrer recorrentemente estupros se dá dentro de um ambiente de relacionamentos pessoais e intrafamiliares.

Tabela 11A - Proporção de casos em que o estupro já tinha ocorrido outras vezes quando o agressor é um conhecido

Ocorreu outras vezes	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim (n=3386)	48,3%	47,6%	41,0%
Não (n=2599)	31,3%	39,6%	51,0%
Ignorado (n=1224)	20,4%	12,7%	8,0%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Tabela 11B. Proporção de casos em que o estupro já tinha ocorrido outras vezes quando o agressor é desconhecido

Ocorreu outras vezes	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim (n=401)	15,9%	11,3%	9,2%
Não (n=2854)	62,5%	80,3%	83,4%
Ignorado (n=380)	21,6%	8,3%	7,4%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Consequências

A tabela 12 descreve as consequências sofridas pelas vítimas do estupro, em que se pode observar que as mais prevalentes são estresse pós-traumático (23,3%), transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%). Deve-se salientar, entretanto, que a proporção de vítimas que ficaram grávidas com consequência do estupro cresce para

15,0% quando consideramos apenas os casos em que houve penetração vaginal e a faixa etária entre 14 e 17 anos [tabela 14]. Chama a atenção, ainda, o percentual de casos ignorados para a presença de DST. Por fim, há que se destacar que os resultados dessa tabela devem ser analisados com certa cautela, pois certamente as notificações do Sinan tendem a captar as consequências de curto prazo.

Tabela 12 - Consequências do estupro

	Aborto	Gravidez	DST	Suicídio	Transtorno mental	Transtorno de comportamento	Estresse pós-traumático
Sim	0,8%	7,1%	3,6%	0,7%	2,4%	11,4%	23,3%
Não	56,1%	47,9%	71,6%	84,4%	81,2%	71,8%	60,3%
Não se Aplica	34,6%	34,3%	3,0%	3,2%	2,7%	2,6%	2,5%
Ignorado	8,5%	10,7%	21,8%	11,8%	13,7%	14,2%	13,9%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

A Tabela 13 apresenta a proporção de vítimas que contraíram DST em decorrência do estupro nos casos em que houve penetração anal ou vaginal. A proporção é mais baixa do que a estimativa apresentada na norma técnica do Ministério da Saúde (2012). Essa diferença pode estar associada ao tratamento profilático recebido pela vítima após o estupro, mas também ao alto número de informação ignorada na base.

Segundo essa norma técnica do Ministério da Saúde, a chance de uma vítima de violência adquirir DST é de 16 a 58%. O risco de infecção dependeria do tipo de penetração, do número de agressores, a frequência da agressão, idade e suscetibilidade da mulher. As crianças, caso tenham sofrido penetração anal ou vaginal, apresentam maior vulnerabilidade as DST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. A tabela abaixo confirma a correlação negativa entre idade e risco de contrair DST.

Tabela 13 - Proporção de vítimas de estupro que contraíram DST nos casos em que houve penetração vaginal ou anal segundo a faixa etária

	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim (n=324)	4,4%	3,3%	3,3%
Não (n=6371)	73,6%	73,3%	75,7%
Não se aplica (n=221)	2,9%	1,9%	2,7%
Ignorado (n=1664)	19,2%	21,6%	18,3%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

A tabela 14 apresenta a proporção de vítimas que ficaram grávidas entre aquelas que sofreram estupro com penetração vaginal por faixa etária. Essa tabela mostra que os casos de gravidez entre as adolescentes são mais numerosos que na estimativa apresentada pelo Ministério da Saúde. Segundo a nota técnica do MS, o risco de gravidez decorrente do estupro varia entre 0,5 e 5% e depende da idade da vítima, coincidência com o período fértil, se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada e se a vítima estava utilizando métodos anticoncepcionais. Possivelmente, a diferença entre os indicadores apontados na tabela abaixo e a estimativa apresentada pelo MS se dá em face da alta recorrência de estupro entre crianças e adolescentes, conforme descrito na tabela 11A, o que faz com que a probabilidade de gravidez aumente substancialmente.

Tabela 14 - Proporção de vítimas de estupro, em que houve penetração

	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim (n=774)	10,6%	15,0%	7,3%
Não (n=4474)	43,5%	66,6%	75,1%
Não se aplica (n=1245)	37,2%	2,2%	3,0%
Ignorado (n=934)	8,8%	16,1%	14,6%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Tratamento

A decisão de realizar ou não os procedimentos médicos discriminados da tabela 15 depende do tipo de procedimento, da anuência da vítima ou do responsável, das circunstâncias do estupro, das características da vítima e do agressor, do tempo entre a data de ocorrência e a data do atendimento, bem como da infraestrutura física e humana do centro de saúde. O MS, em sua nota técnica, não recomenda tratamento profilático contra DST se o estuprador é conhecido e se agressão vinha ocorrendo de forma continuada e sistemática, ou se não houve penetração anal ou vaginal. Em relação ao aborto legal, relacionado à gravidez por consequência do estupro, o Código Penal não exige qualquer documento para a sua prática, a não ser o consentimento da mulher. Obviamente, isso não exime da necessidade de orientá-la a tomar as providências

policiais e judiciais cabíveis. Contudo, caso ela não o faça, o direito ao abortamento não lhe pode ser negado.

Tabela 15 - Procedimentos de médicos realizados nas vítimas de estupro (%).

	Profilaxia DST			Profilaxia HIV		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	21,4	46,1	63,8	18,4	44,5	61,5
Não	68,7	44,4	28,3	71,5	46,0	30,5
Não se Aplica	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Ignorado	9,5	9,0	7,9	10,0	9,4	8,0
	Coleta de Sangue			Coleta de Sêmen		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	33,7	53,1	60,1	3,7	10,7	13,0
Não	56,4	37,5	30,7	84,3	76,6	73,4
Não se Aplica	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Ignorado	9,8	9,4	9,2	11,9	12,7	13,6
	Contraceção de emergência			Aborto previsto em lei		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	9,2	35,0	44,0	0,6	1,7	2,4
Não	62,0	49,0	43,2	38,4	79,8	80,9
Não se Aplica	19,9	6,8	2,7	55,9	7,2	2,8
Ignorado	8,9	9,2	10,1	5,1	11,4	13,9
	Profilaxia Hepatite B			Coleta de secreção vaginal		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	14,4	33,7	49,6	11,0	21,2	22,7
Não	74,9	55,6	40,6	59,8	61,2	61,7
Não se Aplica	0,1	0,0	0,0	19,8	6,9	2,7
Ignorado	10,6	10,6	9,8	9,3	10,7	12,9

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Conforme apontado na tabela 16, entre as vítimas adultas que ficaram grávidas como consequência do estupro, 19,3% realizaram aborto previsto em lei. Essa proporção se reduz quando a grávida é adolescente ou criança. Como a nota técnica do MS prescreve que o aborto para menores só deve ser feito quando o menor e o seu responsável concordam; e tendo em vista a alta prevalência de casos de estupro envolvendo crianças e adolescentes, onde os próprios familiares são os autores, é possível que a diferença na taxa de aborto entre menores de idade e adultos reflita esses fatos. É dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional.

Tabela 16 - Proporção das vítimas de estupro que fizeram aborto legal entre as que engravidaram em decorrência da agressão segundo a faixa etária

	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim (n=67)	5,6%	5,0%	19,3%
Não (n=592)	80,0%	81,4%	67,4%
Ignorado (n=106)	14,4%	13,6%	13,4%

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

Encaminhamento a Outros Órgãos Públicos

Os profissionais de saúde são obrigados por lei a comunicar o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude nos casos de suspeita ou confirmação de violência sexual contra menores de 18 anos. O MS instrui os médicos, após o atendimento médico, a encaminhar a vítima à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Ainda segundo o MS, o laudo do IML pode ser feito de forma indireta, com base no prontuário médico.

Tabela 17 - Proporção das vítimas de estupro que foram encaminhadas a outros órgãos públicos (%).

	Conselho tutelar			Vara da infância/juventude			Casa do abrigo		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	66,2	57,92	3,54	6,38	5,53	0,34	2,37	2,21	0,95
Não	30,09	37,12	89,77	88,36	87,52	92,89	92,81	91,27	92,3
Ignorado	3,71	4,96	6,69	5,25	6,95	6,77	4,81	6,53	6,75
	Programa sentinela			Delegacia de atendimento à mulher			Delegacia de proteção da criança e do adolescente		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	5,16	4,13	1,68	11,08	18,7	41	26,83	20,21	1,2
Não	89,84	89,22	91,4	84,28	75,51	52,68	68,2	73,69	91,93
Ignorado	5	6,65	6,92	4,64	5,79	6,32	4,97	6,1	6,87
	Outras delegacias			Ministério Público			Centro de referência da mulher		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	13,57	18,04	21,6	4,95	3,83	1,54	3,12	6,78	17,66
Não	81,54	75,76	71,16	89,84	89,35	90,82	92,04	86,76	75,14
Ignorado	4,89	6,2	7,25	5,21	6,82	7,65	4,84	6,46	7,2
	Centro de referência de Assistência Social			IML			Outros locais		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	16,48	14,05	8,99	31,3	31,36	29,25	16,24	16,45	21,68
Não	79,13	80,41	83,88	64,18	62,64	63,78	77,67	76,08	70,15
Ignorado	4,39	5,54	7,13	4,52	6	6,97	6,09	7,47	8,17

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

2.3 Entendendo os Condicionantes do Tratamento e das Consequências do Estupro

O método de análise

Na seção 2.2 fizemos uma verdadeira radiografia acerca da incidência do estupro no Brasil, segundo as informações disponíveis no Sinan, relativas ao ano de 2011. Descrevemos as vítimas, os agressores, a relação entre os primeiros e os segundos, bem como as consequências para a vítima, o tratamento no SUS e o encaminhamento para outros órgãos públicos. Contudo, a análise empreendida anteriormente não se presta a esclarecer os elementos condicionantes dos vários fenômenos e como cada característica impacta a probabilidade de ocorrência dos mesmos. Isto acontece porque a prevalência dos estupros, dos tratamentos e encaminhamentos depende simultaneamente de muitas variáveis envolvidas, sendo que várias delas concorrem para aumentar ou diminuir as chances de ocorrência que se queira analisar. Nesse caso, importaria saber como cada característica, isoladamente, afeta a probabilidade de o evento em questão ocorrer.

Nos estudos epidemiológicos, um método largamente utilizado é o modelo logístico, que pode ser utilizado para prever como cada característica afeta a probabilidade de determinada doença ocorrer, e no qual as demais variáveis envolvidas são isoladas (ou controladas), de modo a se evitar que o resultado final “confunda” os efeitos de vários condicionantes. Por exemplo, sabemos que as chances de a vítima de estupro (que buscou tratamento no SUS) ter um histórico de estupros anteriores depende, entre outras coisas, das características da vítima, da relação da vítima com o perpetrador e do local de residência da vítima, se urbano ou rural. Se analisarmos isoladamente a relação entre as vítimas que já haviam sido estupradas anteriormente e a escolaridade, certamente teremos uma relação viesada, tendo em vista que a idade da vítima é um fator importante e que se correlaciona com a escolaridade. Mas o que influencia mais, a escolaridade ou a idade? Responder a essa questão é crucial do ponto de vista das políticas públicas. O modelo logístico se presta justamente a responder questões como essa.

Neste modelo, uma estatística importante é a “razão de chances” que permite responder como a probabilidade de um evento é afetada por determinada característica, tomando como referência outra característica para um mesmo conjunto de valores de outras variáveis. Por exemplo, na tabela 16, o fato de a vítima ser criança (< 13 anos) aumenta em 38% a chance de a mesma ser vítima repetida de estupro, em relação a um adulto,

independentemente de outras características. Para mais detalhes, ver Cameron e Trivedi (2005).

2.4. Entendendo os Condicionantes dos Estupros Repetidos, das suas Consequências e do Tratamento Oferecido pelo SUS.

Nesta seção, analisaremos os condicionantes associados à probabilidade de a vítima: 1) sofrer estupros repetidos; 2) contrair DST; 3) passar por tratamento profilático contra DST; 4) fazer aborto legal; e 5) ser encaminhada pela unidade de saúde a outros órgãos públicos. Em todas as regressões logísticas incluímos efeitos fixos de unidade federativa, para controlar por especificidades locais, que poderiam viesar os resultados, levando a uma interpretação equivocada do fenômeno. Por exemplo, quando regredimos a probabilidade da vítima passar por tratamento profilático contra DST e não consideramos o efeito fixo de unidade federativa, a característica de cor/raça “negra ou parda” resultaria estatisticamente significativa, sendo que tais indivíduos teriam uma probabilidade 10% inferior de passar pelo tratamento, em relação a vítimas de cor branca [tabela A1, no apêndice]. Tal resultado implicaria alguma evidência a favor do racismo institucional no SUS. Contudo, quando consideramos os efeitos fixos de UF, tal característica deixa de ter significância estatística [tabela 20], de modo que nada poderia se concluir. Possivelmente, o resultado da tabela A1 seja decorrente de alguma correlação entre as características dos estabelecimentos de saúde nas regiões mais habitadas por negros e não de racismo institucional, conforme cogitado.

A Tabela 18 apresenta as estimativas do modelo logit para a probabilidade de o estupro ter ocorrido mais de uma vez. A nossa hipótese é que essa probabilidade está positivamente associada à relação de dominação do agressor perante a vítima, ou seja, quanto menor for a chance de a vítima ser capaz de denunciar o agressor, maior será a probabilidade que estupro seja recorrente.

Os resultados indicam que maiores são chances de estupros recorrentes se: a residência da vítima se localiza em região rural; menor for nível educacional da vítima; e maior a proximidade de relacionamento entre vítima e perpetrador. Conforme apontado na última coluna da tabela, as vítimas com até ensino fundamental incompleto possuem uma probabilidade duas vezes maior de possuir um histórico de vitimização recorrente por estupro, em relação às vítimas com ensino superior completo ou incompleto. Quando o agressor é parente, a chance de recorrência é 3,48 vezes maior, em relação à

situação em que a vítima conhece o agressor, não sendo este parente, cônjuge, ou namorado. Residir fora da área urbana faz com que a probabilidade de estupros recorrentes aumente 20%. A cor ou raça da vítima e, surpreendentemente, a faixa etária não são variáveis significativas que influenciam essa probabilidade.

Tabela 18 - Modelo Logit para a probabilidade de o estupro ter ocorrido outras vezes

Variáveis	Coefficientes	Erro Padrão	P-valor	Razão de Chance
Intercepto	-1,38	0,2234	<,0001	0,252
Vítima do sexo feminino	0,1092	0,0802	0,173	1,115
Faixa etária da vítima até 13 anos	0,1273	0,0854	0,1357	1,136
Faixa etária da vítima entre 14 e 17 anos	0,1038	0,0873	0,2348	1,109
Vítima de cor preta ou parda	-0,00673	0,0597	0,9102	0,993
Vítima com até ensino fundamental incompleto	0,6898	0,1924	0,0003	1,993
Vítima com ensino fundamental completo ou ensino médio completo	0,4968	0,1907	0,0092	1,644
O agressor é cônjuge ou namorado da vítima	0,9679	0,0656	<,0001	2,632
O agressor é parente da vítima	1,2467	0,0932	<,0001	3,479
O agressor era um desconhecido para vítima	-1,3924	0,0783	<,0001	0,248
A zona de ocorrência da agressão é urbana	-0,217	0,0891	0,0149	0,805
Número de observações	8218			

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

A tabela 19 apresenta as estimativas do modelo logit para a probabilidade da vítima de estupro ter contraído doença sexualmente transmissível (DST). Os resultados indicam que tanto maior é a probabilidade de contrair DST quanto mais jovem for a vítima, se a mesma é negra, se o agressor era um desconhecido, se o estupro ocorreu mais de uma vez, se houve lesão nos órgãos genitais e se houve penetração anal ou vaginal.

Crianças possuem duas vezes mais chances de contrair DST do que adultos. Vítimas negras ou pardas têm 37% a mais de chances, em relação às brancas. Agressores desconhecidos fazem com que a chance de contrair DST aumente 45%, em relação à situação em que a vítima conhece o agressor, não sendo este parente, cônjuge, ou namorado. As vítimas que sofreram lesões nos órgãos genitais apresentam probabilidade de contrair DST 46% maior que as vítimas sem esse tipo de lesão. O estupro recorrente faz aumentar em 43% as chances de DST. Quando não há penetração vaginal ou anal, a probabilidade é 32% menor do que quando há penetração. As demais variáveis explicativas não são significativas ao nível de 5% de significância.

Tabela 19 - Modelo Logit para a probabilidade da vítima de estupro ter contraído DST.

Variáveis	Coefficientes	Erro Padrão	P-valor	Razão de Chance
Intercepto	-3,3613	0,4635	<,0001	0,035
Vítima do sexo feminino	0,0173	0,2062	0,9331	1,017
Faixa etária da vítima até 13 anos	0,7063	0,2221	0,0015	2,027
Faixa etária da vítima entre 14 e 17 anos	0,3555	0,2228	0,1105	1,427
Vítima de cor preta ou parda	0,3185	0,1524	0,0365	1,375
Vítima com até ensino fundamental incompleto	-0,4482	0,3574	0,2098	0,639
Vítima com ensino fundamental completo até ensino médio completo	-0,3279	0,344	0,3405	0,72
Não houve penetração vaginal ou anal	-0,3869	0,1412	0,0061	0,679
A lesão principal foi nos órgãos genitais	0,3808	0,1407	0,0068	1,464
O agressor é cônjuge ou namorado da vítima	0,0658	0,261	0,8009	1,068
O agressor é parente da vítima	-0,0659	0,1854	0,7221	0,936
O agressor era um desconhecido para vítima	0,3702	0,1724	0,0318	1,448
Se a agressão ocorreu outras vezes	0,3596	0,1467	0,0142	1,433
A zona de ocorrência da agressão é urbana	-0,201	0,2195	0,3599	0,818
Número de observações	5213			

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

A tabela 20 apresenta as estimativas do modelo logit para a probabilidade de a vítima passar por profilaxia contra DST. A nota técnica do Ministério da Saúde alerta que o diagnóstico de uma DST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual. A nota não recomenda a profilaxia das DST não virais e do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B quando não houver penetração vaginal ou anal, ou quando a violência sexual for crônica e prolongada, perpetrada pelo mesmo agressor, sendo que essa forma de agressão é mais comum nas crianças.

Os resultados do modelo logit indicam que a probabilidade de a vítima passar por profilaxia contra DST é tanto menor quanto: mais jovem for a vítima; menor for a escolaridade; maior for a proximidade da vítima com o agressor menor; se a vítima for do sexo masculino; se a sua zona de residência for rural; se não houver penetração vaginal ou anal; e se agressão ocorreu outras vezes.

Crianças possuem chances de tratamento 54% menores que adultos. Vítimas com ensino fundamental incompleto possuem chances 36% menores do que aquelas que possuem ensino superior. Se o agressor é cônjuge ou namorado da vítima, a probabilidade de tratamento cai 54% com relação aos casos em que a vítima conhece o agressor, desde que este não seja parente, cônjuge, ou namorado. Quando a agressão ocorre na zona urbana, a probabilidade é 20% maior de a vítima passar por profilaxia do que se a agressão ocorresse nas áreas não urbanas. Um adulto possui o dobro de chance

de passar por um tratamento profilático do que uma criança. As outras variáveis explicativas do modelo não são significativas ao nível de 5% de significância.

De modo geral, esses resultados são compatíveis com o procedimento preceituado pelo Ministério da Saúde. Inexplicável, contudo, é o fato de indivíduos com menor escolaridade sofrerem um tratamento diferenciado no SUS, o que revela uma desigualdade incompatível com o princípio da universalidade e isonomia do sistema. Outro ponto que merece ser salientado diz respeito à menor chance de tratamento por residentes em regiões rurais, o que deve estar refletindo as mais escassas condições de oferta qualificada de serviços públicos nessas regiões.

Tabela 20 - Modelo Logit para a probabilidade da vítima de estupro passar por profilaxia contra DST.

Variáveis	Coefficientes	Erro Padrão	P-valor	Razão de Chance
Intercepto	-0,3156	0,2033	0,1206	0,729
Vítima do sexo feminino	0,4619	0,1048	<,0001	1,587
Faixa etária da vítima até 13 anos	-0,7333	0,0817	<,0001	0,48
Faixa etária da vítima entre 14 e 17 anos	-0,1852	0,0794	0,0197	0,831
Vítima de cor preta ou parda	0,0644	0,0624	0,3021	1,067
Vítima com até ensino fundamental incompleto	-0,4397	0,1438	0,0022	0,644
Vítima com ensino fundamental completo até ensino médio completo	-0,0829	0,1405	0,5551	0,92
Não houve penetração vaginal ou anal	0,0635	0,061	0,2977	1,066
A lesão principal foi nos órgãos genitais	0,2901	0,0596	<,0001	1,337
O agressor é cônjuge ou namorado da vítima	-0,7823	0,1154	<,0001	0,457
O agressor é parente da vítima	-0,4773	0,0877	<,0001	0,62
O agressor era um desconhecido para vítima	1,0022	0,0664	<,0001	2,724
Se a agressão ocorreu outras vezes	-0,6102	0,0653	<,0001	0,543
A zona de ocorrência da agressão é urbana	0,1855	0,1033	0,0724	1,204
Número de observações	8218			

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

A tabela 21 apresenta as estimativas do modelo logit para a probabilidade de uma vítima com gravidez decorrente de estupro realizar aborto previsto em lei. As estimativas indicam que os adolescentes formam o grupo etário com menor chance de interromper a gravidez. Um adolescente possui uma probabilidade de interromper a gravidez 66% menor do que o adulto, enquanto que a diferença entre crianças e adultos não é estatisticamente significativa. Também afetam negativamente a probabilidade da interrupção da gravidez se o agressor for cônjuge ou namorado da vítima e se a agressão já ocorreu outras vezes. Quando a vítima já sofreu outros estupros anteriormente, a chance de abortar é 58,5% menor do que quando é ela é vítima pela primeira vez. Afeta positivamente a probabilidade de aborto o fato de o agressor ser um desconhecido ou um parente da vítima.

Tabela 21 - Modelo Logit para a probabilidade da grávida decorrente de estupro realizar aborto legal.

Variáveis	Coefficientes	Erro Padrão	P-valor	zão de Chance
Intercepto	-1,3139	0,7599	0,0838	0,269
Faixa etária da vítima até 13 anos	-0,0768	0,4952	0,8768	0,926
Faixa etária da vítima entre 14 e 17 anos	-1,0849	0,4747	0,0223	0,338
Vítima de cor preta ou parda	0,0286	0,3398	0,9329	1,029
Vítima com até ensino fundamental incompleto	-0,6165	0,6159	0,3168	0,54
Vítima com ensino fundamental completo até ensino médio completo	-0,1941	0,5541	0,7262	0,824
A vítima é casada	-1,8884	1,063	0,0757	0,151
O agressor é cônjuge ou namorado da vítima	-2,5389	1,0545	0,0161	0,079
O agressor é parente da vítima	0,8439	0,4794	0,0783	2,325
O agressor era um desconhecido para vítima	0,5403	0,407	0,1843	1,716
Se a agressão ocorreu outras vezes	-0,8805	0,4229	0,0374	0,415
A zona de ocorrência da agressão é urbana	0,3916	0,4947	0,4286	1,479
Número de observações	504			

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

A tabela 22 apresenta as estimativas do modelo logit para a probabilidade de a vítima de estupro ser encaminhada a outros órgãos públicos, como delegacia, ministério público e conselho tutelar. Por um lado, os resultados indicam que maior é a probabilidade de a vítima ser encaminhada para outros órgãos públicos quanto: mais jovem for a mesma; quando o agressor for parente da vítima. Por outro, essa probabilidade diminui se o agressor for cônjuge ou namorado, ou ainda um desconhecido.

Conforme destacado na última coluna da tabela, se a vítima for uma criança, a probabilidade de encaminhamento a outros órgãos públicos é 2,42 vezes maior em relação aos casos em que a vítima é adulta. Essa probabilidade é ainda 24,3% maior quando o agressor é conhecido da vítima. As outras variáveis explicativas do modelo não são significativas ao nível de 5% de significância.

Tabela 22 - Modelo Logit para a probabilidade da vítima de estupro ser encaminhada para outros órgãos públicos. ¹

Variáveis	Coefficientes	Erro Padrão	P-valor	Razão de Chance
Intercepto	0,7024	0,2203	0,0014	2,019
Vítima do sexo feminino	0,1929	0,1185	0,1035	1,213
Faixa etária da vítima até 13 anos	0,8836	0,0947	<,0001	2,42
Faixa etária da vítima entre 14 e 17 anos	0,6881	0,0923	<,0001	1,99
Vítima de cor preta ou parda	-0,0577	0,0713	0,4184	0,944
Vítima com até ensino fundamental incompleto	0,1768	0,1449	0,2223	1,193
Vítima com ensino fundamental completo até ensino médio completo	0,0446	0,1382	0,7469	1,046
Não houve penetração vaginal ou anal	0,102	0,0691	0,1399	1,107
A lesão principal foi nos órgãos genitais	-0,1245	0,0678	0,0662	0,883
O agressor é cônjuge ou namorado da vítima	-0,6002	0,1105	<,0001	0,549
O agressor é parente da vítima	0,2172	0,1077	0,0437	1,243
O agressor era um desconhecido para vítima	-0,164	0,0806	0,042	0,849
Se a agressão ocorreu outras vezes	0,1074	0,0766	0,1612	1,113
A zona de ocorrência da agressão é urbana	-0,0184	0,1179	0,8756	0,982
Número de observações				

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011. 1. Delegacias, ministério público, conselho tutelar etc.

3. Conclusões

Ponderamos que a ideologia do patriarcalismo e sua expressão machista – disseminada de forma explícita ou sub-reptícia na cultura, nos meios de comunicação e no Sistema de Justiça Criminal – reforça determinados padrões de conduta que muitas vezes levam à violência de gênero e, em particular, aos estupros. Tal fenômeno assume uma dimensão preocupante no Brasil, tendo em vista não apenas as suas consequências, de curto e longo prazo, sobre as vítimas, mas sobre a sociedade em geral. Além das perdas de produtividade, a violência que nasce, sobretudo, dentro dos lares, reforça um padrão de aprendizado, que é compartilhado nas ruas.

Estimamos que, a cada ano, no mínimo 527 mil pessoas são estupradas no Brasil. Desses casos, apenas 10% chegam ao conhecimento da polícia. Na falta de uma base de dados que nos permitisse aprofundar a análise sobre esse fenômeno no País e que fosse representativa de toda a população, examinamos detalhadamente os microdados do Sinan/MS, referentes ao ano de 2011. Obviamente, sabemos que tal análise é condicional ao fato da vítima de estupro ter procurado os estabelecimentos públicos de saúde. Portanto, os resultados devem ser encarados com certa cautela, uma vez que pode haver algum processo de autosseleção, que faz com que determinado tipo de vítima procure relativamente mais estes órgãos.

Nos registros do Sinan, verificamos que 89% das vítimas são do sexo feminino, possuem em geral baixa escolaridade, sendo que as crianças e adolescentes representam mais de 70% das vítimas. Em 50% dos incidentes totais envolvendo menores, há um histórico de estupros anteriores. Trata-se de dados alarmantes, pois sabe-se que o estupro, além das mazelas de curto prazo, gera consequências de longo prazo, como diversos transtornos, incluindo depressão, fobias, ansiedade, abuso de drogas ilícitas, tentativas de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático. Tal fato, ocorrendo exatamente na fase da formação individual e da autoestima, pode ter efeitos devastadores sobre a sociabilidade e sobre a vida dessas pessoas.

Sobre os elementos situacionais relacionados a tais eventos, um terço dos casos está associado à ingestão de bebidas alcoólicas. A coação por ameaça, força física e espancamento é o padrão, só havendo maiores alterações quando a vítima é adulta e o agressor é desconhecido, caso em que a arma de fogo estava presente em 23,3% dos crimes. Sobre o padrão temporal das ocorrências, um detalhe chama a atenção: a

prevalência dos estupros segue de maneira inversa à dos incidentes letais violentos, como homicídios, acidentes de trânsito e outro [conforme verificado por Cerqueira (2013)], que ocorrem mais nos fins de semana e meses de primavera e verão. No caso dos estupros, a frequência é maior nos meses de inverno e às segundas-feiras.

Os crimes em que há penetração vaginal, em adolescentes entre 14 e 17 anos, redonda em uma grande taxa de gravidez, que ocorre em 15% dos casos. Possivelmente este indicador, acima do encontrado na literatura, seja decorrente de eventos repetidos, tendo em vista o histórico de violência sexual intrafamiliar.

Dentre as mulheres adultas que engravidaram, 19,3% fizeram aborto legal. Esse indicador cai para 5% quando a vítima possui entre 14 e 17 anos. A prática de aborto legal só é possível em menores quando tanto a vítima como o responsável legal estão de acordo com o procedimento. Tendo em vista que uma significativa parcela dos estupros de adolescentes é perpetrada pelos próprios pais ou padrastos, possivelmente esses dois fatos ajudam a explicar a menor taxa de abortos legais nessa faixa etária.

No presente estudo, investigamos ainda os condicionantes associados à probabilidade de a vítima: 1) sofrer estupros repetidos; 2) contrair DST; 3) passar por tratamento profilático contra DST; 4) fazer aborto legal; e 5) ser encaminhada pela unidade de saúde a outros órgãos públicos. Utilizamos modelos de regressão logística para entender como cada variável ou característica, isoladamente, afeta tais probabilidades, em que alguns dos principais resultados foram reportados abaixo.

Verificamos que a probabilidade de a vítima sofrer estupros recorrentes é positivamente associada à relação de dominação do agressor perante a vítima. Ou seja, quanto menor for a chance de a vítima ser capaz de denunciar o agressor, maior será a probabilidade que estupro seja recorrente. Em particular, quando o agressor é familiar, a chance de recorrência é 3,47 vezes maior em relação à situação em que a vítima conhece o agressor, não sendo esse parente, cônjuge, ou namorado. Residir fora da área urbana faz com que a probabilidade de estupros recorrentes aumente 20%.

Nossos cálculos sobre a probabilidade de a vítima contrair DST em consequência do estupro estão totalmente em linha com o que foi evidenciado na literatura médica. Alguns resultados que merecem destaque são: i) agressores desconhecidos fazem com que a chance de contrair DST aumente 45% em relação à situação em que a vítima

conhece o agressor, não sendo este parente, cônjuge, ou namorado; ii) as vítimas que sofreram lesões nos órgãos genitais apresentam probabilidade de contrair DST 46% maior que as vítimas sem esse tipo de lesão; e iii) o estupro recorrente faz aumentar em 43% as chances de DST.

No que se refere à análise acerca da probabilidade de a vítima de estupro passar por profilaxia contra DST, de modo geral os resultados foram compatíveis com o procedimento preceituado pelo Ministério da Saúde. Inexplicável, contudo, é o fato de indivíduos com menor escolaridade sofrerem um tratamento diferenciado no SUS, o que revela uma desigualdade incompatível com o princípio da universalidade e isonomia do sistema. Outro ponto que merece ser salientado diz respeito à menor chance de tratamento por residentes em regiões rurais, o que deve estar refletindo as mais escassas condições de oferta qualificada de serviços públicos nessas regiões.

Por fim, acerca da probabilidade de a vítima ser encaminhada a outros órgãos públicos, como polícia, ministério público e outros, chama atenção o resultado em que se o agressor foi cônjuge ou namorado, tais chances diminuem 45% em relação aos casos nos quais o perpetrador é conhecido, embora sem relação de parentesco. Como nas situações que envolvem indivíduos adultos essa é uma decisão pessoal, não há qualquer necessidade de o sistema de saúde fazer tal denúncia. Tal indicador revela, de certa maneira, a dificuldade do Estado em romper um ciclo de violência que ocorre dentro dos lares.

O desenvolvimento social e a garantia de direitos básicos de dignidade e liberdade sexual passa por superar a retrógrada cultura do machismo e o quadro de violações sexuais, o que impõe enormes desafios ao Estado Brasileiro. É dramático perceber que do total de casos de estupro registrados pelo Ministério da Saúde, 15% foram cometidos por duas ou mais pessoas e que 11,3% dos estupros envolvendo crianças foram cometidos pelos próprios pais, que deveria protegê-las. É um quadro que revela uma grave doença coletiva, de uma sociedade em estágio pré-civilizatório.

4. Apêndice

Tabela A1 : Modelo Logit para a probabilidade da vítima de estupro passar por profilaxia contra DST. (sem controle de UF)

Variáveis	Coefficientes	Erro Padrão	P-valor	Razão de Chance
Intercepto	-0,5034	0,1902	0,0081	0,604
Vítima do sexo feminino	0,4517	0,1	<,0001	1571
Faixa etária da vítima até 13 anos	-0,9575	0,0779	<,0001	0,384
Faixa etária da vítima entre 14 e 17 anos	-0,3188	0,0761	<,0001	0,727
Vítima de cor preta ou parda	-0,1011	0,0539	0,0609	0,904
Vítima com até ensino fundamental incompleto	-0,4367	0,1398	0,0018	0,646
Vítima com ensino fundamental completo até ensino médio completo	-0,0282	0,1369	0,837	0,972
Não houve penetração vaginal ou anal	0,1324	0,0576	0,0217	1142
A lesão principal foi nos órgãos genitais	0,3994	0,0559	<,0001	1491
O agressor é cônjuge ou namorado da vítima	-0,6473	0,1109	<,0001	0,523
O agressor é parente da vítima	-0,4543	0,0847	<,0001	0,635
O agressor era um desconhecido para vítima	10441	0,0635	<,0001	2841
Se a agressão ocorreu outras vezes	-0,63	0,0627	<,0001	0,533
A zona de ocorrência da agressão é urbana	0,2462	0,0986	0,0126	1279
Número de observações	8218			

Fonte: Sinan/Dasis/SVS/Ministério da Saúde. Dados de 2011.

5. Referências Bibliográficas

Blay, E. (2003). Violência contra a mulher e políticas públicas. Estudos Avançados 17(49).

Cerqueira, D. (2013). Mapa dos homicídios ocultos no Brasil. Brasília: Ipea, Diest, (Texto para Discussão, n.1848).

Facuri, C., Fernandes, A., Oliveira, K., Andrade, T. & Azevedo, R. (2013). Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(5):889-898.

Faleiros, V. (1997). A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. Oficina de Indicadores da Violência Intra-familiar e da Exploração Sexual de crianças e adolescentes, CECRIA, Brasília de 01 a 02/12/1997.

Faúndes, A., Rosas, C., Bedone, A. & Orozco, L. (2006). Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev Brás Ginecol Obstet. 2006; 28(2):126-35.

Motter, C. P. (2011). Estupro nos relacionamentos amorosos: violência doméstica contra a mulher. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 89, jun 2011.

Oliveira, E. et al. (2003). Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3) 376-82.

Polanczyk, G. et. al. (2001). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Ver Saúde Pública* 2003;37(1):8-14.

Ribeiro, M., Ferriani, M.& Reis, J. (2004). *CAD. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):456-464.

Schraiber, L. et. al. (2007). Prevalência de violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Ver Saúde Pública* 2007; 47(5): 797-807.

Sudário, S., Almeida, P.& Bessa, M. (2005). *Mulheres Vítimas de Estupro: Contexto e Enfrentamento dessa Realidade*.

Thoennes, P. (2006). *Extent, Nature, and Consequences of Rape Victimization: Findings From the National Violence Against Women Survey*. National Institute of Justice.