

**CARLOS TADAYUKI OSHIKATA**

---

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO E DAS CARACTERÍSTICAS DA  
AGRESSÃO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL  
DURANTE O ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE SEIS  
MESES: TENDÊNCIAS OBSERVADAS DE 2000 A 2006**

---

**Tese de Doutorado**

**ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE**

**UNICAMP  
2010**

**CARLOS TADAYUKI OSHIKATA**

---

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO E DAS CARACTERÍSTICAS DA  
AGRESSÃO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL  
DURANTE O ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE SEIS  
MESES: TENDÊNCIAS OBSERVADAS DE 2000 A 2006**

---

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Tocoginecologia

**ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE**

**UNICAMP  
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Os4a Oshikata, Carlos Tadayuki  
Avaliação da adesão e das características da agressão a mulheres vítimas de violência sexual durante o acompanhamento ambulatorial de seis meses: tendências observadas de 2000 a 2006 / Carlos Tadayuki Oshikata. Campinas, SP: [s.n.], 2010.

Orientador: Aloísio José Bedone  
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência sexual. 2. Violência contra a mulher.  
3. Crime sexual. I. Bedone, Aloísio José. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

Título em inglês: Evaluation of the aggression suffered by women who were victims of sexual violence and their compliance with 6-month outpatient follow-up: trends observed between 2000 and 2006

Keywords:

Sexual violence  
Violence against women  
Sexual crime

Titulação: Doutor em Tocoginecologia

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

Prof. Dr. Aloísio José Bedone  
Profª. Drª. Arlete Maria dos Santos Fernandes  
Profª. Drª. Ilza Maria Urbano Monteiro  
Prof. Dr. Nelson Lourenço Maia Filho  
Prof. Dr. Rogério Bonassi Machado

Data da defesa: 09 – 04 – 2010

Diagramação e arte-final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTECC)

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**

**Aluno: CARLOS TADAYUKI OSHIKATA**

**Orientador: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE**

**Membros:**

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 09/04/2010**

***Dedico este trabalho...***

*Aos meus pais,  
que sempre me apoiaram em minhas decisões  
e tornaram possíveis a maioria dos meus sonhos...*

*À Bete, Daniel e Mayumi  
por aguentarem o meu bom humor de sempre.*

# Agradecimentos

---

*Ao Professor-Doutor Aloísio José Bedone por orientar e disponibilizar o seu o tempo e conhecimento neste trabalho. Sem a sua contribuição e paciência jamais seria possível concluí-lo.*

*Às Professoras-Doutoras Lúcia Helena Costa Paiva e Viviane Herrmann pelas orientações e correções na qualificação.*

*Aos meus amigos que também suportam o meu bom humor e são a extensão de minha família: Alexandre Amâncio, Claudia Rego e Luís H. Leme, Eliane e Manoel Braghetto, Luís G. Salvatti, Estevão Nicolau, Marco Toledo, Mariana de Sá Papa, Meire Barban, Regina e Odorino Kagohara, Silvia Regina Ferreira e Silvio Ciquini.*

*À Gabi Bezerra, Ana Helena Kalies e Caroline Pinheiro pela ajuda na coleta de dados, sem a qual não seria possível concluir este trabalho.*

*Aos médicos, professores e residentes do Departamento de Tocoginecologia da PUC-Campinas pelo apoio e incentivo que facilitaram a conclusão deste trabalho, em especial ao Professor Doutor Francisco E. Prota e Elza M. Yamada.*

*À Professora-Dra. Arlete Maria dos Santos Fernandes pelo estímulo na conclusão deste trabalho.*

*À Sirlei pelas análises estatísticas e pela dedicação ao meu trabalho, que foram fundamentais para a conclusão desta tese.*

*À Rosangela Higa, Maria José e Cida pelo companheirismo nos atendimentos.*

*Às funcionárias do ambulatório de Atendimento Especial pelo carinho dispensado à minha pessoa.*

*À Astec, em especial à Cylene, pela disposição em sempre querer me ajudar, William, Maria do Rosário e Néder pela ajuda nos detalhes finais.*

*Aos velhos amigos Margarete e Klésio pela ajuda eterna...*

*Ao CAISM, por ter me oferecido a oportunidade de me especializar.*

*Às pacientes...*

# Sumário

---

Símbolos, Siglas e Abreviaturas .....	xiii
Resumo .....	xv
Summary .....	xvii
1. Introdução .....	19
2. Objetivos .....	35
2.1. Objetivo Geral.....	35
2.2. Objetivos Específicos .....	35
3. Publicações .....	37
3.1. Artigo 1 .....	38
3.2. Artigo 2 .....	58
4. Discussão.....	85
5. Conclusões.....	95
6. Referências Bibliográficas.....	97
7. Anexos .....	105
7.1. Anexo 1 – Ficha de atendimento de urgência.....	105
7.2. Anexo 2 – Ficha de atendimento ambulatorial.....	113
7.3. Anexo 3 – Banco de dados .....	120
7.4. Anexo 4 – Aprovação do CEP.....	125

# **Símbolos, Siglas e Abreviaturas**

---

- %** – Porcentagem
- AE** – Anticoncepcional de emergência
- ARV** – Antirretrovirais
- BO** – Boletim de Ocorrência
- CAISM** – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- CDC** – *Centers for Disease Control and Preventions*
- D** – Dias
- DP** – Desvio Padrão
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível
- EUA** – Estados Unidos da América
- h** – Hora(s)
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IML** – Instituto Médico Legal
- mg** – Miligrama(s)
- n** – Número(s)
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONG** – Organização Não Governamental
- PUC** – Pontifícia Universidade Católica
- STD** – *Sexually Transmitted Diseases*
- STPT** – Síndrome de Transtorno Pós-Traumático
- UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas

# Resumo

---

**Introdução:** a violência sexual contra as mulheres continua sendo um grande problema para o médico na prática clínica, pois pouco se sabe sobre a dinâmica do evento que envolve esta prática criminosa. Um dos problemas e dúvidas encontrados pelos pesquisadores é como oferecer o melhor tratamento a longo prazo para essas mulheres e como garantir o acesso aos retornos ambulatoriais programados para o seguimento. **Objetivo:** Analisar a adesão das mulheres vítimas de violência sexual no acompanhamento ambulatorial por seis meses e as tendências observadas nas características das mulheres, da agressão e do agressor ao longo dos anos, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006.

**Métodos:** estudo longitudinal de *cohort*, com a análise de 642 mulheres que foram inicialmente atendidas no setor de urgência do CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e que posteriormente retornaram ao ambulatório para seguimento ambulatorial. Na urgência foram avaliadas as características sociodemográficas, as condições clínicas e psicológicas, realizados os exames físico geral e ginecológico, foram colhidas sorologias para doenças sexualmente transmissíveis (DST), para hepatites B e C, HIV (vírus da imunodeficiência humana), e realizadas a prescrição

de medicamentos anti-HIV/DST e anticoncepção de emergência (AE). O seguimento ambulatorial consistia em avaliar a adesão aos retornos ambulatoriais, o uso correto das medicações prescritas na urgência e tratar os seus efeitos colaterais, coletar sangue periférico para avaliações renal e hepática, além de verificar o aparecimento de doenças genitais. Posteriormente novas consultas foram marcadas para 15 dias após o atendimento de urgência, 45 dias, 90 dias e 180 dias. Nos 15º, 45º e 90º dias de retorno ambulatorial foram checadas as sorologias anteriores, coletadas novas amostras de sangue para dar continuidade ao seguimento sorológico, foram colhidas as bacterioscopias de secreção vaginal e endocervical, além do acompanhamento conjunto com a psicologia e serviço social. No 180º dia se a evolução fosse satisfatória as mulheres recebiam alta ambulatorial.

**Resultados:** a maioria das mulheres era jovem e branca, tinha baixa escolaridade e a maioria dos agressores era desconhecida; houve aumento da adesão ao seguimento ambulatorial ao longo dos anos e diminuiu a prescrição da anticoncepção de emergência. **Conclusão:** aumentou o conhecimento sobre o serviço por parte das mulheres e de outros seguimentos da sociedade, prevaleceu a violência urbana e muitas mulheres utilizavam métodos anticoncepcionais eficazes.

# Summary

---

**Introduction:** Sexual violence against women remains a significant problem for the physician in clinical practice, since little is known with respect to the dynamics of the event that involves this criminal act. One of the problems associated with this issue, constituting the subject of questions raised by investigators, is how to offer the best long term treatment for these women and how to guarantee access to scheduled outpatient return visits for follow-up care. **Objectives:** To analyze the compliance of women who suffered sexual violence and who were followed-up as outpatients for six months, and the trends observed in sexual violence over the years between January 2000 and December 2006. **Methods:** A longitudinal cohort study that included analysis of 642 women who initially sought care at the emergency room of the Center for Women's Integrated Healthcare (CAISM) and who later returned to the center for outpatient follow-up. At the emergency room, the sociodemographic characteristics of the woman and her clinical and psychological status were evaluated; physical and gynecological examinations were performed, blood samples were taken to test for sexually transmitted diseases (STD), hepatitis B and C and human immunodeficiency virus (HIV); and anti-HIV/STD medication and emergency contraception were prescribed. Outpatient

follow-up consisted of evaluating the woman's compliance with the medications prescribed in the emergency room and treating any side effects, taking blood samples for kidney and liver evaluation, and verifying the appearance of any genital diseases. Later, further consultations were scheduled for 45, 90 and 180 days. On the 45<sup>th</sup> and 90<sup>th</sup> day visits during outpatient follow-up, results of the previous blood tests were checked and blood samples were once again taken to continue serological follow-up. In addition, vaginal and endocervical samples were taken for analysis, and support was provided by a psychologist and a social worker. If progress was satisfactory, follow-up was terminated on the 180<sup>th</sup> day visit.

**Results:** Most of the victims were young, white women and had little schooling. The majority of aggressors were unknown to their victims. Compliance with outpatient follow-up increased over the years, while prescription of emergency contraception decreased. **Conclusions:** Knowledge regarding the existence of the center increased among women and in other segments of society. There was a prevalence of inner city violence in this study, as indicated by the fact that most of the aggressors were unknown to their victims and many of the women were already using contraception methods prior to seeking care at the center.

# 1. Introdução

---

A violência sexual contra a mulher é uma violação grave e inexplicável dos direitos humanos e um sério problema de saúde pública no mundo, causando danos irreversíveis, de imediato ou tardiamente, à saúde mental e física da mulher, além de expor a DST ao risco de contaminação com o vírus HIV e a gravidez indesejada. Trata-se de um crime universal, baseada na diferença de gêneros e é multifacetado, o que dificulta o seu diagnóstico e o conhecimento de suas características (1,2).

Historicamente, a violência sexual é referida na literatura desde o início da Humanidade, e tem um elevado peso nas formações das instituições e das sociedades. Na Grécia antiga o rapto de mulheres era a base do casamento, enquanto que no Império Romano o cortejo nupcial “arrancava” a noiva de sua mãe. O rapto seguido de violência sexual, nas culturas antigas, tinha como base as narrativas e contos da mitologia greco-romana, onde as mulheres ou ninfas eram motivos de disputas territoriais e causas de inúmeras guerras. Na mitologia grega, Zeus ou Júpiter, o deus dos deuses, amava deusas, ninfas e terráqueos, homens e mulheres, e utilizava-se do poder de transformar-se em coisas ou objetos para obter vantagens sexuais. Helena, uma das principais heroínas do ciclo troiano foi

raptada na adolescência e obrigada ao matrimônio forçado com Páris. Histórias mais recentes e concretas aconteceram no descobrimento das Américas, onde os europeus cometeram milhares de atrocidades sexuais contra as nativas do novo continente (3). Seja através de histórias fantasiosas ou não, esta prática criminosa perdura até os dias atuais, causando sérios problemas no bem-estar das mulheres.

A violência sexual é definida como todo ato sexual ou tentativa de obtê-lo, contra a vontade de uma pessoa, utilizando-se de atos coercivos, independentemente do tipo de relacionamento interpessoal existente. Inclui, na definição de violência sexual, a agressão verbal, a obtenção de vantagem econômica, o casamento forçado, o assédio sexual e o estupro; que é definido como todo ato sexual forçado, utilizando-se da intimidação ou grave ameaça, onde ocorre a penetração vaginal, ou anal, ou oral, através do pênis ou por objetos (2).

No Brasil, até recentemente, os crimes sexuais eram regidos pelo Código Penal, datado de 1940. Em 2009, seus artigos foram alterados após a aprovação da Lei nº 12.015/09. Na nova legislação, o Título VI (“DOS CRIMES CONTRA OS COSTUMES”) foi alterado para “DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL” e, em seu CAPÍTULO I, Artigo 213, o estupro, outrora definido como “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”, passa como a nova redação a “Constranger alguém mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.” Com esta mudança, e com a inclusão do termo “alguém”, o estupro passou a ter uma abrangência maior em relação aos autores dos crimes, que poderão ser tanto os homens como as mulheres (4).

Estima-se que 13% das mulheres brasileiras sofram algum tipo de violência sexual em sua vida (5). Schraiber et al. (6), avaliando 3193 mulheres entre 15 a 49 anos na grande São Paulo, verificaram que 26% das mulheres sofreram violência sexual por estranhos e 30,1% sofreram violência por conhecidos ou por parceiros íntimos (6). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstraram que, entre 1992 a 1997, 8% das mulheres do Rio de Janeiro haviam sofrido violência sexual (2).

Estima-se que nos Estados Unidos da América (EUA), uma em cada cinco mulheres sofrerá violência sexual até a idade de 21 anos, 44% sofrerão algum tipo de violência sexual ou tentativa, e, destas, 50% sofrerão mais de uma vez em suas vidas. Cerca de 700.000 mulheres sofrem violência sexual por ano nos EUA e mais de 12 milhões são expostas a algum risco sexual (7,8). Em outra análise da população americana em geral, estima-se que 18% das mulheres sofrem violência sexual (9). Santin et al. (10) relatam que a incidência pode chegar a 81% em determinadas populações como, por exemplo, em áreas de conflitos armados e guerras. Feldhaus et al. (11) reportaram que 51% das mulheres que são atendidas nos setores de emergência de hospitais americanos já sofreram violência sexual ou alguma tentativa em sua vida.

Alguns fatores relacionam-se diretamente com a vulnerabilidade da mulher em sofrer violência sexual, e o mais importante dos fatores é ser casada, ou morar com um parceiro íntimo. Outros fatores relacionados são: ser jovem, usar drogas ou álcool, possuir antecedente de ter sofrido violência sexual, ter muitos parceiros sexuais e ser pobre ou viver em locais de miséria (2).

No Brasil existem 118 serviços médicos especializados que atendem mulheres vítimas de violência sexual, e destes aproximadamente 37 oferecem o aborto legal (12). Apesar da existência destes serviços, a procura e a adesão ao tratamento médico são baixas (13).

Inúmeros fatores relacionam-se com a baixa adesão ao seguimento médico e, entre muitos, pode-se citar o medo à exposição pública, medo de represálias por parte do agressor, sensação de culpa, dificuldade de acesso ao serviço médico, desconhecimento da gravidade do problema e lembranças negativas do fato ocorrido a cada consulta (8). Outros fatores relacionados à baixa adesão referem-se à qualidade do serviço oferecido a estas mulheres, principalmente em relação ao tempo de espera, falta de informações adequadas, indisponibilidade técnica para realização de exames, falta de áreas privativas para o atendimento, falta de protocolos padronizados e falta de profissionais treinados (14).

O aconselhamento e esclarecimento de dúvidas sobre a importância do seguimento ambulatorial por parte dos profissionais de saúde que atendem inicialmente as mulheres que sofrem violência sexual aumentam consideravelmente as taxas de adesão ao seguimento médico (8,15,16). Aproximadamente 39% das mulheres jovens que sofrem violência sexual por conhecidos aderem ao seguimento ambulatorial; quando o agressor é desconhecido a adesão é de 35%; somente 23% das mulheres aderem quando o agressor é seu próprio companheiro íntimo (16).

O seguimento ambulatorial deve estender-se pelo tempo necessário para sua recuperação física e emocional. Desde 2003 a OMS recomenda que o

primeiro retorno ambulatorial aconteça duas semanas após a violência sexual, quando a mulher deve ser avaliada física e mentalmente, além de verificar se as profilaxias prescritas estão sendo utilizadas corretamente ou se existe outro sintoma, principalmente gastrointestinal e renal (17). Os retornos subsequentes devem ser marcados em três e seis meses, quando são verificados os “status” sorológico e psicológico (17).

Características como raça, idade e tipo de violência sexual sofrida não têm relação com a adesão ao seguimento médico, porém mulheres que sofreram a violência dentro de casa por estranhos aderiram mais ao tratamento ambulatorial, enquanto que mulheres cuja violência envolveu o uso de álcool ou drogas aderiram menos (8). Segundo Holmes et al. (8) avaliando 389 mulheres com faixa etária média de 24 anos, a adesão ao retorno ambulatorial foi de apenas 31% após oito semanas. Em outro estudo de corte transversal, analisando 360 mulheres que sofreram violência sexual atendidas em um pronto socorro em Denver (EUA), Feldhaus et al. (11) referem que 52% das mulheres recusaram o acompanhamento médico, por acharem desnecessário qualquer tipo de intervenção ou seguimento; 64% referiram que não fizeram o acompanhamento por medo que amigos e familiares descobrissem o fato ocorrido e 60% sentiam-se constrangidas em expor o problema. Neste mesmo estudo, aproximadamente 70% das mulheres que sofreram violência sexual por desconhecidos compareceram ao serviço médico, contra apenas 29% de mulheres que foram agredidas por conhecidos (11).

Durante o atendimento de urgência, a mulher vitimada deve ser orientada sobre os riscos de contaminação de DST/HIV, da chance de gravidez indesejada,

do possível risco de danos psicológicos, do tipo de tratamento a ser oferecido, dos benefícios das medicações prescritas e seus efeitos adversos, e o tempo de acompanhamento ambulatorial (7). Muitas mulheres neste momento não compreendem as orientações médicas devido ao trauma psicológico recente e, portanto, medidas para facilitar o seu desejo, o seu entendimento e o seu retorno ambulatorial deverão ser providenciadas pela equipe médica e pela assistência social (7). Em estudo avaliando 812 mulheres atendidas no maior pronto-socorro de Seattle (EUA), Ackerman et al. (16) referem que 35,5% das mulheres retornaram para seguimento após duas semanas, ocasião em que foram avaliadas por médicos residentes, e 37% retornaram quando foram avaliadas por enfermeiras treinadas. Segundo o mesmo autor, o reconhecimento do perfil das mulheres e a uniformização dos procedimentos clínicos realizados melhoram as taxas de adesão (16).

Dos crimes sexuais, o estupro com conjunção carnal (penetração vaginal com o pênis) é o mais praticado pelos agressores, seguido pelos intercursos oral e anal (18). Jones et al. (9) avaliando 1682 mulheres entre jovens e menopausadas observou que 91,5% e 75% das mulheres sofreram estupro, respectivamente. Já Holmes et al. (8), avaliando 389 mulheres verificaram que 87,4% das mulheres sofreram estupro, 20,6% tiveram relação oral e 9,5% anal (8).

O aparente controle emocional das mulheres após a violência sexual não dever ser interpretado erroneamente como bem-estar mental, pois esta reação é muito comum em mulheres de risco para problemas psicológicos crônicos no futuro (7).

A violência sexual atinge mulheres de todas as idades, raça e nível social, e a maioria é jovem, branca, solteira e em fase reprodutiva, com idade abaixo de 30 anos (13,18). As crianças, as portadoras de doenças físicas e mentais e as idosas perfazem um grupo mais susceptível à violência, devido à facilidade de coerção, dificuldade em manifestar a sua vontade, não ter o discernimento necessário para a prática do ato, oferecer pouca resistência, ser dependente de terceiros e ter baixa renda econômica (7).

Segundo Holmes et al. (19), a prevalência de violência sexual em adolescentes, menores de 18 anos, pode atingir cifras de até 60%. Já os estudos de Humphrey e White (20) demonstraram que metade das mulheres que sofrem violência sexual é adolescente ou mulher jovem, menor que 24 anos, sendo que 54% destas mulheres sofreram violência após os 11 anos de idade e 29% sofrem violência antes dos 11 anos (20). As adolescentes são mais suscetíveis à violência sexual por pessoas conhecidas e pelo próprio companheiro do que as mulheres adultas, pois o seu estilo de vida com maior exposição pública, maior número de parceiros íntimos, maior exposição à violência doméstica e maior consumo de drogas e álcool facilitam o crime (20,21,22). Segundo Jones et al. (9), avaliando 1917 mulheres - entre jovens e menopausadas que sofreram violência sexual no estado de Michigan (EUA) - as mulheres jovens correspondiam a 84% da amostra; 53% delas haviam consumido álcool ou drogas ilícitas antes de sofrerem violência sexual; 50% tinham antecedente de violência sexual prévia; 50% haviam sofrido violência dentro de casa; 25% na casa do agressor e 13% dentro do carro (9).

Muitos estudos indicam que a maioria das mulheres que sofre violência sexual é branca (8,18,20,23). Uma particularidade acontece entre as adolescentes, onde há um predomínio de negras entre as mais agredidas. Já as brancas são agredidas principalmente entre 26 e 35 anos de idade (24). Em estudo avaliando 1682 mulheres, entre jovens e menopausadas, Jones et al (9) verificaram que 73,9% e 79,2% das mulheres eram brancas, respectivamente.

Um grupo muito exposto à violência sexual é formado por estudantes dos ensinos fundamental e médio, cuja incidência de violência sexual atinge cifras de 27,5% (22). Masho et al. (15) avaliando 1769 mulheres relatam que a violência sexual atinge 51,1% das adolescentes que cursam ou que já concluíram o ensino médio, 31,2% de universitárias e 25,4% de pós-graduandas. Fatores como maior exposição pública, maior número de parceiros sexuais e uso de álcool ou drogas favorecem este tipo de crime e a maioria delas é agredida principalmente em festas sociais e por conhecidos da escola, tem antecedente de violência doméstica, é negra, com baixo nível socioeconômico e vive em ambiente familiar violento (22,24). Em um estudo avaliando a percepção e a atitude das estudantes e adolescentes frente à violência sexual, 32% referiram que o sexo forçado é aceitável entre casais que se relacionam há longo tempo, 31% referiram que se a mulher aceitar ter relações sexuais e depois mudar de ideia também é um fato aceitável e 17% referiram que é aceitável o sexo forçado se a iniciativa partiu da mulher (22).

Existem poucos estudos sobre a violência sexual em mulheres menopausadas. Alguns autores estimam que 2% a 4% das menopausadas são agredidas a cada ano e cerca de 40% destas mulheres sofrem traumas genitais,

o que corresponde ao dobro da chance em relação a uma mulher jovem (25). Devido ao hipoestrogenismo genital as lesões tendem a ser mais frequentes, o que eleva o risco para aquisição de DST e do vírus HIV (25,26). Não há diferenças entre traumas gerais, comparando-se os dois grupos (25). O baixo número de denúncias, o isolamento relativo das mulheres mais velhas, limitação financeira, dependência de outras pessoas e a dificuldade de acesso aos serviços médicos colaboram para os poucos estudos existentes (27). Mulheres menopausadas costumam ser agredidas dentro de sua própria casa em 75% das vezes e 8,3% são violentadas em casas de repouso (9).

A violência sexual atinge também mulheres durante a gravidez, em taxas que variam de 4% a 8%, e pode ser praticada tanto por desconhecidos como por parceiros íntimos, fato este relacionado à violência doméstica (28). A maioria destas mulheres agredidas é jovem, cuja gravidez não foi planejada, tem baixo nível escolar e socioeconômico, solteira e possui envolvimento com drogas ou álcool, seja por uso próprio ou por parte do parceiro (29). Pouco se sabe sobre as consequências obstétricas nestas mulheres, e os dados de literatura são conflitantes. Alguns autores relatam aumento dos casos de abortos, trabalho de parto prematuro e recém-nascidos de baixo peso, além do aumento do risco para contaminação com vírus HIV e aumento da chance de homicídios e depressão puerperal (28,30,31).

As mulheres que sofrem violência doméstica – física e psicológica – praticada por parceiros íntimos são as mais vulneráveis à violência sexual (2). Cerca de 52% das mulheres mexicanas e norte-americanas que sofreram

violência física, também foram vítimas de algum tipo de violência sexual (2). No Brasil, em 2000, 10,1% das mulheres do estado de São Paulo e 14,3% de Pernambuco, alegaram ter sido vítimas de seus parceiros íntimos (2). Em um ambulatório especializado no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, 73% de mulheres e crianças referem ter sido estupradas por parceiros conhecidos, e a maioria, 49,5% e 27,6%, respectivamente, refere ter sofrido violência sexual previamente àquele atendimento (32). No estudo de Ackerman et al. (16) avaliando 812 mulheres, a incidência de agressores conhecidos foi de 67%; 22% foram agredidas por estranhos e 12% foram agredidas por parceiros íntimos. Em contrapartida, em 2005, o estudo de Oshikata et al. (18) verificou que 77,7% dos agressores eram desconhecidos e somente 22% eram conhecidos ou familiares, e estes autores referem que este fato estava relacionado à violência urbana. Mulheres que possuem padrão de vida elevado, com empregos fixos, escolaridade e elevado poder aquisitivo são as mais propensas a sofrer violência sexual em ambiente familiar, pois o empoderamento destas mulheres é conflitante com os interesses patriarcais do parceiro, que temem perder o poder familiar e social para essas mulheres (2).

Apesar de existirem inúmeros estudos abordando as variáveis que caracterizam a violência sexual, principalmente nas últimas duas décadas, a sua real incidência é pouco conhecida. O fator que dificulta uma análise mais fidedigna do problema deve-se à relutância das vítimas em denunciar o agressor para as autoridades (33). Entre os fatores que dificultam estão o constrangimento, a vergonha, o preconceito perante a sociedade, o medo de represálias, a sensação de

culpa pelo ocorrido ou simplesmente por não conhecer os seus direitos (18). Muitas das agressões sofridas são praticadas por pessoas próximas e por familiares e este vínculo sentimental sabidamente é um fator desencorajador para as denúncias (13,33). Avaliando-se 424 mulheres entre 13 a 76 anos, com faixa etária média de 25 anos, que compareceram em pronto-socorros ou clínicas de atendimento especializado em violência sexual, Jones et al. (27) observaram que 75% delas fizeram a denúncia policial; porém as outras 25% que não fizeram a denúncia permitiram a realização do exame médico-legal. A maioria das mulheres que fizeram a denúncia tinha emprego fixo, história de consumo de drogas ou álcool recentemente, conhecia o agressor e quase metade tinham história pregressa de violência sexual (27). Segundo Holmes et al. (8), analisando 389 mulheres, o principal motivo que inibe as mulheres em denunciar as agressões foi o medo de retaliações por parte dos parceiros (73%), muitos dos quais, íntimos (8). Apesar de existirem atualmente 397 Delegacias das Mulheres no Brasil, ou seja, uma para cada 14 municípios, estima-se que somente 15% a 20% das mulheres fazem a denúncia policial (34).

A violência sexual traz consequências físicas e psicológicas imediatas e tardias que podem se tornar crônicas (8). São relatadas dores pélvicas crônicas, disfunção sexual, dispareunia, depressão, consumo de álcool, drogas ilícitas, tabagismo, distúrbios alimentares, dissolução familiar e suicídio em mulheres que não se recuperaram do trauma sofrido (7,17,32,35).

Os traumas físicos decorrentes da violência sexual são divididos em genitais e não genitais ou trauma anogenital. A maioria dos estudos demonstra que o

trauma não genital acomete entre 40% a 82% das mulheres e o trauma anogenital acomete entre 6% a 87% (36,37). Estudos de Holmes et al. (19) relatam que a incidência de traumas genitais ocorre entre 19% a 22% e a de não genitais entre 25% a 45%. Em um estudo brasileiro analisando um grupo de 166 mulheres atendidas em um serviço de referência, Oshikata et al. (18) observaram que 63% das mulheres sofreram traumas genitais e 33% traumas extragenitais.

A síndrome do transtorno pós-traumático (STPT) acomete principalmente mulheres após um evento traumático (38). O medo, a ansiedade, e a raiva são as primeiras manifestações psicológicas decorrentes da violência sexual e pode durar alguns dias ou perdurar por anos, e atingir até 48% das mulheres (38, 39, 40). A STPT é dividida em duas fases: a aguda e a fase de reorganização. A fase aguda corresponde ao período de desorganização psíquica, dura alguns dias, e é acompanhada de sintomas como medo, ansiedade, culpa, vergonha, depressão e insônia. A fase de reorganização psíquica é uma fase longa, podendo durar anos, onde se impõe a psicoterapia de apoio. Transtornos da sexualidade, vaginismo, dispareunia, bulimia e anorexia são os sintomas mais comuns (38).

O tempo entre a violência sexual e o atendimento médico é importante para assegurar a eficácia das terapias antirretrovirais (ARV), anti-DST e da contracepção de emergência (41,42,43). As drogas ARV devem ser usadas até 72 horas após a agressão (41,42). A profilaxia anti-hepatite B deve ser feita preferencialmente nas primeiras 24 horas, mas, excepcionalmente, poderá ser feita até 14 dias após a exposição (40,43). A profilaxia para clamídia, gonococo, tricomonas, vaginose bacteriana e sífilis pode ser feita com ceftriaxone, metronidazol, azitromicina,

doxiciclina, e penicilina benzatina no primeiro atendimento médico, porém não existe um tempo pré-determinado (13,42,43). Nos casos de violência sexual, o risco biológico de contaminação com o vírus HIV é de 0,5% a 1%, e os maiores riscos ocorrem durante o intercurso anal, ou vaginal com traumas e durante a menstruação (44,45). Coletas de sorologias para DST devem ser realizadas na primeira consulta e após 45 dias, 90 e 180 dias, visando ao diagnóstico tardio da sífilis, hepatite B e vírus HIV (2,13,15). Estudos mostram que apenas 26% das mulheres recebem algum tipo de tratamento médico especializado (15). Mulheres jovens entre 18 a 39 anos costumam atrasar o comparecimento ao serviço médico em relação às mulheres menopausadas (18 horas *versus* 12 horas), e a maioria que atrasa havia consumido drogas ou álcool ou se sentia culpada por ter sido violentada (8).

O uso sistemático do anticoncepcional de emergência (AE) pelos sistemas de saúde, em casos de falha contraceptiva ou em casos de violência sexual, diminuiu a chance de gravidez e do aborto inseguro em 30% nas populações da China e Bangladesh (26); e ela deve ser utilizada até 120 horas após uma relação sexual desprotegida (47,48,49). Estima-se que ocorram 32 mil gestações resultantes de estupro por ano nos Estados Unidos (19). No Brasil o método mais utilizado é o do levonorgestrel, que consiste no uso de 1,5mg de levonorgestrel em dose única (42). Sua eficácia é maior quanto mais precocemente for o seu uso, e varia de 60% a 95% na prevenção de gravidez (48). Estudos recentes demonstram que a AE tem baixa ou nenhuma eficácia após a ovulação, e seu principal mecanismo de ação está em retardar a ovulação em até cinco dias e impedir a fertilização (48). Seu índice de falha varia entre 0,2% a 3% e é maior após a ovulação (48,49,50,51).

O consumo de drogas e álcool é muito comum nos casos de violência sexual, principalmente entre as adolescentes (25%) (7). Tais substâncias diminuem a percepção, o poder de reação, causam perda do senso crítico e provocam amnésia (7). Os agressores induzem o consumo pelas mulheres para facilitar o crime, devido a ação entorpecente(7,22), e eles próprios consomem para encorajá-los na iniciativa da abordagem e também como um pretexto para justificar o crime (7,22,24).

Existem várias formas de coagir e intimidar as mulheres para facilitar a violência sexual, e a forma mais comum é o uso da ameaça verbal ou chantagens, principalmente em ambientes domésticos (1,17). O uso de armas de fogo, faca e força física foi referido por 43% das 1769 mulheres violentadas no estado da Virgínia (EUA) e 29% foram forçadas a manter relações sexuais após o agressor ameaçar machucá-las ou matá-las ou agredir algum familiar (15).

O CAISM/UNICAMP oferece atendimento durante 24 horas às mulheres que sofrem violência sexual. Após este atendimento inicial, a mulher é encaminhada para seguimento ambulatorial, onde é oferecido acompanhamento multidisciplinar por um período médio de seis meses. Neste ambulatório as mulheres são acompanhadas por médicos, enfermeiras, psicólogas e assistente social.

Aos médicos cabe examiná-las clinicamente, colher bacterioscopia e cultura de secreções vaginais e avaliar os exames laboratoriais prévios. A psicologia avalia as angústias e o dano psicológico sofrido. A assistente social avalia as necessidades sociais imediatas e oferece opções para continuidade do tratamento médico, e orienta a realização do boletim de ocorrência policial (BO) e de seus direitos

legais. A equipe de enfermagem é responsável pelo atendimento inicial e pelos encaminhamentos, além da coleta das sorologias para seguimento de DST/HIV, enzimas hepáticas e outros exames.

Este trabalho teve por finalidade avaliar algumas características da agressão e a adesão ao seguimento ambulatorial de mulheres vítimas de violência sexual que foram atendidas inicialmente no pronto atendimento de urgência do CAISM. Após o atendimento inicial, todas as mulheres foram orientadas a retornar para seguimento ambulatorial em datas pré-definidas. Após este atendimento inicial foram agendadas consultas em 7 a 15 dias, 45 dias, 90 dias e 180 dias. Em todos os retornos as mulheres foram reavaliadas clinicamente pela equipe médica e também se submeteram a consultas psicológicas e sociológicas.

Apesar de se observar empiricamente que as mulheres retornavam para o seguimento ambulatorial, não havia dados numéricos sobre a adesão aos retornos ambulatoriais preconizados. Este fato motivou a realização deste trabalho, pois se acredita que diagnosticando as características das pacientes deste estudo e conhecendo as taxas de adesão, poderemos corrigir possíveis falhas no atendimento e oferecer um serviço de qualidade

## 2. Objetivos

---

### 2.1. Objetivo Geral

Analisar as características da mulher que sofre violência sexual, a taxa de adesão ao seguimento proposto e as tendências observadas nas variáveis relacionadas ao atendimento e à agressão sofrida, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006.

### 2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a adesão ao seguimento médico ambulatorial e a tendência observada no atendimento durante os anos de 2000 a 2006.
- Descrever as características da mulher agredida, do agressor e da agressão sexual.

## 3. Publicações

---

Artigo 1 – **Características dos casos de violência sexual contra as mulheres atendidas em centro de referência: CAISM/UNICAMP**

Characteristics of the cases of sexual violence against women seen at a referral centre: CAISM/UNICAMP

Texto submetido à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

Artigo 2 – **Adesão e outras características das mulheres vítimas de violência sexual: tendências observadas de 2000 a 2006**

Compliance with outpatient follow-up and other characteristics of women who have suffered sexual violence: trends observed between 2000 and 2006

Texto submetido aos Cadernos de Saúde Pública.

### 3.1. Artigo 1

To: [carlostadayuki@uol.com.br](mailto:carlostadayuki@uol.com.br)  
Subject: [RBGO] Aviso de Submissão de Artigo  
Date: Mon, 15 Mar 2010 13:52:00 +0000  
From: andrade@fmrp.usp.br

Carlos Tadayuki Oshikata:

Informamos que o artigo abaixo foi submetido a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, constando sua participação como autor.

Artigo: "RBGO-255 - Características dos casos de violência sexual contra as mulheres atendidas em um centro de referência - CAISM/UNICAMP"

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Jurandyr Moreira de Andrade  
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Carlos Tadayuki Oshikata

---

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia  
<http://submission.scielo.br/index.php/rbgo>

## **Características dos casos de violência sexual contra as mulheres atendidas em centro de referência - CAISM/UNICAMP**

Characteristics of sexual violence against women assisted in a comprehensive healthcare – CAISM/UNICAMP

Autores:

Carlos Tadayuki Oshikata<sup>1</sup>

Aloísio José Bedone<sup>2</sup>

Mariana de Sá Fonseca Papa<sup>3</sup>

Ana Helena Kalies<sup>4</sup>

Caroline Damasceno Pinheiro<sup>4</sup>

Gabriela Bezerra dos Santos<sup>4</sup>

1. Médico do ambulatório de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas – CAISM/UNICAMP. Professor adjunto do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. PUC-CAMPINAS – Campinas (SP), Brasil.
2. Professor livre-docente do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas. Coordenador do programa de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade estadual de Campinas – CAISM/UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.
3. Médica assistente do Hospital da PUC-Campinas. Departamento de Tocoginecologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. PUC – CAMPINAS – Campinas (SP), Brasil.
4. Acadêmicas do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. PUC – CAMPINAS – Campinas (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Aloísio José Bedone.

Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas

Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas.

Rua Alexander Fleming, 101 CEP 13081-975 – Campinas (SP), Brasil

E-mail: bedone@unicamp.br

## **Resumo**

**Objetivos:** Descrever algumas características da agressão sexual sofrida pelas mulheres atendidas em um hospital de referência e a adesão ao seguimento ambulatorial de seis meses. **Métodos:** Foram analisadas 642 mulheres atendidas no pronto atendimento do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e que retornaram para seguimento ambulatorial entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006.

**Resultados:** Oitenta por cento das mulheres eram jovens, em idade reprodutiva e 50% delas eram adolescentes. Houve o predomínio de mulheres brancas em 73,2% dos casos e 71,2% eram solteiras. A baixa escolaridade predominou entre as mulheres, sendo que 46,2% eram estudantes de nível fundamental e 40,4% estudavam no ensino médio. Quarenta e sete por cento foram agredidas no período noturno e 73% compareceram ao serviço nas primeiras 24 horas após a agressão. O boletim de ocorrência policial (BO) e o exame no Instituto Médico Legal (IML) foram realizados pela grande maioria das mulheres e 70% dos agressores eram desconhecidos. A violência sexual que mais prevaleceu foi o estupro com intercurso vaginal. **Conclusões:** as mulheres solteiras, jovens e brancas são as principais vítimas de violência sexual e os principais agressores são desconhecidos, refletindo tão somente a violência urbana. A adesão ao seguimento proposto de seis meses foi de aproximadamente 60% das mulheres.

**Palavras-chave:** violência sexual, estupro, violência contra a mulher, violência doméstica, gênero e saúde.

## **Abstract**

**Purpose:** To describe some characteristics of sexual violence and were then seen at a referral center, where they also attended outpatient follow-up visits over a six-month period. **Methods:** This study evaluated a total of 642 women attending the emergency department of the Center for Women's Integrated Healthcare (CAISM) at the State University of Campinas (UNICAMP), who returned for outpatient follow-up between January 2000 and December 2006. **Results:** Eighty percent of the participants were young women of reproductive age and 50% were adolescents. The majority of the women (73.2%) were white and 71.2% were single. Most of the women had little schooling, 46.2% having studied up to elementary school level and 40.4% up to high school. Forty-seven percent were attacked at night and 73% sought care at this service within the first 24 hours following the aggression. Most of the women reported the attack to the police and in 70% of cases their aggressor was unknown. The most common type of sexual violence was rape that included vaginal intercourse. Approximately 60% of the women returned for outpatient follow-up visits, which were scheduled over a 6-month period. **Conclusions:** Young, single, white women are the principal victims of sexual violence and in most cases their aggressors are unknown to them, reflecting the urban violence. The most of the women completed the follow-up.

**Keywords:** Sexual violence, rape, violence against women, domestic violence, gender and health.

## Introdução

A violência sexual contra a mulher é um crime historicamente baseado na diferença de gênero, onde o poder e o controle masculino sobre a mulher foram impostos ao longo do tempo, fazendo com que elas fossem colocadas em uma condição hierárquica inferior em todos os níveis sociais, e com isso favorecendo a prática do delito sexual<sup>1,2</sup>. Trata-se de um crime violento e hostil, que é subnotificado, e pode causar danos físicos, psicológicos e sexuais irreversíveis, além de expô-las a doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada<sup>2,3</sup>. A violência sexual atualmente é considerada um grande problema de saúde pública no mundo devido aos elevados gastos sociais causados, o que pode acarretar o desequilíbrio no desenvolvimento sustentável das nações<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência sexual como qualquer ato sexual ou tentativa em obtê-lo através do uso de atos coercivos. Seja através da força física ou intimidação psicológica ou em situações em que o agressor utiliza-se de uma posição de superioridade para obter vantagens sexuais<sup>3</sup>. Fazem parte dos crimes sexuais, também, situações em que a mulher é incapaz de dar o consentimento, como as crianças, nos casos de embriaguez, drogadição ou quando a mulher é mentalmente incapaz de compreender a situação<sup>3</sup>.

Em agosto de 2009 o Código Penal brasileiro de 1940 foi alterado no artigo relacionado aos crimes sexuais. O estupro, antes considerado apenas nos casos em que houvesse a conjunção carnal, passou a ter uma abrangência maior. Com a nova Lei de número 12.015/09, é considerado estupro quando a mulher sofre penetração vaginal, anal ou oral, pelo pênis ou por objetos<sup>4</sup>.

Segundo os estudos de Venturi et al., 13% das brasileiras sofrem algum tipo de violência sexual na vida<sup>5</sup>. Na grande São Paulo, estima-se que entre 26% a 30% das mulheres são agredidas sexualmente, seja por conhecidos ou não<sup>6</sup>. Em uma análise da população americana em geral, estima-se que 18% das mulheres são violentadas, e 44% das mulheres sofrerão algum tipo de violência sexual ou tentativa ao longo da vida, e a taxa anual de mulheres que efetivamente sofrem violência sexual é de 700000 mulheres ao ano<sup>7,8,9</sup>.

A maioria dos casos de violência sexual é praticada por pessoas conhecidas das vítimas e muitos agressores praticam o crime por raiva e por vingança; raramente pelo desejo sexual<sup>2</sup>. Ela atinge mulheres de todos os níveis sociais e as mulheres jovens e as adolescentes são as principais vítimas, e fatores como maior exposição social, maior números de parceiros sexuais e o uso de drogas e álcool estão diretamente relacionados com a violência<sup>10,11</sup>.

Apesar de existirem inúmeros estudos abordando a violência sexual, principalmente nas duas últimas décadas, a sua real incidência é pouco conhecida<sup>12</sup>. O fator que dificulta uma análise mais fidedigna do problema deve-se à relutância das mulheres em denunciar o agressor e as causas destes baixos índices de notificações são: o constrangimento, a vergonha, o preconceito sofrido pela mulher frente à sociedade, medo de represálias, sensação de culpa pelo fato ocorrido ou simplesmente por não conhecer os seus direitos<sup>7</sup>. Muitas das agressões sofridas são praticadas por pessoas próximas e/ou por familiares; e este vínculo sentimental sabidamente é um fator desencorajador<sup>13,14</sup>.

O CAISM vem realizando o atendimento sistemático das mulheres que sofrem violência sexual desde 1999, com a integração de uma equipe multidisciplinar,

composta por médico ginecologista, médico infectologista, enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais.

O objetivo deste estudo foi mostrar algumas características da mulher agredida, do agressor e da agressão propriamente dita. Estas informações poderão fornecer subsídios para se conhecer melhor as mulheres mais propensas a sofrer violência sexual, permitindo-se assim a adoção de medidas mais eficazes de prevenção.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo longitudinal, realizado no ambulatório de Atendimento Especial do CAISM/UNICAMP. Foram incluídas neste estudo 642 mulheres que foram atendidas de urgência no pronto-atendimento e retornaram pelo menos uma vez para seguimento ambulatorial. O seguimento a estas pacientes foi de seis meses.

O atendimento ambulatorial foi realizado pelo próprio pesquisador, enquanto o atendimento de urgência foi feito pela equipe de médicos plantonistas do setor de urgência do CAISM, que presta atendimento durante 24 horas.

Todos os dados deste estudo foram obtidos de fichas próprias que foram pré-testadas, tanto no setor de urgência como no seguimento ambulatorial. Para análise final dos dados foi feita uma terceira ficha, universalizando os dados da urgência e do ambulatório.

Na urgência, todas as mulheres foram identificadas e as características da agressão e do agressor anotadas em uma ficha-padrão do serviço. Neste setor foi realizada a avaliação médica que constou de exame físico geral e ginecológico, coletas de matérias de provas médico-legais, coletas de sorologias, prescrição de

drogas antirretrovirais (ARV) e para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a anticoncepção de emergência (AE). Nos casos de traumas físicos, genitais e psicológicos severos a mulher foi internada para tratamento e observação. As avaliações da psicologia e do serviço social foram oferecidas durante o atendimento de urgência ou no primeiro dia útil após o atendimento.

Após o atendimento inicial foram agendadas consultas ambulatoriais entre sete e 15 dias, e depois em 45 dias, 90 dias e 180 dias. Nos retornos foram avaliados os exames colhidos na urgência, as queixas referentes ao trauma físico sofrido, os efeitos colaterais das medicações antirretrovirais e se o seu uso estava correto. Foram coletadas bacterioscopia e cultura de secreção vaginal e endocervical, sangue periférico para realização de sorologias para DST e HIV (vírus da imunodeficiência humana) e para avaliações renal e hepática e a colpocitologia oncótica. Estes exames foram colhidos no 45º dia e no 90º. No 180º as mulheres recebiam alta ambulatorial se os exames laboratoriais não demonstrassem alterações. Concomitantemente ao atendimento médico houve o acompanhamento de enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais.

Os dados foram estudados de maneira descritiva através de média, desvio-padrão, frequências absolutas (n) e relativas (%). Os *softwares* utilizados na digitação e análise dos dados foram o Epi-Info versão 6 e o SAS versão 9.1.3.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em 24 de novembro de 2009, sob o parecer - CEP: Nº 318/2001.

## Resultados

A tabela 1 mostra que 80% das mulheres que sofreram violência sexual eram jovens em idade reprodutiva, com faixa etária média de 23 anos, e 44,2% eram adolescentes. Houve predomínio da raça branca e solteira em aproximadamente 70%, 2,5% eram gestantes e a maioria tinha baixa escolaridade.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico

Variáveis		%
<b>Idade</b> → média: 23,3 anos DP ± 9,9	<b>n= 642</b>	
< 20 anos	284	44,2
20-29 anos	231	36,0
30-39 anos	77	12,0
40 anos ou mais	50	7,8
<b>Cor da mulher</b>	<b>n=642</b>	
Branca	471	73,2
Não branca	171	26,5
<b>Estado civil</b>	<b>n=642</b>	71,2
Solteira	457	13,4
Casada	86	6,9
Amasiada	44	1,1
Viúva	7	7,5
Separada /divorciada	48	
<b>Gestante</b>	<b>n=642</b>	
Sim	16	2,5
Não	626	97,5
<b>Escolaridade</b>	<b>n=642</b>	
Ensino fundamental completo	67	10,4
Ensino fundamental incompleto	231	35,8
Ensino médio completo	135	21,0
Ensino médio incompleto	124	19,3
Superior completo	31	4,8
Superior incompleto	34	5,3
Não alfabetizada	9	1,4
Escola especial / institucionalizada	11	1,7

n - frequência absoluta    % - frequência relativa    DP- desvio padrão    < - menor

A tabela 2 mostra que aproximadamente 50% das agressões aconteceram entre o início da noite e a manhã seguinte, que 73% das mulheres procuraram o

serviço nas primeiras 24 horas após sofrerem violência e a grande maioria chegou ao CAISM encaminhada por outros serviços de saúde e pela polícia. Cerca de 70% das mulheres retornaram para o primeiro seguimento ambulatorial em até 30 dias, média de 25,6 dias, e destas, 85% fizeram o boletim de ocorrência policial (BO).

**Tabela 2** - Características da agressão

Variáveis		%
<b>Horário da agressão</b>	<b>n= 642</b>	
6 às 12 horas	115	18,1
12 às 18 horas	101	15,9
18 às 24 horas	298	47,0
24 às 6 horas	120	18,9
<b>Tempo entre a violência sexual e o atendimento de urgência e emergência em horas</b>	<b>n=642</b>	
Até 24 horas	470	73,2
Até 48 horas	62	9,7
Até 72 horas	24	3,8
> 72 horas	86	13,5
<b>Chegada ao setor de urgência e emergência</b>	<b>n= 642</b>	
Conta própria	79	12,3
Policial	278	43,3
Serviço de saúde	277	43,1
Conselho tutelar	3	0,5
<b>Realizou BO</b>	<b>n= 642</b>	
Sim	548	85,4
Não	94	14,6
<b>Passou pelo IML</b>	<b>n= 642</b>	
Sim	439	68,4
Não	203	31,6

n - frequência absoluta

BO - boletim de ocorrência policial

% - frequência relativa

IML- instituto médico legal

DP- desvio padrão

>- maior

Os resultados da tabela 3 demonstram que 76% dos agressores eram desconhecidos e 23% eram conhecidos ou familiares. O padrasto foi o principal agressor familiar, seguido do pai biológico.

**Tabela 3 - Características do agressor**

Variáveis		%
<b>Características do agressor</b>	<b>n= 642</b>	
Familiar	36	5,6
Conhecido / convívio social	105	16,4
Conhecido e múltiplos agressores	8	1,2
Desconhecido	443	68,9
Desconhecido e múltiplos agressores	50	7,8
<b>Características do agressor familiar</b>	<b>n=36</b>	
Padrasto	11	30,0
Pai biológico	8	22,2
Tio	7	19,4
Irmão	3	8,3
Outros familiares	7	19,4

n - frequência absoluta                      % - frequência relativa

Na maioria dos casos estudados, além da penetração vaginal houve concomitantemente a penetração anal e o sexo oral. Na tabela 4 observamos que 90% das mulheres sofreram penetração vaginal, que foi o local onde houve a maior incidência de ejaculação. A percepção sobre a ejaculação foi observada em 46% das mulheres.

**Tabela 4 - Tipo de violência sexual sofrida<sup>1</sup>**

Variáveis		%
<b>Tipo de relação sexual<sup>2</sup></b>	<b>n= 607</b>	
Vaginal	299	49,3
Oral	20	3,3
Anal	8	1,3
Vaginal, oral e anal	95	15,7
Vaginal e oral	123	20,3
Vaginal e anal	40	6,6
Oral e anal	22	3,6
<b>Ejaculação: percepção pela vítima</b>		
Sim	300	46,7
Não	71	11,1
Não sabe	271	42,2

1: Trinta e cinco mulheres não souberam referir o tipo de violência sexual sofrida

2: Possibilidade de múltiplos intercursos anal, vaginal ou oral

n - frequência absoluta                      % - frequência relativa

Cinquenta e quatro por cento das mulheres completaram o seguimento ambulatorial e 28,5% o abandonaram logo após o primeiro retorno. Para os retornos subsequentes, houve uma pequena queda no abandono, se compararmos com a primeira consulta (Tabela 5).

**Tabela 5** - Avaliação da adesão ao seguimento ambulatorial por 6 meses

<b>Adesão</b>	<b>n=642</b>	<b>%</b>
Abandono após a primeira consulta ambulatorial	183	28,5
Abandono após 45 dias	85	13,2
Abandono após 90 dias	27	4,2
Seguimento completo por 6 meses	347	54,0

n - frequência absoluta                      % - frequência relativa

## **Discussão**

Sabe-se que a violência sexual contra a mulher acontece em todos os grupos sociais, independentemente da idade e da raça. Crianças, adolescentes, pessoas com problemas mentais, com incapacidade física, e as idosas são os mais suscetíveis. Embora o agressor possa ser uma pessoa desconhecida, a grande maioria da violência sexual é praticada por pessoas próximas<sup>3,10,15</sup>.

Este estudo demonstrou que, na experiência do CAISM, o grupo de mulheres que sofreram violência sexual é composto na sua grande maioria por adolescentes e mulheres adultas jovens e de cor branca. Estes dados conferem com os da literatura mundial, que relata que aproximadamente metade das mulheres vítimas de violência sexual tem idade entre 12 e 24 anos, com média de idade de 21 anos<sup>16</sup>. A típica mulher vítima de violência sexual é jovem, trabalha fora de casa, tem antecedente de violência sexual prévia e conhece o agressor<sup>17</sup>.

A violência sexual atinge 78% das adolescentes, sendo que 39,3% sofrem violência antes dos 12 anos e 38,8% entre 12 e 17anos<sup>18</sup>. Em outro estudo, Peipert e Domagalsky concluíram que 74% das adolescentes que sofrem violência sexual são brancas, 15% negras, 75% solteiras e 8% casadas<sup>19</sup>. As adolescentes são mais expostas à violência sexual do que as mulheres adultas, e alguns fatores estão relacionados a esse elevado risco: maior exposição ao álcool e drogas; tendência a ter múltiplos parceiros; exposição à mídia, que acarreta um amadurecimento precoce de sua sexualidade; muitas não acreditam que possam sofrer um crime sexual; exposição de sua intimidade a um maior número de pessoas; desenvolvimento de sua personalidade bloqueada por eventos traumáticos e maior exposição à violência doméstica<sup>20,21,22</sup>.

Observamos no nosso estudo que a maioria das mulheres era estudante dos ensinos fundamental e médio, o que as insere no grupo das adolescentes. A baixa escolaridade relaciona-se muitas vezes com o baixo nível socioeconômico, com maiores chances de uso de drogas ilícitas e álcool, de conviver com parceiros agressivos e em lares violentos<sup>23</sup>. Estima-se que 17% a 52% das adolescentes universitárias e 12% a 27% do nível secundário, sofram violência sexual, e a maioria desses crimes acontecem em eventos sociais da escola, sendo que 80% dos agressores são conhecidos e 50% são parceiros íntimos das adolescentes<sup>19</sup>.

O presente estudo demonstra que a maioria das agressões ocorreu no período noturno, o que caracteriza uma forma de violência urbana, além de ser um fator que o agressor utiliza para dificultar o seu reconhecimento. Nas mulheres jovens e adolescentes que sofreram violência sexual, a maioria ocorreu no período noturno, após a meia-noite e esteve relacionada diretamente ao consumo de

álcool e drogas ilícitas<sup>19</sup>. Em outro estudo avaliando 337 mulheres, Jones et al. observaram que a maioria das agressões aconteceu entre o entardecer e a manhã do dia seguinte; aproximadamente 30% foram agredidas entre as 18 horas e a meia-noite e 50% entre a meia-noite e seis horas da manhã<sup>5</sup>.

O tempo decorrido entre a violência sexual e o comparecimento ao serviço médico é fundamental para evitar a contaminação dos vírus HIV, hepatite B e da gravidez indesejada<sup>14</sup>. Em nosso estudo verificamos que 73% das mulheres compareceram até 24 horas após a agressão. Em um estudo avaliando 392 mulheres, a média de comparecimento ao serviço de urgência após a violência sexual foi de 16 horas; neste mesmo estudo também se verificou que este tempo de retorno não se relacionava com as características da agressão e nem com as características sociodemográficas<sup>24</sup>.

Apenas 12% das mulheres compareceram ao CAISM espontaneamente. Aproximadamente 85% foram encaminhadas por outros serviços médicos, como centros de saúde, ou foram trazidas ou encaminhadas pela polícia. Isto reforça a expectativa do CAISM, que sempre foi de divulgar a sua experiência para outros seguimentos da sociedade, difundindo à população a existência de um serviço apto a acolhê-las.

A denúncia policial e o exame de corpo de delito foram feitos pela maioria das mulheres que retornaram ao seguimento ambulatorial. Apesar da denúncia não ser obrigatória para maiores de 18 anos, todas as mulheres que compareceram ao serviço de urgência foram orientadas a fazê-la. A denúncia policial aumenta consideravelmente a chance de se prender o agressor, que muitas vezes pratica outros crimes semelhantes. A literatura refere que 41% das mulheres que não

denunciaram os seus agressores ou companheiros, sofreram novos ataques nos seis meses seguintes à agressão inicial, enquanto que apenas 15% das que denunciaram tiveram eventos repetitivos<sup>17</sup>.

O presente estudo evidenciou que a maioria dos agressores era desconhecida e tal fato demonstra que as mulheres que procuram o serviço do CAISM são vítimas da violência urbana, e que as mulheres de Campinas que sofrem violência sexual por conhecidos não fazem a denúncia às autoridades. Os dados apresentados podem não corresponder à realidade, pois a literatura refere que 53% a 90% dos crimes sexuais são praticados por pessoas conhecidas ou próximas, com algum tipo de vínculo familiar, profissional ou social<sup>25</sup>. Segundo Irwin e Rickert, 70% das adolescentes e 23% das mulheres adultas sofrem violência por conhecidos; já os desconhecidos foram os principais agressores das mulheres menopausadas (55,6%)<sup>26</sup>. Analisando 412 mulheres jovens que sofreram violência sexual, Peipert e Domagalski verificaram que 28% destas mulheres foram agredidas pelos próprios parceiros íntimos, 22% por amigos e 18% dos agressores eram conhecidos socialmente das vítimas<sup>19</sup>.

Noventa por cento das mulheres atendidas em nosso serviço sofreram violência sexual com penetração vaginal, seguida pelo sexo oral e anal. Algumas das mulheres avaliadas tiveram múltiplas agressões sexuais, como penetração vaginal-anal, vaginal-oral, anal-oral ou as três agressões simultâneas. Aproximadamente metade das mulheres referiu a percepção da ejaculação. Em um trabalho envolvendo 579 mulheres atendidas em um centro de referência na Dinamarca, Ingemann-Hansen et al. verificaram que 87% das mulheres sofreram estupro, 26% tiveram relação oral e 12% anal; a ejaculação foi percebida por

36% das mulheres e quando a violência sofrida foi praticada por conhecidos, 67% das mulheres referiram que houve a ejaculação, contra apenas 21% dos desconhecidos<sup>25</sup>. As mulheres que sofreram intercursos oral e anal são também as que mais sofrem de traumas gerais<sup>27</sup>.

A adesão ao seguimento ambulatorial após o atendimento de urgência foi superior aos dados da literatura pesquisada, levando-se em consideração o tempo de acompanhamento oferecido pelos outros serviços. Em nosso estudo aproximadamente 60% das mulheres completaram o seguimento ambulatorial de seis meses. Avaliando 294 mulheres, Herbert et al. verificaram que apenas 21% das mulheres fizeram o acompanhamento médico até seis meses<sup>28</sup>. A média de adesão na maioria dos trabalhos dos serviços internacionais varia entre 10% a 31%<sup>29</sup>. Slaughter et al. avaliando 311 mulheres na Califórnia (EUA), observaram a adesão de 38% das mulheres que retornaram para seguimento após 2 meses<sup>30</sup>. O maior índice de adesão encontrado na literatura foi de Bang, na Noruega, analisando um grupo de 168 pacientes, encontrou a adesão de 61%; porém o seu seguimento se restringia apenas a um retorno após 10 dias<sup>31</sup>.

Como fatores relacionados à baixa adesão, poder-se-ia citar o medo da exposição, a vergonha, a dificuldade de acesso ao serviço médico, o desconhecimento da gravidade, lembranças negativas do fato ocorrido a cada consulta e o próprio desinteresse da mulher em continuar o seguimento<sup>11</sup>.

O resultado deste estudo reflete a violência urbana. O conhecimento do perfil das mulheres e os horários nos quais ocorre a violência sexual podem contribuir para a adoção de medidas preventivas e uma ação mais efetiva das autoridades policiais.

Muitos casos de violência doméstica não chegam ao conhecimento das autoridades. As principais razões são a proximidade do agressor e o vínculo familiar que torna as mulheres dependentes de seu companheiro. Ações de esclarecimento e de empoderamento das mulheres ainda são necessárias para se poder mudar esta situação.

Uma das limitações deste estudo foi o fato de ele ser realizado com dados referentes a um único serviço de referência e em uma única cidade, considerada um dos centros de referência médica no país. Portanto, nem todos os resultados apresentados podem ser generalizados para todas as regiões do Brasil, mesmo o CAISM sendo um centro de referência nacional que acolhe mulheres de várias regiões.

Conforme vários estudos da literatura, o primeiro retorno ambulatorial deve ser agendado após duas semanas da primeira consulta de urgência. No início dos anos 1999 e 2000, esta recomendação era cumprida, porém com o aumento do número de casos novos e retornos, este prazo aumentou para 25,6 dias em média.

Os dados observados neste trabalho confirmam os relatos de outros estudos, com exceção das taxas de adesão que foram maiores e do tipo de agressor, com predominância do agressor desconhecido, o que consolida as características de que este serviço atende principalmente mulheres que sofrem violência urbana.

## Referências:

1. Faúndes A. Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. *Femina*. 1996; 24(7): 661-70.
2. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003. 154p
3. World Health Organization. Sexual violence research initiative. Rape: How women, the community and the health sector respond. Geneva: WHO; 2007. 127p.
4. Brasil. Lei nº 12.015/2009 de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, 2009. [Acesso em 10 de jan. 2010]. Disponível em URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm).
5. Venturi G, Recamán M, Oliveira S. Amulhere brasileira nos espaços públicos e privados. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004. 247p.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(3):359-67.
7. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, Rossman L, Dunnuck C. Why women don't report sexual assault to the Police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. *J Emerg Med*. 2009; 36(4):417-44.
8. Santin A, Ramin SM, Paicurich J, Millman S, Wendel GR. The prevalence of sexual assault: a survey of 2402 puerperal women. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 167:973-5.
9. Feldhaus KM, Houry D, Kaminsky R. Life time sexual assault prevalence rates and reporting practices in a emergency department population. *Ann Emerg Med*. 2000; 36(1): 23-7.

10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG educational bulletin: Sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet.* 1998; 60:297-04.
11. Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179:336-42.
12. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):192-9.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexuais contra mulheres e adolescentes. Brasília; 1999. 20p
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. Brasília; 2005. 70p
15. Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum Gretchen, Acierno R, Best CL, et al. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *Am J Prev Med.* 2000; 19(4): 214-9.
16. Humphrey JA, White JW. Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *J Adolesc Health.* 2000; 27:419-24.
17. Smikle CB, Santin AJ, Dellinger CL, Hankins GR. Physical and sexual abuse. *J Reprod Med.* 1995; 40(5);347-50.
18. Masho SW, Odor RK, Adera T. Sexual assault in Virginia: a population-based study. *Womens Health Issues.* 2005; 15:157-66.
19. Peipert JF, Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. *Obstet Gynecol.* 1994; 84(5):867-71.
20. Wekerle C, Wolfe DA. Dating violence in mid-adolescence: theory, significance, and emerging prevention initiatives. *Clin Psychol Rew.* 1999; 19(4): 435-56.

21. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: association with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse Negl.* 2002; 26:455-73.
22. Irwing CE, Rickert VI. Coercive sexual experience during adolescence and Young adulthood: a public health problem. *J Adolesc Health.* 2005; 36:359-61.
23. World Health Organization. Violence against women; 2009 Nov. Fact sheet nº 239.
24. McCall-Hosenfeld J, Freund KM, Liebschutz JM. Factors associated with sexual assault and time to presentation. *Prev Med.* 2009; 48:593-5
25. Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Mpsych MK, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence – improving inquiries and prevention. *J Forensic Leg Med.* 2009; 16:182-8
26. Jones MD, Rossman L, Diegel R, Van Order P, Wynn BN. Sexual assault in postmenopausal women: epidemiology and patterns of genital injury. *Am J Emerg Med.* 2009; 27:922-9.
27. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 190:71-7.
28. Herbert CP, Grams GR, Berkowitz J. Sexual assault tracking study: Who gets lost to follow-up? *Can Med Assoc J.* 1992; 147(8):1177-84.
29. Ackerman DR, Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1653-9.
30. Slaughter I, Brown C, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 176:609-16.
31. Bang E. Who consults for rape? *Scand J Prim Health Care.* 1993; 11:8-14

### 3.2. Artigo 2

#### Caderno de Saúde Pública CSP\_0269/10

<b>Arquivos</b>	Versão 1 [Resumo]
<b>Seção</b>	Artigo
<b>Data de submissão</b>	16 de Março de 2010
<b>Título</b>	Características da adesão e das mulheres vítimas de violência sexual: tendências observadas entre 2000 a 2006.
<b>Título corrido</b>	Violência sexual contra as mulheres
<b>Área de Concentração</b>	Planejamento de Saúde
<b>Palavras-chave</b>	Violência sexual, Estupro, Violência contra mulheres
<b>Fonte de Financiamento</b>	Nenhum
<b>Conflito de Interesse</b>	Nenhum
<b>Condições éticas e legais</b>	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki, além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
<b>Registro Ensaio Clínico</b>	Nenhum
<b>Sugestão de consultores</b>	Nenhum
<b>Autores</b>	Carlos Tadayuki Oshikata (Pontifícia Universidade Católica de Campinas) <carlostadayuki@uol.com.br> Aloíso José Bedone (Universidade Estadual de Campinas) <bedone@unicamp.br> Mariana de Sá Fonseca Papa (Pontifícia Universidade Católica de Campinas) <marifpapa@uol.com.br> Gabriela Bezerra dos Santos (Pontifícia Universidade Católica de Campinas) <gabizinha.bz@gmail.com> Caroline Damasceno Pinheiro (Pontifícia Universidade Católica de Campinas) <caroldp86@hotmail.com> Ana Helena Kalies (Pontifícia Universidade Católica de Campinas) <le_lena_38@yahoo.com.br>
<b>STATUS</b>	<i>Com Secretaria Editorial</i>

**Características da adesão e das mulheres vítimas de violência sexual:  
tendências observadas entre 2000 a 2006**

Characteristics of women who have suffered sexual violence and their compliance with outpatient follow-up: trends observed between 2000 and 2006

Carlos Tadayuki Oshikata<sup>1</sup>

Aloísio José Bedone<sup>2</sup>

Mariana de Sá Fonseca Papa<sup>3</sup>

Ana Helena Kalies<sup>4</sup>

Caroline Damasceno Pinheiro<sup>4</sup>

Gabriela Bezerra dos Santos<sup>4</sup>

1. Médico do ambulatório de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Universidade Estadual de Campinas. Professor adjunto do Departamento de Tocoginecologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
2. Professor livre-docente do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas. Coordenador do ambulatório de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
3. Médica assistente do Hospital da Puc-Campinas. Departamento de Tocoginecologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
4. Acadêmicas do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Endereço para correspondência:

Aloísio José Bedone

Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas

Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas

Rua Alexander Fleming, 101 CEP 13081-975 – Campinas (SP), Brasil

E-mail: [bedone@unicamp.br](mailto:bedone@unicamp.br)

## **Resumo**

A violência sexual é um crime praticado contra a integridade e a liberdade sexual de uma pessoa. Ela atinge mulheres de todos os níveis socioeconômicos e o agressor não escolhe a cor e nem a idade da vítima para agredi-las. É causa de um elevado custo financeiro ao país e um grave problema de saúde pública. Este estudo teve como objetivo avaliar a evolução da adesão ao seguimento ambulatorial, de mulheres que sofreram violência sexual e que foram atendidas no CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006. Neste estudo observamos um aumento significativo no retorno às consultas agendadas. Em 2000, 41% das mulheres completavam o seguimento de seis meses e em 2006 o índice aumentou para 70%. Cerca de 70% das mulheres compareceram nas primeiras 24 horas após a agressão; a agressão por conhecidos triplicou ao longo dos anos. Houve mudanças na forma de intimidação e uma diminuição significativa na prescrição da anticoncepção de emergência (AE).

Palavras-chave: Violência sexual, Estupro, Violência contra mulheres

## **Abstract**

Sexual violence is a form of crime practiced against the integrity and sexual freedom of an individual. It affects women of all socioeconomic levels; moreover, the aggressors spare no particular ethnic group or age-group. This crime results in high financial costs to the country and constitutes a severe public health issue. The objective of the present study was to evaluate compliance with outpatient follow-up in the case of 642 women who suffered sexual violence and were followed-up at the Center for Women's Integrated Healthcare (CAISM) at the State University of Campinas (UNICAMP) between January 2000 and December 2006. Over this period of time, the number of women returning for scheduled increased. In 2000, 41% of women completed the six months of follow-up, whereas in 2006 this rate increased to 70%. Around 70% of the women sought care within 24 hours of the aggression. Cases of women who were sexually attacked by persons known to them increased three-fold over the study period and there was a significant reduction in the prescription of emergency contraception.

**Keywords:** Sexual violence, Rape, Violence against women

## Introdução

A violência sexual contra a mulher é um ato agressivo, violento e hostil, utilizado pelos agressores como meio de degradar, humilhar, aterrorizar e dominar as mulheres. Raramente é um ato praticado pelo desejo sexual, mas sim, uma forma de demonstração de poder e controle sobre as mulheres<sup>1</sup>. Embora a sexualidade e a agressividade estejam relacionadas em todas as formas de violência sexual, a agressão sexual sofrida pelas mulheres é apenas um meio do agressor expressar vários tipos de sentimentos contra a mulher, como raiva e a hostilidade<sup>1</sup>. Trata-se de uma grave violação dos direitos humanos e um sério problema de saúde pública no mundo, causando danos, muitas vezes, irreversíveis à sua saúde mental e física, além de provocar elevados custos sociais no seu tratamento<sup>2,3</sup>.

Este crime tem uma característica multifacetada entre a vítima, o agressor e o cenário onde acontecem os crimes, o que dificulta o seu diagnóstico e a organização de medidas preventivas. É definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como todo ato sexual ou tentativa de obtê-lo sem o consentimento da mulher, utilizando-se de atos coercivos e intimidatórios, como a força física, a grave ameaça, o uso de armas e a pressão psicológica<sup>2</sup>.

A casuística sobre a incidência e a prevalência da violência sexual contra as mulheres é variável na maioria dos estudos e dependente da população estudada, da idade, da situação política da área em que ocorre a violência, da metodologia empregada para análise do estudo e da condição social da mulher<sup>4</sup>. Estima-se que 18% da população em geral sofram pelo menos um episódio de violência sexual durante a sua vida<sup>5</sup>. Nos Estados Unidos da América

(EUA) a incidência é de 200 casos por 100 mil habitantes (700000 casos por ano), enquanto que na Dinamarca este índice é de apenas 9,1 casos por 100 mil habitantes (500 casos por ano), Finlândia 21 e Noruega 37 casos<sup>6,7,8,9</sup>.

Existem poucos estudos na literatura referentes à adesão ao seguimento médico após a violência sexual. Estima-se que esta taxa seja baixa e varie entre 10% a 31%<sup>10</sup>. Fatores associados à qualidade do serviço, como presença de profissionais preparados para este tipo de atendimento, existência de protocolos específicos, áreas privativas para o atendimento e fornecimento de informações precisas interferem na adesão ao seguimento ambulatorial<sup>3</sup>. Outros fatores conhecidos que comprometem os retornos ambulatoriais são: falta de aconselhamento pós-violência sexual, medo de exposição pública, medo de represálias por parte do agressor, ser conhecida do agressor, consumo de álcool ou drogas antes da agressão, sensação de culpa, doenças psiquiátricas e ser moradora de rua<sup>5,10,11</sup>. Em contrapartida, fatores como tipo de trauma sofrido, se a agressão a ocorreu dentro da casa da própria vítima, se houve perda de memória e se eram adolescentes sem atividade sexual prévia, a adesão é maior<sup>10</sup>. Segundo Masho et al. avaliando 1769 mulheres do estado da Virgínia (EUA), 64% das mulheres que sofrem violência sexual não procuram ajuda médica para tratamento físico ou mental<sup>12</sup>. Em outro estudo, Herbert et al. avaliando 294 mulheres no Canadá, referem que a adesão ao seguimento médico por seis meses foi de apenas 21%, e deste grupo de mulheres, as pessoas que mais aderiram foram as adolescentes<sup>13</sup>.

Os estudos de literatura demonstram que as agressões contra as mulheres são praticadas principalmente por pessoas íntimas ou conhecidas, e fatores como: coabitação com o parceiro, ser adolescente ou mulher jovem, ser usuária

de álcool ou drogas, ter antecedente de violência sexual prévia e ter baixo poder socioeconômico, aumentam o risco e a exposição a esta violência<sup>2,14</sup>. Nos casos de violência praticada por pessoas conhecidas, a maioria dos agressores são seus próprios parceiros íntimos; estima-se que esta prevalência seja de aproximadamente 1,5 milhão de mulheres por ano nos EUA<sup>15</sup>.

No Brasil, assim como no resto do mundo, a denúncia às autoridades policiais e médicas é baixa<sup>14</sup>. Existem atualmente 397 delegacias especializadas no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e mais de 1500 serviços de apoio como hospitais, ONG (organização não governamental) e casa de abrigo; porém somente 20% das mulheres procuram estes centros para ajuda ou denúncia<sup>16</sup>. Segundo Holmes et al., analisando 389 mulheres que sofreram violência sexual, o principal motivo que inibe a denúncia, em 73% delas, é o medo de retaliações por parte dos parceiros, muitos dos quais, íntimos<sup>12</sup>.

Nas últimas duas décadas, inúmeros trabalhos sobre violência sexual contra a mulher foram publicados em todo mundo e a maioria avaliou suas características sociodemográficas, as características da agressão e as conseqüências físicas e mentais. Poucos trabalhos, porém, relatam a experiência destes serviços de referência em relação ao seguimento ambulatorial dessas mulheres.

O CAISM iniciou o atendimento sistematizado das mulheres vítimas de violência sexual a partir de 1999. Anteriormente o atendimento era realizado avaliando-se principalmente a parte clínica do trauma sofrido e a prescrição da contracepção de emergência. Devido à falta de protocolos universalmente aceitos, tanto para saúde mental das mulheres como para a profilaxia infecciosa, esses itens não eram abordados na sua totalidade. Com o surgimento de novos

protocolos internacionais e nacionais, como o do Ministério da Saúde, houve uma ampliação da abordagem a estas mulheres, criando-se, desde então, um serviço de assistência específico. Atualmente o serviço conta com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos ginecologistas, infectologista, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas. Neste estudo avaliaremos as tendências observadas no seguimento ambulatorial de quase sete anos de atendimento.

### **Sujeitos e métodos**

Foi realizado um estudo longitudinal com 642 mulheres que foram inicialmente atendidas no setor de urgência do CAISM e que posteriormente retornaram ao ambulatório para seguimento, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006. Os dados foram coletados através de ficha própria, pré-testada, tanto para o atendimento de urgência como para os retornos ambulatoriais.

O atendimento ambulatorial foi realizado pelo próprio pesquisador, enquanto o atendimento de urgência foi realizado pelo médico e pela enfermeira chefe de plantão.

Na urgência foram avaliadas as características sociodemográficas, as condições clínicas e psicológicas da mulher e de seus acompanhantes, foram realizados os exames físico geral e ginecológico, foram coletados materiais de provas médico-legais, sorologias para doenças sexualmente transmissíveis (DST), para hepatites B e C, HIV (vírus da imunodeficiência humana), prescrição de medicamentos anti HIV/DST e a anticoncepção de emergência. De acordo com as condições clínicas apresentadas, as mulheres eram internadas para tratamento

clínico-cirúrgico ou recebiam alta hospitalar, com orientações para continuar o seguimento ambulatorial. O primeiro retorno agendado ocorreu entre sete e 15 dias.

O seguimento ambulatorial, nos primeiros 15 dias, consistia em avaliar a adesão às medicações prescritas na urgência e tratar os seus efeitos colaterais, colher sangue para avaliação renal e hepática, além de verificar o aparecimento de leucorreias e outros sintomas. Posteriormente novas consultas foram marcadas para 45 dias, 90 dias e 180 dias. No 45º e 90º dias de retorno ambulatorial foram checadas as sorologias anteriores, foram coletadas novas amostras de sangue periférico para dar continuidade ao seguimento sorológico, renal e hepático. No exame ginecológico foram coletadas bacterioscopia de secreção vaginal e endocervical, além do acompanhamento conjunto com a psicologia e assistente social. No 180º dia, se a evolução fosse satisfatória, as mulheres recebiam alta ambulatorial.

Os dados foram estudados de maneira descritiva através de média, desvio-padrão, frequências absolutas (n) e relativas (%). As tendências ao longo dos anos foram avaliadas através do teste qui-quadrado de tendência de Cochran-Armitage e as demais associações através do teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância foi assumido em 5%. Os softwares utilizados na digitação e análise dos dados foram o Epi-Info versão 6 e o SAS versão 9.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em 24 de novembro de 2009, sob o parecer - CEP: nº 318/2001.

## Resultados

A tabela 1 mostra as tendências observadas no atendimento às mulheres que sofreram violência sexual entre os anos de 2000 a 2006. Observou-se que houve aumento na adesão do seguimento ambulatorial de seis meses, com a taxa de abandono diminuindo de 59% para 31%, particularmente após o primeiro atendimento, quando diminuiu de 31% para 10%. No mesmo sentido observou-se um aumento de 13% para quase 70% no acompanhamento com a psicologia.

Com relação à cor das mulheres atendidas, manteve-se o predomínio da cor branca, notando-se aumento em sua incidência a partir de 2002. O uso de drogas ilícitas por parte das mulheres também aumentou neste período.

Houve aumento do número de agressores conhecidos, de 13% para 35%.

Quanto ao horário da agressão, notou-se uma tendência no aumento do número de ocorrências no período compreendido entre seis e 18 horas, chegando a mais de 40% no ano de 2006.

O tempo entre a violência e a procura por atendimento médico modificou durante o período. Detectou-se aumento no número de mulheres que procuraram o CAISM com mais de 24 horas após a violência.

As mulheres procuraram o hospital cada vez menos por conta própria. No ano de 2000, 21,3% das mulheres compareciam ao serviço por conta própria e por livre e espontânea vontade. Porém, estes índices diminuíram sensivelmente com o passar dos anos, e atualmente quase a totalidade das mulheres são encaminhadas por outros serviços médicos e pela polícia.

Notou-se uma tendência no aumento do uso da força física e uma diminuição do emprego de arma de fogo, como formas de intimidação.

Quanto ao tipo de agressão sexual perpetrada, observou-se a diminuição do número de relações orais, mantendo-se o predomínio da relação vaginal em aproximadamente 90% dos casos.

A prescrição da AE diminuiu de 82% para 50%, durante o período analisado.

As figuras 1, 2, 3 e 4 mostram as variáveis com diferenças estatisticamente significativas com relação às tendências observadas nas características da mulher, na agressão, no atendimento e no acompanhamento ambulatorial.

## **Discussão**

Nossos resultados mostraram uma diminuição significativa da taxa de abandono do seguimento ambulatorial durante seis meses, após a violência sofrida. No último ano estudado o índice de adesão foi de 70%, índice este superior ao da maioria dos estudos encontrados na literatura.

A taxa de abandono diminuiu principalmente após a primeira consulta ambulatorial. Estes dados reforçam a ideia da importância de uma orientação adequada no atendimento inicial, em relação aos potenciais riscos de gravidez indesejada e aquisição de DST, de problemas psicológicos e sexuais futuros, e o aconselhamento sobre os seus direitos legais são fundamentais para dar continuidade ao seguimento ambulatorial<sup>3,5,17</sup>. Segundo Littleton et al., 95% das mulheres que recebem informações sobre a violência sexual em prontos socorros sentem-se confortáveis e acham estas informações bastante úteis, porém, 52% das mulheres não recebem nenhum tipo de informação; dentre elas estão as de baixo poder econômico e as de baixa escolaridade<sup>18</sup>.

As taxas de adesão ao seguimento ambulatorial, descritas nos vários estudos encontrados na literatura, dependem dos protocolos adotados nos serviços. Avaliando 812 mulheres que compareceram a um serviço de urgência da Universidade de Washington, Ackerman et al. referem que 35,5% das mulheres atendidas aderiram ao seguimento ambulatorial de duas semanas;. Neste mesmo estudo, a adesão ao seguimento ambulatorial foi de 39% quando elas foram agredidas por conhecidos, 35% quando os agressores eram desconhecidos e 23% aderiram ao seguimento quando o agressor foi seu próprio parceiro íntimo<sup>10</sup>. Holmes et al., em um estudo retrospectivo de coorte avaliando 389 mulheres, relatam que a adesão foi de 31% em um seguimento de seis semanas<sup>12</sup>. Em um estudo brasileiro de 2003, Oshikata et al., analisando um grupo de 166 pessoas, observaram que a adesão ao seguimento ambulatorial foi de 30% em seis meses<sup>19</sup>. Mulheres que sofrem violência dentro de casa, seja por conhecido ou não, aderem mais ao seguimento médico do que mulheres que sofrem violência na casa do agressor ou que consumiram álcool ou drogas antes da violência sexual<sup>11</sup>.

Houve um aumento significativo no seguimento psicológico ao longo dos anos. Enquanto em 2000 este índice era de 13%, em 2006 chegou a quase 70%. O atendimento médico é muito mais confortante para as mulheres quando é realizado em conjunto com a psicóloga. A mulher vitimizada sexualmente, além do tratamento médico, necessita do acolhimento de um profissional habilitado para dar conforto e ouvir as suas angústias e medos<sup>19</sup>. Nos grandes centros de referência, o atendimento psicológico é anexo ao complexo médico-hospitalar. Porém, na realidade brasileira, uma pequena parcela das mulheres têm ou terão facilidade a este acesso; portanto é preciso redimensionar e definir o papel do

atendimento psicológico às mulheres, integrando-as à dinâmica do atendimento médico, que infelizmente fica restrita aos grandes centros<sup>20</sup>.

A prescrição da AE diminuiu consideravelmente ao longo dos anos, e em 2006 a sua prescrição ocorreu em menos da metade dos casos. Estes dados mostram um aumento do uso de método anticoncepcional eficaz por parte das mulheres que foram atendidas no serviço. Isto se deve, em parte, à maior oferta de métodos anticoncepcionais nas unidades básicas de saúde que, em sua maioria, já disponibilizam a AE, sem os entraves burocráticos que existiam até há pouco tempo. Estima-se que o uso da AE diminua o risco de aborto induzido ou provocado em 30%, nos casos de relações sexuais desprotegidas ou após uma violência sexual<sup>21</sup>. Segundo dados de Holmes et al. avaliando 389 mulheres, com faixa etária média de 24,3 anos, verificaram que 73% das mulheres utilizaram a AE após sofrerem violência sexual<sup>11</sup>. Estudos sugerem que 55% das mulheres entre 15 a 44 anos têm a sua fecundidade diminuída em alguma fase de suas vidas, seja por usarem contraceptivos eficazes, ou por terem feito a esterilização tubária, ou estarem grávidas ou por serem inférteis por alguma causa<sup>21</sup>.

Em nosso estudo verificamos que houve um aumento no número de mulheres brancas de 2002 a 2006. A idade inferior a 19 anos manteve-se constante, porém houve um aumento do uso de drogas ilícitas entre as vítimas. Estas características sociodemográficas são concordantes, em parte, com a literatura, que mostra que a população mais exposta à agressão são as mulheres brancas e jovens. Em um estudo de corte transversal avaliando dois grupos populacionais, que reportaram ou não a violência sexual à polícia, em ambos, foi verificado que aproximadamente 80% das mulheres eram brancas<sup>5</sup>. Holmes et al.

verificaram que 55% das mulheres atendidas em um ambulatório de referência eram brancas, com idades entre 15 e 19 anos. Este grupo foi também o que mais aderiu ao seguimento médico em relação a mulheres com mais de 50 anos<sup>11</sup>.

As adolescentes e as mulheres jovens, menores de 24 anos, são as mais suscetíveis à violência sexual por pessoas conhecidas do que as mulheres adultas<sup>22,23</sup>. Em um estudo avaliando mulheres que aderiram ao seguimento ambulatorial, Ackerman et al. referiram que 42% eram adolescentes, 37% eram mulheres jovens entre 19 a 39 anos e 21% eram mulheres entre 50 a 79 anos<sup>10</sup>. A prevalência deste crime, nesta faixa etária, talvez esteja relacionada ao consumo maior de álcool e drogas ilícitas, maior frequência de relacionamento com outras pessoas, maior exposição à violência doméstica, desenvolvimento sexual precoce estimulado pela mídia e maior exposição pública<sup>24</sup>. Segundo Masho et al., 78,1% das mulheres sofrem algum tipo de violência sexual abaixo dos 18 anos, 39,3% antes dos 12 anos e 38,8% entre os 12 e 17 anos<sup>12</sup>. O estupro é o principal tipo de violência sexual sofrido pelas adolescentes, sendo observado em 64% das vezes<sup>10</sup>. Aproximadamente 50% das adolescentes que sofrem violência sexual referem que quando a violência ocorreu, estavam sem condições de oferecer resistência ao agressor por estarem drogadas ou alcoolizadas<sup>12</sup>.

No presente estudo observou-se um número maior de agressores conhecidos nos atendimentos realizados em 2006 quando comparado com o ano de 2000. No entanto, a maioria dos agressores, 65%, são desconhecidos da mulher; estes números refletem que as mulheres atendidas no CAISM são vítimas da violência urbana, pois se sabe que na maioria das vezes o agressor é conhecido da vítima e a denúncia não é feita por medo de retaliações. A tendência observada neste

trabalho mostra, por outro lado, que as mulheres estão ficando mais encorajadas a denunciar os agressores. Este fato se deve, provavelmente, a um maior conhecimento de seus direitos, bem como a divulgação da Lei Maria da Penha, recentemente promulgada, tanto por parte das autoridades em saúde pública como pelos setores da sociedade civil organizada<sup>25</sup>.

O comparecimento ao CAISM por encaminhamento de outros serviços médicos e pela polícia reforça a atuação do serviço, que sempre foi de divulgar a sua experiência para outros seguimentos da sociedade, difundindo à população a sua atuação neste tipo de atendimento. Dentre os órgãos de encaminhamento, houve o predomínio dos serviços de saúde e isto ratifica a percepção da mulher de que, inicialmente, a violência sexual é uma questão médica e, em segundo lugar, um problema de segurança pública. Apesar da polícia ter uma participação importante no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, muitas se recusam a comparecer ao distrito policial para fazer a denúncia. O medo de retaliação por parte do agressor é referido por 43% das mulheres que se recusaram a fazer a denúncia policial, pois na maioria das vezes, 65%, a agressão ocorreu dentro de casa<sup>5,11</sup>. Outros motivos que dificultam as denúncias policiais são: 75% estão preocupadas com a exposição pública, 60% sentem-se culpadas pelo fato ocorrido e 74% têm vergonha do fato ocorrido<sup>5</sup>.

A violência sexual ocorre em qualquer hora do dia, mas a maioria das agressões ocorreu no período noturno, onde as características do momento, o fator surpresa e a dificuldade de reconhecer o agressor são maiores. Em nosso estudo observamos que apesar da maioria dos casos acontecerem no período noturno, houve um aumento significativo de casos ocorridos durante o dia. A literatura

mostra que 80% dos casos de violência sexual acontecem entre 18 e 6 horas da manhã, e mais da metade das ocorrências aconteceram após a meia-noite<sup>5</sup>.

A maioria das mulheres compareceu nas primeiras 24 horas após a agressão, porém observamos um aumento no tempo de retorno além das 24 horas, fato este preocupante. Em estudo de Sugar et al. avaliando 892 mulheres acima de 15 anos, verificou-se que 77% compareceram ao serviço médico nas primeiras 24 horas, e a maioria, 62%, havia sido agredida por amigos ou conhecidos<sup>26</sup>. O atraso no comparecimento aos serviços médicos é mais comum entre mulheres jovens, entre as agredidas por pessoas conhecidas e entre as mulheres que consumiram álcool ou drogas<sup>27</sup>. Jones et al. relatam que mulheres jovens procuram o serviço médico em média 18 horas após a violência enquanto as mulheres mais velhas procuram em torno de 12 horas; estes mesmos autores referem que as mulheres que não fazem denúncia policial comparecem ao serviço médico após 20 horas e as que denunciam comparecem em média 11 horas após a violência sexual.<sup>27</sup>

Verificamos um aumento do uso de drogas ilícitas entre as mulheres. Sabidamente as drogas têm uma ação entorpecente ou causam amnésia, sendo usado tanto por contra própria ou induzida pelo agressor. Segundo Sugar et al. analisando 892 mulheres, 52% das mulheres tinham utilizando álcool ou drogas antes de sofrerem violência sexual e 40% referem ter perdido a consciência, 15% sofreram de amnésia e 8% suspeitaram que foram drogadas propositalmente<sup>26</sup>. Em outro estudo com 1917 mulheres, demonstrou-se que 53% das adolescentes utilizam álcool e 23% drogas antes da violência sexual<sup>5</sup>. As principais drogas utilizadas pelo agressor, além do álcool, para entorpecer as mulheres e facilitar a violência sexual são os benzodiazepínicos<sup>28</sup>. Em contrapartida, muitos agressores utilizam-se

das drogas como estimulante sexual ou como um meio para encorajá-los a praticar o crime. As principais drogas utilizadas para esses fins são: o “crack”/cocaína (7,8%), opiáceos (3,0%), “ecstasy” (0,7%) e o GHB (ácido gama hidroxibutírico)<sup>28</sup>.

A violência sexual com penetração vaginal foi a mais praticada contra as mulheres, o que confere com dados da literatura, porém observamos uma diminuição da incidência de sexo oral. Dados observados por Jones et al. referem que 90% das mulheres jovens sofrem de intercurso vaginal contra 54% das menopausadas, e aproximadamente 30% das mulheres jovens e menopausadas são submetidas ao sexo oral<sup>27</sup>. Peipert e Domagalski referem que 88% das mulheres sofrem de violência sexual com penetração vaginal e 20% das adolescentes e 34% das mulheres adultas são submetidas ao sexo oral<sup>23</sup>.

A forma mais comum de coagir e intimidar a mulher foi através do uso de arma de fogo. Porém, observou-se ao longo dos anos que houve uma diminuição significativa do uso de armas e um aumento do uso da força física. Uma das hipóteses para explicar essa tendência à inversão dos valores pode estar relacionada à diminuição da circulação das armas de fogo após 2005, ou talvez seja uma tendência que ainda precisa de maiores estudos. Segundo a literatura, as armas de fogo são utilizadas em 23% dos casos de violência sexual e esta forma de intimidação provoca três vezes mais lesões físicas do que outros tipos de coação<sup>27,29</sup>.

De acordo com inúmeros estudos da literatura, o primeiro retorno ambulatorial deve ser agendado duas semanas após a primeira consulta de urgência. No início dos anos de 1999 e 2000 esta recomendação era cumprida, porém, com o acréscimo do número de casos novos e retornos, este prazo aumentou para em média 25,6 dias.

## **Conclusão**

- As mulheres atendidas no CAISM estão aderindo cada vez mais ao seguimento proposto por seis meses, com índices superiores aos da literatura, notadamente no que diz respeito ao acompanhamento psicológico.
- A procura por atendimento nas primeiras 24 horas tem diminuído.
- Tem havido mudanças nas formas de intimidação por parte do agressor.
- As mulheres que procuram ajuda médica são aquelas vítimas da violência urbana.

## **Colaboradores**

C.T. Oshikata foi responsável pela coleta de dados, pela revisão da literatura e escreveu o texto original, que foi revisado, organizado e interpretado por A.J. Bedone, que somou um aporte intelectual relevante ao trabalho. Ambos foram os principais organizadores deste trabalho.

M.S.F. Papa participou da coleta de dados, da revisão de literatura e da redação do artigo.

G.B. Santos, C.D. Pinheiro e A.H. Kalies participaram na coleta de dados

## Referências

1. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003. 154p.
2. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. 147-74.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Agency For Healthcare Research and Quality. Medical examination and treatment for victims of sexual assault: evidence-based clinical practice and provider training. AHRQ 2003; 67p.
4. Watkeys JM, Price LD, Upton UP. The timing of sexual examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency?. Arch Dis Child 2008; 93: 851-56.
5. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, Rossman L, Dunnuck C. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. J Emerg Med 2009; 36(4):417-44.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Sexual assault. ACOG educational bulletin. Int J Gynaecol Obstet 1998; 60: 297-304.
7. The United Nations Population Fund. Sexual Violence against Women and girls in War and its aftermath: realities, responses, and equired resources. Brussels: UNFPA; 2006. 34p.
8. Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Mpsych MK, Charles AV. Caharacteristics of victimis and assaults of sexual violence – improving inquiries and prevention. J Forensic Leg Med. 2009; 16:182-8.
9. Bang E. Who consults for rape? Scand J Prim Health Care 1993; 11:8-14.
10. Ackerman DR, Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:1653-9.
11. Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. Am J Obstet Gynecol 1998; 179:336-42.

12. Masho SW, Odor RK, Adera T. Sexual assault in Virginia: a population-based study. *Womens Health Issues* 2005; 15:157-66.
13. Herbert CP, Grams GR, Berkowitz J. Sexual assault tracking study: Who gets lost to follow-up? *Can Med Assoc J* 1992; 147(8):1177-84.
14. Ministério da Saúde do Brasil. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexuais contra mulheres e adolescentes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher; 1999.
15. Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. The differential association of intimate partner. Physical, sexual psychological and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress* 2004; 17(5): 413-21.
16. Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres. Serviço de atendimento à mulher [Atualizado em 25/05/2009]. [http://sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/atendimento\\_mmulher.php](http://sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/atendimento_mmulher.php). (acessado em 10/Nov/2009).
17. Parekh V, Brown CB. Follow up of patients who have been recently sexually assaulted. *Sex Transm Infect* 2003; 79: 345-52
18. Littleton HL, Berenson AB, Breitkopf CR. An evaluation of health care provider's sexual violence screening practices. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196(196): 564e1-564e7.
19. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):192-9.
20. Porto M. Violência contra as mulheres e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicologia Ciência e Profissão* 2006; 26(3): 426-39.
21. Population Council. *Frontiers in Reproductive Health*. Reseach update. September, 2005.

22. Humphrey JA, White JW. Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *J Adolesc Health* 2000; 27: 419-24.
23. Peipert JF, Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. *Obstet Gynecol* 1994; 84(5):867-71.
24. Irwing CE, Rickert VI. Coercive sexual experience during adolescence and Young adulthood: a public health problem. *J Adolesc Health* 2005; 36:359-61.
25. Decreto-Lei nº 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, nos termos do 8º do art.226 da Constituição Federal, da Convenção sobre Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 07 ago.
26. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 190:71-7.
27. Jones MD, Rossman L, Diegel R, Van Order P, Wynn BN. Sexual assault in postmenopausal women: epidemiology and patterns of genital injury. *Am J Emerg Med* 2009; 27:922-9.
28. Avegno J, Mills TJ, Mills LD. Sexual assault victims in emergency department: analysis by demographic and event characteristics. *J Emerg Med.* 2009; 37(3):328-34.
29. Smikle CB, Santin AJ, Dellinger CL, Hankins GR. Physical and sexual abuse. *J Reprod Med.* 1995; 40(5):347-50.

**Tabela1:** Análise das tendências observadas no atendimento às mulheres que sofreram violência sexual entre 2000 a 2006

Teste qui-quadrado de tendência Cochran-Armitage/ Teste exato de Fisher*	2000 ( 61) %	2001 ( 87) %	2002 (108) %	2003 ( 76) %	2004 (118) %	2005 (118) %	2006 ( 74) %	Valor- p	$\chi^2$
<b>Adesão ao seguimento ambulatorial</b>									
<b>Total de abando ao seguimento</b>								< 0.0001	- 4,19
Sim	59,0	47,1	52,8	23,7	29,7	38,1	31,1		
<b>Abandono por período</b>								< 0.0001*	
Após a primeira consulta ambulatorial	31,1	32,2	41,7	17,1	31,0	26,3	10,8		
Após D45	21,3	13,8	8,3	3,9	10,0	8,5	20,3		
Após D90	6,6	1,1	2,8	2,6	4,0	3,4	-		
<b>Acompanhamento psicológico</b>								< 0.0001	8,25
Sim	13,1	26,4	45,4	57,9	65,3	59,3	68,9		
<b>Características sociodemográficas</b>									
<b>Idade</b>								0,0964	
Até 19 anos	57,4	48,3	43,5	48,7	31,4	41,5	50,0		
<b>Cor da paciente</b>								0,0034	2,93
Branca	77,0	65,5	57,9	75,0	78,8	82,1	78,4		
<b>Estado civil</b>								0,0898	
Solteiras	73,8	65,5	57,4	75,0	78,8	81,4	78,4		
<b>Gestante</b>								0,6613	
Sim	1,6	1,1	1,9	5,3	4,2	0,8	2,7		
<b>Comparecimento a delegacia e IML</b>									
<b>Realizou BO</b>								0,6869	
Sim	88,5	87,4	77,8	81,6	89,8	83,1	85,1		
<b>Passou pelo IML</b>								0,8593	
Sim	70,5	66,7	61,1	77,6	77,1	62,7	64,9		
<b>Característica da paciente</b>									
<b>Uso de drogas ilícitas</b>								0,0438	2,01
Sim	-	3,4	2,9	5,3	4,2	6,8	5,4		
<b>Uso de álcool</b>								0,6264	
Sim	3,3	8,0	6,5	9,2	4,2	8,5	6,8		
<b>Característica do agressor</b>									
<b>Agressor Conhecido</b>								0,0124	2,50
Sim	13,1	13,8	25,0	36,8	15,5	23,3	34,7		
<b>Uso de drogas ilícitas: Agressor</b>								0,6165	
Sim	21,4	37,0	34,8	27,5	25,3	26,2	37,5		
<b>Uso de álcool: Agressor</b>								0,5330	
Sim	8,7	31,0	36,9	21,1	19,8	35,1	32,0		
<b>Característica da agressão</b>									
<b>Horário da agressão</b>								< 0.0001	3,96
6 às 18h	24,6	17,2	35,8	37,0	30,5	46,1	43,2		

<b>Tempo entre a violência e o atendimento</b> > 24 h	19,7	21,8	23,1	35,1	28,0	29,1	31,1	<b>0,0471</b>	<b>1,99</b>
<b>Tempo entre a violência e o atendimento</b> Até 72 h	93,4	93,1	85,2	75,0	86,4	88,1	81,1	0,0693	
<b>Chegada ao Caism</b> Não conta própria	78,7	86,2	82,4	86,8	89,8	94,9	90,5	<b>0,0011</b>	<b>3,26</b>
<b>Local da abordagem ou agressão</b> Vias públicas	49,2	55,2	63,0	60,5	47,5	55,9	54,1	0,7598	
<b>Forma de intimidação: força física</b> Sim	6,6	31,0	23,1	38,2	21,2	37,3	47,3	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>4,37</b>
<b>Forma de intimidação: arma de fogo</b> Sim	67,2	50,6	48,1	39,5	46,6	48,3	33,8	<b>0,0025</b>	<b>- 3,03</b>
<b>Tipo de relação - Vaginal</b> Sim	95,1	94,3	91,3	87,1	90,5	88,1	88,2	0,0578	
<b>Tipo de relação - Oral</b> Sim	59,0	47,1	40,4	34,3	40,5	37,6	42,6	<b>0,0343</b>	<b>- 2,12</b>
<b>Tipo de relação - Anal</b> Sim	29,5	25,3	33,7	18,6	23,3	27,5	29,4	0,7462	
<b>Preservativo</b> Sim	8,2	3,7	3,3	10,0	3,6	6,2	9,1	0,5456	
<b>Traumas gerais</b> Sim	29,5	35,6	29,0	27,9	36,0	32,1	28,6	0,9765	
<b>Instituído AE</b>								<b>0,0002</b>	<b>- 3,67</b>
<b>Levonorgestrel</b>	82,0	72,4	73,1	57,9	73,7	62,7	51,4		

% - Porcentagem.

IML - Instituto médico legal.

> Maior.

AE - Anticoncepção de emergência.

D - Dias.

$\chi^2$  - Teste qui-quadrado.

BO - Boletim de ocorrência policial.

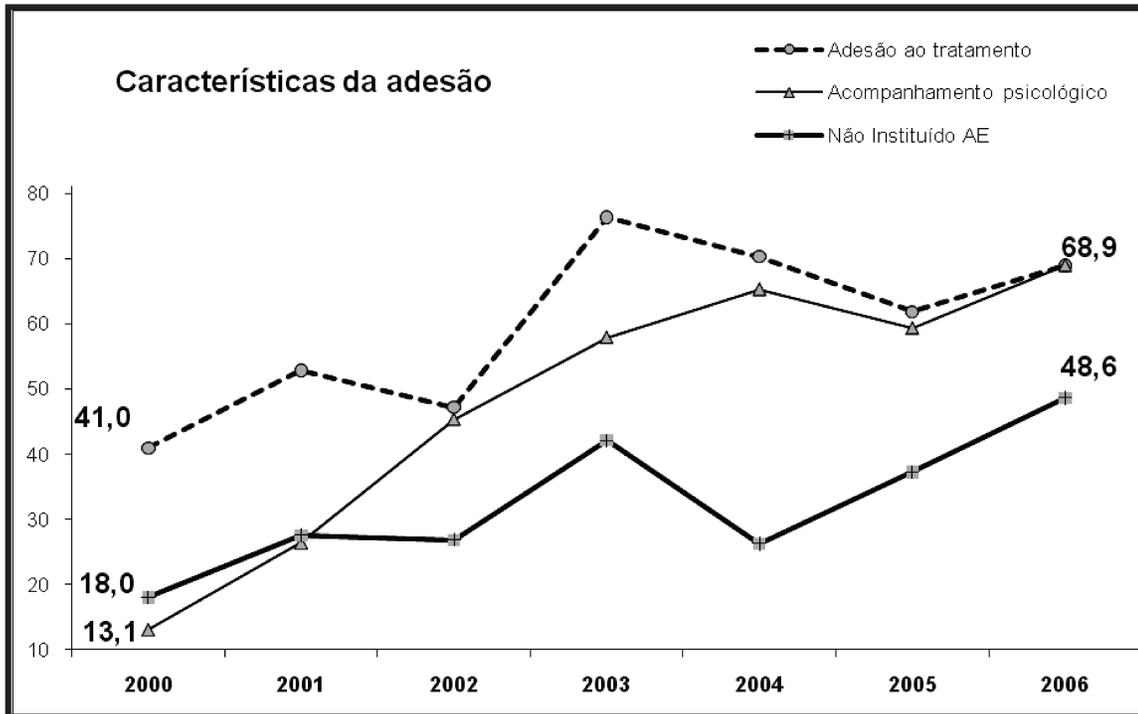
DST - Doença sexualmente transmissível.

< Menor.

ARV - Antirretroviral.

Valor p - Coeficiente de correlação Pearson.

HIV - Vírus da imunodeficiência adquirida.



Teste Qui-quadrado de tendência de Cochram-Armitage.

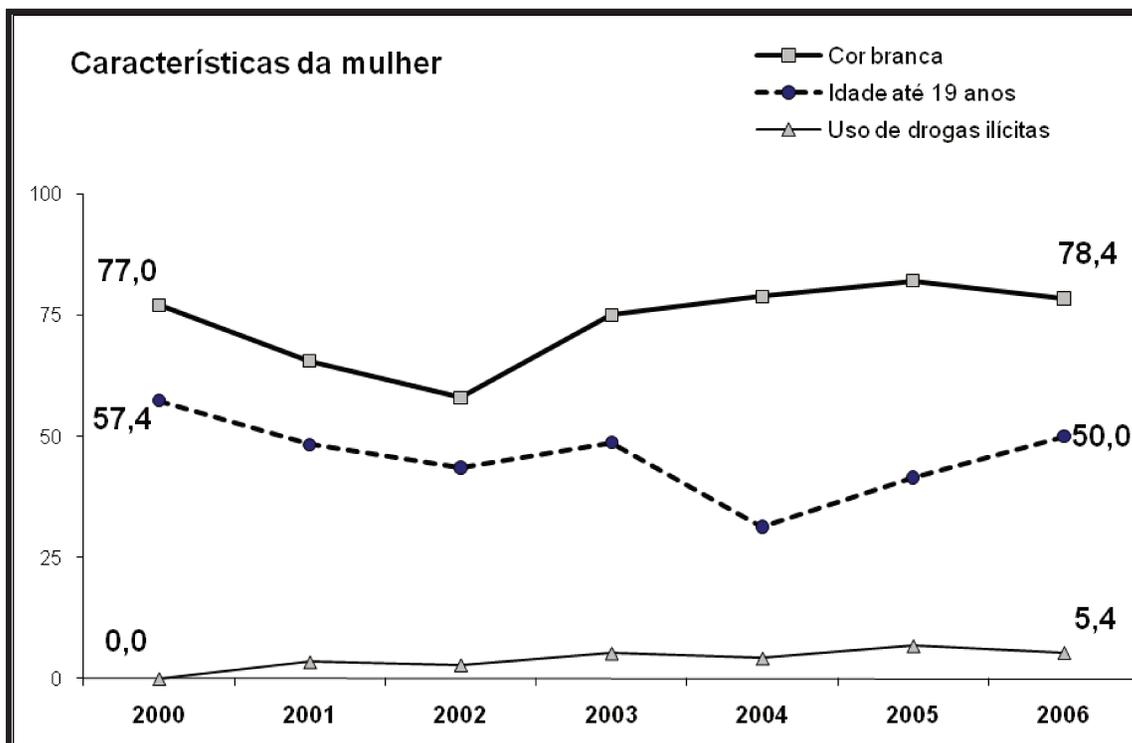
●  $p < 0,0001$   $\chi^2 = -4,19$

▲  $p < 0,0001$   $\chi^2 = 8,25$

+  $p = 0,0002$   $\chi^2 = -3,67$

AE - anticoncepção de emergência

**Figura 1:** Tendências observadas nas características do seguimento ambulatorial (2000-2006).



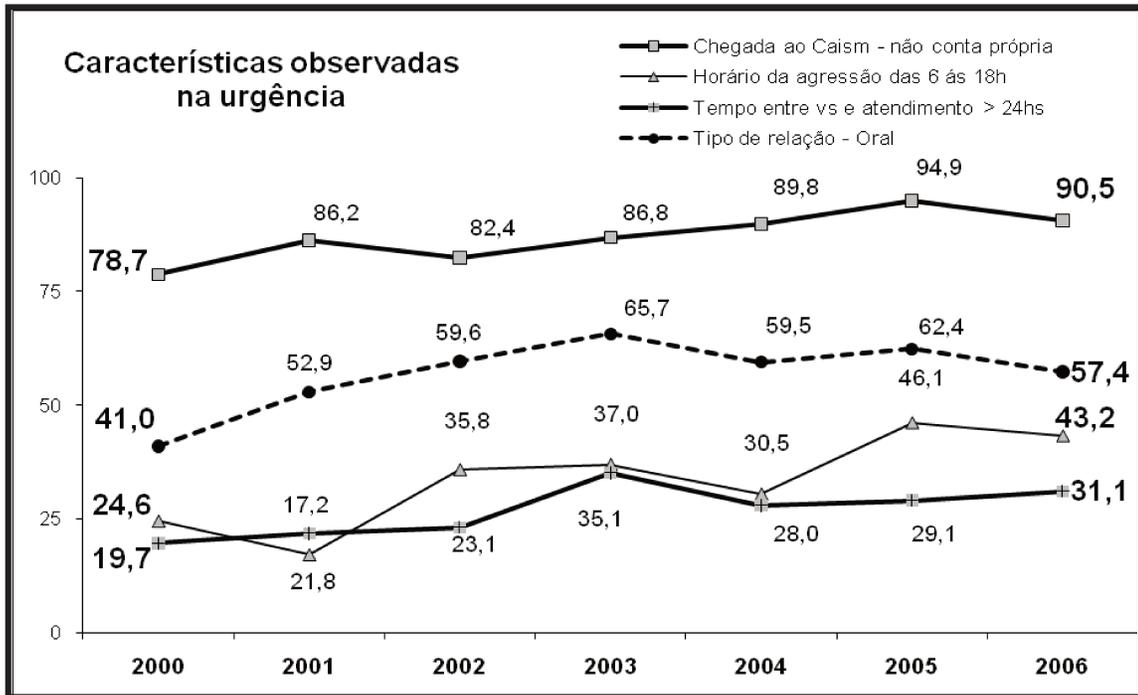
Teste Qui-quadrado de tendência de Cochran-Armitage.

■  $p= 0,0034$   $X^2= 2,93$

●  $p= 0,0964$

△  $p= 0,0438$   $X^2= 2,01$

**Figura 2:** Tendências observadas nas características das mulheres atendidas (2000-2006).



Teste Qui-quadrado de tendência de Cochran-Armitage

■  $p = 0,0011$   $\chi^2 = 3,26$

●  $p = 0,343$   $\chi^2 = -2,12$

▲  $p < 0,0001$   $\chi^2 = 396$

+  $p = 0,0471$   $\chi^2 = 1,99$

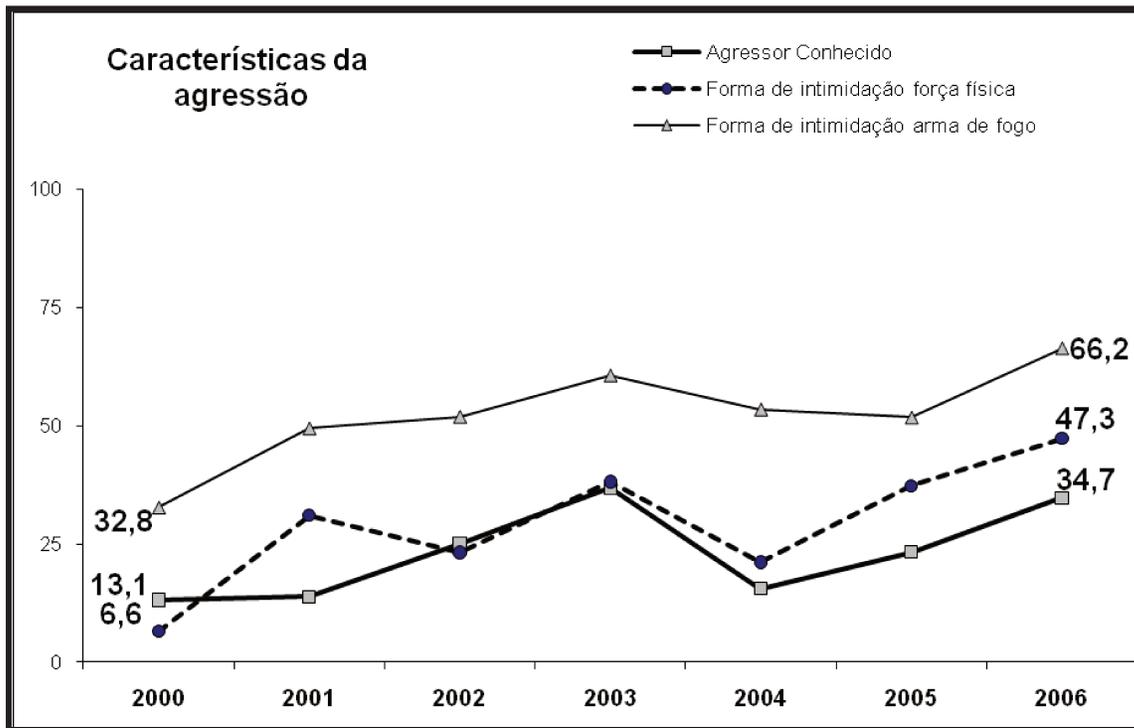
CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

VIOLÊNCIA SEXUAL - violência sexual

> maior

hs- horas

**Figura 3:** Tendências observadas nas características do atendimento de urgência (2000-2006).



Teste Qui-quadrado de tendência de Cochram-Armitage.

□  $p= 0,0124$   $x^2= 2,50$

●  $p< 0,0001$   $x^2= 4,73$

△  $p= 0,0025$   $x^2= - 3,03$

Figura 4: Tendências observadas nas características da agressão sofrida (2000-2006).

## 4. Discussão

---

Neste estudo foram avaliadas 642 mulheres, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006, que compareceram para seguimento ambulatorial pelo menos uma vez. Foram avaliadas a adesão ao protocolo de seguimento ambulatorial – preconizado pelo serviço – as características sociodemográficas das mulheres e dos agressores, e as características da agressão sofrida.

Verificou-se que houve uma melhora significativa da adesão ao longo do tempo, com aumento de aproximadamente 60% em relação ao ano de 2000. Este índice é maior que a média de adesão apresentada em outros estudos internacionais, o que demonstra a aceitabilidade e o entendimento das orientações recebidas no CAISM. Avaliando 294 mulheres, Herbert et al. (52) verificaram que apenas 21% das mulheres fizeram o acompanhamento médico até seis meses. A média de adesão na maioria dos trabalhos dos serviços internacionais varia entre 10% a 31% (16). Estudo de Slaughter et al.(37), com 311 mulheres que sofreram violência sexual, evidenciou a adesão de 38% em após dois meses da primeira consulta (37). O maior índice de adesão encontrado na literatura foi o de

Bang (53), pois ao analisar um grupo de 168 pacientes encontrou adesão de 61%, porém o seu seguimento restringia-se apenas a um retorno após 10 dias.

Aproximadamente 64% das mulheres que sofrem violência sexual não procuram ajuda médica ou psicológica (15). Como fatores relacionados à baixa adesão, podem-se citar o medo da exposição, dificuldade de acesso ao serviço, desconhecimento da gravidade do problema e lembranças negativas do fato ocorrido a cada consulta (8,15). Aproximadamente 42,6% das mulheres citaram o medo de retaliação pelos agressores como o principal motivo para elas não denunciarem o agressor às autoridades ou não procurarem ajuda médica (8). A segunda causa de medo foi adquirir uma DST (31,9%) e a terceira causa foi o risco de contaminação pelo vírus HIV, que foi relatada por 18,1%. Em outro estudo avaliando 1769 mulheres, o medo de gravidez foi referido por 44,9% das mulheres (15). Outras preocupações e receios referidos pelas mulheres foram: acontecer novamente, encontrar o agressor, ficar sozinha, comparecer ao juiz e ninguém acreditar em suas palavras (8). Características como raça, situação marital, escolaridade e traumas sofridos, exceto em traumas que necessitassem de intervenção médica, não tiveram relação com a adesão; porém mulheres que sofreram violência por estranhos dentro de sua própria casa, e mulheres e adolescentes que reportaram o crime à polícia são as que mais aderem ao seguimento, enquanto que mulheres menopausadas, que usaram álcool, drogas e sofreram violência por pessoas conhecidas aderem menos (16,25,32). Em 2003, analisando um grupo de 166 pessoas, Oshikata et al.(18) observaram que a adesão foi de apenas 30% em um seguimento de seis meses.

Os dados coletados neste estudo mostram que 80% das mulheres analisadas eram adolescentes e mulheres abaixo dos 30 anos, com idade média de 23 anos e sem parceiros fixos; aproximadamente 75% das mulheres eram solteiras e a maioria tinha baixa escolaridade. Sugar e Eckert (54), analisando 892 mulheres observaram que 23% das que compareceram no setor de urgência eram adolescentes e 44,5% eram mulheres jovens, abaixo de 25 anos (54). Em outro estudo avaliando 1047 mulheres, observou-se que 92,4% das vítimas eram jovens com idade média de 27 anos, 25% sofreram violência sexual na casa do agressor, 7,2% sofreram violência fora de casa e 13% dentro do carro (24). Analisando 1917 mulheres, Jones et al. (9) observaram que aproximadamente 74% das mulheres jovens e 79% das menopausadas eram brancas, com predomínio de mulheres casadas (9). A violência sexual em negras é maior durante a adolescência, enquanto que as brancas sofrem violência sexual em idades mais avançadas (24).

A maioria dos ataques sofridos ocorreu no período noturno, porém observamos uma tendência ao aumento da incidência durante outros períodos do dia. O ataque noturno assemelha-se às outras formas de violência urbana, em que o fator surpresa da escuridão facilita a ação. A violência por conhecidos acontece em qualquer horário do dia, mas há uma predominância no período noturno, e está relacionado à violência doméstica e ao uso de álcool (8,24). O caso de violência praticado por estranhos ocorre preferencialmente à noite e fora do ambiente familiar (21). Aproximadamente 56% das adolescentes sofrem violência sexual entre 22 horas e cinco horas da manhã, e este número é maior entre as mulheres adultas (76%) (21). Jones et al. (27) analisando 337 mulheres observaram que 80%

daquelas que não reportaram a violência sofrida para a polícia foram vitimadas no período noturno, sendo que 30% das vítimas sofreram a violência entre as 18 horas e a meia-noite, e 50% entre meia-noite e seis horas da manhã (27).

Setenta por cento das mulheres atendidas no CAISM procuraram o serviço nas primeiras 24 horas após a violência sexual, porém verificamos que há uma tendência de postergação na procura do atendimento inicial. Um fato preocupante verificado foi que 13,5% das mulheres procuraram o serviço após 72 horas.

Sabe-se que o tempo é o principal fator que limita a instituição da AE e as profilaxias ARV e infecciosas (13,17). Quanto mais precocemente for o atendimento médico, menores são as chances de gravidez e da aquisição de DST e HIV (39,45). Adolescentes usuárias de drogas ou álcool perfazem o principal grupo que retarda o comparecimento aos serviços de saúde (7,9). Fatores relacionados às próprias características da violência sexual como medo de represálias, vergonha e não se sentir segura em denunciar, podem estar relacionadas a esses fatos (19). Jovens procuram mais tardiamente os serviços médicos que pessoas mais velhas, em média 18 a 24 horas após a violência, enquanto as mais velhas procuram o serviço médico de 12 a 16 horas (9,25). Em um estudo avaliando 392 mulheres, obteve-se a média de 16 horas entre a violência sexual e o comparecimento ao serviço médico, porém se observou que não existe relação entre as características da violência e as características sociodemográficas em relação ao tempo de chegada (55). Em outro estudo avaliando 752 mulheres, 53,3% compareceram ao serviço até 24 horas, 27,7% entre 24 a 48 horas, 10% entre 48 a 72 horas e 9% após 72 horas (56).

Segundo a Sociedade Americana de Ginecologia e Obstetrícia, o risco de gravidez em uma relação sexual, consensual ou não, sem uso de contraceptivo, é de 2% a 4% (7). Os riscos de aquisição de uma DST e HIV dependem da área e da população estudada (44). A infecção por gonorreia tem incidência de 6% a 12%, sífilis 3% e clamídia até 16% em pessoas que sofreram violência sexual (7,8,21). A taxa de infecção para o vírus HIV é menor que 1% nos casos de estupro com intercurso vaginal (45). Esta taxa chega a 3% nos casos de intercurso anal praticado por agressor soropositivo (45,57).

Neste serviço, 85% das mulheres fizeram a denúncia policial e 70% passaram pelo IML. A literatura mostra que 75% das mulheres que comparecem ao serviço médico também fazem a denúncia à polícia (18). O índice de comparecimento ao IML é menor do que o da denúncia policial, porém 70% das mulheres que optam em procurar o IML comparecem nas primeiras 24 horas (58). Jovens atrasam a denúncia policial em relação às mulheres mais velhas em torno de seis horas (9). Quando a violência é praticada por desconhecidos a denúncia policial é significativamente maior (59). Os três principais motivos para as pessoas não fazerem a denúncia policial são: não querer que o agressor seja preso, tratava-se do primeiro relacionamento com o agressor e muitas referem o pressentimento que a polícia irá acusá-la do crime ou ser insensível em relação à agressão sofrida (27).

Neste estudo verificou-se que 70% dos agressores são desconhecidos, o que vai contra as estatísticas mundiais. Isso nos faz concluir que a grande maioria das mulheres brasileiras que sofrem violência sexual doméstica ou que são agredidas por pessoas próximas, não fazem denúncia do fato às autoridades.

Cerca de 22% dos agressores eram conhecidos ou familiares; dos familiares os padrastos e pais biológicos foram os principais agressores. A literatura internacional mostra que a maioria dos casos de violência sexual é praticada por pessoas próximas ou conhecidas, com taxas variando entre 53% a 90% (9,16,58,60). A maioria das adolescentes (70%) é agredida por pessoas próximas, 23% das adultas são agredidas por conhecidos e 55,6% dos agressores das mulheres menopausadas eram estranhos (27). Holmes et al. (8) encontraram as seguintes características entre os agressores: média de idade 27 anos, 63% de negros e 31% de brancos e a agressão praticada por pessoas da mesma raça foi de 69%. Em outro estudo, aproximadamente 81% das mulheres referem ter sido violentadas por conhecidos de convívio social, sendo 37% por parceiros íntimos e os agressores desconhecidos perfazem 19% (60).

Neste estudo as mulheres solteiras prevaleceram entre as que sofreram violência sexual, e aproximadamente 20% eram casadas ou conviviam com o parceiro. A violência por parceiro íntimo é muitas vezes usada para demonstrar e reforçar a posição de um homem como chefe da família ou em um relacionamento entre casais (2,61). Segundo a OMS, os principais riscos para a mulher sofrer violência sexual é morar com um homem e ser jovem (2). Estima-se que 57% das mulheres que sofrem violência doméstica sofrem concomitantemente violência sexual (2).

Quase 50% das abordagens foram realizadas por arma de fogo, seguida pela intimidação por força física (30%), com uma tendência à diminuição da utilização das armas de fogo. Não se pode relacionar essa queda com a proibição

da vendas de arma no Brasil em 2003. Jones et al. (27) avaliando 337 mulheres relatam que 49% das mulheres foram coagidas por ameaça verbal, 28% por força física, 25% por uso de drogas e 12% por uso de armas. Em outro trabalho conduzido por Peipert e Domagalski (21), analisando adolescentes e mulheres adultas, verificou-se que a forma mais comum de coerção entre as adolescentes foi a ameaça verbal em 41% das vezes, enquanto que nas adultas a forma mais comum de coação foi a força física.

O uso de álcool ou drogas como facilitador da violência sexual é conhecido há tempos (62). A maioria das drogas utilizadas, tanto pelas pacientes como pelo agressor, cursam com a diminuição da atenção, sonolência, amnésia, incapacidade temporária e desmaios (7,63). Por outro lado, algumas drogas têm poder euforizante o que estimula e encoraja o agressor a praticar a violência (63). Além do álcool, as drogas mais utilizadas são os benzodiazepínicos, anti-histamínicos, antidepressivos, maconha e cocaína (64). As adolescentes entre 15 e 19 anos são as maiores consumidoras de drogas e álcool e 75% usaram álcool antes de sofrer violência sexual, seguido do uso de drogas inalatórias, cocaína, “crack” e maconha (62,63). Das mulheres que utilizaram algum tipo de droga, 38% referiram que não ficaram incapacitadas durante a violência sexual, 41% referiram uma diminuição da capacidade cognitiva, mas não totalmente debilitadas, e 21% referem ter ficado totalmente debilitadas (64).

A anticoncepção de emergência foi prescrita em quase 70% das mulheres atendidas, e as que não a utilizaram foi porque já faziam uso de método seguro ou compareceram ao serviço após 120 horas. Verificamos também uma

tendência da diminuição de seu uso nos setores de urgência e emergência nos últimos tempos; provavelmente isto se deve a dois fatores: aumento do uso de contraceptivos eficazes por parte das mulheres e o uso da AE imediatamente após a violência sexual, seja por autoconsumo ou prescritos em unidades de saúde secundárias e primárias.

O tipo mais comum de violência sexual sofrida foi a penetração vaginal (90,6%), seguida da oral (42,3%) e anal (26,8%). Muitas dessas mulheres referiram múltiplas penetrações além da vaginal, e quase a metade teve a percepção da ejaculação vaginal. Mulheres que sofrem violência com intercursos anal e oral são as que mais sofrem traumas físicos em geral (7). Aproximadamente 5% das lesões genitais são graves e cerca de 1% necessitam intervenção cirúrgica - as lesões graves geralmente atingem o 1/3 superior da vagina, com lacerações e sangramentos profusos e menos de 0,1% é fatal (7,37,54,64). Avaliando 579 casos, foi verificado que a frequência de penetração vaginal foi de 87%, oral 26% e anal 12%; a relação anal e vaginal ocorre principalmente nos casos em que o agressor era conhecido, contra 35% dos não conhecidos (58).

Estudos demonstram que a violência sexual atinge uma mulher a cada seis minutos e este crime tem uma incidência quatro vezes maior do que qualquer outro crime nos EUA (30). Além de ser a causa de muitos danos físicos e mentais à mulher, a violência sexual atinge proporções endêmicas em várias regiões do planeta e coloca em risco o desenvolvimento sustentável de muitas nações (14). Segundo a Agência de Saúde dos Estados Unidos, o custo de cada adulto que sofre violência sexual é da ordem de 8700 dólares e de crianças é de 99000

dólares (14). Esta estimativa, calculada por incidentes, considerou a utilização dos cuidados médicos imediatos e dos serviços de saúde mental, somadas às sequelas causadas pelo trauma, como: perda da produtividade, deficiências física e mental permanentes, e perdas cujos impactos de custos são menos tangíveis, como dor, sofrimento, medo e perda da qualidade de vida (14).

Medidas de ações preventivas contra a violência sexual são dificultadas pela inexistência de um estereótipo definido entre as vítimas de violência sexual e o agressor, e somado ao baixo índice de denúncias às autoridades este crime continua sendo um grande mistério para a maioria dos pesquisadores e autoridades.

Para enfrentar este problema de saúde pública, poderíamos traçar planos e metas visando a:

- Criar mecanismos para diagnosticar precocemente as mulheres em risco de violência sexual, através do estímulo às pesquisas.
- Aumentar a capacidade de acolhimento e tratamento das vítimas, reestruturando alguns seguimentos do atual Sistema Único de Saúde.
- Fiscalizar a obrigatoriedade de notificação dos casos de violência sexual no sistema privado.
- Aumentar a capacitação profissional de médicos, enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais, agregando educadores, juizados e segurança pública.
- Aumentar o acesso às informações sobre o tema através da mídia e de programas governamentais.

- Mobilizar e sensibilizar a mídia e formadores de opiniões para divulgação do problema.
- Cobrar dos magistrados e promotores a aplicabilidade da lei nos casos de violência sexual e aborto.
- Conscientizar a sociedade civil de suas responsabilidades e obrigações no exercício da cidadania, desestigmatizando a mulher da violência sexual.

Estas medidas propostas podem contribuir para um melhor entendimento das condições nas quais ocorre a violência sexual neste país, assim como da adesão ao acompanhamento proposto pelo Ministério da Saúde. Um passo importante neste sentido foi a instituição da obrigatoriedade da notificação dos casos atendidos nos serviços médicos, delegacias e IML, obrigatoriedade esta que ainda não se tornou rotina nas instituições. A maior discussão do tema na imprensa, universidades, organizações não governamentais e sociedades profissionais ajudará também no sentido de, por um lado, fazer com que as vítimas procurem por ajuda, e por outro, estimular o atendimento global dos casos de violência, incluindo-se a interrupção legal da gravidez.

## 5. Conclusões

---

- A adesão ao seguimento ambulatorial variou de 41%, no ano de 2000, a 69% em 2006.
- As vítimas de agressão sexual foram mulheres jovens, brancas e com baixa escolaridade. O agressor foi, na maioria das vezes, desconhecido. O tipo de agressão mais comum foi a relação vaginal.

## 6. Referências Bibliográficas

---

1. Faúndes A. Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. *Femina*. 1996; 24(7):661-70.
2. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. 147-74; 2009.
3. Charam I. O estupro e o assédio sexual. Como não ser a próxima vítima. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1997. 300p.
4. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, 2009.
5. Venturi G, Recamán M, Oliveira S. A mulher brasileira nos espaços públicos e privados. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004. 247p.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG et al.,. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(3):359-67.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Sexual assault. ACOG educational bulletin. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998; 60: 297-304.

8. Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179:336-42.
9. Jones MD, Rossman L, Diegel R, Van Order P, Wynn BN. Sexual assault in postmenopausal women: epidemiology and patterns of genital injury. *Am J Emerg Med.* 2009; 27:922-9.
10. Santin A, Ramin SM, Paicurich J, Millman S, Wendel GR. The prevalence of sexual assault: a survey of 2402 puerperal women. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167:973-5.
11. Feldhaus KM, Houry D, Kaminsky R. Life time sexual assault prevalence rates and reporting practices in a emergency department population. *Ann Emerg Med.* 2000; 36(1): 23-7.
12. Talib RA, Citeli MT. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Dossiê. São Paulo. Publicações CDD; 2005. 80p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes. Brasília; 2005. 70p.
14. United States of America. US Department of Health and Human Services. Agency For Healthcare Research and Quality. Medical examination and treatment for victims of sexual assault: evidence-based clinical practice and provider training. AHRQ. 2003; 67p.
15. Masho SW, Odor RK, Adera T. Sexual assault in Virginia: a population-based study. *Women Health Issues.* 2005; 15:157-66.
16. Ackerman DR, Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194:1653-9.
17. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003. 154p.

18. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(1):192-9.
19. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related Pregnancy estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 175:320-5.
20. Humphrey JA, White JW. Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *J Adolesc Health*. 2000; 27:419-24.
21. Peipert JF, Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. *Obstet Gynecol*. 1994; 84(5):867-71.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescent victims of sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999; 64: 195-9.
23. Irwin Jr CE, Rickert VI. Coercive sexual experience during adolescence and young adulthood: a public health problem. *J Adolesc Health*. 2005; 36: 359-61.
24. Avegno J, Mills TJ, Mills LD. Sexual assault victims in emergency department: analysis by demographic and event characteristics. *J Emerg Med*. 2009; 37(3):328-34.
25. Ramin SM, Santin AJ, Stone IC, Wendel GD. Sexual assault in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 1992; 80:880-4.
26. World Health Organization. Sexual violence research initiative. Rape: How women, the community and the health sector respond. Geneva: WHO; 2007. 127p.
27. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, Rossman L, Dunnuck C. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. *J Emerg Med*. 2009; 36(4):417-44.

28. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002; 79:269-77.
29. Koenig LJ, Whitaker DJ, Royce RA, Wilson TE, Ethier K, Fernandez MI. Physical and sexual violence during pregnancy and after delivery: a prospective multistate study of women with oral risk for HIV infection. *Am J Public Health.* 2006; 96(6): 1052-9.
30. Santin AJ, Hemsell DL, Stone IC, Theriots S, Wendel GD. Sexual assault in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1991; 77:710-4.
31. Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period. The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum and breastfeeding. *Trauma Violence Abuse.* 2007; 8(3):344-53.
32. Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum G, Acierno R, Best CL et al. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *Am J Prev Med.* 2000; 19(4): 214-9.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de gestão de políticas estratégicas. Área técnica saúde da mulher prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília; 1999; 20p.
34. Pasinato W, Santos CM. Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil. Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, Universidade Estadual de Campinas. PAGU/UNICAMP. 2008. 39p.
35. Amstader AB, Resnick HS, Nugent NR, Acierno R, Rheingold A, Minhinnett R et al. Longitudinal trajectories of cigarette smoking following rape. *J Trauma Stress.* 2009; 22(2):113-21.
36. Cartwright PS, Sexual Assault Study Group. Factors that correlate with injury sustained by survivors of sexual assault. *Obstet Gynecol.* 1997; 70:44-6.

- 37.Slaughter I, Brown C, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 176:609-16.
- 38.Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord.* 1999; 13(6):541-63.
- 39.Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. The differential association of intimate partner. Physical, sexual psychological and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress.* 2004; 17(5): 413-21.
- 40.Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res.* 2005; 40:1-21.
- 41.CDC. Centers for disease control and prevention. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines 2006. CDC – MMWR. 2006; 51(RR – 6): 80-6.
- 42.Brasil. Ministério da Saúde. Área técnica da mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes. Brasília: 2002; 37p.
- 43.CDC. Centers for disease control and prevention. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines. CDC – MMWR. 1998; 47(RR – 1): 1-118.
- 44.Cantu M, Coppola M, Lindner AJ. Evaluation and management oh the sexually assaulted woman. *Emerg Med Clin N Am.* 2003; 21:737-50.
- 45.Knapper C, Freedman A. Post-exposure prophylaxis. *Drud Ther.* 2009; 37(7):378-80.
- 46.Population Council. *Frontiers in Reproductive Health.* Reseach update. September, 2005.

47. Von Hertzen H, Piggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet*. 2002; 360:1803-10.
48. Croxatto HB, Fernández SD. Emergency contraception – a human right issue. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006; 20(3): 311-22.
49. Mykolajczyk RT, Stanford JB. Levonorgestrel emergency contraception: a joint analysis of effectiveness and mechanism of action. *Contraception*. 2007; 88(3): 565-71.
50. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – a pilot study. *Contraception*. 2007; 75:112-18.
51. Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Wen Y, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reprod*. 2009; 24(7):1605-11.
52. Herbert CP, Grams GR, Berkowitz J. Sexual assault tracking study: Who gets lost to follow-up? *Can Med Assoc J*. 1992; 147(8):1177-84.
53. Bang E. Who consults for rape? *Scand J Prim Health Care*. 1993; 11:8-14.
54. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 190:71-7.
55. McCall-Hosenfeld J, Freund KM, Liebschutz JM. Factors associated with sexual assault and time to presentation. *Prev Med*. 2009; 48:593-5.
56. Merchant RC, Phillips BZ, DeLong AK, Mayer KH, Becker BM. *J Womens Health*. 2008; 17(4):619-29.

57. Bamberg JD, Waldo CR, Gerbeding JL, Katz MH. Postexposure prophylaxis for human Immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *Excerpta Med.* 1999; 106:323-6.
58. Schei Berit, Sidenius K, Lundvall L, Ottesen GL. Adult victims of sexual assault: acute medical response and Police reporting among women consulting a Center for victims of sexual assault. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82:750-5.
59. Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Mpsych MK, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence – improving inquiries and prevention. *J Forensic Leg Med.* 2009; 16:182-8.
60. Smikle CB, Santin AJ, Dellinger CL, Hankins GR. Physical and sexual abuse. *J Reprod Med.* 1995; 40(5):347-50.
61. Zimmerman CW. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet.* 2002; 358:1232-37.
62. Du Mont J, MacDonald S, Rotbard N, Asllani E, Bainbridge D, Cohen MM. Factors associated with suspected drug-facilitated sexual assault. *CMAJ.* 2009; 180(5):513-9.
63. Resnick HS, Acierno R, Amstadter AB, Self-Brown S, Kilpatrick DG. Na acute post-sexual assault intervention to prevent drug abuse: updated findings. *Addict Behav.* 2007; 32:2032-45.
64. Girard AL, Senn CY. The role of the new “date rape drugs” in attributions about date rape. *J Interp Violence.* 2008; 23(1):3-20.
65. Littleton HL, Berenson AB, Breitkopf CR. An evaluation of health care provider’s sexual violence screening practices. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196(196): 564e1-e7.

# 7. Anexos

## 7.1. Anexo 1 – Ficha de atendimento de urgência



### Ficha de Atendimento Especial Imediato Atendimento de urgência - Multidisciplinar

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do Atendimento: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Encaminhada por: \_\_\_\_\_  
B.O:  Sim  Não IML:  Sim  Não

#### 1. Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Escolaridade:  Analfabeta  Fundamental  Médio  
 Superior  Completo  Incompleto  
Déficit da capacidade mental:  Sim  Não  
Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Acompanhante:  Não  Sim. Vínculo: \_\_\_\_\_  
Responsável Legal: \_\_\_\_\_

#### 2. Dados da Agressão:

Data da Agressão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Percurso do trabalho:  Sim  Não  
Local da Abordagem:  Residência  Escola  Trabalho  
 Rua  Ponto de Ônibus  Outro \_\_\_\_\_



**5. Orientação de Enfermagem:**

Informar os riscos de gravidez, DST, AIDS e tratamentos de prevenção disponíveis.

Preparar para consulta médica: exame físico e ginecológico com possível coleta de amostra de material para pesquisa de DNA.

Anotação de Enfermagem:

---

---

---

---

---

ENFERMEIRA (O): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_:\_\_\_

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**6. Exame físico geral:**

P.A: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Estado geral:

---

---

Exame físico geral:

---

---

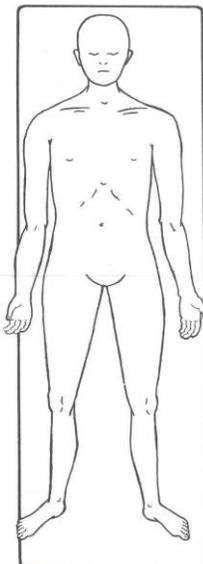
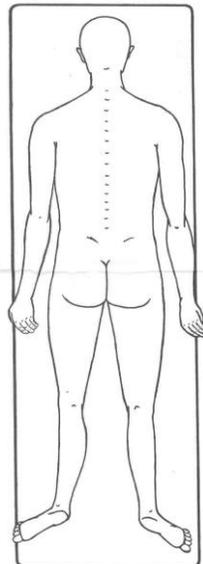
---

---

**7. Inspeção estática:** Descrever o tipo, o local e o tamanho das lesões, utilizando as tabelas.

Tabela I:

1. Sem lesões
2. Equimose
3. Escoriação
4. Hematoma
5. Fratura
6. Mordedura
7. Pérfuro/Cortante
8. Queimadura
9. Edema/ hiperemia
10. Outras lesões

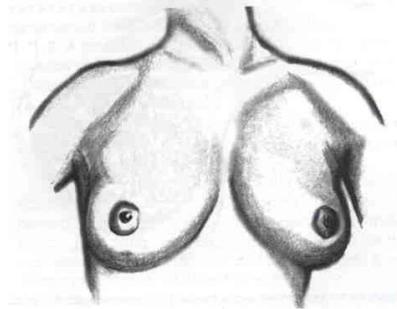


**8. Exame ginecológico: Utilizar as figuras.**

**Mamas:**

Tabela II:

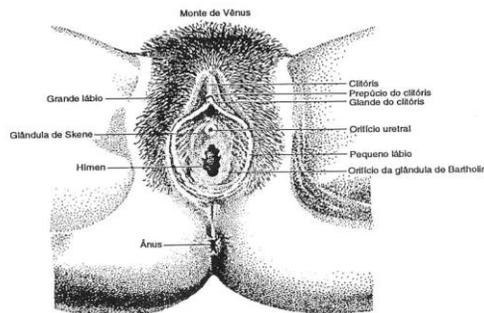
1. Normais
2. Equimose
3. Escoriação
4. Hematoma
5. Mordedura
6. Pérfuro/ cortante
7. Queimadura
8. Outras: \_\_\_\_\_



**Genitais externos:**

Tabela III

1. Normais
2. Hiperemia/vulvovaginite
3. Hematoma
4. Fissura
5. Ferimento cortante
6. Edema traumático
7. Escoriação
8. Hímen íntegro
9. Hímen roto: \_\_\_\_\_hs
10. Secreção: \_\_\_\_\_
11. Corpo estranho: \_\_\_\_\_
12. DST: \_\_\_\_\_
13. Outras: \_\_\_\_\_



**Ânus:**

1. Normal
2. Fissura
3. Laceração
4. Sangramento
5. Secreção: \_\_\_\_\_
6. Edema: \_\_\_\_\_
7. DST: \_\_\_\_\_
8. Corpo estranho: \_\_\_\_\_
9. Outras: \_\_\_\_\_

**Vagina:**  Exame especular não realizado

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normal             | <input type="checkbox"/> Corpo estranho |
| <input type="checkbox"/> Menstruada         | <input type="checkbox"/> Hiperemia      |
| <input type="checkbox"/> Laceração          | <input type="checkbox"/> DST:           |
| <input type="checkbox"/> Ferimento cortante |   |
| <input type="checkbox"/> Leucorreia: _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Secreção: _____    |   |

**Colo uterino:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Epitelizado       |  |
| <input type="checkbox"/> Colpite           |  |
| <input type="checkbox"/> Ferimento         |  |
| <input type="checkbox"/> Ectrópio          |  |
| <input type="checkbox"/> Tumoral           |  |
| <input type="checkbox"/> Lesão/ DST: _____ |  |

- |   |   |                                    |  |
|---|---|------------------------------------|--|
| <b><u>Útero:</u></b> <input type="checkbox"/> AVF | <input type="checkbox"/> Vol. Aumentado | <input type="checkbox"/> Doloroso  | <input type="checkbox"/> Amolecido     |
| <input type="checkbox"/> MVF                      | <input type="checkbox"/> Vol. Normal    | <input type="checkbox"/> Indolor   | <input type="checkbox"/> Fibroelástico |
| <input type="checkbox"/> RVF                      | <input type="checkbox"/> Não realizado  | <input type="checkbox"/> Gravídico | Obs: _____                             |

**9. Conduta na urgência:**

Colheita de material para a pesquisa de DNA:  Sim  Não Se não: \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_ Tipo de material: \_\_\_\_\_  
 Necessidade de intervenção clínica/cirúrgica/internação:  Não  Sim  
 Tipo de intervenção: \_\_\_\_\_

**Contracepção de emergência** :  Sim  Não | Se não: \_\_\_\_\_

Método a ser administrado:  Levonorgestrel (até 5 dias)  Método de Yuzpe (até 72 hs)

**Obs:** Levonorgestrel 0,75 mg (Postinor-2 ou Pozato) 2 cp VO dose única.

**Profilaxia para DST:**

Não gestantes:

- Azitromicina 1,0 g dose única
- Ceftriaxone 500 mg EV dose única
- Penicil. Benzatina 2,4 milhões IM

Gestantes:

- Estearato de eritromicina 500 mg VO de 6/6 horas por 7 dias
- Ceftriaxone 500 mg EV dose única
- Pencil. Benzatina 2,4 milhões IM

**Hepatite B:**

Tem vacinação prévia (3 doses):  Sim  Não ⇒

- Vacina (IM em deltóide):  <18 anos – 0,5ml  
 >18 anos – 1ml  
2º e 3º doses (após 30 e 180 dias) no Posto de Saúde.
- Imunoglobulina: 0,06 ml/kg= \_\_\_\_ ml

**Profilaxia para AIDS** (até 72h da exposição):  Sim  Não | Se não: \_\_\_\_\_

**ANTIRETROVIRAIS:**

- **Zidovudina 300mg+Lamivudina 150mg:** 1 comprimido de 12/12h – 28 dias
- **Nelfinavir 250mg:** 5 comprimidos de 12/12h – 28 dias

Agressor detido:  Sim  Não  Não Sabe

Enviado pedido de sorologia do agressor:  Não  Sim. Dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

MÉDICO (A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_:\_\_\_

**10. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM**

- Principais Diagnósticos de Enfermagem

Síndrome do Trauma do estupro \_\_\_\_\_

Medo/ Ansiedade \_\_\_\_\_

Risco para Processos Familiares Interrompidos \_\_\_\_\_

Dor Aguda \_\_\_\_\_

Risco para Infecção \_\_\_\_\_

Integridade da Pele Prejudicada \_\_\_\_\_

Náusea \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## 12. ATENDIMENTO SOCIAL

- Composição familiar / renda

Nome	Idade	Parentesco	Ocupação atual	Prev S/D/NTV	Renda Familiar

- Atitudes da mulher frente à ocorrência e sua rede de relacionamentos:

– Compartilhou a história com alguém?

Não       Sim. Quem? \_\_\_\_\_

– Relata apoio?

Não       Sim. Quem? \_\_\_\_\_

- Relacionamento afetivo atual:       Namorado     Marido       Companheiro  
 Relacionamento eventual     Sem relacionamento

– Tempo de união: \_\_\_\_\_

– Qualidade da relação:       Bom                       Regular                       Ruim

– Parceiro possui conhecimento da violência ocorrida?     Não       Sim

– Atitude do parceiro:  Apoio       Não apoio     Julgamento     Outros \_\_\_\_\_

- Intervenção Profissional / Serviço Social

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSISTENTE SOCIAL: \_\_\_\_\_ CRESS: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_:\_\_\_

## 7.2. Anexo 2 – Ficha de atendimento ambulatorial



### Atendimento multidisciplinar às vítimas de violência sexual Acompanhamento ambulatorial

1ª CONSULTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO:

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

HC \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Data da agressão (D 0): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ hs)

Data do atendimento imediato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ hs)

#### ANTECEDENTES PESSOAIS PRÉVIOS À AGRESSÃO:

Já teve DST? 1  sim 2  não 3  Ig 9  NA Tempo: \_\_\_\_\_

Teve Leucorreia? 1  sim 2  não 3  Ig 9  NA Tempo: \_\_\_\_\_

1  clamídia 2  gonorréia 3  cândida 4  bact. inesp. 5  outra \_\_\_\_\_  
6  não definido 9  NA 10  Ig

Tratou? 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA

Teve Lesão Genital? 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NATempo: \_\_\_\_\_ meses  
1  herpes 2  cancro duro 3  cancro mole 4  HPV  
5 Tempo: \_\_\_\_\_ meses 9  NA 10  Ig

Tratou? 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA

Número de parceiros sexuais no último ano: \_\_\_\_\_

Relação sexual com parceiro usuário de drogas ou promíscuo? 1  sim 2  não 3  Ig 9  NA

Já usou droga? 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA Qual \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_

Fuma 1  sim \_\_\_\_\_ cig/dia há \_\_\_\_\_ anos 2  não Álcool 1  sim 2  não 3  social

Vacinada p/ Hep-B? 1  completo 2  incompleto 3  não vacinado 9  Ig

Dupla adulto 1  Atualizado 2  reforço há mais de 10 anos 3  não vacinado 9  Ig

Doença de base 1  sim 2  não

Qual: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PROFILAXIAS: Início das profilaxias \_\_\_\_\_ h após a exposição

**HEPATITE B:**

Vacina 1  sim 2  não Porque \_\_\_\_\_  
1ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 3ª dose \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) reforço  
Imunoglobulina 1  sim \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2  não

**ANTIRETROVIRAIS:**

1  não usou 2  usando há \_\_\_\_\_ dias 3  completou 28 dias  
4  descontinuou \_\_\_\_\_ dia(s)  
Intolerância \_\_\_\_\_

**Previsão de Seguimento Laboratorial**

- 1ª. Consulta (dia 7º-21º)- HMG, ALT, AST, BACVAG, CRD NG/CT, CO s/n, sorologias s/n
- 2ª. Consulta (dia 45º)- HIV, HB, HC, SIF, outros s/n
- 3ª. Consulta (dia 90º)- HIV, HB, HC, SIF, outros s/n
- 4ª. Consulta (dia 180º)- HIV, HB, HC, SIF, outros s/n
- 5ª. Consulta (220º)- resultados dos exames 180º, fechamento do caso e alta ambulatorial

**Seguimento Laboratorial**

	Data	HIV	HBV	HCV	SIF	HMG Hb/Ht/Leuc	ALT	AST	CO	BacVag 1,2,3	gono	clami	OBS
D0													
D7-14													
D45													
D90													
D180													
D360													

**1ª CONSULTA**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (D \_\_\_\_\_ pós exposição) DUM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MAC atual: \_\_\_\_\_

**Queixas:**

- 1  sem queixas 2  leucorreia 3  lesões ulcerosas 4  verruga
- 5  dispareunia 6  prurido 7  sangramento 8  atraso menstrual
- 9  dor pélvica 10  febre por mais que 15 dias 11  linfadenomegalia
- 12  outras \_\_\_\_\_

Tempo decorrido desde a violência até o início dos sintomas \_\_\_\_\_ dias

Vida sexual: 1  não teve relação sexual 2  relação com preservativo  
3  relação sem preservativo 9  NA

**Exame físico:**

Adenomegalia 1  sim 2  não  
(descrever cadeias e diâmetro dos gg: \_\_\_\_\_)  
Descrição do exame:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exame ginecológico:

Mamas:

- 1  Normais      2  Equimose      3  Escoriação      4  Hematoma  
5  Mordedura      6  Pérfuro/ cortante      7  Queimadura  
8  Outras: \_\_\_\_\_

Genitais externos:

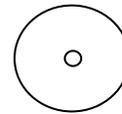
- 1  Normais      2  lesão traumática      3  úlcera  
4  lesão verrucosa      5  outras \_\_\_\_\_

Ânus:

- 1  Normais      2  lesão traumática      3  úlcera  
4  lesão verrucosa      5  outras \_\_\_\_\_

Especular:

- 1  Não realizado      2  sem secreções      3  secr. Fisiológica  
4  sangramento      5  leucorreia  
6  DST \_\_\_\_\_  
7  outras \_\_\_\_\_



Colo:

- 1  epitelado      2  colpite      3  Ectrópio leve  
4  Ectrópio moderado      5  Ectrópio extenso      6  tumoral  
7  outras lesões \_\_\_\_\_  
9  NA (especular não realizado)

Teste de Schiller:

- 1  positivo      2  negativo  
3  iodo claro      9  NA (especular não realizado)

Toque vaginal:

Útero: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exames solicitados

- coleta bacVag       CRDgono       CRDclamídia  
 CO       HMG       Transaminases (AST/ALT)

outros ex labor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONDUTA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2ª CONSULTA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (D \_\_\_ pós exposição)      DUM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      MAC atual: \_\_\_\_\_

Queixas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exame físico:

Adenomegalia 1  sim 2  não  
(descrever cadeias e diâmetro dos gg: \_\_\_\_\_)

Descrição do exame: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Manteve Relações sexuais desde a última consulta? 1  sim 2  não 9  NA

Uso de preservativo: 1  sim 2  não 9  NA MAC: 1  sim 2  não 9  NA

Exames solicitados  HIV  HBV  HCV  VDRL

Outros exames laboratoriais: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONDUTA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3ª CONSULTA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (D \_\_\_ pós exposição) DUM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MAC atual: \_\_\_\_\_

Queixas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exame físico:

Adenomegalia 1  sim 2  não  
(descrever cadeias e diâmetro dos gg: \_\_\_\_\_)

Descrição do exame: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Manteve Relações sexuais desde a última consulta? 1  sim 2  não 9  NA

Uso de preservativo: 1  sim 2  não 9  NA MAC: 1  sim 2  não 9  NA

Exames solicitados     HIV             HBV             HCV             VDRL

Outros exames laboratoriais: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONDUTA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4ª CONSULTA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (D\_\_\_\_ pós exposição)            DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    MAC atual: \_\_\_\_\_

Queixas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exame físico:

Adenomegalia            1  sim            2  não  
(descrever cadeias e diâmetro dos gg: \_\_\_\_\_)

Descrição do exame: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Manteve Relações sexuais desde a última consulta?    1  sim            2  não            9  NA

Uso de preservativo:    1  sim    2  não    9  NA    MAC:    1  sim    2  não    9  NA

Exames solicitados     HIV             HBV             HCV             VDRL

Outros exames laboratoriais: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONDUTA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENCERRAMENTO DA PROFILAXIA ARV:**

Intolerância: 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA

Sintomas: 1  náusea 2  vômitos 3  dispepsia 4  diarreia 9  NA  
 5  cefaléia 6  febre 7  astenia 8  mialgia 10  anorexia 11  dist. sono  
 12  manifestações cutâneas 13  outros \_\_\_\_\_ 9  NA

Uso de medicação sintomática 1  sim 2  não

Exame Laboratorial Alterado 1  sim 2  não 9  NA(não realizado)

Uso dos ARV: 1  correto 2  incorreto 3  Ignorado 9  N/A

Tempo de uso dos ARV: 1  28d 2  28d + suspendeu o IP  
 3  1 a 7 dias 4  8 a 14 dias 5  15 a 21 dias  
 6  22 a 27 dias 7  tempo desconhecido 9  N/A

Interrupção: 1  Por conta própria 2  indicação médica

Motivo da interrupção: 1  intolerância 2  dificuldade na posologia  
 3  não pegou medicação 4  outros \_\_\_\_\_  
 9  N/A

**COMPLICAÇÕES DURANTE O SEGUIMENTO:**

Alteração de exame físico: 1  sim 2  não  
 9  Ig Qual: \_\_\_\_\_

Leucorreia 1  sim 2  não 3  Ig 9  NA  
 1  clamídia 2  gonorréia 3  cândida 4  bact. inesp.  
 5  outra \_\_\_\_\_ 6  não definido  
 9  NA diagn. \_\_\_\_\_ dias após agressão

Lesão Genital 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA  
 1  herpes 2  cancro duro 3  cancro mole  
 4  HPV 5  \_\_\_\_\_ 9  NA diagn. \_\_\_\_ dias após

Gestação após a agressão sexual: 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA  
 1  decorrente da agressão sexual 2  Não relacionado à agressão  
 3  Relação com a agressão indefinida

Interrupção da Gestação 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA

Soroconversão: HIV 1  sim 2  não 3  Ig

Hepatite B 1  sim 2  não 3  Ig

Hepatite C 1  sim 2  não 3  Ig

Sífilis 1  sim 2  não 3  Ig

Tomou três doses da vacina para hepatite B? 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA

Manteve relações sexuais durante o período do seguimento? 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA

Uso de preservativo: 1  sim 2  não 3  Ignorado 9  NA

MAC: 1  sim 2  não 3  Ig 9  NA

**Encerramento:**

**ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

D7-21  sim  não D45  sim  não D90  sim  não D180  sim  não

1  completou seguimento (180 dias) 2  Transferência 3  Abandono (não completou D180)

ESTADO PSICOSSOCIAL ( ) Trabalha \_\_\_\_\_ ( ) Estuda \_\_\_\_\_

- ( ) Vida em rotina normal e paciente bem
- ( ) Vida em rotina normal, paciente segue acompanhamento psicológico
- ( ) Paciente segue em situação de risco, com seguimento psicossocial
- ( ) Paciente em situação de risco, sem seguimento
- ( ) Ignorado (abandono)

Responsável pelo fechamento \_\_\_\_\_

### 7.3. Anexo 3 – Banco de dados



#### Ficha: Banco de dados

Ficha Nº |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Idade: |\_\_| |\_\_|

Horário da agressão |\_\_| (1) 6 às 12h (2) 12 às 18h (3) 18 às 24h (4) 24 às 6h

Tempo entre a violência sexual e o atendimento no CAISM |\_\_|

(1) até 24 hs (2) até 48 hs (3) até 72 hs (4) > 72 h

Tempo entre o 1º atendimento no CAISM até o retorno no amb. do HC |\_\_| dias

Chegada ao Caism |\_\_| (1) conta própria (2) policial (3) serviço de saúde  
(4) conselho tutelar (5) outra

Cor da paciente |\_\_| (1) branca (2) não branca

Estado civil |\_\_| (1) solteira (2) casada (3) amasiada  
(4) viúva (5) separada /divorciada

Escolaridade |\_\_| (1) 1º grau completo (2) 1º grau incompleto  
(3) 2º grau completa (4) 2º grau incompleta  
(5) estudante universitária (6) superior  
(7) analfabeta (8) escola especial

Rebaixamento mental |\_\_| (1) sim (2) não Distúrbio psiquiátrico |\_\_| (1) sim (2) não

Renda familiar |\_\_| |\_\_| salários mínimos Não declarada |\_\_| Sem renda |\_\_|

Características do agressor |\_\_| |\_\_|

(1) conhecido (a.amigo b.convívio social c.outro) (2) desconhecido  
(3) familiar (a.pai b.irmão c. tio d.padrasto e.outros) (4) múltiplos (5) DST +

Cor |\_\_| (1) branca (2) não branca (3) não sabe

Idade. aproximada |\_\_| |\_\_| (1) Não sabe

Local da abordagem ou agressão: |\_\_| |\_\_| (a. próximo / b. a caminho de / c. voltando de / d. no local)  
(1) residência (2) escola (3) trabalho (4) rua (5) terreno baldio  
(6) ponto de ônibus (7) seqüestro (8) institucionalizada (9) outro

Forma de intimidação |\_\_| |\_\_| (1) força física (2) arma de fogo (3) arma branca  
(4) grave ameaça (5) outra

Realizou BO |\_\_| (1) sim (2) não Passou pelo IML |\_\_| (1) sim (2) não

Uso de drogas ilícitas: Agressor: |\_\_| |\_\_|

(1) sim (a.maconha b.cocaína c. estimulante/ sedativo. d. não sabe e. outras)  
(2) não (3) não sabe

Uso de álcool: |\_\_| (1) sim (2) não (3) não sabe  
 Uso de drogas ilícitas: Paciente: |\_\_| |\_\_|  
 (1) sim (a. maconha b. cocaína c. estimulante/ sedativo. d. outras) (2) não  
 Uso de álcool: |\_\_| (1) sim (2) não  
 Atividade sexual prévia |\_\_| (1) sim (2) não Idade da 1ª relação |\_\_| |\_\_| anos  
 Nº parceiros sexuais: |\_\_| > 10 parceiros |\_\_| Gestante |\_\_| (1) sim (2) não  
 Contraceção |\_\_| (1) Não (2) ACO (3) inj. Mensal (4) inj. trimestral  
 (5) DIU (6) preservativo (7) laqueadura (8) comportamental  
 Nº Gestações: |\_\_| |\_\_|  
 Antec. DST |\_\_| |\_\_| (1) não (2) sífilis (3) gonorréia (4) herpes  
 (5) DIP (6) AIDS (7) HPV (8) hepatite (9) outros  
 Tipo de relação |\_\_| |\_\_| |\_\_| (1) vaginal (2) oral (3) anal (4) não sabe  
 Preservativo |\_\_| (1) sim (2) não (3) não sabe  
 Ejaculação |\_\_| (1) sim (2) não (3) não sabe  
 Local da ejaculação |\_\_| (1) vaginal (2) oral (3) anal (4) Outros

**Exame ginecológico – Urgência:**

Mamas |\_\_| (1) normais (2) equimose (3) escoriação (4) hematoma  
 (5) mordedura (6) fcc (7) queimadura (8) outras lesões  
 Vulva |\_\_| (1) normal (2) hiperemia (3) hematoma (4) fissura (5) fcc  
 (6) edema (7) escoriação (8) HPV (9) herpes (10) úlcera  
 (11) hímen íntegro (12) outras  
 Local |\_\_| |\_\_| (1) hímen (2) fúrcula (3) pequenos lábios  
 (4) grandes lábios (5) outros locais  
 Especular/lesões |\_\_| (1) sem (2) laceração (3) fcc (4) hiperemia  
 (5) HPV (6) herpes (7) úlcera (8) não realizado (9) outras  
 Conteúdo vaginal |\_\_| |\_\_| (1) secreção fisiológica (2) menstruada  
 (3) sem secreções (4) sêmen (5) sec. Inespecífica  
 (6) leucorreia (a. vaginose b. candidíase c. tricomonas d. inespecífica)  
 (7) corpo estranho (8) outras  
 Colo |\_\_| (1) epitelizado (2) colpíte (3) ectrópio (4) ferimento  
 (5) tumoral (6) DST (7) outras  
 Toque vaginal |\_\_| (1) não (2) normal (3) doloroso  
 (4) mioma (5) útero gravídico (6) massa pélvica (7) outra  
 Ânus |\_\_| (1) normal (2) fissura (3) patol. Orifical (4) HPV  
 (5) herpes (6) úlcera (7) outras

Traumas gerais  (1) sim (2) não  
 cabeça (1) sim (2) não  TT cabeça  
 pescoço (1) sim (2) não  TT pescoço  
 tórax (1) sim (2) não  TT torax  
 abdômen (1) sim (2) não  TT abdômen  
 mmss (1) sim (2) não  TT mmss  
 mmii (1) sim (2) não  TT mmii  
 face (1) sim (2) não  TT face  
 dorso (1) sim (2) não  TT dorso  
 outros locais (1) sim (2) não  TT outros

(1) Edema/ hiperemia (2) Equimose (3) Escoriação (4) Hematoma  
(5) Laceração (6) Fratura (7) Mordedura  
(8) Pérfuro/Cortante (9) Queimadura (10) Outras

Procedimento clínico - cirúrgico na urgência  (1) nenhum (2) sutura  
(3) internação (4) curativo (5) medicação (6) outro

Instituído AE  (1) não (2) levonorgestrel (3) Yuzpe

Motivo de não ter usado AE  (1) tempo maior que 72 h (2) contracepção adequada  
(3) menstruada (4) recusou (5) AVP (6) menopausada (7) outro

Profilaxia DST  (1) não (2) Azitromicina (3) Amoxicilina  
(4) Eritromicina (5) Imunoglobulina Hepatite B (6) outras

Colheita de sorologias: AIDS/ Sífilis/ Hepatite  (1) sim (2) não

Instituído drogas ARV  (1) sim (2) não Uso correto  (1) sim (2) não (3) parcial

#### Drogas ARV

AZT  (1) sim (2) não 3TC  (1) sim (2) não Indinavir  (1) sim (2) não

Nelfinavir  (1) sim (2) não Outras  (1) sim (2) não

Se não usou ARV ou usou parcialmente  (1) tempo > que 72 h (2) recusou  
(3) sorologia do agressor conhecida (4) agressão de repetição  
(5) intolerante (6) abandonou por conta  
(7) suspenso por ordem médica (8) outras

#### Se intolerante

Náuseas \_1\_ cefaleia \_2\_ mialgia \_3\_ vômitos \_4\_  
epigastralgia \_5\_ insônia \_6\_ diarreia \_7\_ urticária \_8\_  
tonturas \_9\_ outras \_10\_

Colheita de material para estudo de DNA  (1) sim (2) não

Se não colheu  (1) recusou (2) hímen íntegro (3) sem secreções  
(4) fez ducha (5) outras

Exame ginecológico – ambulatorial:

Recusou exame	<input type="checkbox"/>	(1) sim	(2) não	Não realizado	<input type="checkbox"/>	(1) sim
Mamas	<input type="checkbox"/>	(1) normais (5) mordedura	(2) equimose (6) pérfuro/cortante	(3) escoriação (7) queimadura	(4) hematoma (8) outros	
Vulva	<input type="checkbox"/>	(1) normal (5) edema (9) herpes	(2) hematoma (6) escoriação (10) úlcera	(3) fissura (7) hiperemia (11) hímen íntegro	(4) fcc (8) HPV (12) outras	
Local	<input type="checkbox"/>	(1) hímen (4) grandes lábios	(2) fúrcula (5) outros	(3) pequenos lábios		
Vagina/ especular	<input type="checkbox"/>	(1) secreção fisiológica (2) leucorreia (a. vaginose b. candidíase c. tricomonas d. inespecífica) (3) HPV (7) não realizado	(4) herpes (8) outras	(5) úlcera	(6) recusou	
Colo	<input type="checkbox"/>	(4) ferimento	(1) epitelizado (5) tumoral	(2) colpíte (6) DST	(3) ectrópio (7) outras	
Toque vaginal	<input type="checkbox"/>	(4) mioma	(1) não (5) ut. Gravídico	(2) normal (6) massa pélvica	(3) doloroso (7) outra	
Ânus	<input type="checkbox"/>	(4) HPV	(1) normal (5) herpes	(2) fissura (6) úlcera	(3) patol. Orificial (7) outras	
Colheita de CO	<input type="checkbox"/>		(1) sim	(2) não		
Se não CO	<input type="checkbox"/>	(4) sem secreções	(1) recusou (5) sem rel. vaginal	(2) hímen íntegro (6) sem rel. sexual previa	(3) sangramento (7) outros	
Bac vag	<input type="checkbox"/>		(1) sim	(2) não		
Se não Bac	<input type="checkbox"/>	(4) sem secreções	(1) recusou (5) sem rel. vaginal	(2) hímen íntegro (6) sem rel. sexual previa	(3) sangramento (7) outros	
Pc gono	<input type="checkbox"/>		(1) sim	(2) não		
Se não Pc	<input type="checkbox"/>	(4) sem secreções	(1) recusou (5) sem rel. vaginal	(2) hímen íntegro (6) sem rel. sexual previa	(3) sangramento (7) outros	
P clam	<input type="checkbox"/>		(1) sim	(2) não		
Se não P clam	<input type="checkbox"/>	(4) sem secreções	(1) recusou (5) sem rel. vaginal	(2) hímen íntegro (6) sem rel. sexual previa	(3) sangramento (7) outros	
CRD	<input type="checkbox"/>		(1) sim	(2) não		
Se não Crd	<input type="checkbox"/>	(4) sem secreções	(1) recusou (5) sem rel. vaginal	(2) hímen íntegro (6) sem rel. sexual previa	(3) sangramento (7) outros	

Seguimento sorológico:

	Data	AIDS	Sífilis VDRL/ TPHA	Hepatite B/C	Data	CO*	Bac. Vag. Flora 1, 2, 3	Pesquisa Gono/Clam/CRD**
D0								
D45								
D90								
D180								

\* CO: (1) Células epiteliais normais (2) Alterações celulares inflamatórias (3) ASCUS (4) HPV (5) NIC 1 (6) NIC 2 (7) NIC 3 (Displasia acentuada/Carcinoma in situ) (8) Carcinoma escamoso invasivo (9) AGUS (10) Adenocarcinoma (11) Cândida (12) Tricomonas (13) Gardnerella (14) Clamydia (15) Herpes (16) Outras patologias. \*\*CRD: Positivo para: (1) Streptococcus agalactiae (2) Staphylococcus aureus (3) Escherichia coli (4) Negativo (5) Outros 6: Não realizado

Seguimento ambulatorial:

Seguimento completo  (1) sim (2) não

Estava menstruada na 1ª consulta ambulatorial e não retornou mais  (1) sim (2) não

Abandono:  (1) após a primeira consulta ambulatorial (2) após D45  
(3) após D180

Alta precoce  (1) recusou a ser examinada (2) acomp. em outro serviço  
(3) rel. sexuais sem preservativo (4) não quis continuar  
(5) AVP (6) enc. serviço especializado (7) outras

Evolução  (1) sem intercorrências (2) desconhecida  
(3) gravidez (4) displasia de colo/ASCUS/AGUS (5) ca de colo  
(6) aborto legal (7) agressor preso (8) agressor morto  
(9) irregularidade menstrual (10) outra  
(11) leucorreia (a. vaginose b. cândida c. tricomonas d. inespecífica e. outras)  
(12) DST (a. HPV b. DIP c. herpes d. sífilis e. hepatite B/C f. AIDS g. outras)

Acompanhamento psicológico  (1) sim completo (2) sim incompleto  
(3) não (4) outro serviço

Acompanhamento com a infectologia  (1) sim completo (2) sim incompleto (3) não

Abandono com a infectologia  (1) Após a 1ª consulta (2) após D45  
(3) após D90 (4) após D180

## 7.4. Anexo 4 – Aprovação do CEP



CEP, 24/11/09.  
(PARECER CEP: Nº 318/2001)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

🌐 [www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

### PARECER

#### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “ADESÃO AO TRATAMENTO PRESCRITO NO PRIMEIRO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E SUA ASSOCIAÇÃO AS CARACTERÍSTICAS DA MULHER”.**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Carlos Tadayuki Oshikata

#### II - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o projeto “**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO MÉDICO PROPOSTO E O SEGUIMENTO AMBULATORIAL RECEBIDO EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA. EXPERIÊNCIA DE SETE ANOS**”, com a finalidade de doutorado e altera o título do projeto original para “**VIOLÊNCIA SEXUAL: CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO, DAS MULHERES AGREDIDAS E DO TRATAMENTO MÉDICO RECEBIDO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CAMPINAS – SP**”, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de novembro de 2009.

  
**Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP