CLÁUDIA DE OLIVEIRA FACURI

"SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND PSYCHIC SYMPTOMS OF WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE"

"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SINTOMAS PSÍQUICOS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL"

CAMPINAS

2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CLÁUDIA DE OLIVEIRA FACURI

"SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND PSYCHIC SYMPTOMS OF WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE"

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cruz Soares De Azevedo

"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SINTOMAS PSÍQUICOS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL"

Dissertação de Mestrado apresentada a Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP para obtenção do Titulo de Mestra em Ciências Médicas, Área de Concentração de Saúde Mental.

Masters' dissertation *presented to the Medical Sciences Postgraduation Programme of the School of Medical Sciences of the University of Campinas to obtain the Ph.D (MSc) grade in Medical Sciences, Concentration Area of Mental Health.*

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA CLÁUDIA DE OLIVEIRA FACURI
E ORIENTADA PELA PROFA DRA RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

ASSINATURA DO ORIENTADOR

_____

CAMPINAS
2012

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F119c

Facuri, Cláudia de Oliveira, 1979-
Características sociodemográficas e sintomas psíquicos de mulheres vítimas de violência sexual / Cláudia de Oliveira Facuri. – Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador: Renata Cruz Soares de Azevedo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Estupro. 2. Violência sexual. 3. Violência contra a mulher. 4. Sintomas psíquicos. 5. Psiquiatria. I. Azevedo, Renata Cruz Soares de,1966-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Sociodemographic characteristics and psychic symptoms of women victims of sexual violence
Palavras-chave em inglês:
Rape
Sexual violence
Violence against women
Psychic symptoms
Psychiatry
Área de concentração: Saúde Mental
Titulação: Mestra em Ciências Médicas
Banca examinadora:
Renata Cruz Soares de Azevedo [Orientador]
Claudio Eduardo Muller Banzato
Rosiane Mattar
Data de defesa: 13-12-2012
Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

iv

COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

(RA:)

Orientador (a) PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

Membros:

1. PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO
2. PROF(A). DR(A). CLAUDIO EDUARDO MIELLER DANZATO
3. PROF(A). DR(A). ROVANI MAITAN

Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 13 de dezembro de 2022

Para minha família: meus pais Taufick e Walterlice; minha também mãe Mima; minha irmã Flávia,meu cunhado Fernando, meu afilhado Daniel e meu amor Pedro.

Para todas as mulheres que sofrem ou sofreram com as violências do mundo

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me agraciou com tanto amor, oportunidades e pessoas excepcionais em minha vida.

Aos meus pais, Taufick Facuri e Walterlice Almada de Oliveira Facuri, a quem devo minha vida e minha formação, o que aprendi com vocês transborda a cada dia, em cada gesto meu.

A Mima, minha segunda-mãe, uma anjo-da-guarda que Deus colocou em nossa família.

À minha irmã Flávia de Oliveira Facuri Valente, por ser meu "espelho" desde a infância e estar sempre presente.

Ao meu "parzinho" Pedro Henrique França Gois, por tudo que é e é junto: o encantar, o alegrar, o sofrer, o apoiar, o crescer, o construir, o encontrar, desencontrar e reencontrar.

À minha orientadora, Profª Dra Renata Cruz Soares de Azevedo, por sua disponibilidade e aposta desde o início, com quem aprendi lições que ultrapassam os ensinamentos acadêmico-profissionais, por quem nutro profunda admiração e afeto e tenho como referencial de postura ética e humana nas relações de cuidado ao paciente.

À Profª Dra Arlete Maria dos Santos Fernandes, sempre tão generosa, por cada palavra de apoio e contribuição, que fizeram toda a diferença neste processo.

Aos professores Dr. Cláudio Eduardo Müller Banzato e Dr. Paulo Dalgalarrondo, pelas contribuições valiosas que enriqueceram este trabalho.

Aos Departamentos de Psicologia Médica e Psiquiatria e Ginecologia por serem terrenos férteis para a realização de novas ideias, pelo apoio à criação do atendimento psiquiátrico no Ambulatório de Atendimento Especial.

Aos professores do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, pelos ensinamentos e exemplos, e sempre, pelos afetos.

À equipe do Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM, pelo acolhimento e parceria, em especial à psicóloga Maria José Navarro Vieira, pela potência do nosso encontro, desde sempre.

À Karina, pela amizade e contribuição profissional. A você devo muitos alinhavos, inclusive o deste sonho. Sem você, muito teria se perdido; com você, foram somas e partilhas.

A Thiago dos Santos Andrade, por ter dado junto comigo o primeiro passo neste trajeto.

À equipe do SAME do CAISM, por tantos prontuários levados e trazidos e em especial à Rogéria Elias Malaquias, que não mediu esforços para auxiliar esta pesquisa.

À Cleide Aparecida Moreira Silva e Helymar da Costa Machado, pela análise estatística para esta pesquisa.

Às queridas Elaine Domingos Terto, Susilaine de Cassia Militão Clemente, Renata do Prado Sutero e Helena Perdigueiro, pela disponibilidade e carinho e pelo auxílio na digitação dos dados.

A Daniela Oboli Benalia e Márcia Minatogawa Carvalho, minhas coordenadoras no Núcleo de Retaguarda (Serviço de Saúde "Dr Cândido Ferreira") e à Dra. Dulce Maria Toledo Zanardi, minha coordenadora no Hospital Estadual de Sumaré, por compreenderem e autorizarem as ausências que foram necessárias para a execução deste trabalho.

Às companheiras "verdinhas" de todas as horas: Carina Almeida Barjud, Ana Maria Alonso Santos Rohwedder, Renata Oliveira da Silva Magalhães, Ana Carolina Batista de Barros e à Vanessa Nascimento Monteiro, pelo apoio constante.

À Ruth Alves de Amorin Cerejo, por caminhar comigo e me ajudar a manter a mente quieta e o coração tranquilo.

"... me surgiram entre as margens da mágoa e da esperança.
...restavam apenas destroços sem íntimo. Tudo pesado, definitivo e sem reparo.
Hoje sei que não é verdade. Onde restou o homem sobreviveu semente, sonho a engravidar o tempo. Esse sonho se ocultou no mais inacessível de nós, lá onde a violência não podia golpear, lá onde a barbárie não tinha acesso. Em todo este tempo, a terra guardou, inteiras, suas vozes. Quando se lhes impôs silêncio elas mudaram de mundo. No escuro permanecem lunares.
... desse território vamos nos refazendo e vamos molhando de esperança o rosto da chuva, água abensonhada. Desse território onde todo homem é igual, assim: fingindo que está, sonhando que vai, inventando que volta."
Mia Couto in Estórias Abensonhadas

RESUMO

Violência sexual (VS) é um problema de saúde pública e seu impacto é amplamente verificado, econômica, social, física e mentalmente. Mulheres com história de VS têm maior vulnerabilidade para sintomas psiquiátricos, principalmente depressão, pânico, somatização, distúrbios do sono, TOC, abuso e dependência de SPA. **Objetivos:** avaliar o perfil, características da agressão, sintomas psíquicos e seguimento ambulatorial de mulheres que procuraram atendimento no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher por terem sofrido violência sexual. **Método:** estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, que avaliou os dados dos prontuários de todas as mulheres atendidas no CAISM, vítimas de violência sexual no período de junho de 2006 a dezembro de 2010. **Resultados:** Avaliadas 687 mulheres: idade média de 23,7 anos, 47,4% adolescentes. Maioria branca, solteira, sem filhos, previamente hígida, com escolaridade maior que 8 anos e ativa profissionalmente, com religião, católica e com prática religiosa. Um quarto era virgem até a VS, 16,2% apresentava antecedente pessoal e 9,6% antecedente familiar de VS. O evento ocorreu principalmente no período noturno, na rua, por agressor único, desconhecido, com intimidação, por meio de força física, através de coito vaginal. Atendimento de emergência em até 24 horas para 65,3% e em até 72 horas para 87,6% das mulheres. Maioria contou a alguém sobre a violência e se sentiram apoiadas. Mais vítimas procuraram atendimento precoce ao longo dos biênios 2006-2008 e 2009-2010. Avaliação psiquiátrica ambulatorial de 468 pacientes, manutenção do perfil sociodemográfico da população geral. Um terço da população apresentava TM relacionados ao uso de SPA (35,8%). 25% antecedente pessoal de TM, 15,3% em tratamento psiquiátrico. A maioria das mulheres apresentou reações ao evento: alterações de sono (54,2%), sintomas depressivos (51,8%) e ansiosos

(48,5%). Agrupamentos de sintomas: resposta social ao trauma (vergonha – 46,5% e culpa – 20,8%), comportamento evitativo (isolamento social – 35,1%, evitação social – 32,9% e alterações de rotina – 28,8%), comportamento suicida (ideação – 18,8%, planejamento - 6,5% e tentativa– 1,7%) e medos relativos ao trauma (medo de repetição do evento – 25,8%, medo de contrair DST – 24,3% e medo de gestação – 10,8%). Um terço não desenvolveu sintomas, 1/4 sintomas leves/curta duração e 43,1% apresentaram TM após a VS: Transtorno de ajustamento (22,1%), TEPT (12,4%) e Transtorno Depressivo Maior (8,6%). Comorbidade psiquiátrica (12,6%): destas, RM (35,6%), TM relacionado ao uso de SPA (22%), transtornos de humor (13,6%), transtornos de ansiedade (11,9%), transtornos de personalidade (6,8%) e transtornos psicóticos (5,1%). Adesão ambulatorial de 6 meses: 45,9% completa, 35,5% parcial e 18,6% apenas um comparecimento. A comparação entre adolescentes e adultas apontou em adolescentes maiores taxas de agressores conhecidos e busca tardia de atendimento, resultando em menores taxas de medidas profiláticas e, entre as adultas maiores taxas de sintomas psíquicos e reações graves ao evento.

ABSTRACT

Sexual violence (SV) is a public health problem and its impact is widely verified, economically, socially, physically and mentally. Women with a history of sexual violence have increased vulnerability to psychiatric symptoms, particularly depression, panic, somatization, sleep disorders, OCD, abuse and dependence PAS. **Objectives:** To evaluate profile, characteristics of aggression, psychiatric symptoms and follow-up of women who sought treatment at Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher for having suffered sexual violence. **Methods:** A descriptive, quantitative and retrospective study which evaluated data from medical records of all women treated at CAISM, victims of sexual violence in the period June 2006 to December 2010. **Results:** Evaluated 687 women: mean age 23.7 years, 47.4% adolescents. Mostly white, single, without children, previously healthy, over 8 years of education and professionally active, with religion, catholic and religious practice. 1/4 was a virgin until SV, 16.2% had personal history and 9.6% family history of SV. The event took place mainly at night, in the street, by single unknown perpetrator, with intimidation by means of physical force, through vaginal intercourse. Emergency care within 24 hours for 65.3% and within 72 hours for 87.6% of women. Most told anyone about the violence and felt supported. More victims sought early treatment during the 2006-2008 and 2009-2010 biennia. Outpatient psychiatric evaluation of 468 patients, maintaining demographic profile of general population. 1/3 of the population was related to the use of PAS MD (35.8%). 25% MD history, 15.3% in psychiatric treatment. Most women had reactions to the event: sleep disturbances (54.2%), depressive symptoms (51.8%) and anxiety (48.5%). Clusters of symptoms: social response to trauma (shame - guilt and 46.5% - 20.8%), avoidance behavior (social isolation - 35.1%, social avoidance - 32.9% and routine changes - 28.8 %), suicidal

behavior (ideation - 18.8% planning - 6.5% and 1.7%-attempt) and fears related to trauma – apprehensive behavior (fear of repeating the event - 25.8%, fear of contracting STDs - 24 3% and fear of pregnancy - 10.8%). A third developed no symptoms, 1/4 mild/short term symptoms and 43.1% had MD after SV: adjustment disorder (22.1%), PTSD (12.4%) and Major Depressive Disorder (8, 6%). Psychiatric comorbidity (12.6%): of these, MR (35.6%), related to the use of PAS MD (22%), mood disorders (13.6%), anxiety disorders (11.9%), personality disorders (6.8%) and psychotic disorders (5.1%). Accession ambulatory 6 months: 45.9% complete, 35.5% partial and 18.6% just one consultation. The comparison between adolescents and adults showed adolescents with higher rates of known offenders and late care-seeking, resulting in lower rates of prophylactic measures and among adults, higher rates of psychiatric symptoms and severe reactions to the event.

LISTA DE ABREVIATURAS

ARV – antirretrovirais

BO – Boletim de Ocorrência

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CAPS – Clinician Administered PTSD Scale

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CPG - Comissão de Pós Graduação

DST - doenças sexualmente transmissíveis

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

EUA – Estados Unidos da América

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HC – Hospital de Clínicas

HIV- Human Immunodeficiency Virus

MD – mental disorder

MR – mental retardation

NCVS – National Crime Victimization Survey

OCD- obssessive-compulsive disorder

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OR – *odds ratio*

PAS- psychoactive substances

PR – police report

PTSD- posttraumatic stress disorder

RM – retardo mental

SAME- Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SPA - substância psicoativa

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

STD - sexually transmitted disease

SV- sexual violence

TEPT – transtorno de estresse pós-traumático

TM – transtorno mental

TOC – transtorno obsessivo compulsivo

UNICAMP- Universidade Estadual de Campinas

VS- violência sexual

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

I. Resumo..... XIII
II. Abstract..... XV
III. Lista de abreviaturas..... XVII
1) Introdução..... 21
1.1) Apresentação da tese..... 21
1.2) Violência: conceitos e tipologia..... 23
1.3) Violência sexual: aspectos legais..... 24
1.4) Violência sexual: dados epidemiológicos..... 27
1.5) Violência sexual segundo faixas etárias..... 29
1.6) Violência sexual: efeitos e implicações para a saúde..... 30
1.7) Violência sexual: implicações para a saúde mental..... 32
1.8) Atendimento em saúde para mulheres vítimas de violência sexual..... 34
1.9) Caracterização do Serviço e do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no Município de Campinas e no CAISM..... 35
1.10) Violência sexual: notificação, seguimento e adesão..... 40
2) Objetivos..... 43
2..1) Objetivo Geral..... 43
2.2) Objetivos Específicos..... 43
3) Método..... 45
4) Resultados..... 49
4.1) Artigo 1..... 51
4.2) Artigo 2..... 71
4.3) Artigo 3..... 97
4.4) Resultados Complementares..... 121
5) Discussão 127
6) Conclusões 137
7) Referências Bibliográficas..... 139
8) Anexos..... 153

1

INTRODUÇÃO

1.1) Apresentação da tese.

Esta tese se originou da construção de um trabalho no Ambulatório de Atendimento Especial do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, antigo CAISM, conjuntamente com seus profissionais, em especial a Profa. Dra. Arlete Maria dos Santos Fernandes e a psicóloga Maria José Navarro Vieira. Com o apoio dos Departamentos de Ginecologia e de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (FCM-Unicamp), sob supervisão da Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo, do DPMP, iniciou-se em 2006, o atendimento voluntário em psiquiatria a mulheres vítimas de violência sexual, realizado por dois residentes do primeiro ano de psiquiatria, Cláudia de Oliveira Facuri e Thiago dos Santos Andrade.

Tal experiência, rica em tantas esferas, suscitou o desejo de melhorar a oferta de assistência, particularmente em saúde mental, a estas mulheres. Acreditávamos que a estruturação cada vez melhor do atendimento no serviço dependia do melhor conhecimento da população a quem servíamos através da caracterização de seu perfil sociodemográfico, das características relacionadas à violência sexual e do atendimento de emergência dispensado, além da avaliação mais aprofundada das reações que encontrávamos nos nossos atendimentos de psiquiatria. Verificávamos o impacto devastador que a agressão sexual tinha na vida e na saúde mental das pacientes mas, em paralelo, também acompanhávamos mulheres, de diferentes idades, reconstruindo

suas vidas após esta vivência. A percepção, consolidada ao longo destes anos, de que uma assistência ágil, acolhedora e cuidadosa contribuía para minimizar as marcas deixadas pela violência sexual tem preenchido de sentido este trabalho.

Foi então, a partir desta vivência que nasceu a idéia de transformar os dados brutos colhidos no dia a dia do serviço em material de pesquisa, traduzindo histórias de vida em variáveis, que embora limitem a profundidade da clínica, permitem a visualização do contexto, a construção de relações e contribuem para a constante qualificação do cuidado às pacientes.

A dissertação está estruturada de acordo com a INFORMAÇÃO CCPG -002/06, da Comissão Central de Pós-Graduação da Unicamp, que faculta ao orientador, com a aprovação da Comissão de Pós-Graduação (CPG) da Unidade, incluir em capítulos ou apêndices da tese, cópias de artigos de autoria ou co-autoria do candidato já publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas.

No primeiro capítulo, segue a esta apresentação, uma revisão de literatura que pretende apresentar a dimensão da violência e violência sexual, segundo diferentes referenciais de definição, sua epidemiologia nacional e internacional, suas amplas áreas de impacto, incluindo a saúde mental e as diferenças segundo faixas etárias. Descrevemos a rede de cuidado à vítima de violência sexual do município, com a apresentação do serviço em que se dá a pesquisa e a sua estruturação de assistência.

O segundo capítulo apresenta o objetivo geral que norteou a pesquisa que constitui o tema desta tese e os objetivos específicos de cada um dos artigos incluídos no capítulo “Resultados”.

Em comunicado de 15/09/2009 da CPG-FCM, definiu-se que os capítulos “Métodos e Resultados” poderiam ser substituídos pelos artigos derivados da pesquisa. No entanto, optamos por manter como terceiro capítulo uma breve descrição dos métodos

empregados neste trabalho, a qual não é possível no espaço restrito dos artigos científicos.

Dados adicionais não contemplados nos artigos apresentados, como a descrição da estruturação do estudo como um todo, as definições de alguns termos utilizados e as categorizações propostas são expostos no terceiro capítulo, “Método”.

No quarto capítulo, “Resultados”, apresentamos três artigos. O primeiro, redigido em português, "*Violência Sexual: Estudo Descritivo sobre as Vítimas e o Atendimento em Serviço Universitário de Referência no Estado de São Paulo, Brasil*", foi submetido a periódico para publicação. O segundo, redigido em inglês, *“Psychiatric evaluation of women victims of sexual violence assisted at a referral university centre in São Paulo, Brazil”*, também foi submetido a periódico para publicação. O terceiro, *“Violência sexual: comparação entre adolescentes e adultas atendidas em centro universitário brasileiro“,* aqui apresentado em português encontra-se em fase de tradução para o inglês para ser submetido a periódico para publicação. Encerramos o capítulo com resultados adicionais, não apresentados nos artigos.

No quinto capítulo buscamos integrar a discussão dos resultados apresentados no corpo da tese e em cada artigo, e por fim, no sexto capítulo apresentamos as conclusões gerais do trabalho.

1.2) Violência: conceitos e tipologia

Violência pode ser definida como o “uso intencional de força ou poder físico, sob forma de ameaça ou ação efetiva, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grande probabilidade de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações de desenvolvimento ou privações”. Segundo as características de quem comete o ato violento, pode ser dividido em três tipos: auto-infligida, interpessoal e

coletiva, e, de acordo com a natureza dos atos violentos, é classificada em violência física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência[1].

Violência contra a mulher é "qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico de uma mulher, incluindo ameaça de tais atos, coerção, privação arbitrária da liberdade, seja no âmbito público ou privado", conforme a Organização das Nações Unidas (ONU). Ela pode ocorrer no domicílio, na comunidade ou ser exercida pelo Estado, sendo também subdividida em física, sexual e psicológica[2].

Violência sexual (VS) é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), "qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado, à casa e ao trabalho". É importante esclarecer que coerção pode abarcar uma ampla gama de atos que vão de força física a intimidação psicológica das mais variadas formas e que a agressão a uma pessoa sem a capacidade de consentir com o ato sexual (por exemplo: intoxicada por álcool ou outra substância, dormindo ou mentalmente incapaz de compreender a situação) também é coerção[1].

1.3) Violência Sexual: aspectos legais

O Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940 definia estupro como "constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça", ficando restrito ao evento de penetração pênis-vagina e, portanto, sendo violência perpetrada exclusivamente por homens contra mulheres. Entendia-se por atentado violento ao pudor "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com

ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal (nesta definição eram incluídas agressões do tipo penetração pênis-ânus, pênis-boca, toques e manipulação com ou sem objetos)[3].

Mais recentemente, o Código Penal Brasileiro estabeleceu uma diferenciação adicional entre "estupro" e "atentado violento ao pudor". Estupro seria definido como um crime de ação privada contra os costumes (artigo 213 Lei 8.069/90; 8.072/90 e 8.930/94), enquanto atentado violento ao pudor um crime de ação pública (art. 214, art. 263 Lei 8.072/90 e art. 6 Lei 8,930/94). Em outras palavras, em caso de estupro, considerava-se crime a agressão à sociedade que se dá por intermédio do corpo feminino[4].

A partir de 07 de agosto de 2009, com o Decreto-Lei nº 12.015/2009, a definição de estupro tornou-se mais abrangente, incluindo o atentado violento ao pudor. Estupro, segundo a conceituação legal vigente, é o ato de "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso". Especificou-se como estupro de vulnerável "ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos" ou "com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência". A pena que incide é sempre de reclusão, com o mínimo de seis e o máximo de 30 anos, segundo a ocorrência de lesão corporal de natureza grave, vítima menor de dezoito anos ou maior que 14 anos ou caso a conduta resulte em morte. Se considerado estupro de vulnerável, o tempo mínimo de reclusão aumenta em dois anos. A pena deverá ser "aumentada de metade se do crime resultar gravidez e de um sexto até a metade se o agente transmite à vítima doença sexualmente transmissível de que sabe ou deveria saber ser portador"[5].

É importante notar que o recorte etário assumido pela lei (14 anos e 18 anos) não coincide com as divisões entre infância e adolescência adotadas por outras classificações

tais como a da OMS (com a qual compartilha o Ministério da Saúde do Brasil), ou mesmo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 1990). A primeira entende por adolescente toda pessoa de 10 a 19 anos enquanto o segundo define que adolescente é o indivíduo entre 12 e 18 anos (artigo 2º), salvo exceções apontadas nos artigos 121 e 142, em que a idade limite aumenta para 21 anos[5,6].

Os serviços que realizarem o atendimento de casos de violência contra a mulher, sejam eles públicos ou privados, devem efetuar a notificação compulsória do ocorrido (Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003) e comunicar obrigatoriamente ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude a suspeita ou confirmação de abuso sexual em crianças ou adolescentes menores de 18 anos de idade (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990)[7].

Também é prevista pelo Código Penal Brasileiro, desde 1940, (artigos 127 e 128), a obrigatoriedade do atendimento para interrupção de gravidez nos casos de estupro e risco de vida da mãe. Oliveira, em 2005, aponta que havia apenas 24 serviços no Brasil que colocassem em prática a Lei do "Aborto Legal", nos quase 6.000 municípios do país[8]. No ano de 2010, segundo dados da Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, encontravam-se em atividade 442 serviços de saúde para atendimento de violência sexual e 60 serviços especializados para atendimento de procedimentos relacionados à violência sexual previstos em Lei[9]. Atribui-se à boa assistência prestada às mulheres que recorrem aos serviços imediatamente depois de sofrida a violência, com oferta da contracepção de emergência, a diminuição do número de interrupções da gravidez por estupro verificada na última década[8].

1.4) Violência sexual: dados epidemiológicos

A face visível da VS pode ser avaliada pelos números criminalísticos e de saúde pública relacionados à violência como um todo. A Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo a inclui como estupro no indicador "Crimes Violentos", que compreende homicídios dolosos, roubos, latrocínios, e extorsão mediante sequestro, por ser considerado um crime socialmente relevante[10]. No 3º trimestre de 2004, a VS representava 02% do total de delitos (somatória de todos os crimes e contravenções que chegam ao conhecimento da Polícia)[11].

A OMS aponta prevalência de 2 a 5% de estupro no mundo e estima incidência de 12 milhões de pessoas vítimas deste crime a cada ano[1]. Entre 2001 e 2003 foram registrados 43.227 casos de estupro em nosso país[12].

Embora a VS não seja uma agressão restrita ao gênero feminino, a magnitude de sua expressão direcionada contra mulheres é notória e incontestável: 9 em cada 10 vítimas de VS notificada são mulheres[13]. Estudo americano que avaliou 402.900 casos de VS no período de 1992 a 2000, encontrou que 94% dos estupros, 91% das tentativas de estupro e 89% das demais agressões sexuais foram perpetradas contra mulheres[14].

Em um inquérito norte americano, 10,6% das mulheres informaram terem sido submetidas a sexo forçado pelo menos uma vez na vida[15]. Estudo retrospectivo inglês com 1207 mulheres atendidas no sistema de atenção primária apontou que 9% já haviam sofrido violência sexual e 4% haviam sido estupradas depois de adultas[16]. Outro estudo realizado nos EUA aponta que há variabilidade dos dados de acordo com o local pesquisado; estatísticas criminais apontam prevalência em torno de 7%, em amostras na comunidade de 5-28% e 32-57% em amostras clínicas[17].

Dados brasileiros indicam que a mulher é a principal vítima de violência doméstica e sexual, da infância à terceira idade[18]. No ano de 2008 (de 1º de janeiro a 31 de

dezembro), foram realizadas 8.766 notificações de atendimentos de violências doméstica, sexual entre outras, sendo 71,13% das vítimas do sexo feminino. A distribuição, segundo a faixa etária, se deu da seguinte forma: 63,22% das crianças agredidas eram do sexo feminino, sendo que 41% dos atendimentos totais, para ambos os sexos, foram atribuídos à agressão sexual. Mais da metade (60%) das meninas foram vítimas de algum tipo de violência sexual. Entre as adolescentes, a maioria (75,26%) era do sexo feminino e 56,3% dos atendimentos para ambos os sexos relacionavam-se a agressões sexuais, sendo que 70% das ocorrências entre adolescentes foram notificadas como violências de cunho sexual. Entre adultos, a agressão física (76%) é predominante para ambos os sexos, sendo maior entre homens (95%) e cerca de 1/5 das ocorrências são atribuídas à VS. As mulheres adultas são mais vitimizadas (85%) de maneira geral, relatando 1/5 das ocorrências como sendo de cunho sexual (23%). As mulheres idosas (65%) são mais frequentemente agredidas, com predominância de agressões psicológica/moral (55%) e física (27%), sendo apenas 4% das ocorrências de violência do tipo sexual[19].

Para todas as faixas etárias, nos relatos de violência (doméstica, sexual e outras), a maior parte dos eventos ocorre em casa (crianças 58%, adolescentes 50%, adultas 63%, idosas 86%), por agressor único (crianças 58%, adolescentes 70%, adultas 74%,idosas 66%), do sexo masculino (crianças 45%, adolescentes 71%, adultas 75%, idosas 51%). O agressor geralmente é conhecido. Entre crianças, em quase metade dos casos é um dos genitores (24% dos relatos referentes à mãe e 19% ao pai) ou amigos ou conhecidos (14%). Entre adolescentes, em 21% dos casos o agressor é desconhecido, 20% dos agressores são amigos ou conhecidos em e 12% das vezes o perpetrador é o pai. Mulheres adultas relatam que cônjuges (30%) e ex-cônjuges (11%) são agressores conhecidos frequentes e em 16% das vezes são agredidas por desconhecidos. Mulheres idosas sofrem violência principalmente por parte da família (filhos 37%, outros parentes

17% e cônjuge 10%). Considera-se violência de repetição em cerca de 1/3 dos casos, independente da faixa etária, com exceção das mulheres adultas, em que a frequência pode chegar a quase metade das ocorrências (crianças 31%, adolescentes 38%, adultas 48%, idosas 39%)[18].

São fatores associados à ocorrência de VS: ser jovem, consumir álcool e outras drogas, ter antecedente pessoal de estupro ou abuso sexual, ter múltiplos parceiros, prostituição e extremos de nível educacional e financeiro[1].

1.5) Violência sexual segundo faixas etárias

Não se pode dizer que existe uma vítima típica de VS, uma vez que esta agressão atravessa todas as classes sociais, níveis de escolaridade, raças e orientações sexuais[20]. Todavia, entre os mais afetados, observa-se a presença de duas sub-populações: uma que envolve agressor conhecido (freqüentemente intra-familiar), que corresponde a uma parcela com menor taxa de procura de auxílio, maior número de atos praticados e composta por mulheres mais jovens e uma outra sub-população composta por mulheres agredidas por estranho, faixa etária mais velha (idade média de 22 anos), maiores taxas de agressão física, de denúncia e de procura de auxílio[21,22,23].

A adolescência é a fase de maior risco para primeiro episódio de VS e este risco declina como tempo. A vitimização em idade anterior aos 14 anos dobra o risco de uma mulher sofrer nova vitimização ainda durante a adolescência[24]. As taxas de primeiro contato sexual não desejado entre adolescentes são semelhantes em diferentes países do mundo. Estudo americano apontou que, entre adolescentes colegiais, cerca de 20% havia tido ao menos um episódio de contato sexual forçado e apenas 1/3 delas havia dividido o ocorrido com alguém[25]. Levantamento nacional americano identificou que uma em cada doze crianças ou adolescente foram vítimas de alguma forma de violência

sexual[26]. No Canadá, 23% das adolescentes relataram a mesma experiência[27]. Dickinson e colaboradores encontraram relatos de primeira relação sexual forçada, em estudo conduzido na comunidade, para 25% de meninas com idade igual ou inferior a 13 anos e 16% de adolescentes com idades entre 14 e 19 anos[28].

Dados do Ministério da Saúde do Brasil sobre violência interpessoal nos anos de 2006 e 2007, segundo as faixas etárias, indicam que das 2.370 notificações de agressão contra adolescentes, 56% eram relativas à VS, 50% a violência psicológica/moral, 48% a violência física e 13% de negligência ou abandono. Metade das agressões ocorreu em suas casas e 17% em via pública[18]. Cerca de 900 casos (38%) foram considerados violência de repetição. A agressão se dava em 40% das vezes por meio de força corporal, 10% por arma de fogo e 7% por ameaça e em quase metade dos casos, não era possível identificar lesões corporais nos adolescentes. O agressor era, em geral, do sexo masculino (71%), único (70%) e conhecido (86,7%). As vítimas de sexo feminino representaram 78% da amostra. Entre as 930 meninas vítimas de VS, 71% foram vítimas de estupro, 22% de assédio, 32% de atentado violento ao pudor, 8% de exploração sexual e 2% foram expostas a pornografia infantil. Entre os adultos, em relação aos 4.050 eventos notificados, a violência física foi a mais freqüente (76%), seguida de psicológica/moral (57%) e sexual (18%). Mais da metade dos casos ocorreu na residência (63%) e menor parcela em via pública (16%). Quase metade dos casos (48%) foi considerada violência de repetição[18].

1.6) Violência sexual: efeitos e implicações para a saúde

O impacto socioeconômico da violência extrapola os custos monetários, porém estes podem ser verificados inclusive pelos custos diretos, calculados através do preço de serviços empregados para tratamento ou prevenção (saúde/médicos, policiais, criminais,

judiciários, previdenciários e de abrigamento). A dor e o sofrimento humano são custos não monetários exibidos pelo aumento da morbidade e da mortalidade (via homicídios e suicídios), do abuso de álcool e outras drogas e dos transtornos depressivos[29]. As experiências violentas inibem, modificam e enfraquecem tanto a qualidade quanto a capacidade de vida[30]. Os efeitos multiplicadores econômicos têm expressos seus efeitos na macroeconomia pela queda na participação no mercado de trabalho, diminuição da produtividade no trabalho, menores salários, aumento no absenteísmo e na produtividade intergeracional, mostrada pelas repetições de anos escolares e menor aproveitamento escolar infantil, além da diminuição de investimentos, de poupanças e fuga de capitais. Os efeitos multiplicadores sociais são expostos no impacto das relações interpessoais e qualidade de vida: transmissão intergeracional de violência, redução da qualidade de vida e, erosão do capital social[31].

A violência é uma causa importante de morbidade em múltiplas esferas: física, mental, sexual e reprodutiva. Violência sexual pode acarretar agravos imediatos e tardios à saúde física das mulheres[23]. Em curto prazo pode haver gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis (DST) - entre elas o vírus da imunodeficiência humana (HIV), disfunção sexual, infertilidade, doenças inflamatórias pélvicas, infecções urinárias e lesões genitais[32].

Mulheres vítimas de VS, estupro e violência doméstica apresentam risco aumentado de suicídio, abuso de álcool e outras drogas, DST, hipertensão, dor pélvica crônica, síndrome do intestino irritável, asma, problemas ginecológicos e vários outros transtornos mentais[33]. Dor pélvica crônica, síndrome pré-menstrual, doenças gastrointestinais, complicações ginecológicas e de gestação, migrânea e outros tipos de cefaleias além de dores nas costas, são também relacionados, a longo prazo, a experiência de VS[23]. Estudo que avaliou 252 mulheres encontrou associação entre

somatização e história de abuso sexual[34]. Estudos norte-americanos apontaram maior uso de serviços de saúde por mulheres com história de VS[17,35].

Quanto mais precoce, intensa ou prolongada a situação de violência, maiores e mais permanentes os danos para o adolescente. Assim, a idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima, a representação da violência pelo adolescente, ou ainda as medidas empreendidas para prevenção de agressões futuras, determinam o impacto da violência para a saúde desse grupo etário[36].

A experiência de VS na adolescência pode se apresentar por sinais e sintomas indiretos tais como mudanças de comportamento; atitudes sexuais impróprias para a idade; demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores à de sua fase de desenvolvimento através de falas, gestos ou atitudes; masturbação frequente e compulsiva independente do ambiente em que se encontre; tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital ou ainda reproduzem as atitudes do abusador com ela. Também podem ser verificáveis sinais evidentes como edema ou lesões em área genital, lesões de palato ou de dentes anteriores (decorrentes de sexo oral), sangramento vaginal em pré-púberes (excluindo a introdução de corpo estranho pela criança), sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal, rompimento himenal, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e aborto[37].

1.7) Violência sexual: implicações para a saúde mental

Uma revisão de literatura que correlacionou a exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento indicou que em mulheres chilenas que sofreram VS a razão de chance de sintomas de depressão e ansiedade foi 9,7 vezes

mais alta em comparação às mulheres que não tinham sido expostas a violência e de 4,4 para transtornos mentais entre mulheres indianas vítimas de VS[38]. Estudo em atenção primária na Austrália com 3062 mulheres mostrou que 13% referiram estupro ou tentativa de estupro na vida; nestas, houve associação com aumento nas taxas de problemas físicos, abuso de substâncias psicoativas (SPA), ansiedade, depressão e tentativa de suicídio. As conseqüências para a saúde mental podem ser graves e de longa permanência. Vítimas de abuso sexual na infância têm maior chance de ter depressão, abuso de SPA, TEPT e suicídio quando adultas[39].

Estudo londrino de revisão aponta taxas de ideação suicida de 44% e 19% de tentativa de suicídio em sobreviventes de violência sexual e refere que 1/3 das mulheres que foram estupradas apresentam problemas psicológicos e sociais a longo prazo[23]. Mulheres com história de VS têm maior vulnerabilidade para sintomas psiquiátricos, principalmente depressão, pânico, somatização, distúrbios do sono, dificuldades sexuais, alterações do apetite, transtorno obssessivo-compulsivo (TOC), abuso e dependência de SPA[16,17,40,41,42]. Pacientes com antecedentes de problemas físicos, psíquicos ou sociais desenvolveram sintomas adicionais de depressão, comportamento psicótico, comportamento suicida, uso de SPA e alterações sexuais[43]. Outro estudo comparou conseqüências psicopatológicas em mulheres que sofreram estupro já adultas com mulheres que sofreram eventos não sexuais (acidente de carro, assalto) e encontrou taxas significativamente maiores de TEPT, alterações sexuais, transtornos alimentares, do humor e abuso SPA entre as primeiras[22].

A experiência de violência sexual tem consequências no desenvolvimento das relações afetivo-sexuais, tais como: distúrbios ou incapacidade de assumir uma vida sexual adulta saudável (ausência de desejo sexual, anorgasmia, frigidez, impotência,ejaculação precoce), dificuldades no desenvolvimento sexual (tendências para

assexualidade ou hipersexualidade) ou desvio no comportamento sexual (promiscuidade, perversões, fetichismo, exibicionismo, voyerismo, parafilias -pedofilia)[36].

Em 1974 Burgess e Holmstrom descreveram a Síndrome do Trauma do Estupro que se constitui de uma fase aguda de desorganização do estilo de vida, com duração de 2 a 3 semanas com sintomas físicos (náuseas, vômito, anorexia, desconforto geniturinário, tensão muscular) e psíquicos (negação, raiva, medo, culpa, pânico, ansiedade, variações no humor, humilhação, vergonha, desesperança, vingança, medo de repetição desconfiança de homens, alterações sexuais) e um processo prolongado de reorganização (manutenção ou redução das alterações da fase anterior, cefaleia, cólicas, fobias, pesadelos, distúrbios do sono, ideias suicidas, ansiedade, depressão, variações no humor, humilhação, vergonha, culpa, desesperança, vingança, medo de repetição)[43,44]. A melhor ou pior adaptação nesta fase varia de acordo com a idade, situação de vida, circunstâncias do estupro, personalidade e rede de apoio[32].

1.8) Atendimento em saúde para mulheres vítimas de violência sexual

O tratamento precoce e multiprofissional mostra-se fundamental em função dos níveis sintomatológicos iniciais e, portanto, os profissionais que atendem as vítimas de estupro necessitam tomar medidas para reduzirem o sofrimento imediato pós estupro. Em relação à adolescência, soma-se a necessidade de que os serviços de saúde ofereçam, de maneira coordenada, não apenas cuidados médicos e psicológicos, mas também ambiente protegido e seguro[45].

A Norma Técnica do Ministério da Saúde publicada em 2010 indica que os casos de estupro sejam atendidos em serviço de saúde com espaço físico adequado, equipado de modo a funcionar com autonomia e resolutividade. Sugere que uma equipe interdisciplinar seja designada e capacitada para tais atendimentos, tendo em sua

composição médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem agregar à equipe nuclear, especialistas de outras áreas, incluindo psiquiatria. Todos os funcionários do serviço, não apenas a equipe diretamente responsável, devem ser sensibilizados de forma a oferecer acolhimento respeitoso e humanizado. Os dados obtidos na anamnese, exame físico e ginecológico, exames complementares e relatórios de procedimentos devem ser registrados no prontuário do serviço, se possível, utilizando fichas específicas de atendimento. Dados relativos ao evento, aos encaminhamentos e à rede de apoio da paciente devem constar em prontuário. Anticoncepção de emergência, prescrição de medicações para profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e imunização devem ser proporcionadas, sob orientação dos critérios de elegibilidade para indicação e aplicação dos mesmos. Preconiza-se coleta de sangue e seguimento laboratorial das sorologias para infecções virais[7].

Em função disto, é fundamental que haja serviços que atendam esta demanda de forma ágil, acolhedora, em bom ambiente e com capacidade de atuar nas preocupações imediatas (lesão física, DST, gravidez), e uma equipe com capacidade de detecção, avaliação e administração dos sintomas psíquicos[39,44,46]. A evolução e resolução do quadro depende de personalidade prévia, tipo de trauma, suporte recebido (suporte imediato parece ser um fator de alívio dos sintomas) e rede de apoio social[44].

1.9) Caracterização do Serviço e do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no Município de Campinas e no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (anteriormente denominado CAISM)

O município de Campinas, através de programa implantado pela Secretaria Municipal de Saúde e financiado pelo Ministério da Saúde, oferece desde 2001, um

projeto de atendimento intersetorial e interinstitucional a vítimas de violência sexual. O Projeto *Iluminar Campinas: Cuidando das Vítimas de Violência Sexual* abrange atuações em diversas áreas: saúde, educação, assistência social, jurídica, de cidadania e oferece cuidados em saúde nas esferas física, mental, social e civil a todas as vítimas de violência sexual urbana ou doméstica, independente de sexo e idade. Visa prevenir gravidez por estupro e as doenças sexualmente transmissíveis virais e não virais, além de intervir na cadeia de violência por meio do cuidado às pessoas autoras da agressão, em ambiente não policial, e criar indicadores gerenciais e epidemiológicos da violência sexual no município, a partir do banco de dados dos casos notificados[47,48].

O Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), anteriormente denominado CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) é um hospital terciário universitário especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, que integra a rede de instituições parceiras do projeto Iluminar Campinas. É a referência local (município de Campinas) e regional para atendimento durante as 24 horas de mulheres vítimas de violência sexual (pós-púbere, menopausada e não-púbere maior que 14 anos que relate ter sido vítima de violência sexual), abrangendo, inclusive, assistência à gestação decorrente de estupro[48,49].

Desde 1998 o atendimento é sistematizado através de fluxogramas e protocolos próprios para as diferentes áreas de atuação. Os protocolos foram desenvolvidos pelos profissionais de uma equipe multidisciplinar capacitada composta por enfermeiro (as), ginecologistas, infectologista, assistentes sociais e psicólogas. Eles visam prevenir a gravidez, as DST e promover a recuperação física, psicológica e social da mulher. Sua utilização possibilita nortear o cuidado, facilitar os processos de trabalho e garantir o registro adequado das intervenções. Esta equipe é responsável pela capacitação dos funcionários das diferentes unidades de atendimento e tem ampliado o número de

profissionais de saúde treinados para este atendimento através de cursos e palestras em nível regional, estadual e nacional[48,49].

Os atendimentos realizados neste serviço são registrados em ficha clínica única, que passa a compor o prontuário que é aberto e arquivado pelo Serviço Médico e de Estatística (SAME) e obedecem a uma sequencia de avaliações[49]. Inicialmente o acolhimento é realizado na enfermaria de ginecologia, pela enfermeira. É ela que realizará a triagem e os encaminhamentos de acordo com o tipo de violência. Caso a paciente não seja considerada caso de violência sexual, receberá orientações cabíveis e será encaminhada para acompanhamento em serviço pertinente. A partir da identificação de um caso de violência sexual contra mulheres pós-púberes, menopausadas ou não-púberes maiores de 14 anos, a paciente será avaliada por enfermeiro e médico. A enfermeira além de elaborar diagnósticos e prescrição de enfermagem, também orienta sobre os procedimentos que serão realizados, doenças sexualmente transmissíveis e possibilidades de gravidez[50]. A partir da anamnese, classificar-se-ão as ocorrências em dois tipos segundo o intervalo de tempo transcorrido entre a agressão e o contato com o serviço de saúde. Ocorrências imediatas incluem até o 5º dia após a violência e tardias compreendem aquelas que ocorrem a partir do 6º dia após a agressão[48]. A quimioprofilaxia com drogas antirretrovirais é indicada dentro do intervalo de 72 horas que segue o contato sexual[49]. As pacientes são encaminhadas para atendimento ambulatorial após este primeiro contato.

Preconiza-se que o atendimento ambulatorial inicie-se em sete dias do atendimento inicial realizado na enfermaria e tenha duração de seis meses. É realizado por equipe multidisciplinar composta por ginecologista, enfermeiro (a), assistentes sociais e psicólogas[48]. A intervenção social, que pode ter se iniciado no atendimento inicial não é

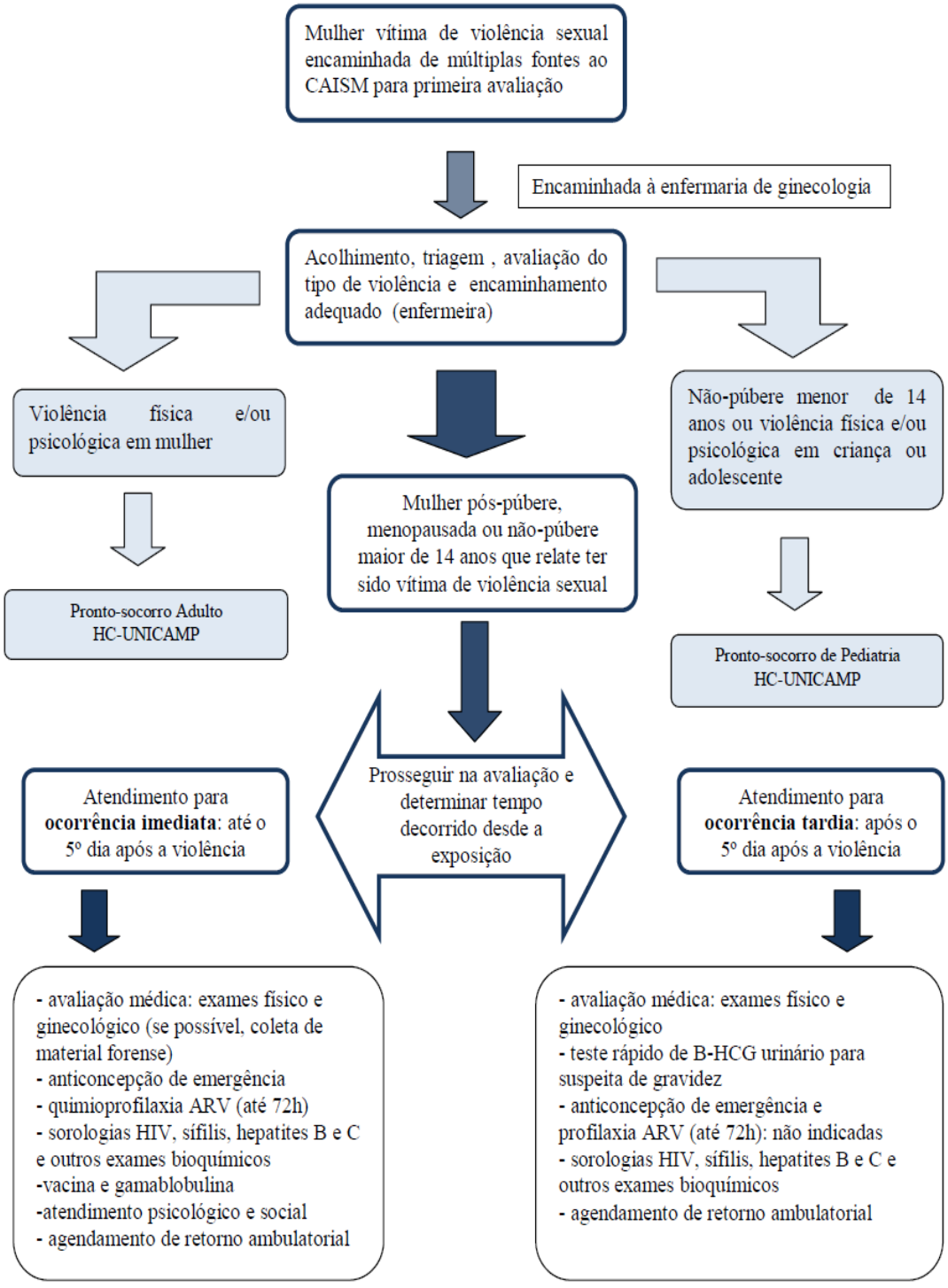
restrita à usuária, sendo extensiva aos familiares e/ou acompanhantes quando necessário e se mantém por todo o período de acompanhamento ambulatorial[50].

O serviço conta com duas psicólogas aprimorandas supervisionadas e duas psicólogas do serviço. O atendimento psicológico é oferecido a todas as pacientes, incluindo aquelas que forem vítimas de gestação decorrente de estupro.

Em 2006 iniciou-se o atendimento psiquiátrico voluntário realizado por dois médicos residentes em Psiquiatria, do primeiro ano, com supervisão docente. A partir de 2007 os médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia integraram o corpo de atendimento, também sob supervisão docente.

A partir de 2009 o atendimento psiquiátrico foi incorporado ao programa regular dos residentes do 3º ano de Psiquiatria e desde 2010 foi também incluído no programa regular da Residência em Psiquiatria na área de atuação da infância e adolescência. Para a padronização deste atendimento foi inicialmente elaborada uma ficha específica da psiquiatria e utilizadas as Escalas de Avaliação de Ansiedade (Anexo 4) e Depressão (Anexo 5) de Hamilton[51]. Posteriormente foram adicionados o Inventário Beck de Ansiedade (Anexo 6) e a Escala de Avaliação de PTSD Administrada pelo Clínico - CAPS para transtorno do estresse pós-traumático (Anexo 7)[51].

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO CAISM: ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO INICIAIS



1.10) Violência sexual: notificação, seguimento e adesão

Segundo a Secretaria de Segurança Pública, um crime só será incluído nas estatísticas oficiais caso ocorram três etapas sucessivas: detecção do crime, notificação às autoridades e, por último, registro de boletim de ocorrência. As pesquisas sobre vitimização no Brasil sugerem que a média de registro policial é de apenas 1/3 dos crimes ocorridos, variando de acordo com cada delito. A subnotificação é um fenômeno universal. Segundo o Instituto Europeu de Criminologia da ONU, avaliando dados de 20 países, entre 1988 e 1992, na média, cerca de 51% dos crimes deixaram de ser comunicados à polícia. Para ofensas sexuais as taxas variavam de 3,6 a 43%[10]. A maioria das mulheres que sofre violência sexual não reporta o crime à polícia; estima-se que menos de 20% chegam ao conhecimento das autoridades e tampouco aos profissionais de saúde. O National Crime Victimization Survey (NCVS), estudo conduzido nos Estados Unidos, estimou que apenas 38% dos estupros ocorridos no ano de 2005 foram notificados à polícia[52]. No Brasil, acredita-se que tal cifra não corresponda a 10% dos casos[53].

Verificou-se que a propensão de uma vítima notificar um crime sofrido é dependente de múltiplos fatores e circunstâncias relacionadas às percepções da vítima, ao sistema policial ou ao tipo de crime. Dentre eles estão a percepção social da eficiência e confiabilidade do sistema policial, da seriedade do crime, de o crime implicar ou não em situação considerada "vexatória" (incluindo aqui estupro e agressões domésticas), do grau de relacionamento da vítima com o agressor, da experiência pregressa da vítima com a polícia, da existência de formas alternativas para resolução do incidente, entre outras[10]. As vítimas referem que não contam por sentirem vergonha, medo de serem culpadas, e humilhadas pela exposição pública, além de medo de repetição da agressão[54,55]. A notificação pode também ser evitada pela percepção de que implique em contatos com a

polícia e o sistema criminal, limitações cognitivas e segundo a relação da vítima com o agressor[56]. Adolescentes cuja violência foi perpetrada por agressor conhecido tendem a não relatar a violência à polícia e tendem a buscar serviços de saúde por queixas relacionadas às experiências relacionadas à agressão[24].

Estudo em atenção primária na Austrália com 3062 mulheres apontou que somente 9% das mulheres que sofreram estupro ou tentativa de estupro contaram ao médico, 54% não contaram porque ele não perguntou, 14% porque ficaram constrangidas e 3% porque não confiavam no médico[39,49].

Pouco se sabe sobre as pacientes que não reportam a violência ou que abandonam o seguimento nos serviços de saúde. Embora os números encontrados nos estudos populacionais sejam alarmantes, não correspondem aos dados relacionados à busca de auxílio, seja policial ou em serviços de saúde. Se por um lado as informações policiais possam ser, geralmente, incompletas e limitadas, os serviços de saúde podem ter um contato enviesado com os casos de maior apresentação de problemas imediatos relacionados ao evento[1].

Há ainda poucos estudos que discutem as variáveis relacionadas à adesão de mulheres vítimas de violência sexual aos tratamentos oferecidos. Estudo canadense apresentou apenas 21% de adesão em seis meses e verificou que não adesão ao retorno de 30 dias era preditor de perda do seguimento em seis meses em 98%[57]. Alguns estudos indicam taxas de comparecimento em consultas de seguimento variando de 10 a 31%[40].

Holmes levanta algumas hipóteses acerca da má adesão ao acompanhamento ambulatorial em saúde para vítimas de estupro, podendo estar relacionadas com o comportamento evitativo, negação e desorganização associadas às elevadas taxas de TEPT nessa população. O autor considera que talvez estas mulheres não consigam

entender a necessidade do seguimento médico ou as conseqüências a longo prazo que poderiam ser evitadas com atendimento médico precoce[40].

Estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo, com 366 mulheres que procuraram atendimento por violência sexual, apontou taxa de 75% de adesão ao tratamento, mas mesmo entre as que mantiveram tratamento, a maioria expressou o desejo de não manter acompanhamento específico para a violência sexual[58].

2

OBJETIVOS

2.1) Geral:

Avaliar o perfil, características da agressão, sintomas psíquicos e seguimento ambulatorial de mulheres que procuraram atendimento no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher por terem sofrido violência sexual.

2.2) Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas da população estudada.
- Descrever as características relacionadas ao evento da população estudada.
- Descrever as características do atendimento de emergência dispensado à população estudada.
- Descrever os resultados da avaliação psiquiátrica ambulatorial efetuada com a população estudada.
- Descrever os sintomas psíquicos apresentados e correlacioná-los com as características sociodemográficas da população estudada.
- Comparar as vítimas segundo agrupamento por faixa etária (adolescentes e adultas) segundo a apresentação de características sociodemográficas, relacionadas ao evento e à apresentação de sintomas após a agressão.
- Apresentar a taxa de seguimento ambulatorial da população estudada.

3

MÉTODO

Este foi um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, dividido em etapas conforme apresentado abaixo:

Etapa 1: Levantamento da relação de todos os atendimentos de emergência por violência sexual do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti no período de junho de 2006 a dezembro de 2010.

Etapa 2: Estruturação de ficha de coleta de dados (anexo III) a partir das fichas de atendimento da equipe multidisciplinar constantes dos prontuários médicos da vítimas.

Etapa 3: Fase piloto de preenchimento da ficha a partir de 50 prontuários visando à avaliação de sua aplicabilidade e ajustes no formato .

Etapa 4: Triagem dos casos a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

Etapa 5: Coleta dos dados, utilizando-se a ficha estruturada desenvolvida para o estudo, a partir dos prontuários solicitados para o SAME.

Etapa 6: Inserção dos dados no programa estatístico SPSS **(**Statistical Package for Social Sciences).

Etapa 7: Análise estatística dos dados.

A seguir, serão apresentados esclarecimentos complementares sobre variáveis utilizadas no estudo.

Definição de adolescentes e adultas

Para o recorte etário utilizou-se o critério da OMS, no qual adolescentes são indivíduos com idades entre 10 e 19 anos e adultos são sujeitos com idades iguais ou superiores a 20 anos de idade[59].

Adesão ambulatorial

Para discriminação da adesão ambulatorial, estabeleceu-se quatro categorias

elaboradas para este estudo, baseadas no seguimento de seis meses proposto pelo protocolo desenvolvido para o atendimento destas vítimas[48,49], a saber:

- Não adesão: pacientes que receberam atendimento emergencial e foram encaminhadas para seguimento ambulatorial, mas não compareceram nenhuma vez àquele serviço.
- Adesão inicial: pacientes que tiveram apenas um comparecimento no serviço ambulatorial multidisciplinar, sem comparecer a retornos posteriores e sem novas coletas de exames.
- Adesão parcial: mais do que um comparecimento ao serviço ambulatorial, porém com faltas suficientes para não completar o esquema de seguimento sorológico de seis meses.
- Adesão completa: pacientes que compareceram a todas as consultas agendadas ou que completaram os seis meses de seguimento sorológico.

Nos resultados complementares que avaliaram a adesão de acordo com perfil sociodemográfico, características do evento e atendimento emergencial, a adesão foi agrupada em adesão (adesão inicial + adesão parcial + adesão completa) X não adesão.

Reação psíquica apresentada após a violência sexual

A avaliação clinica das vítimas foi realizada por residentes de psiquiatria, que foram supervisionados por docente, tendo sido elaborados diagnósticos relacionados à vivência de VS, segundo descrito a seguir, e de comorbidades psiquiátricas, quando identificadas. Dividiu-se, segundo a apresentação de sintomas, o diagnóstico das reações pós- violência em:

- Ausência de sintomas: quando a paciente não apresentou quaisquer sintomas, independente de intensidade ou duração, após a VS, tanto relatados em anamneses subjetiva e objetiva (quando havia acompanhante), quanto verificados pelo médico avaliador.
- Sintomas leves ou de curta duração: quando a paciente desenvolveu sintoma(s) porém de intensidade e/ou duração insuficientes para preencher critérios diagnósticos para transtornos mentais pela CID-10[60].

- Sintomas graves: quando houve desenvolvimento de sintomas, pela paciente, após a experiência de VS, em intensidade e duração suficientes para preenchimento de critérios diagnósticos para transtornos mentais pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10)[60].

4

RESULTADOS

4.1- Artigo 1

(comprovante de submissão, Anexo 8)

Artigo 1
Tipo de trabalho: artigo original

Título em português**: Violência Sexual: Estudo Descritivo sobre as Vítimas e o Atendimento em Serviço Universitário de Referência no Estado de São Paulo, Brasil**
Título corrido: **Perfil e atendimento de mulheres vítimas de violência sexual no Brasil**

Título em inglês: **Characterization of women victims of sexual violence assisted at a University referral centre from São Paulo State, Brazil**

Running title: **Profile and assistance of women victims of sexual violence in Brazil**

Autores: Cláudia de Oliveira Facuri[I], Arlete Maria dos Santos Fernandes[II], Karina Diniz Oliveira[III], Tiago dos Santos Andrade[IV], Renata Cruz Soares de Azevedo[V]

Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil

I Psiquiatra, Pós-graduanda do programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP)
Contribuição: concepção, coleta, análise e discussão dos dados
Telefone (19) 971218-69
claudiafacuri@yahoo.com.br

II Ginecologista, Docente do Departamento de Ginecologia do Hospital Aristodemo Pinotti (CAISM)/UNICAMP e coordenadora do Ambulatório de Atendimento Especial CAISM/UNICAMP
Contribuição: concepção e discussão dos dados
Telefone: (19) 3521-9306
arlete@fcm.unicamp.br

III Psiquiatra, Mestra em Psiquiatria pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP)

Contribuição: concepção e coleta dos dados
Telefone: (19) 9657-8425
karina.dinizoliveira@gmail.com

IV Psiquiatra
Contribuição: concepção e coleta dos dados
Telefone: (19) 8240-2471/ (19) 9125-2186
tsa2570@uol.com.br

V Psiquiatra, Docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria FCM/UNICAMP e responsável pela supervisão dos residentes de psiquiatria no Ambulatório de Atendimento Especial CAISM/UNICAMP
Contribuição: concepção, análise e discussão dos dados
Telefone: (19) 3521.7206
azevedo.renata@uol.com.br

Descritores: violência contra a mulher, estupro, violência sexual, delitos sexuais

Key words: violence against women, rape, sexual violence, sex offenses

Resumo

A violência sexual (VS) é problema de saúde pública global e ações têm sido implementadas para estimular estudos no tema, para propor intervenções de prevenção e atendimento adequado. Este estudo objetivou caracterizar a população de mulheres que sofreram VS, descrever as características da agressão e do atendimento dispensado em serviço universitário de referência. Estudo quantitativo e retrospectivo com atendimentos por VS de junho/2006 a dezembro/2010. Avaliadas 687 mulheres, maioria branca, solteira, sem filhos, com idade média de 23,7 anos, escolaridade entre fundamental e média, empregadas, com religião e prática religiosa. 1/4 sem relação sexual anterior. VS principalmente à noite, na rua, por agressor desconhecido e único,via vaginal e com intimidação. Maioria contou para outras pessoas e se sentiu apoiada. Atendimento precoce para quase 90% das mulheres, instaurando medidas profiláticas. Ocorreu

crescimento na procura precoce ao longo do período. Conhecer melhor as características da população e do evento pode auxiliar estruturação e qualificação de modelos de atendimento.

Abstract

Sexual violence (SV) is a global public health problem and actions have been implemented to encourage studies on this issue, to propose interventions for prevention and appropriate care. This study aimed to characterize the population of women who suffered SV, to describe the characteristics of aggression and assistance provided at a university reference centre. A quantitative and retrospective study of assistance for VS from June/2006 to December/2010. Evaluated 687 women, mostly white, unmarried, childless, with a mean age = 23.7 years, education between primary and secondary and employed, with religion and religious practice. ¼ had no previous sexual intercourse. SV took place mostly at night, in the street, by unique and unknown assailant, vaginally and under intimidation. Most told other people and felt supported. Early care occurred for almost 90% of women, allowing preventive measures. There was a increment of early sought for help over the period. Knowing the population´s and event's characteristics may help structuring and qualifying models of care.

INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) é um fenômeno universal, no qual não há restrição de sexo, idade, etnia ou classe social que ocorreu no passado, e ainda ocorre, em diferentes contextos ao longo da história da humanidade[1,2]. Embora atinja homens e mulheres, estas são as principais vítimas, em qualquer período de suas vidas, no entanto, as mulheres jovens e adolescentes apresentam risco mais elevado de sofrer este tipo de agressão[3,4,5].

Estupro é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como todo ato sexual ou tentativa para obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção[2]. No Brasil, é definido juridicamente como sendo o ato de "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso"[6].

Estima-se prevalência global de estupro de 2 a 5% e incidência de 12 milhões de vítimas a cada ano[2]. A prevalência de estupro em mulheres, ao longo do vida, corresponde a aproximadamente 20%[4,7]. Dados nacionais indicam uma média diária de 21,9 mulheres procurando atendimentos em serviços de saúde por violência sexual e 14,2 mulheres/dia notificadas como vítimas de estupro[8].

A VS tem efeitos devastadores nas esferas física e mental, em curto e longo prazos[2,4]. Entre as consequências físicas imediatas estão a gravidez, infecções do trato reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis (DST)[1,2,4]. Em longo prazo, essas mulheres podem desenvolver distúrbios ginecológicos e na esfera da sexualidade[5]. Mulheres com história de VS têm maior vulnerabilidade para sintomas psiquiátricos, principalmente depressão, pânico, somatização, tentativa de suicídio, abuso e dependência de substancias psicoativas[5].

É possível dividir as vítimas em duas subpopulações: uma que envolve agressor conhecido (frequentemente intrafamiliar), em que há menor taxa de procura por auxílio, maior número de atos praticados e composta por mulheres mais jovens e outra por mulheres agredidas por estranho, faixa etária mais velha (idade média de 22 anos), maiores taxas de agressão física, de denúncia e de procura de auxílio[9,10,11].

Dada a gravidade do problema no que tange a violação dos direitos humanos e ao impacto físico, psíquico e social, a VS foi reconhecida como um problema de saúde pública global em 1993, pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS)[2,12]. Desde então muitas ações foram implementadas para estimular estudos sobre a violência contra a mulher e propor intervenções relativas à prevenção da agressão, atendimento adequado, humanizado e normatizado[1,13].

Atribui-se à boa assistência prestada, o aumento do número de mulheres que recorrem aos serviços imediatamente após a violência sexual, com utilização da contracepção de emergência nas primeiras horas após o evento e a consequente diminuição do número de interrupções da gravidez por estupro verificada na última década[1].

Em função disto, é fundamental que haja serviços que atendam esta demanda de forma ágil, acolhedora, em bom ambiente e com capacidade de atuar nas preocupações imediatas (lesão física, DST, gravidez) e nas dificuldades psíquicas[4,5,14].

No ano de 2010, existiam no Brasil 442 serviços de saúde para atendimento de violência sexual e 60 serviços especializados para atendimento de procedimentos relacionados à violência sexual previstos em Lei[15].

A partir do cenário descrito, considera-se que prover informações sobre as características das mulheres vítimas de VS, a descrição da agressão e do atendimento recebido, pode auxiliar na discussão acerca de abordagens do problema no âmbito dos serviços de saúde.

Este estudo teve o objetivo de caracterizar a população de mulheres que sofreram violência sexual, descrever as características da agressão e do atendimento dispensado em serviço universitário de referência do Estado de São Paulo.

MÉTODOS

Estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, que avaliou o perfil sociodemográfico, as características da agressão e do atendimento de mulheres vítimas de VS avaliadas em serviço universitário de referência, no período de junho de 2006 a dezembro de 2010.

Foram excluídas mulheres pré-púberes, com idade inferior a 12 anos (atendidas em Ambulatório de Violência Contra a Criança da mesma universidade) e mulheres nas quais não foi configurada VS após triagem. Nas mulheres vitimizadas em mais de um evento de VS no mesmo período, foi considerado apenas o primeiro atendimento.

O estudo foi realizado no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, serviço terciário universitário especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido e referência do município e da região metropolitana de Campinas que abrange mais de 17 municípios com cobertura estimada em torno de 2,5 milhão de pessoas. A assistência à mulheres vítimas de VS foi instituído a partir de 1994, oferece atendimento de emergência e ambulatorial multidisciplinar (ginecologista, enfermeiro, psicólogo, assistente social e psiquiatra) visando prevenir a gravidez, as DST e promover a recuperação física, psicológica e social da mulher, e inclui a assistência à gestação decorrente de estupro em acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde[16,17].

O primeiro contato com o serviço é realizado por enfermeiros, que fazem os encaminhamentos de acordo com o tipo de violência. As mulheres são avaliadas por enfermeiro e médico[18] e as ocorrências são classificadas em dois tipos segundo o intervalo de tempo transcorrido entre a agressão e o contato com o serviço de saúde:

imediatas (até cinco dias após a VS) e tardias (após cinco dias da agressão)[18]. Após este atendimento de emergência, as pacientes são encaminhadas para atendimento ambulatorial com equipe multiprofissional e seguidas por seis meses.

Os dados foram coletados a partir das informações dos prontuários dos atendimentos multidisciplinares, em ficha de coleta desenhada para o estudo. Foi realizada uma fase piloto através do levantamento de 50 fichas visando a adequação do registro dos dados.

Foram levantadas as seguintes variáveis: 1) Sociodemográficas: idade, cor da pele, estado civil, prole, escolaridade, situação profissional (sendo que a categoria "empregada" foi utilizada quando a paciente estava em atividade laboral regular que não a atividade de dona de casa), religião, prática religiosa, ter tido relação sexual anteriormente ao evento, se tinha antecedente pessoal ou familiar de VS e se possuía antecedente de doença crônica; 2) Relacionadas à VS: horário do evento, local de abordagem, características do agressor (conhecido ou desconhecido, único ou múltiplos), presença e tipo de intimidação (arma de fogo, arma branca, força física, ameaça verbal), tipo de agressão sexual (coito vaginal, anal, oral ou mais de um tipo) e realização de Boletim de Ocorrência (B.O.) e 3) Relacionadas ao atendimento de emergência: tempo transcorrido entre o evento e a primeira avaliação no serviço (calculado a partir das informações apresentadas na ficha de atendimento em até 24 horas ou mais de 24 horas), classificação do atendimento (imediato- até cinco dias, ou tardio- após cinco dias), prescrição de anticoncepção de emergência, profilaxia com antirretrovirais, vacina ou imunoglobulina contra hepatite B, profilaxia para DST bacterianas, se contou a alguém e quem (cônjuge -namorado ou marido, mãe, pai, irmãos, amigos, polícia, outros), se sentiu-se apoiada (sim, não ou parcialmente).

Para avaliação do seguimento foram definidas duas variáveis: não adesão (pacientes que compareceram apenas ao atendimento de emergência) e adesão (mulheres que compareceram ao atendimento ambulatorial).

As taxas para tempo transcorrido entre a agressão e o primeiro contato com o serviço de referência (24 e 72 horas) e realização de B.O. foram apresentadas em agrupamentos de 30 meses (2006-2008) e 24 meses (2009-2010) para melhor comparação do comportamento desta população ao longo do período.

Foram incluídos todos os prontuários relativos aos atendimentos do período acima definido. Os dados coletados foram inseridos em banco de dados através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 11.5) e submetidos à revisão e análise estatística. A

comparação entre os períodos de tempo foi realizada com o Teste de Qui-quadrado, considerando-se como estatisticamente significativos os valores de p menores que 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP com registro nº 1063/2011 .

RESULTADOS

No período de junho de 2006 a dezembro de 2010, foram realizados 762 atendimentos a 745 mulheres (sendo que 17 deles foram de mulheres revitimizadas no período). Trinta e quatro mulheres foram excluídas pela agressão não ter configurado VS e 24 por serem menores de 12 anos. Foram avaliados os dados de 687 mulheres vítimas de VS atendidas durante no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da UNICAMP . A média de idade das mulheres foi de 23,7 anos (mín:12– max:85 anos), mediana de 20 anos.

A maioria era ativa, sendo que 41.6% estavam empregadas e 39,4% eram estudantes. A maioria referiu ter religião (84,9%) e ter prática religiosa (74,7%), sendo que 52,6% eram católicas e 40,7% evangélicas.

INSERIR TABELA 1 AQUI

A Tabela 2 apresenta a caracterização da violência sexual sofrida pelas pacientes avaliadas.

INSERIR TABELA 2 AQUI

As características do atendimento de emergência dispensado às mulheres encontram-se na Tabela 3. Dois terços das mulheres chegaram ao serviço nas primeiras 24 horas após a VS e o atendimento nas primeiras 72 horas foi realizado a 87,6% das mulheres, permitindo a prescrição de profilaxias antirretroviral, vacinação/imunoterapia para hepatite B, antibióticos e anticoncepção de emergência para a maioria das vítimas.

INSERIR TABELA 3 AQUI

Com o objetivo de avaliar se houve mudanças ao longo do período estudado no que tange à busca precoce de atendimento após a VS e a taxa de realização de B.O., foi realizada uma análise agrupando o período em dois biênios (Tabela 4).

INSERIR TABELA 4 AQUI

A taxa de não adesão ao seguimento ambulatorial foi de 24,5%. As pacientes que não aderiram (compareceram apenas ao atendimento de urgência) apresentaram, quando comparadas às que aderiram ao atendimento ambulatorial, menor escolaridade (P=0,0268), antecedente pessoal de violência sexual (p<0,0001), doenças crônicas (p<0,0001), mais agressões por conhecido (p=0,044) e por meio de ameaça verbal (p=0,0239). Estas vítimas dividiram menos com outras pessoas sobre a violência (p=0,0001) e quando o fizeram, não se sentiram apoiadas (p=0,0210). O estupro representou, mais frequentemente, a primeira relação sexual para as pacientes que aderiram ao acompanhamento ambulatorial (p=0,0436).

DISCUSSÃO

Embora a subnotificação de casos de violência sexual seja elevada[4,19,20], a prevalência e as consequências individuais e coletivas são suficientemente graves para torná-la um problema de saúde pública mas que vem sendo continuamente negligenciado[14]. Considerando isto, este estudo apresentou o perfil sócio demográfico, relacionado à VS e ao primeiro atendimento de 691 mulheres vítima de VS atendidas em um serviço universitário.

Do ponto de visto sócio demográfico, o perfil encontrado, composto por adolescentes e mulheres jovens, brancas, solteiras, sem filhos, com escolaridade acima da média nacional e regional, hígidas e ativas, com religião e prática religiosa, foi compatível com estudos nacionais e internacionais[21-26]. Entre as pacientes avaliadas, dezesseis por cento já haviam sofrido VS em outro momento da vida, dado inferior ao encontrado na literatura internacional[27]. É importante ressaltar que a VS foi a primeira relação sexual para um quarto das vítimas, e se considerarmos apenas pacientes com até 19 anos, esta taxa sobe para 45,4%. Em Curitiba, em estudo realizado com 117 mulheres, cerca de um terço das vítimas (independente da faixa etária) não havia tido relação sexual

anterior à VS, sendo que 28,7% deles tinham idades entre 10 e 19 anos[23]. Consideramos que este dado representa um potencial agravante à sexualidade futura destas pacientes[28].

Os dados referentes ao evento apontam que o estupro ocorreu principalmente no final do dia e na madrugada, na rua, perpetrado via vaginal, por agressor único, desconhecido, com intimidação, particularmente por força física. Estes dados são semelhantes a estudos realizado em Teresina[24] e Londrina[26] que também encontraram maior frequência de agressores desconhecidos, respectivamente 51% e 58,5% das agressões. Todavia, estes dados revelam uma realidade pouco relatada na literatura, que em sua maioria descreve estudos com agressor conhecido e com relação íntima com a vítima. Constata-se que embora a maioria dos estudos nacionais[29] e internacionais[2,4,5] ocupem-se de agressões intrafamiliares, violência doméstica e por parceiro íntimo, vêm crescendo a produção científica nacional sobre a agressão predominantemente urbana, perpetrada por agressor desconhecido e abordando a violência sexual especificamente e não esta no contexto de outros tipos de violência[23,24,26].

Outro aspecto importante refere-se à subnotificação à polícia, fenômeno apontado frequentemente na literatura nacional e internacional, que considera as taxas oficiais apenas a ponta de um iceberg[18,19]. No presente estudo, pouco mais da metade das vítimas realizaram B.O. Alguns estudos apontam que apenas 8 a 10 % das vítimas reportam os crimes à polícia, sendo ainda menor a taxa entre adolescentes de ensino médio (5%)[19,30], outros apresentam ampla variação para notificação de crimes sexuais (3,6 a 43%)[18]. No Brasil, com a notificação compulsória por profissionais da saúde, potencialmente há mais dados[13], porém este estudo não permite discutir tal possibilidade. A baixa notificação policial pode contribuir para uma distorção da realidade no que concerne a real magnitude do problema e à estruturação e implementação adequada de políticas públicas tanto para prevenção quanto para assistência.

Com relação ao contato com serviço de saúde, este se deu precocemente, com a maioria dos atendimentos sendo classificado como imediato e com a prescrição de profilaxias para DST (antirretrovirais, antibióticos e vacina/imunoglobulina para hepatite B) e anticoncepção de emergência. O contato precoce com o serviço de saúde é essencial para promover a melhor qualidade de atendimento quanto ao momento de introdução de profilaxia para DST e anticoncepção de emergência. Diminuir a frequência de infecções por DST e gestações decorrentes de estupro é diminuir o sofrimento e a possibilidade de uma nova agressão, dado o impacto que seria a necessidade de uma interrupção de

gestação. O risco para infecção por DST depende, entre outros fatores, dos tipos de exposição sexual (vaginal, anal ou oral), do tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), do número de agressores, exposição a secreções sexuais ou sangue e início precoce da profilaxia ARV (que pode ser instituída até 72 horas após o contato)[13]. As vítimas que se apresentavam pela primeira vez ao serviço após 72 horas; que seguramente não haviam tido penetração vaginal ou contato vaginal com esperma; que estavam grávidas no momento da avaliação, que estavam na menopausa ou que haviam se submetido a laqueadura anteriormente não receberam anticoncepção de emergência.

Em relação à adesão ao seguimento ambulatorial, mulheres que não aderiram apresentavam, quando comparadas àquelas que compareceram ao ambulatório, menor escolaridade, atividade sexual anterior à violência, doenças crônicas e antecedente pessoal de VS, foram mais agredidas por conhecidos, dividiram menos frequentemente com outras pessoas sua vivência sobre a VS e não se sentiram apoiadas quando o fizeram. Houve uma melhora das taxas de adesão em comparação a estudo conduzido anteriormente no serviço[31]. A experiência de violência sexual em si é um determinante para a decisão de buscar ajuda ou não, além da resposta que a rede de apoio oferece para as vítimas que contam sobre sua vivência[32,33]. Ruback e colaboradores verificaram que 67% das mulheres agredidas por parceiro íntimo que procuraram um centro de atendimento à crise já haviam dividido com familiares ou amigos sobre a agressão anteriormente[34]. As respostas e reações da família, amigos e sistema de justiça podem ser incapazes de gerar apoio e até mesmo causar maiores sequelas nas vítimas, levando-as a internalizar as respostas e percepções daqueles com quem dividiram sua vivência[35,36]. Lempert sugere que a busca por auxílio de amigos e família exigiria da vítima uma definição e uma resposta na sua possível percepção sobre responsabilização pela agressão, verificando se a percepção daquele que oferece cuidado estaria de acordo com o que é informado[37].

É importante apontar o que consideramos a principal limitação do estudo, o fato de que os dados aqui apresentados foram coletados a partir de anotações dos atendimentos dos prontuários realizadas por diferentes profissionais, e algumas informações não estavam disponíveis por preenchimento incompleto das fichas de atendimento. Esta é uma dificuldade recorrente em estudos deste tipo, o que não invalida os achados, mas indica cautela na interpretação dos dados.

Os resultados encontrados, que delineiam o perfil das vítimas e o padrão da agressão reforçam a gravidade da situação, e a descrição do atendimento aponta a importância da abordagem ágil e de qualidade para acolhimento e seguimento desta demanda.

Esperamos que os dados apresentados contribuam para a ampliação de políticas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual e auxiliem na otimização do cuidado e minimização do sofrimento ocasionado por este evento.

Conclusão

O perfil das pacientes vítimas de VS sexual atendidas por este serviço universitário de referência caracterizou-se por uma maioria de mulheres jovens, brancas, solteiras, em atividade profissional ou estudantes, com religião e prática religiosa. Um quarto das vítimas não tinha atividade sexual anterior à violência. A VS ocorreu principalmente à noite, a partir de abordagem feita na rua, por agressor desconhecido, único e com intimidação. A maioria das pacientes chegou ao atendimento em tempo hábil para que medidas profiláticas fossem instauradas, além disso, durante o período estudado, houve significativo crescimento na taxa de procura precoce. Compartilharem com alguém sobre a VS e sentirem-se apoiadas correlaciona-se com a adesão ao atendimento ambulatorial por estas mulheres. Pacientes que não compareceram ao seguimento ambulatorial apresentavam menor escolaridade, atividade sexual anterior à violência, doenças crônicas, antecedente pessoal de VS, mais agressões por conhecidos, menor compartilhamento com outras pessoas de sua vivência sobre a VS e não se sentirem apoiadas quando o fizeram. É necessário que as equipes e profissionais responsáveis pelo atendimento de emergência estejam atentos para o perfil das pacientes associado à não adesão ambulatorial, para que sejam implementadas estratégias para aumentar seu comparecimento e assim proporcionar atendimento ótimo e adequado. Embora não seja possível avaliar o impacto da VS no sofrimento psíquico ou o desenvolvimento ou não de sintomas nessa subpopulação, é possível inferir, pelos dados acima apresentados, que muitas delas necessitariam de apoio em saúde mental e, sem utilizarem-se do acompanhamento oferecido, podem desenvolver sequelas de longa duração.

Referências bibliográficas

1 Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev Saúde Pública 2005;39(3):376-82.

2 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., eds. *World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization, 2002.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violências e Cultura da Paz III. – Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

4 Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, Chen J, Stevens MR. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2011.

5 Basile KC, Smith SG. Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention. American Journal of Lifestyle Medicine 2011;5(5):407-417.

6 Brasil. 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. Diário Oficial da União 2009; 10 ago.

7 Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology 2013 Feb; 27(1): 27-37.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/testbrnet_001.def. Acesso em 20 jul. 2012.

9 Grossin C, Sibille I, Grandmaison GL, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. Forensic Science International 2003; 131: 125-130.

10 Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. Am J Psychiatry 2004;161(8):1483-1485.

11 Campbell L, Keegan A, Cybulska B, Forster G. Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence. J Forensic Leg Med 2007;14(2):75-78.

12 UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Declaration on the elimination of violence against women. Geneva; 1993.

13 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: norma técnica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

14 Degue S, Simon TR, Basile KC, Yee SL, Lang K, Spivak H. Moving Forward by Looking Back: Reflecting on a Decade of DCD's Work on Sexual Violence Prevention. 2000-2010. J Womens Health 2012;21(12):1211-8.

15 Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública 2007; 23(2): 465-469.

16 Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):377-82.

17 Maia CAT, Mondaca ADCA, Duarte CS, Lima JA, Colodo M, Lemos TM, et al. Mulheres vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. Femina. 2000;28(1):155-61.

18 Khan T. Coordenadoria de Análise e Planejamento. Secretaria da Segurança Pública. Gabinete do Secretário. Estatística de Criminalidade. Manual de Interpretação. Fevereiro/2005. Disponível em www.ssp.sp.gov.br/estatistica/downloads/manual.pdf. Acessado em: 11 ago. 2010.

19 Rand M, Catalano S. Criminal Victimization, 2006. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. Bureau of Jultice Statistics. Bulletin. 2007.

20 Madi SRC, Knob LF, Lorencetti J, Marcon NO, Madi JM. Sexual violence: Experience of a Program for the Care of Sexual Violence Victims (PRAVIVIS) at a General Hospital in Caxias do Sul, South Brazil. Revista da AMRIGS 2010;54(1):13-18.

21 Danielson CK, Holmes MM. Adolescent sexual assault: an update of the literature. Curr Opin Obstet Gynecol 2004;16(5):383-388.

22 Mattar R, Abraão AR, Andalaft Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR, Mancini S, Vieira BA, Bertolani GBM. Assistência multiprofissional à vitima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. Cad. Saúde Pública 2007; 23(2): 459-464.

23 Andrade RP, Guimarães ACP, Fagoti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM, Medeiros JM. Características Demográficas e Intervalo para Atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual. RBGO 2001;23(9):583-587.

24 Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. Rev Bras Ginecol Obstet.2004;26(2):111-6.

25 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados gerais da amostra do Censo Demográfico de 2010. Disponível em : http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/. Acesso em: 25 Jul. 2012.

26 Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das Mulheres Atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde 2006;27(1):3-11.

27 Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. British Journal of Psychiatry 2003;183:332-339.

28 Filkenhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive, National Survey. Child Maltreat 2005; 10(1): 5-25.

29 Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. Cad. Saúde Pública 2011;27(8):1647-1653.

30 Belknap J. Rape: Too Hard to Report and Too Easy to Discredit Victims. Violence Against Women 2010;16(12):1335-1344.

31 Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH; Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2011; 27(4):701-713.

32 Kaukinen CE, DeMaris A. Age at first sexual assault and current substance use and depression. Journal of Interpersonal Violence 2005;20:1244-270.

33 Ahrens CE, Campbell R. Assisting rape victims as they recover from rape: The impact of friends. Journal of Interpersonal Violence 2000;15:959-986.

34 Ruback RB, Ivie DL. Prior relationship, resistance and injury rapes: Na analysis of crisis center records. Violence and Victims 1988;3:99-111.

35 Wortman C, Lehman D. Reactions to victims of life crisis: Support attempts that fail. In I. Sarason & B. Sarason (Eds), Social support: Theory, research, and applications Boston: Martinus Nijhoff.1985.p 463-89.

36 Taylor S, Wood J, Lichtman RR. It could be worse: Selective evaluation as a response to victimization. Journal of Social Issues 1983;39:19-40.

37 Lempert L. Women's strategies for survival: Developing agency in abusive relationships. Journal of Familiy Violence 1996;11:269-289.

Tabela 1: Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual segundo características sociodemográficas e antecedentes

Variável	n	%
Faixa etária (n=687)		
Idade menor ou igual a 19 anos	326	47,4
Idade maior que 19 anos	361	52,6
Cor da pele (n=687)		
Branca	513	74,6
Não-branca	174	25,4
Estado civil (n=672)		
Solteira	512	76,1
Casada	109	16,2
Separada	43	6,4
Prole (n=649)		
Sem filhos	446	68,7
Com filhos	203	31,2
Escolaridade (n=664)		
Analfabetas	17	2,5
Menor ou igual a 8 anos	282	42,4
De 9 a 11 anos	271	40,8
Maior ou igual a 12 anos	83	12,5
Situação profissional (n=665)		
Empregada	277	41,6
Desempregada	40	6,0
Em benefício	9	1,3
Dona de casa	57	8,5
Estudante	262	39,4
Outros	20	3,0
Relação sexual prévia à violência (n=661)		
Sim	490	74,1
Não	171	25,9
Doença crônica (n=505)		
Sim	123	24,3
Não	382	75,7
Antecedente pessoal de violência sexual (n=449)		
Sim	73	16,2
Não	376	83,8
Antecedente familiar de violência sexual (n=379)		
Sim	32	8,4
Não	347	91,6

Tabela 2: Distribuição das mulheres vítimas de violência sexual em relação às características da violência

Variável	n	%
Faixa horaria de ocorrência da agressão (n=687)		
18:01 às 24:00	240	34,9
00:01 às 07:00	282	41,0
07:01 às 18:00	92	13,3
Imprecisa	73	10,6
Local de abordagem (n=682)		
Rua	285	41,7
Residência	143	20,9
Ponto de ônibus	67	9,8
Escola	15	2,2
Trabalho	9	1,3
Outros	129	18,9
Relação com agressor (n=667)		
Desconhecido	462	69,2
Conhecido	205	30,7
Número de agressores (n=657)		
Único	575	87,5
Múltiplos	81	12,3
Abordagem com intimidação (n=647)		
Sim	599	92,5
Não	48	7,5
Tipo de intimidação (n=643)		
Arma de fogo	157	24,4
Arma branca	102	15,8
Força física	323	50,2
Ameaça verbal	135	21,0
Outros	81	12,3
Tipo de agressão sexual (n=581)		
Coito vaginal	516	88,8
Coito oral	181	31,2
Coito anal	134	23,0
Mais de um tipo	212	36,4
Realização de boletim de ocorrência (n=661)		
Sim	407	61,5
Não	254	38,5

Tabela 3: Descrição do atendimento de emergência dispensado às mulheres após a violência sexual

Variável	n	%
Tempo transcorrido entre o evento e a chegada ao serviço (n=687)		
Até 24 horas	430	65,3
Acima de 24 horas	228	34,7
Classificação do atendimento (n=687)		
Imediato (até 5 dias)	602	87,6
Tardio (após 5 dias)	85	12,3
Prescrição profilaxia com antirretrovirais (n=679)		
Sim	571	84,0
Não	108	16,0
Prescrição de antibióticos para DST (n=683)		
Sim	591	86,5
Não	92	13,5
Prescrição de vacina/imunoglobulina para hepatite B (n=682)		
Sim	566	82,9
Não	116	17,1
Prescrição de anticoncepção de emergência (n=683)		
Sim	497	72,7
Não	186	27,3
Contou a alguém sobre a violência (n=588)		
Sim	585	95,7
Não	3	4,3
Pessoas a quem contou sobre a violência (n=585)		
Família (n= 456)	412	90,4
Mãe (n=407)	350	86,0
Pai (n=237)	174	73,4
Cônjuge (n=267)	207	77,5
Sentiu-se apoiada (n=529)		
Sim	456	86,2
Não	57	10,8
Parcialmente	16	3,0

Tabela 4- Distribuição do número de mulheres atendidas, tempo transcorrido entre a violência e o atendimento e realização de B.O. segundo agrupamentos de períodos avaliados

Variáveis	2006 a 2008		2009 a 2010		Total	p
	n	%	n	%		
Número de atendimentos	381	55,5	306	44,5	687	na*
Atendimentos em até 24h	220	60,6	210	71,2	430	0,005†
Atendimentos em até 72h	298	82,1	263	89,2	561	0,011†
Realizou Boletim Ocorrência	236	65,2	171	57,2	407	0,035†

* não aplicável

† p <0,05

4.2- Artigo 2

(comprovante de submissão, Anexo 9)

Artigo 2

Tipe of paper: original article

Página de identificação

a) TÍTULO EM PORTUGUÊS: Avaliação psiquiátrica de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em centro universitário de referência em São Paulo, Brasil.

TÍTULO EM INGLÊS: Psychiatric evaluation of women victims of sexual violence assisted at a referral university centre in Sao Paulo, Brazil.

b) Running title: Psychiatric evaluation in sexual violence.

c) - Cláudia de Oliveira Facuri / Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil

- Arlete Maria dos Santos Fernandes/ Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil

- Renata Cruz Soares de Azevedo/ Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brazil

d) Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/ FCM- UNICAMP

e) Cláudia de Oliveira Facuri claudiafacuri@yahoo.com.br

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 / Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

13083-887 - Campinas - SP – Brasil Fone 55 (19) 3521.7206

f) Fontes de auxílio e financiamento: Não houve auxílio financeiro de nenhuma fonte.

g) Potenciais conflitos de interesse: Não há conflito de interesses.

Membro do grupo de autores	**Local de trabalho**	**Verba de pesquisa[1]**	**Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada[2]**	**Honorários de palestrante**	**Participação acionária**	**Consultor/ Conselho consultivo**	**Outro[3]**
Cláudia	Hospital Estadual de Sumaré e	- -	- -	- -	- -	- -	- -

	Serviço de Saúde Cândido Ferreira						
Renata	FCM-UNICAMP	--	Pró Saúde Ministério da Saúde	--	--	--	--
Arlete	FCM-UNICAMP	- -	Projetos Fapesp	- -	- -	- -	- -

Página 2: Resumo e descritores

Resumo

Objetivo: Descrever características sociodemográficas e sintomas psiquiátricos de mulheres vítimas de estupro. **Método:** Estudo retrospectivo. Foram levantadas as avaliações psiquiátricas realizados em média 37 dias após violência sexual, no período de junho de 2006 a dezembro de 2010 em centro universitário de referência. **Resultados:** Foram avaliadas 468 mulheres. Idade média 24,1 anos, predomínio de brancas, solteiras, sem filhos, escolaridade de 9-11 anos, empregadas, com religião, praticantes e católicas. O estupro foi a primeira relação sexual para 26,8%; 14% tinham história pessoal e 8,4% familiar de violência sexual. Um terço das mulheres não desenvolveu sintomas, um quarto apresentou sintomas leves de curta duração e 43,1% tiveram diagnósticos psiquiátricos: 22,1% transtorno de ajustamento, 12,4% TEPT e 8,6% transtorno depressivo; comorbidade psiquiátrica em 12,6% dos casos. Foi proposto tratamento farmacológico para 38% das mulheres. 50% delas realizou seguimento integral, 35% parcial e menos de 20% compareceu à uma única consulta ambulatorial no período de seis meses. As variáveis tipo de violência sexual, alteração de sono, de apetite, fadiga, sintomas ansiosos e depressivos associaram-se a todos os clusters de sintomas psíquicos. **Conclusão:** A frequência e gravidade dos sintomas psíquicos e transtornos mentais encontrados em

mulheres vítimas de estupro reforçam a importância do acompanhamento em saúde mental neste grupo.

Abstract

Objectives: Presentation of socio-demographic characteristics and psychiatric symptoms in rape female victims. **Methods:** A retrospective and descriptive study of psychiatric evaluation of victims of sexual violence treated between June 2006 and December 2010 in a university referral center. **Results:** 468 women were evaluated. With a mean age of 24.1 years, predominantly white, unmarried, childless, employed women, who studied 9-11 years, had religion, practicing and Catholics. Rape was the first sexual intercourse for 26.8%, 14% had personal history and family history of 8.4% sexual violence. One third did not develop symptoms, a quarter had mild/short-term symptoms and 43.1% psychiatric diagnoses: 22.1% adjustment disorder, 12.4% PTSD and 8.6% depressive disorder. Psychiatric comorbidity in 12.6% of cases. Pharmacological treatment proposed in 38%. 50% of women attended integral follow-up, over a third partial and less than 20% outpatient only one consultation in a period of six months. Type of sexual violence, sleep and appetite disturbances, fatigue, anxiety and depressive symptoms were associated with all clusters of psychiatric symptoms. **Conclusion:** The frequency and severity of psychiatric symptoms and mental disorders found in women rape victims point to the importance of mental health monitoring.

Descritores: violência sexual, estupro, sintomas psíquicos, psiquiatria, transtornos mentais.

Descriptors: sexual violence, rape, psychic symptoms, psychiatry, mental disorders.

INTRODUCTION

Violence in its different types has been recognized since 1993 as a leading worldwide public health problem and almost twenty years later, it is still an ongoing issue [1]. Sexual violence (SV), a type of violence determined by its nature, is defined by the World Health Organization (WHO) as “any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed, against a person’s sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work” [1]. According to the source of data, studies estimates a 7% prevalence (crime statistics), while community samples and clinical samples indicate respectively a prevalence of 5-28% and 32-57% [2].

An American survey stated that nine out ten victims of SV are women and a Brazilian study showed that women are the main victims of domestic and sexual violence, from childhood to old age [3,4]. Before 2009, according to Brazilian law, rape was a crime that could only be perpetrated against women by forced vaginal penetration [5]. Since 2009, the Penal Code went through modifications and a broader definition was established: "to constrain someone by violence or serious threat, to have sexual intercourse or to practice or allow the practice of other lewd acts with him/her" [6]. In Brazil, within the period of 2001 to 2003, there were 43.227 rape reports [7].

Rape consequences can be verified both in the short-term and the long-term and through various aspects of the survivor’s life: interpersonal, professional, physical and mental [1,8,9]. Physical short-term outcomes include unwanted pregnancy, abortion, sexually transmitted diseases (STD) – including human immunodeficiency virus (HIV), sexual dysfunction, infertility, urinary and genital lesions [10]. These victims are at increased risk of suicide, abuse of alcohol and other drugs and various other mental disorders [11].

It is possible that the impact on victim’s mental is the most profound long-term consequence[12]. Psychological sequelae of rape includes not psychiatric diagnoses but

also a range of symptoms [8]. Burgess & Holmstrom described in 1974 a range of psychological, cognitive, emotional and behavioral responses to rape under the term "Rape trauma syndrome". It comprises a 2 to 3 weeks acute phase marked by disorganization of lifestyle with presence of physical and mental symptoms, followed by a long-term reorganization process [13]. Better or worse adaptation responses depend on age, lifestyle, circumstances of rape, personality characteristics and support network [10].

Rape survivors present a greater risk to be diagnosed with a psychiatric illness and to present as trauma-induced symptoms like nightmares, inability to concentrate, sleep and appetite disturbances and feelings of anger, humiliation and self-blame [12,14]. A third of the victims presents Post-traumatic stress disorder (PTSD), who are the largest single group of the pathology sufferers and who present higher rates of persistent diagnostic then other trauma victims [12,13,15]. Another third developed at least one depressive episode in the first year after the assault and those people are thirteen times in greater risk of attempting suicide [15]. Child abuse victims are of greater risk to present depression, drug misuse, PTSD and suicide in adulthood [16]. Victims with a personal history of physical, psychological or social problems developed additional symptoms of depression, psychotic behavior, suicidal behavior, use of SPA and sexual changes [9,13].

The aim of this study is to describe clinical psychiatric evaluation of women victims of sexual violence and the relation between psychiatric symptoms developed after trauma and socio-demographic characteristics.

METHODS

Design

This is a retrospective, descriptive and quantitative study which evaluated medical records of women victims of sexual violence who were assessed at a university referral

centre from June 2006 to December 2010. Patients who attended the outpatient clinic were evaluated by a psychiatrist or psychiatry residents supervised by an experienced clinical psychiatrist. A full range of socio-demographic characteristics, characteristics related to the aggression, use of medical service and psychiatric assessment were collected by the multi professional team responsible for emergency and outpatient care. Patients' past personal and family psychiatric history, psychiatric symptoms, psychiatric diagnoses and treatments prescribed were obtained in patients' charts. A data collection form was specially designed for the study. A previous version of this form was tested in 50 medical records in order to verify its' applicability. The International Classification of Diseases (ICD-10) was used as reference to psychiatric diagnostic criteria.

Setting

The present study was conducted at Hospital of Faculty of Medical Science, State University of Campinas, UNICAMP. Is a center which provides specialized care for women and newborns at the metropolitan region of the city of Campinas, state of São Paulo, Brazil, which includes over 17 cities and is responsible for a catchment area of approximately 2.5 million inhabitants.

Since 1994 specific emergency and outpatient health care related to SV has been implemented by a multidisciplinary team composed of gynecologists, nurses, psychologists and social workers. It aims to promote women's physical, psychological and social recovery, to prevent pregnancy and STD and if needed, to provide assistance to rape-related pregnancy in accordance with the norms prescribed by the Ministry of Health [(18)]. Emergency care procedures for women victims of sexual violence follow an organized routine and the victims are then referred to an outpatient care to a six-months follow-up [(19)]. What we know is the first Brazilian team responsible for multidisciplinary assessment of women victims of SV to include a psychiatrist in their composition. Psychiatric evaluation

was established since June 2006 and has been done by psychiatrists and psychiatric residents under professor supervision, using a semi-structured interview.

Participants

All women older than 12 years who sought care for sexual violence within the period of June 2006 to December 2010 and underwent psychiatric evaluation at least once at the outpatient clinic were included. Patients years aged under 12 years (who were referred to a child and adolescents' outpatient service from the same university), whose victimization was not of sexual nature, according to the emergency evaluation and who did not attend the outpatient clinic where excluded.

Measures

We studied the psychiatric evaluations performed on average 37 days after the event. Sociodemographic variables studied were age, race, marital status, offspring, educational level, employment status, religion, religious practice, sexual intercourse prior to violence, chronic illness, personal history of SV, family history of SV.

The following variables were used to assess psychiatric history: psychiatric family history, psychiatric family diagnostics, psychiatric personal history, past personal diagnostics, current psychiatric treatment, drug classes in current use and current psychological treatment.

Psychiatric evaluation results discussed based on the variables: problems related to SV, disturbances of sleep, appetite, gastrointestinal and genitourinary disturbances, fatigue, anxiety symptoms, fear of repeating the trauma, fear of contracting STD, fear of rape-related pregnancy, fear of rejection, flashbacks, moved to a different address and depressive symptoms. Four clusters were organized and named according follows: suicidal behavior (suicidal ideation or planning and suicide attempt), social response to trauma (shame and self-blame), avoidance behaviors (social withdrawal, social restriction

and routine changes) and apprehensive response to trauma (fear of contracting STD, fear of rape-related pregnancy and fear of repeating the trauma). The psychiatric diagnoses related to trauma ranged from no development of symptoms after trauma, mild/short lasting symptoms, adjustment disorders to PTSD. Presence of comorbid diagnose and which comorbid diagnose according to diagnostic categories (affective/mood disorders, psychoactive drugs related disorders, mental retardation, psychotic disorders, anxiety disorders, appetite disorders, personality disorders and others). If proposed a psychiatric drug treatment and the drug class prescribed (antidepressants, anxiolytics, mood stabilizers/anticonvulsants, antipsychotics, other drugs). Evaluation of adhesion to outpatient treatment was divided into three groups: full attendance to consultations during the six-month period, partial attendance to consultations during the six-month period and attendance to a single consultation.

Statistical analysis

The data was inserted in a data base at the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), a descriptive statistical program for Windows, version 11.5, which was also used to partial analysis of data. Descriptive analysis presented using frequency tables for categorical variables and dispersion and position measurements for numeric variables. Assessment of association or comparison of proportions was performed using the chi-square or Fisher exact test, as appropriate. The Mann-Whitney test was used for comparison of numerical measurements between 2 groups. The significance level for statistical tests was 5%. For those, Statistical Analysis System (SAS), System for Windows, version 9.2 was used.

Ethics

The study protocol was reviewed and approved by the local institutional ethics committee (FCM-UNICAMP, Nº 1063/2011).

RESULTS

During the assigned period, 745 women sought emergency care due to SV and 226 were excluded (58 were younger than 12 years old or were not SV victims and 168 did not attend outpatient clinic consultation). Among the 519 women who attended the outpatient clinic, 51 women did not undergo psychiatric assessment because they could not wait for the consultation or refused to be assessed by a psychiatrist, thus 468 patients underwent psychiatric evaluation.

Slightly more than half of the victims (52,8%) were 20 years old or older, with a mean age of 24,1 years (ranging from 12-85). They were mainly Caucasian (74,6%), single (74,7%), without children (67,7%), studied over 9 years (56,3%) and employed (44,3%) or studying (38,8%). Most of the victims declared to have a religion (86,5%), were Catholics (52,8%) and reported religious practice (74,8%). Their first sexual intercourse took place prior to violence for 73,2% of the women. Personal history of SV was reported by 54 (14%) women. Thirty women reported having a family history of VS, predominantly their mothers (33,3%) and sisters (30%). Less than a quarter of the sample (21,1%) reported chronic illness.

Insert Table 1 here

About a third (34,2%) of the women had a positive family history of a psychiatric diagnostic, mainly affective/mood disorders (43%) and psychoactive drugs related disorders (35,8%). A quarter of the victims had a personal history of psychiatric diagnosis: affective/mood disorders (47,4%), mental retardation (19,2%), psychoactive drugs related disorders (15,1%) and anxiety disorders (7%). Seventy women (15,3%) reported they were in psychiatric treatment when evaluated by the psychiatrist at the outpatient clinic and more than half (60%) of them were taking antidepressants or anxiolytics (58,5%), about a

third (35,7%) mood stabilizers/ anticonvulsants, a quarter (25,7%) antipsychotics and 10% were taking others psychotropic drugs. Less than 10% were attending psychological treatment at the time.

Insert Table 2 here

The mean elapsed time between the aggression and psychiatric evaluation was 37,2 days (min=0, max=1825, median=17, mode=13). Problems, reactions or changes related to the episode were identified in the majority of victims (88,6%), mainly sleep disturbances (54,2%), depressive symptoms (51,8%) and anxiety symptoms (48,5%). The following symptoms were clustered and presented the following frequency: social responses to trauma (shame – 46,5% and self-blame – 20,8%), avoidance behavior (social withdrawal – 35,1%, social restriction – 32,9% and changes in the routine – 28,8%), suicidal behavior (suicidal ideation – 18,8%, suicidal planning 6,5% and suicide attempt – 1,7%) and apprehension responses to trauma (fear of repeating the trauma – 25,8%, fear of contracting STD – 24,3% and fear of pregnancy – 10,8%).

Almost a third of the sample did not develop symptoms related to trauma, about a quarter (24,1%) presented mild/short lasting symptoms. Psychiatric diagnostics were found in 43,1% of the victims: 22,1% of adjustment disorders, 12,4% of PTSD and 8,6% of major depressive disorder. Comorbid psychiatric diagnostics were presented by 59 women: mental retardation (35,6%), psychoactive drugs related disorders (22%), affective/mood disorders (13,6%), anxiety disorders (11,9%), personality disorders (6,8%) and psychotic disorders (5,1%). A psychiatric treatment was proposed to 174 (38%) of the 468 evaluated patients and the drug classes prescribed according to frequency were: antidepressants (28,2%), anxiolytics (26,6%), mood stabilizers/ anticonvulsants (2,6%), antipsychotics (2,6%) and other drugs (0,9%). All evaluated patients were referred for psychological counseling available within the outpatient clinic follow-up.

Insert table 3 here

The four clusters of symptoms (social response, suicidal behavior, avoidance behavior and apprehension response) were positively associated with the development of: sleep and appetite disturbances, fatigue, flashbacks, anxiety and depressive symptoms. Having children was associated to presentation of social responses to SV, avoidance and suicidal behavior. Social responses to the aggression (felling shame or self-blame) were related to being married or widowed, to have been raped vaginally, by more than one offender and under intimidation. They were more likely to refer gastrointestinal and genitourinary disturbances and fear of rape-related pregnancy. Avoidance behavior (social withdrawal and restriction and routine changes) was associated with being divorced, accessing sick-leave and disclosing to their husbands. Also to have been intimidated and to been forced to oral coitus, to refer fear of rape-related pregnancy and of repeating the trauma and to move to a different address. Those victims were less likely to have a personal psychiatric history. Suicidal behavior (suicidal ideation an planning and attempt to suicide) was correlated with being students, having a personal history of SV, and have had the SV perpetrated by a unique offender with vaginal and anal penetration, presenting gastrointestinal and genitourinary disturbances and routine changes. Apprehension response (fear of contracting STD, of rape-related pregnancy and of repeating the trauma) were encountered in victims who had been assaulted by a stranger, under the intimidation of a fire weapon with vaginal penetration and developing routine changes. Patients who developed any of the symptoms' clusters were more likely to be proposed a psychiatric medication treatment after psychiatric evaluation, indicating consistency with the severity identified.

Insert Table 4 here

Almost half of the sample (45,9%) presented full attendance to consultations during the six-month period, over a third (35,5%) attended partially the consultations and less than 20% attended only a single consultation at the outpatient clinic.

Discussion

Rape is one of the most severe of all traumas, causing multiple, short and long-term negative outcomes[1,8,9]. The development of psychiatric symptoms causes great suffering to the survivors[1,8] and on that concern, this research contributes with the first national psychiatric assessment, evaluating psychiatric symptoms and diagnostics in a outpatient referral centre for SV. We believe that the results found will be useful to improve assistance to the victims.

The population's characteristics were similar to national and international literature: young female adults, Caucasian, unmarried, without children, who studied 9 to 11 years or more, healthy and active, who declared having a religion, mainly Catholics and with religious practice [1,2,11,20]. Forced sexual initiation due to the aggression was slightly higher than found in a American and a Canadian studies, but lower than a Brazilian sample and personal history of SV occurred in a smaller rate than found by Coyd et al[20,21,22]. It is important, though, to keep in mind that there is no typical victim for rape but previous violence experiences increase the risk of later sexual victimization[20,21,23]

Around a third of the sample had family and a quarter personal history of psychiatric illness. One in each six women was ongoing psychiatric treatment with medication by the time of the aggression and only a small amount was previously in psychological treatment. When compared with general female adult population, a lower prevalence of psychiatric

disorders was found, although each diagnostic category (affective/mood disorders, mental retardation, psychoactive drug related disorders and anxiety disorders) was higher [24]. The presence of psychiatric illness increases vulnerability for sexual assault, is positively related to post-assault mental health sequelae (including anxiety and depressive symptoms), affects the recovery process and a history of psychiatric treatment prior to rape predicted depression a year post assault[23,25-27]. It is important that referral services for victims of SV are prepared to investigate and identify those antecedents in order to evaluate closer those victims, the impact of the trauma on their psychopathology presentation and adhesion to follow-up.

A range of reactions was widely developed by most of the victims emphasizing: half of the victims developed sleep disturbances, depressive and anxiety symptoms, and in a smaller proportion fatigue and flashbacks, which has been also verified by other researchers and are related do a decrease of survivors' quality of life [9,13,28]. It is expected that rape victims develop transient PTSD related symptoms which may remit after several weeks[29]. Most victims will experience symptoms [30] found within the criteria of the main psychiatric diagnostics' seen as responses to rape: PTSD, major depression disorder and anxiety disorders [14,15,16]. Considering the importance of looking not only to formal diagnostics but also to symptoms, owing to impact on victim's mental health, clustering them in suicidal behavior, avoidance behavior, social responses and apprehension responses to trauma bring up the need of giving due attention to their onset.

Suicidal behavior was verified as suicidal ideation, planning or attempt to suicide in one out of five victims. Social responses to the experience were expressed through feelings of shame and self-guilt by at least two in every five survivors. Avoidance behaviors, which are PTSD correlated, was identified at a third of the sample. Apprehensive responses to rape expressed by fear of pregnancy, repeating the trauma and of contracting STD were

present in a quarter of the sample. Those deleterious aftermaths have been shown in different international studies but there is poor national literature on the theme [1,8,12,16,23,31,32]. Effective interventions on victims mental health may improve the coping strategies, diminish the endurance and negative perception of the symptoms and provide referral to appropriate treatment. It is an important learning field which enables teaching correct diagnostics and therapeutics, sensitizes the mental health specialist for rape-related issues and increases their interaction in a multidisciplinary team. The elevated prevalence of psychiatric diagnostics following rape found in this population is in accordance with data on the subject[12-16]. Not only the formal diagnoses but also the roll of mild or short lasting symptoms was found. The delivery of mental health treatment in referral centers may evaluate and treat in a correct timing those patients and promote faster and sustained recovery. Surprisingly, about a third of the sample did not develop symptoms related to the trauma. Further studies on this matter are important to understand the factor related to development or not of reactions to the rape experience.

There are a few limitations in this study. First, the set of shortcomings inherent to a retrospective study such as missing information from data obtained from incomplete medical records. Second, rates of family and personal history of mental disorders were obtained by self-reported information, not structured diagnostic interviews and psychiatric evaluation was performed on clinical basis, under experienced psychiatrist supervision but without application of specific and validated scales.

Despite this, important strengths can be identified as well. First, the size of the study population allowed us to establish correlations of clinical interest. Second, concerning the paucity of Brazilian studies on psychiatric evaluation of these women, this is a pioneer

study. Third, the recognition of the problem through research might encourage others to look at the issue and improve care for these women.

Conclusions

Women victims of sexual assault develop a wide range of psychiatric symptoms which must be recognized. The clustering of symptoms in suicidal behavior, avoidance behavior, apprehensive responses and social responses to aggression calls attention not only to each symptom but also do a pattern that should be easier for the identification of victims suffering. Further research is needed in order to a better understanding of these victims, particularly those who could not be assessed after emergency care and those who, at first, don't seem to develop symptoms at all. The frequency and severity of psychiatric symptoms and mental disorders found in women rape victims point to the importance of mental health monitoring.

References

1 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. eds. World Report on Violence And Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

2 Cloutier S, Martin Sl, Poole C. Sexual assault among North Carolina women: prevalence and health factors. J. Epidemiol. Community Health. 2002;56:265-271.

3 U.S. Dept. of Justice, Bureau of Justice Statistics. NATIONAL CRIME VICTIMIZATION SURVEY, 1992-2003. Conducted by U.S. Dept. of Commerce, Bureau of the Census. ICPSR03995-v4. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [producer and distributor], 2006-06-08.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violências e Cultura da Paz III. – Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

5 Código Penal. Artigo penal 213 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

6 Código Penal. Artigo penal 213 do Decreto-Lei.nº12.015, de 7 de agosto de 2009.

7 Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 471-475.

8 Campbell L, Keegan A, Cybulska B, Forster G. Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence. J Forensic Leg Med. 2007; 14 (2):75-78.

9 Dickinson LM, deGruy FV 3rd, Dickinson WP, Candib LM. Health-Related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. Arch Fam Med. 1999; Jan-Feb; 8(1):35-43.

10 World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003

11 Heise L, Pitanguy J, Germain A. “Violence against Women: The Hidden Health Burden.” *World Bank Discussion Paper No. 255.* Washington, DC: World Bank, 1994.

12 Goodman LA, Koss MP, Russo NF. Violence against women: Physical and mental health effects. Part I: Research findings. Applied and Preventive Psychology.1993; 2: 79-89.

13 Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. Am J Psychiatry. 1974; Sep;131(9):981-6.

14 Koss MP. The women's mental health research agenda. Violence against women. Am Psychol. 1990. Mar; 45(3): 374-80.

15 Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. J Consult Clin Psychol. 1992; Jun; 60(3): 409-18.

16 Coid J, Petruckevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual an physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. Lancet.2001.Aug 11; 358(9280): 450-54.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: norma técnica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

18 Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):377-82.

19 Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. British Journal of Psychiatry. 183: 332-39. 2003.

20 Andrade RP, Guimarães ACP, Fagoti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM, Medeiros JM. Demographic Characteristics and the Interval between Occurrence and the Search for Attendance by Women Victims of Sexual Abuse. RBGO. 2001. 23 (9): 583-87

21 Greydanus DE. Risk-Taking Behaviours in Adolescence. JAMA 1987; 258(15):2110.

22 Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. Adolescence. 1997; 32:361-366,

23 Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. Trauma Violence Abuse. 2009; 10 (3): 225-46.

24 Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiq Clín. 2006; 33(2):43-54.

25 Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, et al: Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. Acta Psychiatrica Scandinavica 111:380–383, 2005

26 Quarantini LC, Netto LR, Andrade-Nascimento M, Galvão-de Almeida A, Sampaio AS, Miranda-Scippa A, Bressan RA, Koenen KC. Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder. Rev Bras Psiquiatr.2009; 31(SupIII): S66-76.

27 Atkeson BM, Calhoun KS, Resick PA, Ellis EM Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1982; 50: 96–102

28 Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. Am J. Obstet Gynecol. 1998; Aug ; 179(2): 336-342.

29 Koss MP. Rape: scope, impact, interventions and public policy responses. American Psychologist. 1993; 48: 1062-1069.

30 Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ, Waller JL, McKeown RE, Chilappagari S. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998; 32(2):147-154.

31 Winfield I, George LK, Swartz M, Blazer DG. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. Am J Psychiatry. 1990; Mar 147(3): 335-41.

32 Resnick H, Acierno R, Waldrop AE, King L, King D, Danielson C, Ruggiero KJ, Kilpatrick D. Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. Behav Res Ther. 2007 Oct;45(10):2432-47.

Table 1: Sociodemographic characteristics of women who underwent psychiatric evaluation

Variable	n	%
Age		
12 - 19 years	221	47,2
≥20 years	247	52,8
Race		
Caucasian	349	74,6
Non-Caucasian	119	25,4
Marital status (n=459)		
Single	343	74,7
Married	79	17,2
Divorced/separated	30	6,5
Widowed	7	1,5
Offspring (n=452)		
No children	306	67,7
Have children	146	32,3
Schooling (n=461)		
Illiterate	7	1,5
≤ 8 years	184	40,0
9 - 11 years	202	43,9
≥12 years	57	12,4
Employment status (n= 461)		
Employed	204	44,3
Unemployed	30	6,5
Sick-leave	6	1,3
Homemaker	31	6,7
Student	179	38,8
Having a religion (n=453)	392	86,5
Religion (n=390)		
Catholic	206	52,8
Evangelical	160	41,0
Spiritualist	10	2,6
Others	14	3,6
Religious practice (n=306)	229	74,8
Sexual intercourse prior to violence (n = 462)	338	73,2
Chronic Illness (n=422)	89	21,1
Personal history of sexual violence (n = 386)	54	14,0
Family history of sexual violence (n = 359)	30	8,4
Mother	10	33,3
Sister	9	30,0
Others	11	36,7

Table 2: Personal and family psychiatric history of women victim of sexual violence

Variables	n	%
Personal history of psychiatric diagnostic (n= 445)	112	25,2
Affective/mood disorders	47	42,0
Mental retardation	19	17,0
Psychoactive drugs related disorders	15	13,4
Anxiety disorders	7	6,2
Psychotic disorders	5	4,5
Eating disorders	3	2,7
Mental disorder due to a medical condition	1	1,3
Learning disabilities	1	1,3
Current psychiatric treatment (n=457)	70	15,3
Drug classes in current use (n=70)		
Antidepressants	42	60
Anxiolytics	41	58,5
Mood stabilizer/ anticonvulsants	25	35,7
Antipsychotics	18	25,7
Others	7	10
Current psychological treatment (n=456)	36	7,9
Family history of psychiatric diagnostic (n=441)	151	34,2
Affective/mood disorders	65	43,0
Psychoactive drugs related disorders	54	35,8
Mental retardation	10	6,6
Psychotic disorders	7	4,6
Anxiety disorders	1	0,7
Pervasive developmental disorders	1	0,7

Table 3: Distribution of symptoms related to the event, psychiatric diagnoses and treatment proposal

Variables	n	%
Problems, reactions or changes related to sexual violence (n=468)	405	88,6
Sleep disturbances (n= 461)	250	54,2
Depressive symptoms (n=461)	239	51,8
Anxiety symptoms (n=462)	224	48,5
Appetite disturbances (n=463)	155	33,5
Fatigue (n=461)	115	24,9
Flashbacks (n=462)	93	20,1
Gastrointestinal disturbances (n=463)	64	13,8
Fear of rejection (n=460)	26	5,7
Genitourinary disturbances (n= 462)	16	3,5
Moved to a different address (n= 458)	13	2,8
Suicidal behavior (n=462)		
Suicidal ideation	87	18,8
Suicide planning	30	6,5
Suicide attempt	8	1,7
Social response to the trauma (n=462)		
Shame	214	46,5
Self-blame	96	20,8
Avoidance behaviors (n=462)		
Social withdrawal	162	35,1
Social restriction	152	32,9
Routine changes	133	28,8
Apprehensive response to trauma (n=462)		
Fear of repeating the trauma	119	25,8
Fear of contracting STD	112	24,3
Fear of pregnancy	50	10,8
Psychiatric symptoms related to trauma (n=444)		
No development of symptoms after trauma	146	32,9
Mild/short lasting symptoms	107	24,1
Adjustment disorders	98	22,1
Post-traumatic stress disorder	55	12,4
Major depressive episode	38	8,6
Presence of comorbid diagnoses (n=468)	59	12,6
Comorbid diagnoses (n=59)		
Mental retardation	21	35,6
Psychoactive drugs related disorders	13	22,0
Affective/mood disorders	8	13,6
Anxiety disorders	7	11,9
Personality disorders	4	6,8
Psychotic disorders	3	5,1
Proposed psychiatric treatment after initial evaluation (n=458)	174	38
Drug classes prescribed (n=458)		
Antidepressants	129	28,2
Anxiolytics	122	26,6
Mood stabilizer/ anticonvulsants	12	2,6
Antipsychotics	12	2,6

Table 4. Psychiatric symptoms clusters', sociodemographic characteristics, type of violence and clinical psychiatric evaluation of women victims of sexual violence.

Variables	Clusters											
	Social responses			Avoidance behavior			Suicidal behavior			Apprehensive responses		
	No	Yes	p	No	Yes	p	No	Yes	p	No	Yes	p
Have children	39,7	60,2	0,0438†	36,3	63,7	0,0020 †	69,8	30,1	<0,0001 †	57,5	42,4	NS
Marital Status												
Single	51,3	48,6		51,1	48,8		82,8	17,2		64,3	35,6	
Married	30,7	69,2	0,0030‡	37,1	62,8	0,0081	79,7	20,2	NS	48,7	51,2	0,0292‡
Divorced/separated	35,4	64,5		25,8	74,1	‡	67,7	32,2		51,6	48,3	
Widowed	28,5	71,4		57,1	42,8		50	50		83,3	16,6	
Employment status												
Employed	45,1	54,8		39,8	60,1		80,5	19,4		53,6	46,3	
Unemployed	30	70		46,6	53,3		73,3	26,6		53,3	46,6	
Sick-leave	28,5	71,4	NS	28,5	71,4	0,0197	42,8	57,1	0,0245†	57,1	42,8	0,0245†
Homemaker	36,6	63,3		40,0	60,0	†	73,3	26,6		56,6	43,3	
Student	51,1	48,8		57,3	42,7		86,4	13,5		68,1	31,8	
Others	63,6	36,3		45,4	54,5		72,7	27,2		72,7	27,2	
Offender												
Acquaintance	44,5	55,4	NS	53,3	46,6	NS	78,3	21,6	NS	70,8	29,1	0,0040†
Stranger	47,0	52,9		44,6	55,3		81,3	18,6		55,8	44,1	
Number of offenders												
Multiple	58,8	41,1	0,0467†	45,1	54,9	NS	67,3	32,6	0,0137†	51,9	48,0	NS
One	44,0	55,9		46,9	53,0		81,8	18,1		60,4	39,5	
Intimidation	43,9	56,0	0,0213†	43,6	56,3	0,0069 †	79,9	20,0	NS	56,9	43,0	0,0015†
Fire weapon	44,7	55,2	NS	37,7	62,2	NS	77,1	22,8	NS	45,1	54,8	0,0007†
Type of SV												
Vaginal (n=394)	42,4	57,5	0,0029†	43,0	56,9	NS	78,1	21,8	0,0457†	55,5	44,4	0,0438†
Oral (n=393)	45,9	54,0	NS	35,7	64,2	0,0106 †	78,8	21,1	NS	52,5	47,4	NS
Anal (n=392)	42,1	57,8	NS	44,2	55,7	NS	70,8	29,1	0,0113†	57,2	42,7	NS
Personal history SV	39,6	60,3	NS	44,4	55,5	NS	62,9	37,0	0,0006†	70,3	29,6	NS
Not having personal psychiatric diagnostic	43,7	56,2	NS	44,3	55,6	0,0230	83,3	16,6	NS	59,8	40,1	NS
Disclosure to husband	39,0	60,9	NS	33,3	66,6	0,0094	81,8	18,1	NS	52,8	47,1	NS
Symptoms												
Sleep	37,8	62,2	<0,0001†	34,6	65,3	<0,0001†	72,8	27,1	<0,0001 †	51,3	48,6	<0,0001†
Appetite	33,1	66,8	<0,0001†	33,1	66,8	<0,0001†	67,7	32,2	<0,0001 †	53,1	46,8	0,0241†
Gastrointestinal	29,6	70,3	0,0040†	42,1	57,8	NS	68,2	31,7	0,0067†	49,1	50,8	NS
Genitourinary	12,5	87,5	0,0059†	31,2	68,7	NS	50,0	50,0	0,0048‡	43,7	56,2	NS
Fatigue	34,4	65,2	0,0031†	27,5	72,4	<0,0001†	62,0	37,9	<0,0001	46,0	53,9	0,0003†
Anxiety	37,4	62,5	0,0002†	33,9	66,0	<0,0001†	76,2	23,7	0,0152	53,3	46,6	0,0030†
Depressive	36,2	63,7	<0,0001†	35,3	64,6	<0,0001†	67,4	32,5	<0,0001	53,7	46,2	0,0029†
Suicidal ideation	31,0	68,9	0,0017†	28,7	71,2	<0,0001†	-	-	-	50,5	49,4	0,0398†
Flashbacks	31,9	68,0	0,0020†	36,1	63,8	0,0154 †	67,3	32,6	0,0002	48,4	51,5	0,0080†
Fear of STD	28,9	71,0	<0,0001†	26,3	73,6	<0,0001†	73,0	26,9	0,0135	-	-	-
Fear of pregnancy	28,8	71,1	0,0008†	26,9	73,0	0,0018 †	75,0	25,0	NS	-	-	-
Fear of repeating	42,1	57,8	NS†	27,2	72,7	<0,0001†	75,2	24,7	NS	-	-	-
Shame	-	-	-	39,6	60,3	0,0019 †	75,5	24,4	0,0067	52,3	47,6	0,0008†
Self-blame	-	-	-	36,7	63,2	0,0181 †	69,3	30,6	0,0011	47,9	52,0	0,0045†
Moved address	61,5	38,4	NS	15,3	84,6	0,0186 †	76,9	23,0	NS	53,8	46,1	NS
Routine changes	42,2	57,7	NS	-	-	-	65,9	34,0	<0,0001	44,0	55,9	<0,0001†
Social withdrawal	36,9	63,0	0,0026‡	-	-	-	69,5	30,4	<0,0001	50,3	49,6	0,0001†
Social restriction	37,5	62,4	0,0068†	-	-	-	71,1	28,8	0,0001	46,4	53,5	<0,0001†

*NS= not significant † χ^2 test ‡ Fisher's exact test

4.3- Artigo 3

Em fase de revisão da tradução para o inglês

Artigo 3

Tipe of paper: original article

Título em inglês: Sexual violence: a comparison between adolescents and adults assisted at a Brazilian university center

Running title: Comparison between female adolescents and adults victims of sexual violence

Keywords: rape, sexual violence, psychiatry, adolescents, violence against women

Abstract: 519 women attended at a sexual violence outpatient reference centre were compared as adolescent and adults concerning sociodemographic characteristics, violence profile, emergency care and psychiatric evaluation. There were differences related to sociodemographic and event characteristics, sought for help and development of symptoms after VS as presented: adolescents had higher rates of acquaintance offenders and delayed care seeking while adults had higher rates of psychiatric symptoms and severe reactions the event. Health services must consider the peculiarities of each age group to promote better care and reduce preventable sequelae.

Introdução

A violência apresenta-se com múltiplas facetas e quando de natureza sexual, implica em "qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, independente de sua relação com a vítima", segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)[1].

No Brasil, o estupro é definido juridicamente como "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso". É definido como estupro de vulnerável "ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos" ou "com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência"[2].

Estima-se que o estupro tenha prevalência global de 2 a 5% e incidência de 12 milhões de vítimas a cada ano[1]. Dados norte americanos estimam que, no ano de 2011, cerca de 244.000 pessoas tenham sido vítimas de violência sexual (VS), com uma taxa de 0,9 para cada 100.00 habitantes maiores de 12 anos e que apenas 30% destes eventos tenham sido notificados à polícia[3]. Dados brasileiros dos anos de 2006 e 2007 indicam que a mulher é a principal vítima de violência doméstica e sexual, em todas as faixas etárias, com maior incidência na adolescência[4].

São fatores associados à ocorrência de VS: ser jovem, consumir álcool e outras drogas, ter antecedente pessoal de estupro ou abuso sexual, ter múltiplos parceiros, prostituição e extremos de nível educacional e financeiro[1]. Com relação aos grupos de mulheres mais afetados, são descritas duas sub-populações: uma que envolve agressor conhecido (freqüentemente intra-familiar), que corresponde a uma parcela com menor taxa de procura de auxílio, maior número de atos praticados e composta por mulheres mais jovens e uma sub-população composta por mulheres agredidas por estranho, faixa etária mais velha (idade média de 22 anos), maiores taxas de agressão física, de denúncia e de procura de auxílio[5,6,7].

Nos Estados Unidos, cerca de 60% dos casos de estupro, a cada ano, têm como vítimas as adolescentes[8]. Esta é a fase de maior risco para primeiro episódio de violência sexual e este risco declina como tempo. A vitimização em idade anterior aos 14 anos dobra o risco de uma mulher sofrer nova vitimização ainda durante a adolescência[9]. O primeiro episódio de contato sexual foi forçado para cerca de 20% das adolescentes nos Estados Unidos, 23% no Canadá e 32,4% no Brasil[10,11,12]. Apenas 1/3 delas havia dividido o ocorrido com alguém[10].

A agressão sexual pode causar morbidade em múltiplas esferas (física, mental, sexual e reprodutiva)[7]. Além dos agravos imediatos gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, disfunção sexual, infertilidade e lesões genitais, eleva os riscos de desenvolvimento de hipertensão, doenças gastrointestinais, outros problemas ginecológicos (dor pélvica crônica, síndrome pré-menstrual), asma, migrânea e transtornos mentais[7,13,14].

Estas vítimas apresentam maior vulnerabilidade para sintomas e transtornos psiquiátricos, principalmente depressão, pânico, somatização, distúrbios do sono, dificuldades sexuais, alterações do apetite, transtorno obssessivo-compulsivo, abuso e

dependência de SPA, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e tentativas de suicídio [6,14-19].

Se para a mulher adulta o impacto da experiência de VS mostra-se tão devastador, na adolescência há uma potencialização dos efeitos danosos, pois quanto mais precoce, intensa ou prolongada a situação de violência, maiores e mais permanentes serão os danos para o adolescente[20]. São fatores determinantes do seu impacto na saúde do adolescente: idade, grau de desenvolvimento psicológico, tipo de violência, frequência, duração, natureza, gravidade, vínculo afetivo entre o agressor e a vítima, a representação do ato violento pelo adolescente, assim como as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras[20]. São descritos em adolescentes vitimizadas: irritabilidade, apatia, distúrbios de alimentação e do sono, dificuldades de socialização, tendência ao isolamento, distúrbios de aprendizagem, ansiedade ou medo, pesadelos, tiques, comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas, baixa autoestima e autoconfiança, automutilação, desejo de morte ou tentativa de suicídio, comportamento de risco levando a traumas e acidentes e uso abusivo de drogas[20].

Considerando, portanto a relevância das repercussões clínicas e psíquicas da violência sexual e suas particularidades entre adolescentes e adultas, o escopo deste estudo foi avaliar vítimas de violência sexual segundo sua faixa de idade. Objetivou-se comparar os subgrupos etários do ponto de vista sociodemográfico, características da agressão e os sintomas psíquicos apresentados.

Métodos

Estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo com dados referentes a mulheres vítimas de violência sexual atendidas em serviço universitário de referência no período de junho de 2006 a dezembro de 2010.

Foram incluídos todos os prontuários relativos aos atendimentos no período designado relativos a mulheres pós-púberes, maiores de 12 anos, que compareceram ao atendimento ambulatorial ao menos uma vez, após o atendimento de emergência por VS. Para vitimas de mais de um evento de VS no mesmo período, foi considerado apenas o primeiro atendimento.

O estudo foi realizado no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, serviço terciário universitário. A

assistência às mulheres vítimas de VS inclui atendimento de emergência e ambulatorial multidisciplinar[21,22,23].

Foram avaliadas características sociodemográficas, relacionadas à agressão, atendimento de emergência ginecológico e ambulatorial psiquiátrico, comparando-se a população segundo faixas etárias: adolescentes e mulheres adultas. Para tal, foi utilizada a definição da OMS, com adolescentes sendo indivíduos com idades entre 10 e19 anos e adultos sujeitos com 20 anos ou mais[24].

No atendimento de emergência, as ocorrências são classificadas segundo o intervalo de tempo transcorrido entre a agressão e o contato com o serviço de saúde: imediatas (até o 5º dia após a VS) e tardias (a partir do 6º dia após a agressão)[21]. As pacientes são encaminhadas para seguimento ambulatorial de seis meses, com equipe multiprofissional (ginecologista, enfermeiro, psicólogo, assistente social e psiquiatra),

A avaliação psiquiátrica é realizada por médico residente em psiquiatria, sob supervisão docente, com uso de entrevista semi-estruturada e utilizando-se a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID10) como referência para elaboração de hipóteses diagnósticas[25]. Os sintomss psíquicos encontrados na avaliação foram categorizados em: 1) ausência de sintomas: quando a paciente não apresentou quaisquer sintomas, independente de intensidade ou duração, após a VS, tanto relatados em anamneses subjetiva e objetiva (quando havia acompanhante), quanto verificados pelo médico avaliador; 2) sintomas leves ou de curta duração: quando a paciente desenvolveu sintoma(s) porém de intensidade e/ou duração insuficientes para preencher critérios diagnósticos para transtornos mentais pela CID-10; e 3) sintomas graves: quando houve desenvolvimento de sintomas, pela paciente, após a experiência de VS, em intensidade e duração suficientes para preenchimento de critérios diagnósticos para transtornos mentais pela CID-10.

Os dados foram obtidos a partir de informações contidas nos prontuários médicos oriundas das fichas padronizadas de atendimento da equipe multiprofissional que compõe a avaliação de emergência e seguimento ambulatorial destas vítimas: sócio-demográficos, relacionados ao estupro, uso do serviço de saúde e avaliação psiquiátrica. Um estudo-piloto foi conduzido em 50 prontuários, com ficha de coleta de dados desenvolvida especialmente para o estudo, a fim de verificar sua aplicabilidade.

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 11.5) e submetidos à revisão e análise estatística.

Para análise de variáveis categóricas, foi utilizado o Teste de Qui-quadrado. Considerou-se estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP com registro nº 1063/2011.

RESULTADOS

No período de junho de 2006 a dezembro de 2010, foram atendidas ambulatorialmente 519 mulheres, sendo quase metade (48,1%) da amostra composta por adolescentes (12-19 anos). A idade média foi de 15,6 anos para adolescentes (mediana= 16 anos) e de 31,6 anos para adultas (mediana= 28 anos). As características sociodemográficas comparando-se as faixas etárias estão apresentadas na tabela 1.

INSERIR TABELA 1

Quando comparadas com as adultas, as adolescentes eram predominantemente solteiras, sem filhos, estudantes, com taxa de doença crônica e religião significativamente inferiores. Não houve diferença entre as discriminações religiosas com predomínio de católicas, seguido de evangélicas em ambos os grupos. As adolescentes com antecedente pessoal de VS apresentavam, na época do evento, idade média de 11,8 anos (mediana=12; intervalo: 5-16 anos). As adultas com antecedente pessoal de VS apresentavam idade média de 15,4 anos (mediana=13,5; intervalo: 6-34 anos). Destaca-se que 47,6% das adolescentes não havia tido relação sexual prévia à VS.

A tabela 2 apresenta as características da violência sexual e sua distribuição entre adolescentes e adultas.

INSERIR TABELA 2

Com descrito na tabela 2, houve diferenças entre adolescentes e adultas no que se refere à faixa de horário, local da abordagem, além de taxas significativamente maiores de VS por agressor conhecido e sob ameaça verbal entre as adolescentes.

A tabela 3 apresenta a caracterização e os dados colhidos no atendimento de emergência de adolescentes e adultas.

INSERIR TABELA 3

O atendimento de emergência prestado às adolescentes ocorreu, em média, 26,3 dias após o evento (mediana=0; min=0 e máx=1825 dias), e para mulheres adultas, 4,1 dias (mediana=0; mín=0 e máx=213 dias). Portanto, as adolescentes apresentaram maiores taxas de atendimentos tardios e consequentemente menores taxas de prescrição de medidas profiláticas.

Avaliação psiquiátrica foi realizada em 468 pacientes, destas, 221 adolescentes, com intervalo médio de tempo entre a agressão e a primeira consulta de 43,7 dias (mín=0; máx=1825; mediana= 15 dias) e 247 adultas, com intervalo médio de tempo entre a agressão e a primeira consulta de 24,9 dias (mín=0; máx=213; mediana= 16 dias). Dentre as 519 pacientes que compareceram ao ambulatório, 29 adolescentes e 22 mulheres adultas não foram avaliadas porque não puderam esperar o atendimento ou recusaram a avaliação.

A tabela 4 apresenta os antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares de adolescentes e adultas atendidas pela psiquiatria.

INSERIR TABELA 4

Na tabela 5 são descritos os sintomas apresentados pelas adolescentes e adultas após a violência sexual. A maioria das pacientes (83,4% das adolescentes e 93,5% das adultas, p=0,0006) apresentou alterações relacionadas ao evento (sintomas ou comportamentos). Todavia, as adolescentes apresentaram taxas significativamente inferiores de sintomas e, com maior frequencia não apresentaram reações psíquicas ao evento evidenciadas no primeiro atendimento psiquiátrico.

INSERIR TABELA 5

A análise de regressão logística múltipla apontou como diferenças clínicas que discriminaram as adolescentes: não ter medo de contrair DST (OR 1,33; p=0,0064) e ter medo de repetição do evento (OR 1,2; p=0,0266).

Discussão

A violência sexual é um fenômeno global e sua ocorrência está relacionada ao desenvolvimento de múltiplas sequelas, a curto e longo prazo[1]. Embora atinja mulheres

em todas as faixas etárias, as adolescentes são consideradas mais vulneráveis, e sua caracterização é de grande importância para que se possa propor e implementar medidas de assistência adequadas às demandas específicas deste grupo[1,9,20,22]. Embora haja cada vez mais estudos abordando este tema, a comparação entre adolescentes e adultas é pouco frequente, notadamente em uma população em que predomina agressão por desconhecido[26,27].

A maior parte das diferenças sociodemográficas encontradas entre adolescentes e adultas (estado civil, ter filhos, presença de doenças crônicas, emprego) reflete o momento de vida da cada subgrupo. A população de adolescentes era caracterizada por predomínio de moças brancas, solteiras, sem filhos, estudantes e hígidas, semelhante a outros estudos nacionais e internacionais abrangendo esta faixa etária[28-30]. A ausência de analfabetas entre elas, em concordância com os indicadores nacionais, retrata a melhora no nível de instrução da população verificada nos últimos dez anos[31].

Foram verificadas, nas duas populações, elevadas taxas de religião e prática religiosa. Isso pode ser considerado um fator de melhor prognóstico na evolução destas pacientes, pelo impacto positivo que a religião exerce no bem estar e na capacidade de lidar com eventos estressantes[32]. Estudo realizado com veteranas de guerra vítimas de violência sexual encontrou menor apresentação de sintomas mentais e maiores níveis de depressão em mulheres com religião, porém os impactos negativos foram diminuídos segundo maior prática religiosa[32].

A elevada frequência de adolescentes que tiveram no estupro sua primeira relação sexual foi maior que a encontrada na literatura e é preocupante seu impacto na vida destas jovens[31]. O início de contato sexual não desejado está relacionado a alterações no desenvolvimento das relações afetivo sexuais com distúrbios ou incapacidade de assumir uma vida sexual adulta saudável, dificuldades ou desvios no comportamento sexual[20].

As agressões ocorreram principalmente na rua, em período noturno, perpetrada por agressor desconhecido e único que intimidou suas vítimas através do uso de força física para obtenção de coito vaginal para as duas populações. As adolescentes, quando comparadas com as mulheres adultas, foram mais agredidas por pessoas conhecidas e com uso de ameaça verbal. Dados nacionais verificaram que, no geral, adolescentes foram agredidos principalmente por meio de força física (cerca de 40%) e por meio de arma de fogo, arma branca ou ameaça verbal em menos de 10% das vezes, por agressor único, desconhecido e do sexo masculino[33]. As mulheres adultas, foram mais agredidas

por meio de força física (cerca de 55%), sendo por meio de arma branca em cerca de 30%, ameaça verbal em 15% dos casos e em menos de 10% deles por arma de fogo. Seu agressor foi principalmente único, porém com predomínio de conhecidos (cônjuge e ex-cônjuge perfazendo 41% dos agressores)[33]. Muran e colaboradores encontraram diferenças semelhantes entre adolescentes e adultas: adolescentes mais agredidas por conhecidos em relação a adultas; com maior uso de uso de força e armas contra mulheres adultas[26]. É possível que as adolescentes tenham menor percepção de exposição a risco com pessoas conhecidas e que a abordagem coercitiva verbal esteja relacionada com este dado[34,35].

O tempo transcorrido entre o evento e a busca por atendimento de emergência pelas adolescentes foi maior, como encontrado em outros estudos[26,32,34], havendo mais atendimentos tardios entre elas, o que diminui a possibilidade de implementação das medidas ótimas de atendimento a estas vítimas, como prescrição das profilaxias com antirretroviral, antibióticos em dose única e vacina/imunoterapia para hepatite B, que foi mais frequentemente oferecido a mulheres adultas [1,13,20,36]. Adolescentes contaram sobre a VS para alguém, com maior freqüência, principalmente para familiares e genitores, conforme descrito em outros estudos[37]. Contar para alguém e receber boa receptividade do grupo social de apoio estão relacionadas com menor gravidade de sintomas apresentados[37].

Encontrou-se na população adulta maiores taxas de antecedentes pessoais de transtornos mentais, superior à encontrada na população geral[38], de tratamento psiquiátrico e de quadros psíquicos após a VS. Ao descrever a síndrome do trauma pós-estupro, Burgess apontou sintomas frequentes destas vítimas: alterações no sono, sintomas depressivos, sintomas ansiosos, comportamento evitativo, medo de contrair DST e planejamento suicida[39]. Também na faixa etária mais velha houve elevada taxa de identificação de sintomas graves/preenchimento de critérios diagnósticos, sendo proposto tratamento medicamentoso após a avaliação psiquiátrica. Estudos apontam que a presença de doença psiquiátrica aumenta a vulnerabilidade para VS e está positivamente associada a sequelas na saúde mental causadas pelo estupro (incluindo sintomas depressivos e ansiosos), afeta o processo de recuperação e antecedente de tratamento psiquiátrico anterior à VS é preditor de desenvolvimento de depressão após a agressão[40-43].

Por outro lado, entre as adolescentes, houve taxas significativamente maiores de

ausência de reação ao evento. Ullman e Filipas identificaram que maior severidade de sintomas de TEPT relacionava-se com: maior percepção de ameaça pela vítima e piores reações do grupo social de apoio[37]. É possível que as adolescentes desenvolvam menos sintomas por terem menor vivência e percepção de intensidade de violência, dada à maior frequência de agressores conhecidos, menor exposição à intimidação com armas, predominando a intimidação verbal; menor exposição a eventos traumáticos anteriores; maiores taxas de compartilhamento com alguém sobre a violência e maiores taxas de apoio social[1,34,37,44]. Apesar disto, para as adolescentes houve maior temor de repetição do evento, o que provavelmente relaciona-se com a maior taxa de agressor conhecido. Todavia, outros estudos são necessários para aprofundar as diferenças encontradas nas reações psíquicas entre adolescentes e adultas, visando à maior qualificação da assistência para os subgrupos.

Algumas limitações do estudo devem ser mencionadas. A primeira delas refere-se à coleta de dados a partir de anotações dos atendimentos dos prontuários, os quais por vezes apresentavam preenchimento incompleto das fichas de atendimento. Outro aspecto a ser mencionado relaciona-se ao fato de que a avaliação psiquiátrica foi realizada com base em entrevista clínica, que, embora tenha contado com supervisão, não foi respaldada por aplicação de escalas psicométricas validadas.

O recorte etário é variável nos estudos encontrados na literatura internacional acerca do assunto discutido, dificultando a comparação adequada e mais ampla desta população com outras estudadas.

As alterações físicas referidas pelas pacientes na entrevista psiquiátrica podem ser atribuídas tanto ao quadro psíquico quanto à ingesta de drogas antirretrovirais, uma vez que a entrevista e o uso do da profilaxia para HIV coincidem temporalmente, na maioria dos casos.

A despeito das limitações, este estudo apresentou o perfil de adolescentes e adultas vítimas de violência sexual atendidas em serviço universitário de referência, apontando diferenças entre os subgrupos etários que devem ser consideradas na estruturação de medidas de aperfeiçoamento da atenção a esta demanda.

Conclusão

Quando comparamos adolescentes e adultas vítimas de violência sexual, encontramos diferenças sociodemográficas, relacionadas ao evento, à busca de auxílio e

aos sintomas apresentados após a VS. Entre as diferenças encontradas destacam-se: entre as adolescentes, maiores taxas de agressores conhecidos e busca tardia de atendimento, resultando em menores taxas de medidas profiláticas e, entre as adultas maiores taxas de sintomas psíquicos e reações graves ao evento. Mais estudos devem ser realizados a fim de compreender quais os fatores que influenciam as respostas a este tipo de trauma e sua evolução a longo prazo.

Referências bibliográficas

1 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. eds. World Report on Violence And Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

2 Código Penal.Decreto-Lei.nº12.015, de 7 de agosto de 2009.

3 Truman JL, Planty M. Criminal Victimization, 2011. Bulletin. United States Department of Justice. Office of Justice. Bureau of Justice Statistics. 2012. Available at: http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=4494.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violências e Cultura da Paz III. – Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

5 Grossin C, Sibille I, Grandmaison GL, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. Forensic Science International. 131: 125-130. 2003.

6 Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. Am J Psychiatry 161:8 1483-1485. 2004.

7 Campbell L, Keegan A, Cybulska B, Forster G. Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence. J Forensic Leg Med. 2007; 14 (2):75-8.

8 Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obste. Gynecol. 1996; 175: 320-324.

9 Humphrey JA, White JW. Women's Vulnerability to Sexual Assault From Adolescentce to Young Childhood. Journal of Adolescent Health 2000; 27: 419-424.

10 Greydanus DE. Risk-Taking Behaviours in Adolescence. JAMA 1987; 258(15):2110.

11 Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. Adolescence. 1997; 32:361-366,

12 Andrade RP, Guimarães ACP, Fagoti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM, Medeiros JM. Características Demográficas e Intervalo para Atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual. RBGO. 2001;23(9):583-587.

13 World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003.

14 Heise L, Pitanguy J, Germain A. "Violence against Women: The Hidden Health Burden." *World Bank Discussion Paper No. 255.* Washington, DC: World Bank, 1994.

15 Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. Am J. Obstet Gynecol. 1998 ; 179 (2): 336-342.

16 Suris A, Lind L, Kashner TM, Borman PD. Mental health, quality of life, and health functioning in women victims: differential outcomes associated with military and civilian sexual assault. J Interpers Violence. 2007; 22(2):179-97.

17 Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. British Journal of Psychiatry.2003; 183: 332-39.

18 Cloutier S, Martin SI, Poole C. Sexual assault among North Carolina women: prevalence and health factors. J. Epidemiol. Community Health. 2002; 56: 265-271.

19 Winfield I, George LK, Swartz M, Blazer DG. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. Am J Psychiatry. 1990; 147(3): 335-41.

20 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

21 Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública, 23(2): 465-469, fev. 2007.

22 Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):377-82.

23 World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. 2003.

24 World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Reporto f a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1989.

25 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas – coord. Organiz. Mund. da Saúde ; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

26 Muram D, Hostetler BR, Jones CE, Speck PM. Adolescent Victims of Sexual Assault. Journal of Adolescent Health. 1995; 17: 372-375.

27 Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. Acad Emerg Med. 2003 Aug; 10 (8): 872-7.

28 Madi SRC, Knob LF, Lorencetti J, Marcon NO, Madi JM. Sexual violence: Experience of a Program for the Care of Sexual Violence Victims (PRAVIVIS) at a General Hospital in Caxias do Sul, South Brazil. Revista da AMRIGS. 2010 jan-mar; 54 (1): 13-18.

29 Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. Rev Bras Ginecol Obstet.2004;26(2):111-6.

30 Helen Wu Z, Berenson AB, Wiemann CM. A Profile of Adolescent Females with a History of Sexual Assault in Texas: Familial Enviroment, Risk Behaviors and Health Status. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003; 16: 207-216.

31 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados gerais da amostra do Censo Demográfico de 2010. http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/ (acessado em 20/Out/2012).

32 Miller BC, Monson BH, Norton MC. The effects of forced sexual intercourse on white female adolescents. A Child Abuse & Neglect, 1995; 19 (10): 1289-1301.

33 Sarti CA. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. Sexualidad, Salud Y Sociedad - Revista Latinoamericana. 2009; (1): 89-103.

34 Messman-Moore TL, Brown AL. Risk Perception, Rape, and Sexual Revictimization: A Prospective Study of College Women. Psychology of Women Quarterly 2006 30: 159.

35 Rickert VI, Wiemann CM, Vaughan RD, White JW. Rates and Risk Factors for Sexual Violence Among an Ethnically Diverse Sample of Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Dec; 158 (12): 1132-9.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: norma técnica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

37 Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. J Trauma Stress. 2001; 14 (2): 369-89.

38 Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiq Clín. 2006; 33(2):43-54.

39 Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. Am J Psychiatry.1974; 131(9):981-6.

40 Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. Trauma Violence Abuse. 2009; 10 (3): 225-46.

41 Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, et al: Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. Acta Psychiatrica Scandinavica 111:380–383, 2005

42 Quarantini LC, Netto LR, Andrade-Nascimento M, Galvão-de Almeida A, Sampaio AS, Miranda-Scippa A, Bressan RA, Koenen KC. Comorbid mood and anxiety disorders in

victims of violence with posttraumatic stress disorder. Rev Bras Psiquiatr.2009; 31(SupIII): S66-76.

43 Atkeson BM, Calhoun KS, Resick PA, Ellis EM Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1982; 50: 96–102

44 World Health Organization. Rape: how women, the community and the health sector respond. 2007

Tabela 1: Características sociodemográficas por faixas etárias

Variáveis	Adolescentes		Adultas		p
	n	%	n	%	
Cor da pele (n=519)					
Branca	178	71,2	210	78,1	*NS
Não-branca	72	28,8	59	21,9	
Estado civil (n=510)					
Solteira	237	96,7	150	56,6	<0,0001
Casada/amasiada	7	2,9	77	29,1	
Viúva	1	0,4	7	2,6	
Separada/divorciada	0	0	31	11,7	
Prole (n=501)					
Sem filhos	226	93,8	118	45,4	<0,0001
Com filhos	15	6,2	142	54,6	
Escolaridade (n=510)					
Analfabetas	0	0	9	3,4	<0,0001
Menor ou igual a 8 anos	133	53,9	75	28,6	
De 9 a 11 anos	103	41,7	117	44,5	
Maior ou igual a 12 anos	8	3,2	54	20,5	
Situação profissional (n=511)					
Estudante	180	73,2	24	9,0	<0,0001
Empregada	48	19,5	171	64,5	
Desempregada	8	3,3	23	8,7	
Dona de casa	7	2,9	30	11,3	
Em benefício	1	0,4	6	2,3	
Outros	2	0,8	11	4,2	
Possui religião (n=501)	198	82,5	233	89,3	0,0290
Tem prática religiosa (n=324)	110	72,4	133	77,3	*NS
Antecedente pessoal de violência sexual (n=407)	22	20,8	35	17,2	*NS
Antecedente familiar de violência sexual (n=370)	16	8,9	15	7,9	*NS
Doença crônica (n=464)	27	11,7	73	31,3	<0,0001
Relação sexual prévia à violência (n=508)	129	52,4	238	90,8	<0,0001

*NS = não significativo

Tabela 2: Características relacionadas ao evento por faixas etárias

Variáveis	Adolescentes		Adultas		p
	n	%	n	%	
Faixa horaria de ocorrência da VS (n=464)					
18:01 às 24:00	82	38,1	95	38,1	
00:01 às 07:00	88	40,9	123	49,4	0,0320
07:01 às 18:00	45	21,0	31	12,5	
Local de abordagem (n=515)					
Rua	138	56,1	138	51,2	
Residência	38	15,4	61	22,7	
Escola	11	4,5	1	0,4	0,0007
Trabalho	1	0,4	5	1,9	
Outros	58	23,6	64	23,8	
Relação com agressor (n=506)					
Desconhecido	167	67,6	198	76,4	0,0267
Conhecido	80	32,4	61	23,6	
Número de agressores (n=496)					
Único	209	87,1	228	89,1	*NS
Múltiplos	31	12,9	28	10,9	
Abordagem com intimidação (n=495)	223	91,8	240	95,2	*NS
Tipo de intimidação (n=491)					*NS
Arma de fogo	54	22,5	70	27,9	*NS
Arma branca	37	15,4	47	18,8	*NS
Força física	111	46,2	127	50,6	*NS
Ameaça verbal	66	27,5	47	18,7	0,0209
Outros	28	11,6	32	12,7	*NS
Tipo de agressão sexual (n=435)					
Coito vaginal	181	85,8	203	90,6	*NS
Coito oral	62	29,7	80	35,4	*NS
Coito anal	44	21,0	61	27,0	*NS
Mais de um tipo	73	34,6	96	42,5	*NS
Realização de boletim de ocorrência (n=501)	167	69,3	150	57,7	*NS

* NS = não significativo

Tabela 3: Características do atendimento de emergência por faixas etárias

Variáveis	Adolescentes		Adultas		p
	n	%	n	%	
Tempo entre evento e chegada ao serviço (n=495)					
Até 24 horas	146	61,3	173	67,3	*NS
Até 72 horas	197	82,8	224	87,2	*NS
Classificação do atendimento (n=519)					
Imediato (até 5 dias)	209	83,6	242	90	0,0318
Tardio (após 5 dias)	41	16,4	27	10	
Prescrição de profilaxia com antirretrovirais (n=513)	200	81,0	233	87,6	0,0389
Prescrição de vacina para hepatite B (n=515)	197	79,1	230	86,5	0,0268
Prescrição de anticoncepção de emergência (n=516)	186	74,7	181	67,8	*NS
Prescrição de antibióticos para DST (n=515)	206	82,7	240	90,2	0,0126
Contou a alguém sobre a violência (n=505)	244	99,2	246	95,0	0,0054
Pessoas a quem contou sobre a violência (n=500)*					
Família (n= 390)	193	95,0	164	87,7	0,0090
Mãe (n=349)	201	93,9	102	75,6	<0,0001
Pai (n=208)	102	87,9	57	62,0	<0,0001
Irmãos (n=153)	58	85,3	56	65,9	0,0062
Cônjuge (n=229)	61	83,6	123	78,9	*NS
Namorado (n=136)	49	79,0	47	63,5	0,0479
Marido (n=116)	14	77,8	77	78,6	*NS
Amigos (n=197)	65	85,5	96	79,3	*NS
Polícia (n=76)	17	63,0	19	38,8	0,0433
Sentiu-se apoiada (n=480)					
Sim	197	85,6	222	88,8	
Não	22	9,6	24	9,6	*NS
Parcialmente	11	4,8	4	1,6	

* NS = não significativo

Tabela 4: Antecedentes psiquiátricos por faixas etárias

Variáveis	Adolescentes		Adultas		p
	n	%	n	%	
Antecedente pessoal de transtorno mental (n=459)	28	13,4	91	36,4	<0,0001
Distribuição sindrômica dos antecedentesTM (n=519)					
Transtornos de humor	5	2	44	16,4	
Retardo mental	10	4	9	3,3	
Transtornos mentais relacionados com SPA	5	2	11	4,1	
Transtornos de ansiedade	1	0,4	7	2,6	<0,0001
Transtornos psicóticos	2	0,8	3	1,1	
Transtornos alimentares	0	0	3	1,1	
Transtornos mentais por condição médica	1	0,4	0	0	
Transtornos de aprendizagem	1	0,4	0	0	
Ausência de diagnóstico/ não disponível	225	90	192	71,4	
Tratamento psiquiátrico quando da VS (n=470)	17	7,7	58	23,2	<0,0001
Classe de medicação em uso					
Antidepressivos (n=463)	6	2,7	37	15,1	<0,0001
Ansiolíticos (n=465)	5	2,3	38	15,4	<0,0001
Estabilizadores de humor (n= 465)	9	4,1	17	6,9	*NS
Antipsicóticos (n=465)	5	2,3	14	5,7	*NS
Outros (n=464)	2	0,9	5	2,0	*NS
Tratamento psicoterápico quando da VS (n=464)	10	4,6	28	11,4	*NS
Antecedente familiar de transtorno mental (n=450)	72	33,3	84	35,9	*NS
Transtornos mentais relacionados com SPA	31	14,4	24	10,3	
Transtornos de humor	26	12,0	40	17,1	
Transtornos psicóticos	4	1,8	4	1,7	*NS
Transtornos de ansiedade	0	0	1	0,4	
Retardo mental	3	1,4	7	3,0	
Transtornos invasivos do desenvolvimento	1	0,4	0	0	
Ausência de diagnostico/não disponível	151	70	158	67,5	

* NS = não significativo

Tabela 5: Sintomas e diagnósticos psiquiátricos por faixas etárias

Variáveis	Adolescentes		Adultas		p
	n	%	n	%	
Sintomas depressivos	103	47	141	56,6	0,0381
Sintomas ansiosos	93	42,5	135	54	0,0130
Alterações do sono	98	44,8	157	62,8	<0,0001
Alterações na disposição física	45	20,5	71	28,5	0,0464
Flashbacks	32	14,6	63	25,3	0,0041
Evitação social	58	26,2	99	39,8	0,0019
Mudanças na rotina	56	25,5	79	31,7	*NS
Medo de DST	38	17,4	77	31,2	0,0006
Medo de gestação	28	12,8	24	9,7	*NS
Medo de repetição do evento	58	26,5	63	25,4	*NS
Ideação suicida	33	15,1	55	22,1	*NS
Planejamento suicida	9	4,1	22	8,8	0,0403
Tentativa de suicídio	6	2,7	2	0,8	*NS
Vergonha	97	44,3	120	48,4	*NS
Culpa	44	20	54	21,7	*NS
Alterações de apetite	69	31,4	89	35,6	*NS
Alterações de trato gastrointestinal	23	10,5	41	16,4	*NS
Alterações geniturinárias	9	4,1	7	2,8	*NS
Medo de rejeição	11	5	16	6,5	*NS
Mudança de endereço	5	2,3	8	3,2	*NS
Reação psíquica ao evento (n=455)					
Sem reação ao evento	89	41,9	63	25,9	
Sintomas leves	54	25,5	53	21,8	<0,0001
Sintomas graves	69	32,6	127	52,3	
Diagnóstico de comorbidade psiquiátrica (n=51)					
Retardo mental	9	47,4	12	30	
Transtornos de ansiedade	3	15,8	4	10	
Transtornos relacionados ao uso de SPA	2	10,5	11	27,5	
Transtornos psicóticos	1	5,3	2	5	*NS
Transtornos de conduta/ personalidade	2	10,5	3	7,5	
Transtornos invasivos do desenvolvimento	1	5,3	0	0	
Transtornos mentais orgânicos	1	5,3	0	0	
Transtornos de humor	0	0	8	20	
Proposto tratamento com psicofármaco (n=463)	52	24,2%	125	50,4	<0,0001
Classe de medicação prescrita					
Antidepressivo	39	18,1	93	37,7	<0,0001
Ansiolítico	31	14,4	94	37,9	<0,0001
Estabilizador de humor	4	1,9	8	3,2	*NS
Antipsicótico	1	0,9	10	4	0,0350
Outra medicação psicotrópica	1	0,4	3	1,1	*NS

* NS = não significativo

4.4-RESULTADOS COMPLEMENTARES

Fluxograma de inclusão e exclusão

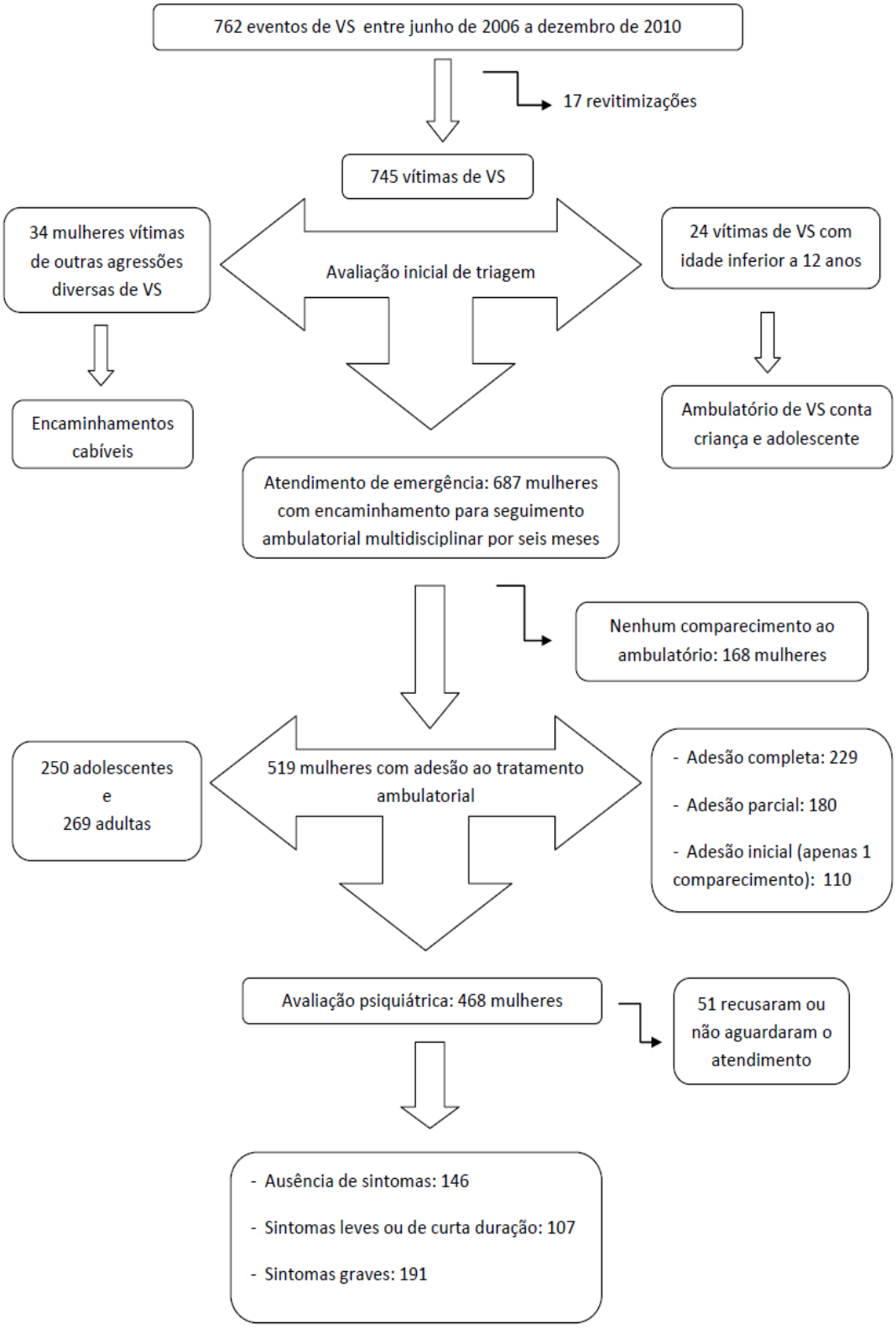


Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas de mulheres vítimas de violência sexual e adesão ao acompanhamento ambulatorial

Variáveis	Adesão		Não adesão		p
	n	%	n	%	
Cor da pele (n=687)					
Branca	388	74,8	125	74,4	NS
Não-branca	131	25,2	43	25,6	
Estado civil (n=672)					
Solteira	387	75,9	125	77,2	
Casada/amasiada	84	16,5	25	15,4	NS
Separada/divorciada	31	6,1	12	7,4	
Viúva	8	1,6	0	0	
Prole (n=649)					
Sem filhos	344	68,7	102	68,9	NS
Com filhos	157	31,3	46	31	
Escolaridade (n=664)					
Analfabetas	9	1,8	8	5,2	
Menor ou igual a 8 anos	208	40,8	74	48	
De 9 a 11 anos	220	43,1	51	33,1	0,0268
Maior ou igual a 12 anos	62	12,2	21	13,6	
Outros	11	2,2	0	0	
Situação profissional (n=665)					
Empregada	219	42,9	58	37,7	
Estudante	204	39,9	58	37,7	
Dona de casa	37	7,2	20	13	NS
Desempregada	31	6,1	9	5,8	
Em benefício	7	1,4	2	1,2	
Outros	13	2,5	7	4,6	
Possui religião (n=611)	431	86	88	80	NS
Qual religião (n=515)					
Católica	222	51,9	49	56,3	
Evangélica	179	41,8	31	35,6	NS
Espírita	11	2,6	5	5,8	
Outros	16	3,7	2	2,3	
Prática religiosa (n=344)	243	75	14	70	NS
Relação sexual prévia à violência (n=661)	367	72,2	123	80,4	0,0436
Antecedente pessoal de violência sexual (n=449)	57	14	16	38,1	<0,0001
Antecedente familiar de violência sexual (n=379)	31	8,4	1	11,1	NS
Doença crônica (n=505)	100	21,6	23	56,1	<0,0001

Tabela 2: Características ligadas à violência e adesão ao acompanhamento ambulatorial

Variáveis	Adesão		Não-adesão		p
	n	%	n	%	
Faixa horária de ocorrência da VS (n=687)					
18:01 às 24:00	177	34,1	63	37,5	NS
00:01 às 07:00	211	40,7	71	41,3	
07:01 às 18:00	76	14,6	16	9,5	
Imprecisa	55	10,6	18	10,7	
Local de abordagem (n=682)					
Rua	276	53,6	76	46,5	NS
Residência	99	19,2	44	26,3	
Escola	12	2,3	3	1,8	
Trabalho	6	1,2	3	1,8	
Outros	122	23,7	41	24,6	
Relação com agressor (n=667)					
Desconhecido	365	72,1	97	60,2	0,044
Conhecido	141	27,9	64	39,8	
Número de agressores (n=657)					
Único	437	88,1	138	85,7	NS
Múltiplos	59	11,9	23	14,3	
Abordagem com intimidação (n=647)	643	93,5	136	89,5	NS
Tipo de intimidação (n=643)					
Arma de fogo	124	25,3	33	21,7	NS
Arma branca	84	17,1	18	11,8	NS
Força física	238	48,5	85	55,9	NS
Ameaça verbal	113	23	22	14,5	0,0239
Outros	60	12	21	13,4	NS
Tipo de agressão sexual					
Coito vaginal (n=581)	384	87,9	132	91,7	NS
Coito oral (n=579)	142	32,6	39	27,1	NS
Coito anal	105	24,1	29	10,4	NS
Mais de um tipo	169	38,7	43	29,7	NS
Realização de boletim de ocorrência (n=661)	317	63,3	90	56,3	NS

Tabela 3: Atendimento de emergência e adesão ao acompanhamento ambulatorial

Variáveis	Adesão		Não-adesão		p
	n	%	n	%	
Tempo transcorrido entre o evento e a chegada ao serviço					
Até 24 horas (n=658)	319	64,4	111	68,1	NS
Até 72 horas (n=681)	421	81,9	140	83,8	NS
Classificação do atendimento (n=687)					
Imediato (até 5 dias)	451	86,9	151	89,9	NS
Tardio (após 5 dias)	68	13,1	17	10,1	
Prescrição profilaxia com antirretrovirais (n=679)	433	84,4	138	83,1	NS
Prescrição de vacina/imunoglobulina para hepatite B (n=682)	427	82,9	139	14,5	NS
Prescrição de anticoncepção de emergência (n=683)	367	71,1	130	77,8	NS
Prescrição de antibióticos para DST (n=683)	446	86,6	145	86,3	NS
Contou a alguém sobre a violência (n=611)	490	97	95	89,6	0,0010
Pessoas a quem contou sobre a violência					
Família (n= 456)	357	91,5	55	83,3	0,0370
Mãe (n=407)	303	87,1	47	79,7	NS
Pai (n=237)	159	76,8	15	50	0,0020
Irmãos (n=178)	114	75	15	57,7	NS
Cônjuge (n=265)	184	80,3	23	63,9	NS
Namorado (n=161)	96	70	13	52	NS
Marido (n=136)	91	78,4	11	55	0,0250
Amigos (n=234)	161	82,1	25	65,8	0,0100
Sentiu-se apoiada (n=529)					
Sim	419	87,3	37	75,5	
Não	46	9,6	11	22,4	0,0210
Parcialmente	15	3,1	1	2	
Avaliação psiquiátrica (n= 687)	474	97,3	13	7,7	<0,0001

5

DISCUSSÃO

O presente trabalho propôs-se a apresentar dados relativos ao atendimento prestado no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristtodemo Pinotti, a todas as mulheres vítimas de violência sexual atendidas no período de junho de 2006 a dezembro de 2010. Foram descritas as características sociodemográficas das vítimas, relacionadas à agressão, o atendimento emergencial e avaliação psiquiátrica ambulatorial, além do padrão de comparecimento ao ambulatório multidisciplinar. Foram apresentadas e discutidas relações entre características sociodemográficas e da agressão com sintomas psíquicos apresentados e diferenças entre adolescentes e adultas.

No período indicado foram atendidas 745 mulheres, perfazendo 762 atendimentos, uma vez que 17 deles correspondiam a revitimizações. A amostra final avaliada compunha-se de 687 mulheres, pois 34 delas sofreram agravos diversos de violência sexual, tendo recebido as orientações cabíveis, e 24 eram menores de 12 anos e foram encaminhadas para atendimento no serviço de pediatria da mesma universidade.

O perfil sociodemográfico encontrado, composto por mulheres jovens, brancas, solteiras, sem filhos, com escolaridade acima da média nacional, ativas e hígidas, com religião e prática religiosa foi semelhante ao encontrado em estudo nacionais e internacionais[58,61,62,63,64,65]. Quase 20% relataram antecedente pessoal e menos de 10%, antecedente familiar de violência sexual.

Estudo nacional realizado por Andrade e colaboradores com 117 mulheres apontou que cerca de um terço das vítimas, independente da faixa etária, não havia tido relação

sexual anterior à VS, sendo 28,7% delas, adolescentes (idades entre 10 e 19 anos)[63]. No presente estudo, para um quarto da amostra total e quase metade das adolescentes a vivência do estupro representou sua primeira relação sexual. Consideramos que este dado representa um potencial agravante à sexualidade futura destas pacientes, uma vez que pode afetar o desenvolvimento das relações afetivo sexuais com distúrbios ou incapacidade de assumir uma vida sexual adulta saudável, dificuldades ou desvio no comportamento sexual[36].

O evento violento se deu predominantemente na rua, durante o período noturno (18-07h), perpetrado por agressor desconhecido e único, utilizando-se de intimidação pelo uso da força física para agressão via coito vaginal. Diferentemente de muitos estudos nacionais e internacionais que apontam para a elevada frequência de agressões sexuais perpetradas por conhecidos, a maioria desta população sofreu vitimizações por desconhecidos. É possível que esta diferença esteja relacionada à heterogeneidade das populações estudadas: amostras da comunidade ou levantamentos populacionais, serviços que atendem violência doméstica, intrafamiliar ou perpetrada por parceiro íntimo. Estudos nacionais com amostras clínicas de serviços de referência para atendimento de mulheres vítimas de violência sexual também encontraram menor frequência de agressores conhecidos[61,64]. Constata-se que embora a maioria dos estudos nacionais e internacionais ocupem-se de agressões intrafamiliares, violência doméstica e por parceiro íntimo, vêm crescendo a produção científica nacional sobre a agressão predominantemente urbana, perpetrada por agressor desconhecido e abordando a violência sexual especificamente e não esta no contexto de outros tipos de violência[63,64,66]. Tal fenômeno talvez possa ser observado como expressão da violência urbana[10,52].

O contato com o serviço de saúde se deu precocemente na maioria dos casos, o que possibilitou a oferta de um atendimento preventivo mais abrangente, com prescrição de profilaxias para DST (antirretrovirais, antibióticos e vacina/imunoglobulina para hepatite B) e anticoncepção de emergência. Diminuir a frequência de infecções por DST e gestações decorrentes de estupro é diminuir o sofrimento e a possibilidade de uma nova agressão, dado o impacto que seria a necessidade de uma interrupção de gestação. O risco para infecção por DST depende, entre outros fatores, dos tipos de exposição sexual (vaginal, anal ou oral), do tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), do número de agressores, exposição a secreções sexuais ou sangue e início precoce da profilaxia ARV (que pode ser instituída até 72 horas após o contato)[7,8].

Pouco mais da metade das vítimas acionaram medidas legais através de B.O. Alguns estudos descrevem taxas de 8 a 10% de notificação à polícia, menores entre adolescentes de ensino médio (5%), outros apresentam ampla variação para notificação de crimes sexuais (3,6 a 43%)[10,52,67]. A subnotificação dessas agressões é problema de alcance nacional e internacional, que acaba por impedir a identificação da real magnitude do problema, medida que auxiliaria na obtenção de subsídios para proposição de estruturação e implementação adequada de políticas públicas tanto de prevenção quanto para assistência[10,52]. Ainda que as vítimas não busquem, em sua totalidade, auxílio legal, a notificação compulsória por profissionais da saúde tenta possibilitar acesso a números um pouco mais próximos da realidade[7]. A procura precoce por atendimento em serviço de saúde e busca de auxílio legal através da realização de boletim de ocorrência ao longo dos anos apresentou crescimento, dado diferente do encontrado em estudo realizado no mesmo serviço no período de 2002 a 2006, em que houve diminuição da procura por atendimento nas primeiras 24 horas[49]. As políticas de orientação à população sobre a importância do contato precoce são necessárias para oferecimento de

atendimento de maior qualidade e eficácia em relação a anticoncepção de emergência e contaminação por DST[18].

Cerca de um terço da amostra apresentava história familiar e um quarto história pessoal de transtorno mental. Uma em cada seis mulheres estava em tratamento psiquiátrico, com uso de medicação psicotrópica, no momento da agressão e apenas uma pequena quantidade estava em tratamento psicoterápico. Quando comparada à população geral de adultos do sexo feminino, encontrou-se uma menor prevalência de transtornos psiquiátricos, porém esta foi maior em relação a várias categorias diagnósticas (transtornos de humor/afetivos, retardo mental, TM relacionado ao uso de SPA e transtornos de ansiedade)[68]. A presença de TM aumenta a vulnerabilidade para agressão sexual, está positivamente relacionada com sequelas psíquicas após a VS (incluindo sintomas de ansiedade e depressão), afeta o processo de recuperação e antecedente de tratamento psiquiátrico antes do estupro é preditor de desenvolvimento de depressão anos após a agressão[69-72]. Considerando isso, é importante que os serviços de referência para vítimas de VS estejam preparados para detectar e avaliar os antecedentes psiquiátricos, a fim de proporcionar uma assistência cuidadosa às mulheres com potencial risco de apresentar sintomas psíquicos de maior gravidade.

Vários sintomas, de gravidade variável, foram desenvolvidos pela maioria das vítimas, destacando-se: metade das vítimas desenvolveu alterações do sono, sintomas depressivos e ansiosos, e em uma proporção menor diminuição da disposição e flashbacks, também verificadas por outros pesquisadores e relacionadas com diminuição da qualidade de vida das sobreviventes[34,40,43]. A literatura indica que espera-se que as vítimas de estupro desenvolvam sintomas transitórios relacionados com TEPT que podem desaparecer após algumas semanas[73]. A maioria das vítimas vai experimentar

sintomas encontrados dentro dos critérios dos diagnósticos principais psiquiátricos vistos como respostas ao estupro: TEPT, depressão maior e transtornos de ansiedade[74-77].

Considerando a importância de avaliar não só diagnósticos formais, mas também os sintomas, devido ao impacto sobre a saúde mental da vítima, realizou-se uma distribuição dos sintomas a partir dos seguintes agrupamentos: comportamento suicida, comportamento evitativo, respostas sociais e as respostas de apreensão ao trauma.

Uma em cada cinco vítimas apresentou comportamento suicida (composto por ideação suicida, planejamento ou tentativa de suicídio). Pelo menos duas em cada cinco sobreviventes desenvolveram respostas sociais ao trauma (expressos através de sentimentos de vergonha e culpa). Comportamentos evitativos (correlacionados com TEPT) foram verificados em um terço da amostra. Medos relacionados ao estupro (expressos por medo de gravidez, repetição do trauma e de contrair DST) estavam presentes em um quarto da amostra. Esses desdobramentos deletérios foram demonstrados em diversos estudos internacionais, mas há pouca literatura nacional sobre o tema[1,23,42,69,77-79]. Intervenções eficazes em saúde mental para as vítimas podem melhorar estratégias de enfrentamento, diminuir a resistência e percepção negativa dos sintomas e fornecer encaminhamento para tratamento adequado. É um campo de aprendizagem importante que permite o ensino de diagnósticos e terapêutica corretos, sensibiliza o especialista em saúde mental para as questões relacionadas com a VS e aumenta a interação com uma equipe multidisciplinar. A elevada prevalência de diagnóstico psiquiátrico após estupro, encontrada na população está de acordo com os estudos sobre o assunto[43,75-78]. A oferta de tratamento de saúde mental, em centros de referência, possibilita avaliação e tratamento em tempo adequado a essas pacientes e promove recuperação mais rápida e sustentada. Surpreendentemente, cerca de um terço da amostra, particularmente as adolescentes, não desenvolveu sintomas psíquicos

relacionados com o trauma. Outros estudos sobre o assunto são importantes para compreender fatores relacionados ao desenvolvimento ou não de reações à experiência de estupro.

Sabe-se que, após o atendimento de emergência, o tratamento ambulatorial por seis meses é essencial para seguimento sorológico e psicológico destas vítimas e possibilita a identificação e intervenção precoce no que for necessário[7]. Em relação à adesão ao seguimento ambulatorial, mulheres que não aderiram apresentavam, quando comparadas àquelas que compareceram ao ambulatório, menor escolaridade, atividade sexual anterior à violência, doenças crônicas e antecedente pessoal de VS, foram mais agredidas por conhecidos, dividiram menos frequentemente com outras pessoas sua vivência sobre a VS e não se sentiram apoiadas quando o fizeram. A experiência de violência sexual em si é um determinante para a decisão de buscar ajuda ou não, além da resposta que a rede de apoio oferece para as vítimas que contam sobre sua vivência[80,81]. Ruback e colaboradores verificaram que 67% das mulheres agredidas por parceiro íntimo que procuraram um centro de atendimento à crise já haviam dividido com familiares ou amigos sobre a agressão anteriormente[82]. As respostas e reações da família, amigos e sistema de justiça podem ser incapazes de gerar apoio e até mesmo causar maiores sequelas nas vítimas, levando-as a internalizar as respostas e percepções daqueles com quem dividiram sua vivência[83,84]. Lempert sugere que a busca por auxílio de amigos e família exigiria da vítima uma definição e uma resposta na sua possível percepção sobre responsabilização pela agressão, verificando se a percepção daquele que oferece cuidado estaria de acordo com o que é informado[85].

Mulheres que aderiram ao tratamento ambulatorial dividiram com mais frequência sobre a agressão, principalmente com a família, em especial o pai, marido ou amigos e se sentiram apoiadas, além de terem acesso ao acompanhamento multiprofissional

oferecido ambulatorialmente. Relações sociais (família e amigos) que promovam apoio adequado podem oferecer alternativas a estas mulheres para lidar com como trauma associado à VS, auxiliar na diminuição dos efeitos negativos do estresse, proporcionando um sistema confiável, em que há a percepção de que amigos auxiliam e diminuindo a sensação de culpa[81,86-89].

Nos estudos que abordam o tema VS, comparação entre adolescentes e adultas é pouco frequente, notadamente em uma população em que predomina agressão por desconhecido[90,91]. A maior parte das diferenças sociodemográficas encontradas entre adolescentes e adultas (estado civil, ter filhos, presença de doenças crônicas, emprego) reflete o momento de vida da cada subgrupo. Moças brancas, solteiras, sem filhos, estudantes e hígidas predominam nas adolescentes, em concordância com a literatura nacional e internacional[61,64,92]. A ausência de analfabetas entre elas, em concordância com os indicadores nacionais, retrata a melhora no nível de instrução da população verificada nos últimos dez anos[65].

Foram verificadas, nas duas populações, elevadas taxas de religião e prática religiosa. Isso pode ser considerado um fator de melhor prognóstico na evolução destas pacientes, pelo impacto positivo que a religião exerce no bem estar e na capacidade de lidar com eventos estressantes[93]. A elevada frequência de adolescentes que tiveram no estupro sua primeira relação sexual foi maior que encontrada na literatura e é preocupante seu impacto na vida destas jovens[64]. O início de contato sexual não desejado está correlacionado a alterações no desenvolvimento das relações afetivo sexuais com distúrbios ou incapacidade de assumir uma vida sexual adulta saudável, dificuldades ou desvios no comportamento sexual[36].

As adolescentes, quando comparadas com as mulheres adultas, foram mais agredidas por pessoas conhecidas e com uso de ameaça verbal, concordam com dados

referentes a estudos nacionais e internacionais[90,94]. É possível que as adolescentes tenham menor percepção de exposição a risco com pessoas conhecidas e que a abordagem coercitiva verbal esteja relacionada com este dado[95,96].

O tempo transcorrido entre o evento e a busca por atendimento de emergência pelas adolescentes foi maior, como encontrado em outros estudos[20,93,95], havendo mais atendimentos tardios entre elas, o que diminui a possibilidade de implementação das medidas ótimas de atendimento a estas vítimas, como prescrição das profilaxias com antirretroviral, antibióticos em dose única e vacina/imunoterapia para hepatite B, que foi mais frequentemente oferecido a mulheres adultas [1,32,36,7]. Adolescentes contaram sobre a VS para alguém, com maior frequência, principalmente para familiares e genitores, conforme descrito em outros estudos[89]. Contar para alguém e receber boa receptividade do grupo social de apoio estão relacionadas com menor gravidade de sintomas apresentados[89].

Entre as adolescentes, houve taxas significativamente maiores de ausência de reação ao evento. Ullman e Filipas identificaram que maior severidade de sintomas de TEPT relacionava-se com: maior percepção de ameaça pela vítima e piores reações do grupo social de apoio[89]. É possível que as adolescentes desenvolvam menos sintomas por terem menor vivência e percepção de intensidade de violência, dada à maior frequência de agressores conhecidos, menor exposição à intimidação com armas, predominando a intimidação verbal; menor exposição a eventos traumáticos anteriores; maiores taxas de compartilhamento com alguém sobre a violência e maiores taxas de apoio social[1,89,95,97]. Apesar disto, para as adolescentes houve maior temor de repetição do evento, o que provavelmente relaciona-se com a maior taxa de agressor conhecido. Todavia, outros estudos são necessários para aprofundar as diferenças encontradas nas reações

psíquicas entre adolescentes e adultas, visando à maior qualificação da assistência para os subgrupos.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os dados foram coletados a partir de anotações dos atendimentos dos prontuários, e algumas informações não estavam disponíveis por preenchimento incompleto das fichas de atendimento.

A avaliação psiquiátrica foi realizada com base em entrevista clínica e exame psíquico, realizados por residentes do 2º, 3º e 4º anos de psiquiatria sob supervisão, realizada imediatamente após o atendimento, por docente psiquiatra, porém não foi respaldada por aplicação de escalas psicométricas validadas. Embora a ficha padronizada de atendimento psiquiátrico contenha escalas para avaliação de sintomas ansiosos, depressivos e de estresse pós-traumático, houve limitações na calibragem da aplicação, diferenças nos tempos de inserção do instrumento na avaliação, limitação da validade segundo as faixas etárias e presença de transtorno mental. A obtenção de história familiar e pessoal de TM foram obtidas por auto-relato de informação e não em entrevista estruturada.

O recorte etário é variável e diverso segundo diferentes definições e nos estudos encontrados na literatura internacional acerca do assunto discutido, dificultando a comparação adequada e mais ampla desta população com outras estudadas.

As alterações físicas referidas pelas pacientes na entrevista psiquiátrica podem ser atribuídas tanto ao quadro psíquico quanto à ingesta de drogas antirretrovirais, uma vez que a entrevista e o uso do da profilaxia para HIV coincidem temporalmente, na maioria dos casos.

Embora existam limitações inerentes a este tipo de estudo, os resultados encontrados sobrepõem-se pela contribuição que oferecem. Os dados apresentados auxiliam na ampliação do conhecimento sobre o tema da violência sexual contra a mulher, contribuindo com informações nacionais no tema e proporcionando visibilidade ao serviço e aos benefícios de seu atendimento à população, no contexto da saúde pública. Propõe olhar ampliado ao incorporar a avaliação psiquiátrica presencial à equipe multidisciplinar, que chama atenção para aspectos ímpares desta vivência, que, se por um lado aponta para o grande sofrimento psíquico que pode gerar, por outro, ressalta que são possíveis identificações e intervenções precoces para que se limite ao máximo possível a extensão de seu dano. Este estudo também adiciona ao propor que sejam valorizadas as peculiaridades atribuídas às subpopulações, respeitando nuances que podem contribuir para melhor assistência.

6

CONCLUSÕES

Predominam, entre as mulheres que procuram atendimento em função de violência sexual, mulheres jovens, entre a segunda e quarta décadas de vida. A VS representou a primeira relação sexual de um quarto da população avaliada e quase metade das adolescentes , o que potencializa possíveis impactos negativos a curto e longo prazo. A agressão se deu principalmente na rua, por agressor único, desconhecido, com intimidação e por via vaginal. A maioria das vítimas contou para outras pessoas e se sentiu apoiada. Mais da metade das mulheres realizou B.O. e procurou atendimento em menos de 24 horas. Ao longo do período estudado, houve redução na realização de B.O. pelas vítimas e aumento na procura precoce de atendimento. Conhecer melhor as características tanto da população quanto do evento pode auxiliar na estruturação e qualificação de modelos de atendimento para a assistência imediata e para o acompanhamento em médio prazo, visando à plena recuperação destas mulheres.

As mulheres vítimas de VS avaliadas desenvolveram uma vasta gama de sintomas psiquiátricos com predomínio de alterações de sono, sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da disposição e flashbacks. A frequência e gravidade dos sintomas psiquiátricos e transtornos mentais encontrados em mulheres vítimas de estupro apontam para a importância da assistência em saúde mental. Mais pesquisas são necessárias, a fim de um melhor entendimento destas vítimas, particularmente daquelas que não puderam ser avaliados após o atendimento de emergência e aqueles que, a princípio, não parecem desenvolver sintomas.

Quando comparamos adolescentes e adultas vítimas de violência sexual, encontramos diferenças sociodemográficas, relacionadas ao evento, à busca de auxílio e aos sintomas apresentados após a VS. Entre as diferenças encontradas destacam-se: entre as adolescentes, maiores taxas de agressores conhecidos e busca tardia de atendimento, resultando em menores taxas de medidas profiláticas e, entre as adultas maiores taxas de sintomas psíquicos e reações graves ao evento. Mais estudos devem ser realizados a fim de compreender quais os fatores que influenciam as respostas a este tipo de trauma e sua evolução a longo prazo.

Pacientes que não compareceram ao seguimento ambulatorial apresentavam menor escolaridade, atividade sexual anterior à violência, doenças crônicas, antecedente pessoal de VS, mais agressões por conhecidos, menor compartilhamento com outras pessoas de sua vivência sobre a VS e não se sentirem apoiadas quando o fizeram. Mulheres que aderiram ao tratamento ambulatorial compartilharam mais frequentemente a ocorrência da violência, principalmente com a família, pai, marido ou amigos e se sentiram apoiadas, e tiveram acesso ao acompanhamento multiprofissional oferecido ambulatorialmente. É necessário que as equipes e profissionais responsáveis pelo atendimento de emergência estejam atentos para o perfil das pacientes associado à não adesão ambulatorial, para que sejam implementadas estratégias para aumentar seu comparecimento e assim proporcionar atendimento ótimo e adequado. Embora não seja possível avaliar o impacto da VS no sofrimento psíquico ou o desenvolvimento ou não de sintomas nessa subpopulação, é possível inferir, pelos dados acima apresentados, que muitas delas necessitariam de apoio em saúde mental e, sem utilizarem-se do acompanhamento oferecido, podem desenvolver sequelas de longa duração.

7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. eds. World Report on Violence And Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

2 United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. Geneva; 1993

3 Código Penal Brasileiro. Artigo penal 213 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

4 Segato RL. A estrutura de gênero e a injunção do estupro In: Suàrez M, Bandeira L. Violência, gênero e crime no Distrito Federal. Brasília (DF): Paralelo 15/ Editora UnB; 1999.

5 Código Penal Brasileiro. Artigo penal 213 do Decreto-Lei.nº12.015, de 7 de agosto de 2009.

6 Código Civil Brasileiro. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: norma técnica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

8 Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev. Saúde Pública. 2005; 39(3): M 376-82.

9 Brasil. Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_projetos_violencia.pdf. Acesso em 06/06/2010.

10 Kahn T. Coordenadoria de Análise e Planejamento. Secretaria da Segurança Pública. Gabinete do Secretário. Estatística de Criminalidade. Manual de Interpretação. Fevereiro/2005. Disponível em http://www.ssp.sp.gov.br/media/documents/manual_interpretacao.pdf. Acesso em 06/06/2010.

11 Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo. Estatística. Disponível em http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica. Acesso em 06/06/2010.

12 Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram

violência sexual. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 471-475.

13 Catalano SM. Criminal Victimization, 2003. United States Department of Justice. Office of Justice Programs. Bureau of Justice Statistics. National Crime Victimization Survey. September 2004.

14 Tjaden P, Thoennes N. Full Report f the Prevalence, Incidence and Consequences of Violence against Women: Research Repot. Washington DC: US Department of Justice, 2000.

15 Basile KC, Chen J, Lynberg MC, Saltzman LE. Prevalence and characteristics of sexual violence victimization. Violence and Victims. 2007; 22 (4): 437-448.

16 Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. British Journal of Psychiatry. 2003; 183: 332-39.

17 Cloutier S, Martin Sl, Poole C. Sexual assault among North Carolina women: prevalence and health factors. J. Epidemiol. Community Health. 2002; 56: 265-271.

18 Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violências e Cultura da Paz III. – Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em saúde. Viva: vigilância de violência e acidentes, 2008 e 2009/

Ministério da Saúde, Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

20 Greaves L, Hankivsky L, Kingson-Riechters J. Selected estimates of the costs of violence against women. London, Centre for Research on Violence against Women and Children, 1995.

21 Grossin C, Sibille I, Grandmaison GL, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. Forensic Science International. 2003; 131: 125-130.

22 Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. Am J Psychiatry. 2004; 161(8): 1483-1485.

23 Campbell L, Keegan A, Cybulska B, Forster G. Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complainants of sexual violence. J Forensic Leg Med. 2007; 14 (2):75-8.

24 Humphrey JA, White JW. Women's Vulnerability to Sexual Assault From Adolescence to Young Childhood. Journal of Adolescent Health. 2000; 27: 419-424.

25 Greydanus DE. Risk-Taking Behaviours in Adolescence. JAMA. 1987; 258(15):2110.

26 Filkenhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive, National Survey. Child Maltreat. 2005; 10(1): 5-25.

27 Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. Adolescence. 1997; 32:361-366.

28 Dickinson N, Paul C, Herbison P, Silva P. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. BMJ. 1998; 316:29–33.

29 Buvinic M, Morrison A, Shifter M. Violence in Latin America and Caribbean: a Framework for Action. Technical Study. Sustainable Development Department. Inter-American Development Bank, 1999.

30 Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde. 1998; (3):513-31.

31 Buvinic M, Morrison A. Violence as an obstacle to development. Washington DC, Inter-American Development Bank, 1999: 1-8 (Techinical Note 4: Economic and social consequences of violence).

32 World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003.

33 Heise L, Pitanguy J, Germain A. “Violence against Women: The Hidden Health Burden.” *World Bank Discussion Paper No. 255.* Washington, DC: World Bank, 1994.

34 Dickinson LM, deGruy FV 3rd, Dickinson WP, Candib LM. Health-Related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. Arch Fam Med. 1999; 8(1): 35-

43.

35 Golding JM, Stein JA, Siegel JM, Burnam MA, Sorenson SB. Sexual assault history and use of health and mental health services. Am J Community Psychol. 1988; 16(5):625-44.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

37 Pfeiffer L, Waksman RDI. Violência na infância e adolescência. In: Campos, J. A. (ed). Manual de segurança da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 95-278, 2004.

38 Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. RBP. 2009; 31(III): S49-57.

39 Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. The Medical Journal of Australia. 1996;164: 14-17.

40 Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. Am J. Obstet Gynecol. 1998; 179(2): 336-342.

41 Suris A, Lind L, Kashner TM, Borman PD. Mental health, quality of life, and health functioning in women victims: differential outcomes associated with military and civilian sexual assault. J Interpers Violence. 2007; 22(2):179-97.

42 Winfield I, George LK, Swartz M, Blazer DG. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. Am J Psychiatry. 1990; 147(3): 335-341.

43 Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. Am J Psychiatry. 1974;131(9):981-6.

44 Duddle M. Emotional sequelae of sexual assault. J R Soc Med. 1991;84(1):26-28.

45 Bechtel K, Podrazik M. Evaluation of the adolescent rape victim. Pediatric Clinics of North America. 1999; 46(4): 809-23.

46 Resnick H, Acierno R, Holmes M, Kilpatrick DG, Jager N. Prevention of Post-Rape Psycopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. Journal of Anxiety Disorders. 1999; 13(4): 359-370.

47 Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria da Mulher. Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual. Disponível em:

http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/iluminar/iluminar.htm. Acesso em 15/06/2010.

48 Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):377-82

49 Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 465-469.

50 Maia CAT, Mondaca ADCA, Duarte CS, Lima JA, Colodo M, Lemos TM, Rossi AS, Vieira MJN. Mulheres Vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. Femina. 2000; 28(3):155-60.

51 Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia / editores Clarice Gorenstein, Laura H.S.G. Andrade, Antonio Waldo Zuardi. – São Paulo: Leitura Médica, 2008.

52 Rand M, Catalano S. Criminal Victimization, 2006. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. Bureau of Jultice Statistics. Bulletin. 2007.

53 Faúndes A, Andalaf J Neto, Freitas F. II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto pela lei. Femina. 1998; 26(2): 134-8.

54 Rennison CM, Rand MR. Criminal victimization, 2002. Washington, DC: United States Department of Justice Office of Justice Programs; 2003.

55 Kilpatrick DG, Acierno R. Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes. J Trauma Stress, 2003; 16(2): 119-132.

56 Cross TP, Jones LM, Walsh WA, Simone M, Kolko D. Child Forensic interviewing in Children´s Advocacy Centers: empirical data on a practice model. Child Abuse Negl. 2007 Oct; 31(10): 1031-52.

57 Herbert CP, Grams GD, Berkowitz J. Sexual Assault tracking study: Who gets lost to follow up? Can Med Assoc J. 1992; 147(8): 1177–1184.

58 Mattar R, Abraão AR, Andalaft Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR, Mancini S, Vieira BA, Bertolani GBM. Assistência multiprofissional à vitima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 459-464.

59 World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Reporto f a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1989.

60 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas – coord. Organiz. Mund. da Saúde ; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

61 Madi SRC, Knob LF, Lorencetti J, Marcon NO, Madi JM. Sexual violence: Experience of a Program for the Care of Sexual Violence Victims (PRAVIVIS) at a General Hospital in Caxias do Sul, South Brazil. Revista da AMRIGS. 2010; 54 (1): 13-18.

62 Danielson CK, Holmes MM. Adolescent sexual assault: an update of the literature. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004 Oct;16(5):383-8.

63 Andrade RP, Guimarães ACP, Fagoti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM, Medeiros JM. Características Demográficas e Intervalo para Atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual. RBGO. 2001; 23(9): 583-587.

64 Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. Rev Bras Ginecol Obstet.2004; 26(2): 111-6.

65 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados gerais da amostra do Censo Demográfico de 2010. http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/ (acessado em 25/Jul/2012).

66 Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das Mulheres Atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. Semina. 2006; 27(1): 3-11.

67 Belknap J. Rape: Too Hard to Report and Too Easy to Discredit Victims. Violence Against Women. 2010;16(12):1335-1344.

68 Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiq Clín. 2006; 33(2):43-54.

69 Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. Trauma Violence Abuse. 2009; 10 (3): 225-46.

70 Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, et al: Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. Acta Psychiatrica Scandinavica 111:380–383, 2005

71 Quarantini LC, Netto LR, Andrade-Nascimento M, Galvão-de Almeida A, Sampaio AS, Miranda-Scippa A, Bressan RA, Koenen KC. Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder. Rev Bras Psiquiatr.2009; 31(SupIII): S66-76.

72 Atkeson BM, Calhoun KS, Resick PA, Ellis EM Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1982; 50: 96–102

73 Koss MP. Rape: scope, impact, interventions and public policy responses. American Psychologist. 1993; 48: 1062-1069.

74 Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ, Waller JL, McKeown RE, Chilappagari S. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998; 32(2):147-154.

75 Koss MP. The women's mental health research agenda. Violence against women. Am Psychol. 1990. Mar; 45(3): 374-80.

77 Coid J, Petruckevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual an physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. Lancet.2001.Aug 11; 358(9280): 450-54.

76 Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. J Consult Clin Psychol. 1992; Jun; 60(3): 409-18.

78 Goodman LA, Koss MP, Russo NF. Violence against women: Physical and mental health effects. Part I: Research findings. Applied and Preventive Psychology.1993; 2: 79-89.

79 Resnick H, Acierno R, Waldrop AE, King L, King D, Danielson C, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG. Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. Behav Res Ther. 2007 Oct;45(10):2432-47.

80 Kaukinen CE, DeMaris A. Age at first sexual assault and current substance use and depression. Journal of Interpersonal Violence. 2005. 20: 1244-270.

81 Ahrens CE, Campbell R. Assisting rape victims as they recover from rape: The impact of friends. Journal of Interpersonal Violence. 2000. 15: 959-986

82 Ruback RB, Ivie DL. Prior relationship, resistance and injury rapes: Na analysis of crisis center records. Violence and Victims.1988; 3:99-111.

83 Wortman C, Lehman D. Reactions to victims of life crisis: Support attempts that fail. In I. Sarason & B. Sarason (Eds), Social support: Theory, research, and applications (pp 463-489). Boston: Martinus Nijhoff.

84 Taylor S, Wood J, Lichtman RR. It could be worse: Selective evaluation as a response to victimization. Journal of Social Issues. 1983;39:19-40.

85 Lempert L. Women's strategies for survival: Developing agengy in abusive relationships. Journal of Familiy Violence.1996.11: 269-289.

86 Fattah E, Sacco V. Crime and victimization of the elderly. 1989. New York: Springer-Verlag.

87 Kaukinen CE. The help-seeking strategies of female violent-crime victims, Journal of Interpersonal Violence. 2004; 19: 967-270.

88 Sacco V. Social support and the fear of crime. Canadian Journal of Criminology. 1993; 35: 187-196

89 Ullman S, Filipas H. Correlates of formal and informal support seeking in sexual assault victims. Journal of Interpersonal Violence. 2001; 16: 1028-1047.

90 Muram D, Hostetler BR, Jones CE, Speck PM. Adolescent Victims of Sexual Assault. Journal of Adolescent Health. 1995; 17: 372-375.

91 Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. Acad Emerg Med. 2003 Aug; 10 (8): 872-7.

92 Helen Wu Z, Berenson AB, Wiemann CM. A Profile of Adolescent Females with a History of Sexual Assault in Texas: Familial Enviroment, Risk Behaviors and Health Status. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003; 16: 207-216.

93 Miller BC, Monson BH, Norton MC. The effects of forced sexual intercourse on white female adolescents. A Child Abuse & Neglect, 1995; 19 (10): 1289-1301.

94 Sarti CA. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. Sexualidad, Salud Y Sociedad - Revista Latinoamericana. 2009; (1): 89-103.

95 Messman-Moore TL, Brown AL. Risk Perception, Rape, and Sexual Revictimization: A Prospective Study of College Women. Psychology of Women Quarterly 2006 30: 159.

96 Rickert VI, wiemann CM, Vaughan RD, White JW. Rates and Risk Factors for Sexual Violence Among an Ethnically Diverse Sample of Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Dec; 158 (12): 1132-9.

97 World Health Organization. Rape: how women, the community and the health sector respond. 2007

8

ANEXOS

9.1) ANEXO 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do DTG/ CAISM

UNICAMP

Comissão de Pesquisa do DTG / CAISM

Campinas, 5 de novembro de 2010.

Protocolo nº: 038/2010

O protocolo de pesquisa ***"Avaliação psiquiátrica de mulheres vítimas de violência sexual"*** da pesquisadora Cláudia de Oliveira Facuri, orientada pela Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM em 5/11/2010.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Guilherme Cecatti
Presidente da Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM

Rua Alexander Flemming, n.º101 – Cidade Universitária Zeferino Vaz – Campinas-SP
Fone: (19) 3521-9400
comissaopesquisa@caism.unicamp.br

9.2) ANEXO 2: Aprovação do Comitê de Ética FCM/UNICAMP

CEP, 25/10/11
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 1063/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0962.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cláudia de Oliveira Facuri
INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/10/2011
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/10/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Avaliar o perfil, características a agressão, adesão ao tratamento e sintomas psíquicos de mulheres que procuraram atendimento no Centro de Atenção à Saúde da Mulher por terem sofrido violência sexual.

III – SUMÁRIO.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo por analise de prontuários das mulheres vítimas de violência sexual que procuraram atendimento no CAISM de julho de 2006 a dezembro de 2010. Serão analisadas as variáveis: sócio-demográficas, relacionadas ao evento, variáveis clínicas (antecedentes psiquiátricos pessoais e alterações psíquicas apresentadas após o evento), resultados das escalas de Depressão e Ansiedade de Hamilton e taxa de adesão ao serviço.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

Estudo bem estruturado. Pede-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois consta de um estudo retrospectivo, com analise de prontuários, sem contato direto com as pacientes. Fonte de recurso: será a própria pesquisadora. Aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM

V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, a dispensa do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

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.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de outubro de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

9.3) ANEXO 3: Ficha de Coleta de Dados

Ficha de coleta de dados do atendimento psiquiátrico no Ambulatório de mulheres vítimas de violência sexual do CAISM

1 - Ficha nº_____ 2- Data ____/____/____

3 - Data de Nascimento: ____/____/____ **4- Idade** _____ anos

5 – Cor da pele: 5.1 branca 5.2 negra 5.3 parda 5.4 amarela 5.9 outros _____ 5.0 *DND*

6 - Estado civil: 6.1 solteira 6.2 casada/amasiada 6.3 viúva 6.4 separada 6.9 outros _____6.0 *DND*

7 - Filhos: 7.1 não 7.2 sim* 7.2.1 Quantos?_____ 7.0 *DND*

8 - Escolaridade: 8.1 analfabeta 8.2 fundamental incompleto

8.3 fundamental completo 8.4 médio incompleto 8.5 médio completo 8.6 superior incompleto 8.7 superior completo 8.9 outros _____

8.0 *DND*

9- Profissão: _____

10 -Situação profissional: 10.1 empregada 10.2 desempregada

10.3 em benefício 10.4 estudante 10.5 dona de casa 10.9 outros_____

10.0 *DND*

11 - Religião: 11.1 não 11.2 sim*

11.2.1 católica 11.2.2 evangélica 11.2.3 espírita 11.2.9 outros_____ 11.0 *DND*

12 - Prática religiosa: 12.1 não 12.2 sim 12.3 NSA 12.0 *DND*

13 – Havia tido relação sexual até o evento: 13.1 não 13.2 sim 13.9 outros_____

13.0 *DND*

14 - Tem antecedente pessoal de violência sexual? 14.1 não 14.2 sim*

14.2.1 com que idade?_____anos 14.0 *DND*

15 - Tem antecedente familiar de transtorno mental? 15.1 não 15.2 sim*

15.2.1 Qual _____ 15.9 outros_____ 15.0 *DND*

16 - Tem antecedente familiar de violência sexual? 16.1 não 16.2 sim*

(*Grau de parentesco)* 16.2.1 mãe 16 .2.2 irmã 16.2.9 outros_____

16.0 *DND*

17 - Tem alguma doença crônica? 17.1 não 17.2 sim* 7.2.1_____ 17.0 *DND*

18 - Data do evento ____/____/_____ **19 - horário:** _____

20 – Intervalo de horário: 20.1 00:00-07:00 20.2 07:01-18:00 20.3 18:01-23:59 20.0 *DND*/NSA

21 - Realizou BO? 21.1 sim 21.2 não 21.9 outros_____ 21.0 *DND*

22 - Local da abordagem: 22.1 rua 22.2 ponto de ônibus 22.3 residência 22.4 escola 22.5 trabalho 22.9 outros_____ 22.0 *DND*

23 - Agressor : 23.1 desconhecido 23.2 conhecido* 23.2.1 _____ 23.3 único 23.4 múltiplos 23.9 outros _____ 23.0 *DND*

24 -Intimidação: 24.1 não 24.2 sim*

24.2.1 arma de fogo 24.2.2 arma branca 24.2.3 força física 24.2.4 ameaça verbal 24.2.9 outros _____ 24.2.0 *DND*

25 - Tipo de relação: 25.1 vaginal 25.2 anal 25.3 oral 25.9 outros_____ 25.0 *DND*

26- Tempo transcorrido entre o evento e a primeira avaliação no CAISM _____ (horas até 24 horas. Se >24h, contagem em dias)

27- Dia da semana da primeira avaliação: 27.1 dia útil 27.2 final de semana/ feriado

28- Horário de atendimento: 28.1 08:00 – 17:00 28.2 17:01 – 07:59

29- Classificação do atendimento: 29.1 imediato 29.1 tardio

30- Fez uso de ARV? 30.1 não 30.1 sim 30.9 outros_____ 30.0 *DND*

31 - Fez uso de anticoncepção de emergência? 31.1 não 31.2 sim 31.9 outros____ 31.0 *DND*

32 - Recebeu vacina/imunoglobulina contra hepatite B?

32.1 não 32.2 sim 32.9 outros_____ 32.0 *DND*

33 - Usou alguma outra medicação? 33.1 não 35.2 sim* 33.2.1 Qual ?_____ 33.9 outros 33.0 NSA

34- Encaminhamento: 34.1 ambulatório de ginecologia atendimento especial 34. 2 ambulatório de gineco-adolescente 34. 3 interrupção legal 34. 4 alta 34.5 outros _____ 34. 0 *D.N.D.*

35 - Tempo transcorrido entre o evento e a avaliação psiquiátrica _____ dias

36 - Apresentou problemas/reações/mudanças relacionados ao evento?

36.1 não 36.2 sim* 36.0 *DND*

37 - Mudanças Físicas: 37.1 não 37.2 sim*

37.2.1 alterações do sono 37.2.2 alterações de apetite

37.2.3 alterações gastrointestinais 37.2.4 alterações geniturinárias

37.2.5 alterações na disposição física 37.2.9 outros 37.2.0 *DND*

38 - Mudanças Psíquicas: 38.1 não 38.2 sim*

38.2.1 sintomas ansiosos 38.2.2 sintomas depressivos 38.2.3 ideação suicida

38.2.4 planejamento suicida 38.2.5 T S 38.2.6 medo de DST 38.2.7 medo de gestação 38.2.8 flash back 38.2.10 medo de repetição do evento 38.2.9 outros_____ 38.2.0 *DND*

39 - Mudanças Sociais: 39.1 não 39.2 sim*

39.2.1 sentimento de vergonha 39.2.2 sentimento de culpa

39.2.3 medo de rejeição 39.2.4 mudanças na rotina 39.2.5 isolamento

39.2.6 evitação social 39.2.7 mudança de endereço

39.2.9 outros_____ 39.2.0 *DND*

40 - Mudanças Legais: 40.1 não 40.2 sim*

40.2.1 busca de ajuda 40.2.2 necessidade de proteção 40.2.3 trâmites legais 40.2.9 outros_____ 40.2.0 *DND*

41- Contou a alguém? 41.1 não 41.2 sim*

41.2.1 cônjuge (marido) 41.2.2 cônjuge (namorado) 41.2.2 mãe 41.2.3 pai

41.2.4 irmãos 41.2.5 amigos 41.2.6 polícia 41.2.9 outros__ 41.2.0 *DND*

42 - Sente-se apoiada? 42.1 não 42.2 parcialmente 42.3 sim

43 - Tem antecedente psiquiátrico pessoal? 43.1 - não 43.2 - sim*

43.2.1 - com que idade?_____ anos 43.9 outros 43.0 *DND*

43.2.2 Tipo de transtorno_____

43.2.2 Tipo de transtorno_____

44 - Faz tratamento psiquiátrico? 44.1 não 44.2 sim*

(*Classe de psicofármaco*) 44.2.1 antidepressivo 44.2.2 ansiolítico 44.2.3 antipsicótico

44.2.4 estabilizador do humor 44.2.9 outros _____ 44.2.0 *DND*

45 - Faz tratamento psicoterápico? 45.1 não 45.2 sim* 45.9 outros_____ 45.0 *DND*

46- Diagnóstico psiquiátrico_____

47 - Tratamento farmacológico proposto? 47 .1 não 47 .2 sim*

(*Classe de psicofármaco*) 47.2.1 antidepressivo 47.2.2 ansiolítico
47.2.3 antipsicótico 47.2.4 estabilizador do humor 47.2.9 outros_____
47.0 *DND*

48- Seguimento: 48.1 só enfermaria 48.2 ambulatorial incompleto (abandono)
48.9 completo (6 meses)

49 – Número de atendimentos ginecologia:_____

50 – Número de atendimentos enfermagem: _____

51 – Número de atendimentos psiquiatria: _____

52 – Número de atendimentos psicologia: _____

53 - Número de atendimentos assistente social:_____

54 – Número total de atendimentos multidisciplinares:_____

55 – Adesão:

55.1 completa (comparecimento a todos os atendimentos)
55.2 parcial (comparecimento a alguns atendimentos e presença à consulta de alta) 55.3 inicial (comparecimento a apenas 1 atendimento)
55.4 não adesão (ausência de comparecimento a atendimentos no ambulatório)

56 - Observações do coletor:

_____
_____
_____

57– Iniciais da Paciente: _____ 58 - Registro CAISM:_____

9.4) ANEXO 4: Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

Anexo 1

Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

Hamilton Anxiety Scale – HAM-A (Hamilton, 1959)

INSTRUÇÕES: Escolha para cada item, segundo sua experiência, a nota que corresponde à intensidade do comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplos para orientação. Todos os itens devem ser colados seguindo o esquema:

0 = AUSENTE
1 = INTENSIDADE LEVE
2 = INTENSIDADE MÉDIA
3 = INTENSIDADE FORTE
4 = INTENSIDADE MÁXIMA

1. HUMOR ANSIOSO ..... ( )
   Inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente ou ao futuro, maus pressentimentos, irritabilidade, etc.
2. TENSÃO ..... ( )
   Sensação de tensão, fadiga, reações de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar e agitação.
3. MEDOS ..... ( )
   De escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, de trânsito, de multidões, etc.
4. INSÔNIA ..... ( )
   Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno, etc.
5. DIFICULDADES INTELECTUAIS ..... ( )
   Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.
6. HUMOR DEPRIMIDO ..... ( )
   Perda de interesse, oscilação do humor, depressão, despertar precoce, etc.
7. SOMATIZAÇÕES MOTORAS ..... ( )
   Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.

TOTAL PARCIAL ..... [ ]

8. SOMATIZAÇÕES SENSORIAIS ..... ( )
   Ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamento, sensações auditivas de ruído, zumbidos, etc.
9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES ..... ( )
   Taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, etc.
10. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS ..... ( )
    Pressão ou constrição no peito, dispnéia, respiração suspirosa, sensação de sufocação, etc.
11. SINTOMAS GASTRINTESTINAIS ..... ( )
    Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarréia ou constipação e cólicas.
12. SINTOMAS GENITURINÁRIOS ..... ( )
    Polaciúria, urgência de micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido, etc.
13. SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS ..... ( )
    Boca seca, palidez, ruborização, tendência à sudação, tonturas, cefaléia de tensão, etc.
14. COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA ..... ( )
    Geral: tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa e face tensa.
    Fisiológico: engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, etc.

TOTAL GERAL ..... [ ]

9.5) ANEXO 5: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton

Anexo 1

Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão

Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) – versão adaptada de Blacker (2000)

Instruções: Em cada item, escolha o escore que melhor caracteriza o paciente na última semana. Assinale sua opção no espaço apropriado ( ).

1 – HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, menos valia)
0 ( ) Ausente.
1 ( ) Sentimentos são relatados somente se perguntados.
2 ( ) Sentimentos são relatados espontaneamente com palavras.
3 ( ) Comunica esses sentimentos não verbalmente, ou seja, na expressão facial, postura, voz e a tendência ao choro.
4 ( ) Paciente comunica quase exclusivamente esses sentimentos, espontaneamente, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal.

2 – SENTIMENTOS DE CULPA
0 ( ) Ausentes.
1 ( ) Auto-recriminação; acha que decepcionou outras pessoas.
2 ( ) Idéias de culpa ou ruminações sobre erros ou ações do passado.
3 ( ) Acha que a doença atual é um castigo; delírio de culpa.
4 ( ) Ouve vozes que acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3 – SUICÍDIO
0 ( ) Ausente.
1 ( ) Acha que a vida não vale a pena.
2 ( ) Gostaria de estar morto ou qualquer cogitação sobre possível morte para si mesmo.
3 ( ) Idéias ou gestos suicidas.
4 ( ) Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marque 4).

4 – INSÔNIA INICIAL
0 ( ) Sem dificuldade para iniciar o sono.
1 ( ) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, ou seja, mais que meia hora.
2 ( ) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5 – INSÔNIA INTERMEDIÁRIA
0 ( ) Sem dificuldade.
1 ( ) Queixa-se de ficar com inquietude e perturbação durante a noite.
2 ( ) Acorda durante a noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para necessidades fisiológicas).

6 – INSÔNIA TERMINAL (madrugada)
0 ( ) Sem dificuldade.
1 ( ) Acorda de madrugada, mas volta a dormir.
2 ( ) Não consegue voltar a dormir se acordar de madrugada ou sair da cama.

7 – TRABALHO E ATIVIDADES
0 ( ) Sem dificuldades.
1 ( ) Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados a atividades, trabalho ou passatempos.
2 ( ) Perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho relatado diretamente pelo paciente ou indiretamente, por meio de falta de iniciativa, indecisão, vacilação (sente que precisa se forçar para trabalhar ou desenvolver atividades).
3 ( ) Redução do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. Marque 3 se não ocupa pelo menos três horas/dia em atividades (trabalho ou passatempos), exceto as de rotina.
4 ( ) Parou de trabalhar devido à doença atual. Marque 4 só o paciente não desenvolve atividades além das de rotina ou deixa de executá-las sem ajuda.

8 – RETARDO (lentificação do pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora)
0 ( ) Pensamento e discurso normais.
1 ( ) Discreta lentificação durante a entrevista.
2 ( ) Óbvia lentificação durante a entrevista.
3 ( ) Entrevista difícil.
4 ( ) Estupor.

9 – AGITAÇÃO
0 ( ) Nenhuma.
1 ( ) Inquietude.
2 ( ) Brinca com as mãos ou cabelos, etc.
3 ( ) Movimenta-se, não consegue sentar-se quieto durante a entrevista.
4 ( ) Retorce as mãos, rói unhas, puxa cabelos, morde lábios.

10 – ANSIEDADE PSÍQUICA
0 ( ) Sem problemas.
1 ( ) Tensão e irritabilidade subjetivas.
2 ( ) Preocupação excessiva com trivialidades.
3 ( ) Atitude apreensiva aparente na fisionomia ou no discurso.
4 ( ) Medos expressos espontaneamente.

11 – ANSIEDADE SOMÁTICA (concomitantes fisiológicos da ansiedade: GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarréia, cólicas, eructação; CV: palpitação, cefaléias. Resp.: hiperventilação, suspiros; sudorese; ter que urinar freqüentemente)
0 ( ) Ausente.
1 ( ) Leve: Sintomas menores relatados quando inquirido.
2 ( ) Moderado: Paciente descreve espontaneamente sintomas não incapacitantes.
3 ( ) Grave: Maior número e freqüência que 2; acompanhado de estresse subjetivo e prejudica o funcionamento normal.
4 ( ) Incapacitante: Numerosos sintomas, persistentes ou incapacitantes na maior parte do tempo; ataques de pânico.

12 – SINTOMAS SOMÁTICOS (apetite, digestivo)
0 ( ) Nenhum.
1 ( ) Perda de apetite, mas come sem necessidade de encorajamento. Peso no abdome.
2 ( ) Dificuldade para comer sem encorajamento ou insistência. Pede ou requer laxantes ou medicação para sintomas gastrointestinais.

13 – SINTOMAS SOMÁTICOS (gerais)
0 ( ) Nenhum.
1 ( ) Peso ou lassidão em membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cabeça ou musculares. Perda de energia e fatigabilidade.
2 ( ) Marque 2 para qualquer sintoma bem definido.

14 – SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, distúrbios menstruais)
0 ( ) Ausentes, ou informação insuficiente.
1 ( ) Leves: redução da libido ou desempenho sexual insatisfatório; tensão pré-menstrual leve.
2 ( ) Graves: desinteresse ou impotência; tensão pré-menstrual grave.

15 – HIPOCONDRIA
0 ( ) Ausente.
1 ( ) Auto-observação (corporal) aumentada:
2 ( ) Preocupação excessiva com a saúde.
3 ( ) Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.
4 ( ) Delírio hipocondríaco.

16 – PERDA DE PESO (Avalie A ou B)
A. De acordo com o paciente.
0 ( ) Nenhuma.
1 ( ) Provável emagrecimento associado à doença atual.
2 ( ) Perda de peso indubitável (de acordo com o paciente).
B. Com base em medidas semanais.
0 ( ) Menos de 0,5 kg de perda de peso na semana.
1 ( ) Mais de 0,5 kg de perda de peso na semana.
2 ( ) Mais de 1,0 kg de perda de peso na semana.

17 – CRÍTICA
0 ( ) Reconhece estar deprimido e doente ou não estar deprimido esta semana.
1 ( ) Reconhece estar doente, mas atribui isso à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, ao vírus, à necessidade de descanso, etc.
2 ( ) Nega estar doente.

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 17 ITENS: _____ (Faixa de variação: 0-50)

18 – VARIAÇÃO DIURNA
A. Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marque "nenhuma".
0 ( ) Nenhuma.
1 ( ) Pior de manhã.
2 ( ) Pior à tarde.
B. Quando presente, aponte a gravidade da variação. Marque "nenhuma" caso NÃO haja variação.
0 ( ) Nenhuma.
1 ( ) Leve.
2 ( ) Grave.

Nota: Apenas o escore referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) deve ser incluído no escore final. O item 18A não deve ser computado.

19 – DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO
0 ( ) Ausente.
1 ( ) Leve.
2 ( ) Moderada.
3 ( ) Grave.
4 ( ) Incapacitante.

20 – SINTOMAS PARANÓIDES
0 ( ) Nenhum.
1 ( ) Desconfiança.
2 ( ) Idéias de referência.
3 ( ) Delírios de referência e perseguição.

21 – SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS
0 ( ) Nenhum.
1 ( ) Leves.
2 ( ) Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ITENS (EXCETO 18A)

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 21 ITENS: _____ (Faixa de variação: 0-62)

22 – DESAMPARO
0 ( ) Ausente.
1 ( ) Sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista.
2 ( ) Paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo.
3 ( ) Necessita de insistência, orientação e reasseguramento para completar tarefas.
4 ( ) Requer assistência para se vestir, comer ou realizar higiene pessoal.

23 – DESESPERANÇA
0 ( ) Ausente.
1 ( ) Dúvida intermitente de que "as coisas irão melhorar", mas pode ser reassegurado.
2 ( ) Consistentemente se sente desesperançado, mas aceita reasseguramentos.
3 ( ) Expressa sentimentos de desencorajamento, desespero e pessimismo quanto ao futuro que não podem ser desfeitos.
4 ( ) Espontânea e inapropriadamente persevera "nunca VOU melhorar" ou equivalente.

24 – BAIXA AUTO-ESTIMA
0 ( ) Ausente.
1 ( ) Indica sentimentos de inutilidade (perda da auto-estima) apenas quando perguntado.
2 ( ) Paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade.
3 ( ) Difere de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que é "ruim", "inferior".
( ) Delírios de inutilidade.

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 24 ITENS: _____ (Faixa de variação: 0-70)

NB: A aplicação da escala deve ser feita sempre pelo mesmo pesquisador.

9.6) ANEXO 6: Inventário Beck de Ansiedade

INVENTÁRIO BECK DE ANSIEDADE

Nome: _____ Data: ___/___/___

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Indique o quanto você foi incomodado por cada sintoma durante a ÚLTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOJE colocando um X no espaço correspondente da coluna próxima a cada sintoma.

		Nada	Fraco Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas consegui agüentar	Muito forte Eu quase não consegui agüentar
1	Dormência ou formigamento				
2	Calores				
3	Pernas bambas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo do pior acontecer				
6	Tonteira ou cabeça leve				
7	Coração batendo forte ou acelerado				
8	Inquieto(a)				
9	Aterrorizado(a)				
10	Nervoso(a)				
11	Sensação de sufocamento				
12	Mãos tremendo				
13	Trêmulo(a)				
14	Medo de perder o controle				
15	Dificuldade de respirar				
16	Medo de morrer				
17	Assustado(a)				
18	Indigestão ou desconforto no abdômen				
19	Desmaio				
20	Face ruborizada				
21	Suores (não devido a calor)				

INVENTÁRIO BECK DE ANSIEDADE

AVALIAÇÃO

Pontuação média:

Pacientes ansiosos : 25,76 (DP = 11,42)
Sujeitos normais: 15,88 (DP = 11,81)

9.7) ANEXO 7: Escala de Avaliação de PTSD Administrada pelo Clínico - CAPS

Anexo 1

Escala de Avaliação de PTSD Administrada pelo Clínico

Clinician Administered PTSD Scale – CAPS (Blake et al., 1990) – versão traduzida por L.M. Ito

SINTOMAS DE PTSD

A. Evento traumático: .....

	Sintomas atuais		Sintomas ao longo da vida	
	Freq.	Ints.	Freq.	Ints.
B. O evento traumático é persistentemente revivido				
(1) Lembranças recorrentes e intrusivas	____	____	____	____
(2) Aflição quando exposto a eventos relacionados	____	____	____	____
(3) Atua ou sente como se o evento recorresse	____	____	____	____
(4) Sonhos angustiantes recorrentes sobre o evento	____	____	____	____

Nº DE SINTOMAS ATUAIS PARA O CRITÉRIO B (PRECISA 1) ____ Atinge critério? Sim Não

Nº DE SINTOMAS AO LONGO DA VIDA PARA O CRITÉRIO B (PRECISA 1) ____ Atinge critério? Sim Não

C. Esquiva persistente de estímulos/diminuição da responsividade				
(5) Esforço para evitar pensamentos ou sentimentos	____	____	____	____
(6) Esforço para evitar atividades ou situações	____	____	____	____
(7) Incapacidade para relembrar aspectos do trauma	____	____	____	____
(8) Diminuição do interesse em atividades usuais	____	____	____	____
(9) Sentimento de alienação e estranheza	____	____	____	____
(10) Restrição da afetividade	____	____	____	____
(11) Perspectiva de futuro reduzida	____	____	____	____

Nº DE SINTOMAS ATUAIS PARA O CRITÉRIO C (PRECISAM 3) ____ Atinge critério? Sim Não

Nº DE SINTOMAS AO LONGO DA VIDA PARA O CRITÉRIO C (PRECISAM 3) ____ Atinge critério? Sim Não

D. Sintomas persistentes de aumento da excitabilidade				
(12) Dificuldade para adormecer	____	____	____	____
(13) Irritabilidade ou acessos de raiva	____	____	____	____
(14) Dificuldade para se concentrar	____	____	____	____
(15) Hipervigilância	____	____	____	____
(16) Tendência a assustar-se com facilidade	____	____	____	____
(17) Reatividade autonômica	____	____	____	____

Nº DE SINTOMAS ATUAIS PARA O CRITÉRIO D (PRECISAM 2) ____ Atinge critério? Sim Não

Nº DE SINTOMAS AO LONGO DA VIDA PARA O CRITÉRIO D (PRECISAM 2) ____ Atinge critério? Sim Não

CAPS – Avaliação Global

	Atuais	Ao longo da vida
(18) Impacto sobre o desempenho social	____	____
(19) Impacto sobre o desempenho profissional	____	____
(20) Melhora global	____	____
(21) Validade da avaliação	____	____
(22) Gravidade global	____	____

CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS OU HIPOTÉTICAS

	Sintomas atuais		Sintomas ao longo da vida	
	Freq.	Ints.	Freq.	Ints.
(23) Sentimento de culpa por participação ou omissão	____	____	____	____
(24) Sentimento de culpa por ter sobrevivido	____	____	____	____
(25) Tendência homicida	____	____	____	____
(26) Decepção com autoridade	____	____	____	____
(27) Sentimento de desesperança	____	____	____	____
(28) Memória prejudicada, esquecimento	____	____	____	____
(29) Tristeza e depressão	____	____	____	____
(30) Sensação de estar arrasado	____	____	____	____

NÚMERO DE SINTOMAS ASSOCIADOS – ATUAIS ____

NÚMERO DE SINTOMAS ASSOCIADOS – AO LONGO DA VIDA ____

9.8) ANEXO 8: Comprovante de submissão ao Cadernos de Saúde Pública

Login: claudiafacuri Português English Español

SAGAS
Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / *Reports in Public Health*

Início Autor Mensagens Sair

CSP_1322/12

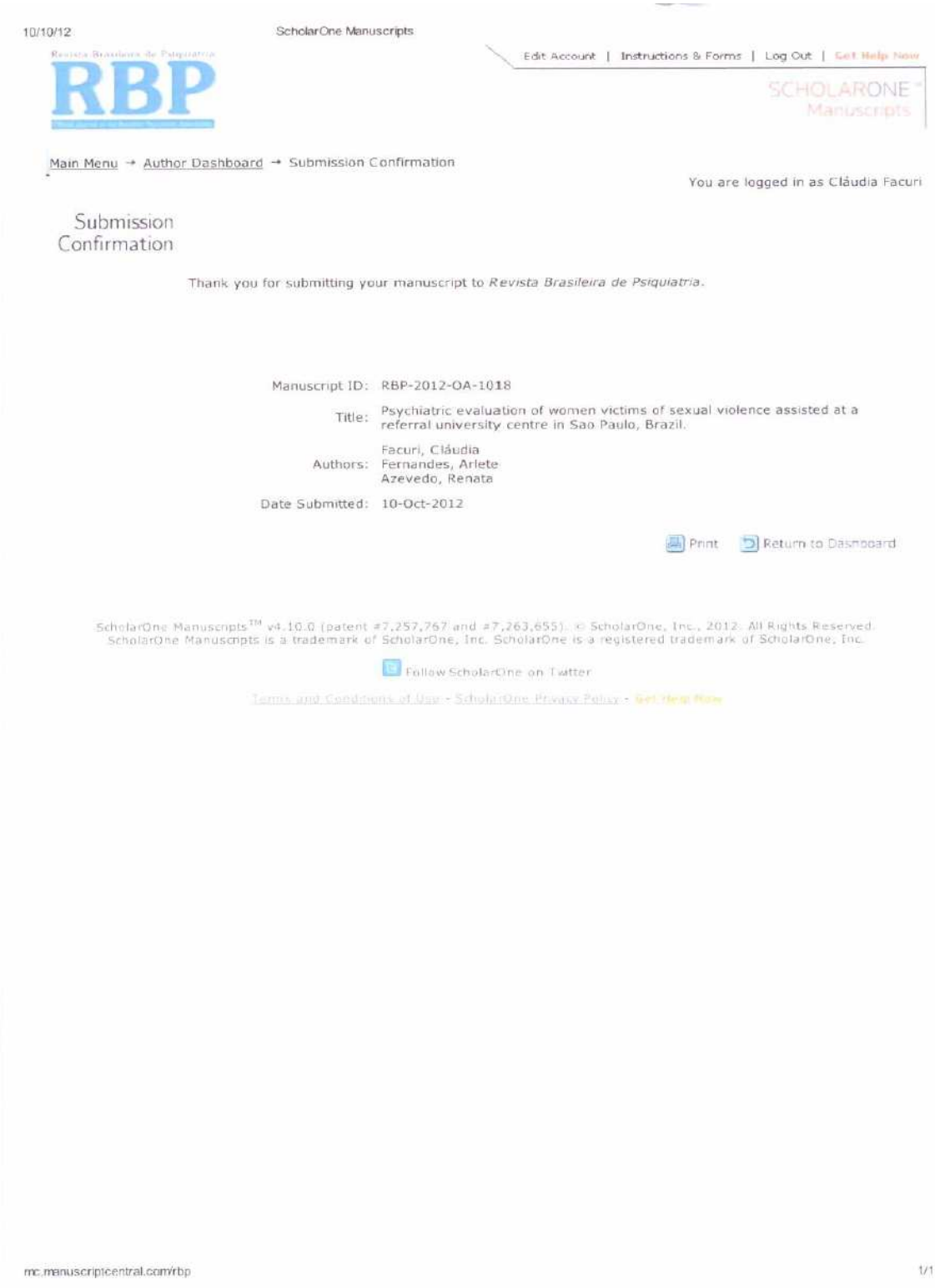
Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	Caracterização de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em serviço universitário de referência do estado de São Paulo, Brasil
Título corrido	Perfil e atendimento de mulheres vítimas de violência sexual no Brasil
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	violence against women, rape, sexual violence, sex offenses
Autores	Cláudia de Oliveira Facuri (FCM/UNICAMP) Arlete Maria dos Santos Fernandes (Hospital Aristodemo Pinotti (CAISM)/UNICAMP) Karina Diniz Oliveira ((FCM/UNICAMP)) Tiago dos Santos Andrade (FCM/UNICAMP) Renata Cruz Soares de Azevedo (FCM/UNICAMP)

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1	*Em avaliação.* Artigo enviado em 06 de Setembro de 2012.			

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2012

9.9) ANEXO 9: Comprovante de submissão à Revista Brasileira de Psiquiatria



10/10/12 ScholarOne Manuscripts

Edit Account | Instructions & Forms | Log Out | Get Help Now

SCHOLARONE Manuscripts

Main Menu → Author Dashboard → Submission Confirmation

You are logged in as Cláudia Facuri

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

Manuscript ID:	RBP-2012-OA-1018
Title:	Psychiatric evaluation of women victims of sexual violence assisted at a referral university centre in Sao Paulo, Brazil.
Authors:	Facuri, Cláudia Fernandes, Arlete Azevedo, Renata
Date Submitted:	10-Oct-2012

Print Return to Dashboard

ScholarOne Manuscripts™ v4.10.0 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2012. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.

Follow ScholarOne on Twitter

Terms and Conditions of Use - ScholarOne Privacy Policy - Get Help Now

mc.manuscriptcentral.com/rbp 1/1