

FRANCISCO JOSÉ MACHADO VIANA

**PASSANDO A LIMPO:
Avaliação do serviço de atendimento a mulheres
em situação de violência sexual desenvolvido na
Maternidade Odete Valadares – MG – Brasil
2003 – 2007**

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

**Unicamp
2009**

FRANCISCO JOSÉ MACHADO VIANA

**PASSANDO A LIMPO:
Avaliação do serviço de atendimento a mulheres
em situação de violência sexual desenvolvido na
Maternidade Odete Valadares – MG – Brasil
2003 – 2007**

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

ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

**Unicamp
2009**

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

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

V654a Viana, Francisco José Machado
Avaliação do serviço de atendimento a mulheres em situação de violência sexual desenvolvido na maternidade Odete Valadares – MG Brasil 2003 -2007 / Francisco José Machado Viana. Campinas, SP: [s.n.], 2009.

Orientador: Aníbal Faúndes
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência sexual. 2. Violência contra a mulher. 3. Sexualidade. 4. Consulta médica. 5. Adesão. 6. Intervenção precoce. I. Faúndes, Anibal. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Looking back: Evaluation of the care provided at the Odete Valadares Maternity Hospital to women who suffer sexual violence.-MG. Brazil, 2003 – 2007

Keywords:

- Sexual violence
- Violence against women
- Sexuality
- Referral and consultation
- Adherence
- Early intervention (Education)

Titulação: Doutor em Tocoginecologia
Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

Prof. Dr. Aníbal Faúndes
Prof. Dr. Aloísio Bedone
Prof. Dr. Jorge Andalaft Neto
Profa. Dra. Ana Mercês Bahia Bock
Profa. Dra. Maria Yolanda Makuch

Data da defesa: 26 – 02 – 2009

Diagramação e arte final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: FRANCISCO JOSÉ MACHADO VIANA

Orientador: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

Membros:

1. Aníbal Faúndes
2. Prof. André de F. V. Costa
3. Ana Z. B. Bock
4. [Assinatura]
5. [Assinatura]

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

Dedico este trabalho a minha companheira, Clara, que solidariamente acompanhou o desenrolar deste trabalho sempre incentivando sua continuidade. A minha mãe pela sempre trabalho com quem partilhei o dia-a-dia da assistência aos alunos e alunas que enfrentaram comigo esta longa jornada, a todas as mulheres que apesar do sofrimento mantiveram-se sempre dispostas a contribuir para que o conhecimento pudesse qualificar o serviço.

Data: 26/02/2009

Dedico este trabalho a minha companheira, Clara, que solidariamente acompanhou o desenrolar deste trabalho sempre incentivando sua continuidade. À minha mãe pela simplicidade e firmeza nas idéias. Ao meu pai sempre presente. A todos os amigos, em especial aos colegas de trabalho com quem partilhei o dia-a-dia da assistência, aos alunos e alunas que enfrentaram comigo esta longa jornada, a todas as mulheres que apesar do sofrimento mantiveram-se sempre dispostas a contribuir para que o conhecimento pudesse qualificar o serviço.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Aníbal Faúndes, pelo carinho e cuidado em todo o meu percurso neste trabalho.

À Maria do Carmo Fonseca pelo incentivo, dicas e apoio durante o trabalho.

À Maria Helena pelo cuidado com a estatística e a constante disponibilidade para esclarecer a natureza dos dados.

À Cecília e Vilma pelo cuidado na revisão e por "todos os galhos quebrados" para quem morava distante de Campinas.

Ao CEMICAMP, e toda sua equipe, pelo apoio em todos os momentos deste trabalho.

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, pela possibilidade de uso dos dados, e apoio necessários para a realização deste trabalho.

À Fapemig pela iniciativa de apoio ao Programa de Capacitação de Recursos Humanos, que me garantiu a bolsa para ajudar nas despesas.

À Diretoria da MOV, através da Lucia Elisa, Ana Cardoso, a Beth minha grande chefe no Ambulatório, que desde o primeiro momento me incentivou nessa empreitada.

Ao NEP por todo o apoio na realização das tarefas necessárias para que a bolsa fosse liberada sem atrasos, à Lau e Adriana pelo cuidado e carinho com que trataram tudo isso.

Ao Leo, Fernando e Mary e Elza, funcionários da Maternidade, que com paciência, solidariedade e espírito científico souberam garantir com seriedade e bom humor o processo de desarquivamento e arquivamento dos prontuários.

À Maria Inês e Ramon, por todo apoio e estímulo, com quem aprendi o que sei de um atendimento a mulheres em situação de violência.

Aos companheiros da MOV, Humberto, Iara, Liana, Laudislina, Luciana, Lívia, Sara, Eribaldo, Antonieta, Frederico e a todos que o tempo todo estiveram disponíveis para conversar, trocar idéias e sugerir ações que nos ajudassem no trabalho.

Ao Mauro, Julio e Rosane, companheiros no trabalho de pesquisa e na busca por repostas.

Aos Médicos Residentes, com quem compartilhei minhas angústias e que de maneira correta fizeram a diferença no atendimento às mulheres.

Aos meus alunos e companheiros na pesquisa de Iniciação Científica Junia, Rejane, Viviane Gomes, Daniela, Rogéria, Betania, Stephanie, Jacyara, Keila, Tati, Viviane Pires.

Aos alunos do Estágio “atendendo mulheres em situação de violência”, que muito ajudaram na manutenção do banco de dados.

À Alexia, Raquel, Sandro, Vanessa, Soane, Tereza, Julio e toda a equipe da Coordenação Estadual de DST/Aids, e da Atenção à Saúde da Mulher pela parceria, cooperação e apoio no trabalho realizado, inclusive com a doação à Maternidade do computador que possibilitou a coleta e armazenamento dos dados.

À Junia Lara e Meire Moukackar pelo apoio e estímulo nessa empreitada.

Aos colegas professores do Centro Universitário Newton Paiva pela solidariedade nas substituições imprescindíveis.

Aos meus filhos Teresa e Frederico que sempre estiveram solidários, partilhando atividades, ajudando com os computadores e nas traduções.

Temos direito a sermos iguais quando a diferença nos inferioriza; temos direito a sermos diferentes quando nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

(Boaventura Souza Santos, 2003)

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	ix
Resumo	x
Summary	xii
1. Introdução	14
2. Objetivos	22
2.1. Objetivo Geral.....	22
2.2. Objetivos Específicos	22
3. Sujeitos e Método	23
3.1. Sujeitos.....	23
3.2. Tamanho amostral.....	23
3.3. Instrumentos para coletas dos dados	24
3.4. Intervenções avaliadas.....	24
3.5. Processamento e análise dos dados	25
3.6. Aspectos éticos	26
4. Publicações.....	27
4.1. Artigo 1	28
4.2. Artigo 2	51
5. Discussão.....	74
6. Conclusões.....	79
7. Referências Bibliográficas.....	81
8. Anexos	88
8.1. Anexo 1 – Ficha de levantamento do perfil das mulheres vítimas de violência atendidas na Maternidade Odete Valadares.....	88
8.2. Anexo 2 – Fichas de notificação de violência	89
8.3. Anexo 3 – Folder da intervenção da MOV	95
8.4. Anexo 4 – Folder de intervenção da SES	96
8.5. Anexo 5 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	99

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CAISM** – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- CBP** – Código Penal Brasileiro
- CEMICAMP** – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FAPEMIG** – Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
- FHEMIG** – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- MOV** – Maternidade Odete Valadares
- PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Objetivo: Avaliar a efetividade de intervenções que objetivavam aprimorar o atendimento em um serviço de atenção a mulheres em situação de violência sexual e estudar a história de algumas dessas mulheres e os fatores associados ao tipo de violência sofrido. **Sujeitos e Método:** O estudo baseou-se no acompanhamento durante cinco anos das mulheres atendidas após agressão sexual na Maternidade Odete Valadares de Belo Horizonte, MG. Trata-se de estudo observacional, que em um primeiro estágio constou de uma retrospectiva realizada de 2003 a abril de 2006 e foi prospectivo do mês de maio de 2006 em diante, embasado em dados coletados nas fichas de notificação de violência dos prontuários e por meio de entrevistas realizadas durante o atendimento. Apresenta uma avaliação da efetividade de mudanças realizadas para prolongar o seguimento e para estimular a precocidade da consulta após a violência. Em relação às mulheres atendidas, procurou-se estudar suas características e os fatores associados às características da agressão sexual sofrida por mulheres considerando a via do coito, com as categorias somente vaginal, anal não exclusivo e oral não exclusivo, e número de vias de coito, categorizado em única e múltipla. Os fatores de risco foram características

sociodemográficas e circunstâncias da agressão. **Resultados:** 681 mulheres foram atendidas no período. O retorno após a emergência aumentou de 25,3% para 47,3% após a primeira intervenção, mas não houve aumento na proporção das que continuaram o seguimento por mais de 90 ou 180 dias. A segunda intervenção não teve efetividade para estimular a consulta das mulheres dentro dos três primeiros dias decorridos em relação aos fatores associados ao tipo de agressão. Na análise ajustada, a ocorrência na via pública foi fator de proteção para coito exclusivamente vaginal e de risco para coito anal. Mulheres com mais escolaridade tiveram mais probabilidade de coito apenas vaginal e foi fator de proteção para coito anal. Ser agredida por desconhecido foi fator de risco para sexo oral **Conclusão:** A avaliação das intervenções para aprimorar o atendimento à mulher em situação de violência sexual na MOV mostra que não é uma tarefa fácil e que se trata de um processo muito dinâmico que precisa de constante avaliação. Algumas características da mulher e das circunstâncias da agressão permitem identificar maior risco de determinado tipo de agressão. O elemento principal é o atendimento solidário e compreensivo destas mulheres por uma equipe bem preparada, mas é preciso uma avaliação permanente das ações realizadas para conseguir o objetivo de prevenir as consequências deletérias da violência sobre a saúde e a vida destas mulheres.

Summary

Objective: To evaluate interventions performed with the purpose of improving the care of women who suffer sexual violence and to identify risk factors for the different types of sexual violence **Subjects and Method:** This is a prospective, observational study based on the data collected by mean of interviews carried out during the care and registered in the files of the Odete Valadares Maternity hospital of Belo Horizonte, MG. Evaluates de effectiveness of two interventions intending to stimulate and prolong the follow-up after the emergency care and to shorten the period between the aggression and the first visit to the emergency service. For the identification of risk factors for type of violence, the outcomes evaluated were route of penetration with categories, only vaginal, non-exclusive anal and non-exclusive oral, and number of routes of penetration categorized in single or multiple. The risk factors were socio-demographic characteristics and circumstances of the aggression. An unadjusted and adjusted analysis, estimating Odds Ratio was performed. **Results:** 650 women received care during the period. The return for follow up increased from 25,3% to 47,3% after the first intervention, but the second intervention had no effect over to the percentage of women requesting care during the first 72 hours after the aggression. In relation to

of risk factors for type of violence, the adjusted analysis showed that aggression in the streets was protective for exclusively vaginal sex and a risk factor for anal penetration. Women with higher education had greater probability of only vaginal coitus and it was a protective factor for anal sex. Being attacked by an unknown person was a risk factor for oral sex. **Conclusion:** The evaluation of interventions with the purpose of improving the care of women who suffer sexual violence shows that is not an easy task, but of a very dynamic process requiring constant evaluation and adaptation. Some characteristics of women and the circumstances of the violence allow identifying a higher risk of the various route of penetration during sexual violence. The key element of the care is solidarity and understanding toward the women from a well trained professional team, but a permanent and careful evaluation of the actions taken to achieve the purpose of preventing the negative effects of sexual violence over the health and life of these women is an essential requirement.

1. Introdução

O fenômeno da violência sexual é praticamente universal, ou seja, é encontrado nas mais diversas partes do mundo, independentemente da condição de desenvolvimento, muito embora aspectos culturais possam contribuir para o aumento ou diminuição da mesma (Minayo, 1994).

A violência sexual contra as mulheres tem suas raízes na história e na cultura. Desde a Antiguidade, as mulheres surgem como espólio das guerras e são colocadas à disposição dos vencedores (Homero, 2002). Cook et al (2004) apontam que a prostituição forçada e a exploração sexual são lugares comuns nas guerras. Durante a Segunda Guerra Mundial, mulheres de diversos países foram forçadas à escravidão sexual por tropas japonesas. Ainda, conforme os mesmos autores, só recentemente, com a criação do Tribunal Criminal Internacional para a ex-Iugoslávia em 1993 e o Tribunal Criminal Internacional para Ruanda em 1994, é que se compararam os crimes sexuais a uma forma de tortura, onde foram acusados, inclusive, os chefes militares que ordenaram, instigaram, ajudaram ou encorajaram a violência sexual.

A situação da violência no Brasil preocupa as autoridades e a população em geral de tal forma, que desponta como problema prioritário para as agendas políticas. Em Minas Gerais, as cenas de violência contra a mulher já ganharam importância nacional, tendo ocupado, no passado recente, a teledramaturgia, o cinema, livros e outros meios de comunicação. No ano de 2008 a violência de gênero volta à cena com episódios que ganharam novamente os horários nobres das televisões e as manchetes dos jornais, tanto em Minas Gerais quanto em outros estados (Correio de Sergipe, O Globo, TV Canal 13 PI, Jornal Nacional, 2008).

No Brasil os crimes sexuais estão definidos no Código Penal Brasileiro (CPB) pelos artigos 213, 214 e 224 (Brasil, 1940). Eles tratam do estupro, do atentado violento ao pudor e da violência realizada contra pessoas incapazes de se defender. Além disso, resoluções de conferências internacionais, das quais o Brasil é signatário, definem obrigações de cada país na tarefa de respeitar e proteger as mulheres, condenando explicitamente a violência de gênero e todas as formas de assédio e exploração sexual (Souza e Adesse, 2005). A Constituição de 1988 confere *status* constitucional aos tratados internacionais ratificados pelo Estado brasileiro (Brasil, 1988). Assim, garantir serviços e atenção a essas mulheres não se restringe apenas a uma questão humanitária, mas também constitucional.

Para compreender a violência sexual contra a mulher é necessário que se faça um retorno a um momento recente da História, quando a violência de gênero não tinha existência social no Brasil (Pitanguy, 2003). Segundo Pitanguy, “crime e castigo têm sido definidos, sobretudo em função de um tipo ideal de cidadania calcada na figura do homem branco de classe alta e média” (Pitanguy,

2003). Deve-se lembrar que a naturalização da valorização do masculino em detrimento ao feminino está presente nas histórias infantis, na proteção e valorização especial dada aos fetos de sexo masculino, passando pela incorporação de leis e práticas que instituem e reconhecem essa desigualdade como natural nos diversos campos da vida pública e privada (Pitanguy, 2003). Assim, sempre se designam os meninos para as tarefas pesadas e sempre se chamam as meninas para as tarefas domésticas e naturalmente desobrigam-se os meninos de se preocuparem com estas questões. Homens e mulheres são formados para que tratem as relações sexuais de forma diferente (Barbosa, 1999). Esse padrão explica por que a tese da legítima defesa da honra fez sucesso entre os criminalistas que defenderam homens que assassinaram suas mulheres ou amantes.

Recentemente com a promulgação da Lei Maria da Penha, assistiu-se a uma discussão jurídica sobre a constitucionalidade da lei que tinha forte marca de discriminação de gênero.

Os avanços da mulher na sociedade contemporânea, e mais especificamente na sociedade brasileira, têm aumentado a exposição desta a vários fatores de risco para a sua saúde e outros eventos sociais típicos das cidades grandes. A mulher brasileira, hoje, definitivamente está presente no mercado de trabalho, conquistou postos tradicionalmente reservados aos homens, aumentou sua capacidade de competição na sociedade. Conforme dados do último censo, as mulheres têm hoje condição de escolaridade superior à dos homens em praticamente todas as faixas etárias (IBGE, 2000).

Talvez isso ajude a explicar porque é na contemporaneidade que as mulheres começam a reagir e denunciar como abuso a violência sexual, muito embora seja um crime muito antigo. Tratado como evento exclusivamente de foro privado e afeito à mulher, a violência sexual só ocupava as páginas de jornal quando a vítima, na luta com seu agressor, acabava sendo assassinada. Aquelas mulheres que resguardaram a vida, evitando a reação, ou mesmo que se sentiram incapazes dessa reação, mantiveram, no âmbito privado, seu sofrimento. As consequências, dessa decisão foram as depressões, o descaso com o próprio corpo, o aumento de chances de vivências de novas situações de violência, além da gravidez indesejada, das infecções com doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS (Belo Horizonte, 2004). Por isso mesmo, na atualidade, a violência sexual tem sido reconhecida como problema de saúde pública, que pode comprometer a saúde física e mental da mulher (Brasil, 2005a).

O constrangimento vivido por essa mulher na situação de violência sexual está exatamente no fato de o estupro não ser um crime de fácil comprovação. Afinal, em sua esmagadora maioria, não existem testemunhas e mesmo as provas materiais, ou seja, o material colhido nas mulheres, não é de fácil recuperação, tendo em vista que a agressividade e repulsa do próprio ato fazem com que as mulheres busquem se livrar das roupas, tomarem banho assim que se veem livres dos agressores. Só após essas medidas é que costumam procurar os serviços especializados que poderiam colher essas provas.

Assim, a peregrinação em busca de ajuda é re-vitimizadora, na medida em que passa por diversos serviços, onde é obrigada a repetir a mesma

história, várias vezes (aumentando a idéia de que duvidam de sua versão), em ambientes poucos acolhedores.

Conforme Villela e Lago (2007):

“à invisibilidade da violência sexual e às atribuições culturais relativas à sexualidade, que tendem transformar as vítimas em réus, pela insinuação de que muitas mulheres “provocam” os homens com a sua beleza e sensualidade, e que a sexualidade masculina é incontrolável.”

A invisibilidade do problema da violência sexual está relacionada também às dificuldades dos próprios profissionais especializados para lidar com o tema (Faúndes et al, 2002, Pitanguy, 2003). Verifica-se a necessidade do cuidado com os profissionais que atendem as mulheres, pois a temática da violência, a sua assistência, fazem emergir experiências dolorosas dos próprios profissionais, além de deixar transparecer o desconforto com esse atendimento, muitas vezes interpretado como de responsabilidade dessas mesmas mulheres (Souza e Adesse, 2005).

Todos esses elementos associados ajudam a compreender porque a verdadeira incidência dos crimes sexuais seja desconhecida. Trata-se, pois, de uma construção social em que essa mulher torna-se culpada pela própria violência que sofre.

O movimento de mulheres, desde a década de 70, vem se mobilizando para contribuir na construção de políticas públicas para as mulheres. A luta pela equidade no acesso aos direitos sociais fez com que o Estado brasileiro, ainda que timidamente, iniciasse a implantação de políticas específicas que atendessem às necessidades desse grupo (Minayo, 2007).

Entretanto, a resposta do Estado só aparece em 1983, quando surge o programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o primeiro programa que incluía temas como planejamento familiar, controle da reprodução (Osis, 1998), além da criação das primeiras delegacias especializadas no atendimento a mulheres em situação de violência. Apesar disso, apenas nos últimos 12 anos iniciou-se a preocupação dos serviços de saúde em oferecer o atendimento que as mulheres que sofrem violência sexual precisam ter na emergência e ao longo dos meses que se seguem à agressão (Faúndes et al, 1997; Minayo, 2007).

O atendimento às mulheres em situação de violência vem se desenvolvendo no Brasil com diferentes ritmos. A implantação da Norma Técnica, que trata da prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, fará 10 anos em 2009 e ainda possibilita poucas comemorações. São poucos os serviços e menos ainda são as publicações das experiências realizadas.

Até o presente momento, apenas o setor público tem implantado serviços especializados nesse tipo de atendimento. Estudos demonstram que trabalhos de informação junto à população, bem como um atendimento humanizado, têm

evitado a prática de abortamento inseguro e evitado a transmissão do HIV nas mulheres em situação de violência (Faúndes et al., 2004).

A Maternidade Odete Valadares (MOV), além de oferecer este serviço, é um centro de referência e formação das mais diversas profissões de saúde, além da pós-graduação em residência médica da ginecologia e obstetrícia da FHEMIG. A presente pesquisa foi iniciada em 2006 justamente com a intenção de avaliar o programa da MOV e de estudar as estratégias emocionais e sociais das mulheres que viveram uma situação de violência sexual. Como etapa inicial, procurou-se delimitar o início da pesquisa ao ano de 2003, data também do início da construção do banco de dados sobre violência pela equipe da Maternidade Odete Valadares.

Esses dados iniciais eram constituídos de anotações das diversas fichas de notificações existentes na época, anotações pessoais dos profissionais da equipe e anotações de prontuários. Em 2006, após a aprovação do Comitê de Ética, iniciou-se de forma mais sistemática e detalhada a coleta das informações através de entrevistas com algumas mulheres, etapa esta que ainda continua em seguimento e que não tem data predeterminada de término.

Além disso, quando se organiza um serviço, além de se preocupar com a população a ser atendida, é fundamental treinar e acompanhar os profissionais que estão na porta de entrada do serviço e que diariamente escutarão os relatos sofridos dessas mulheres.

Interessa, também, conhecer o tipo de violência sofrida, não por curiosidade mórbida, mas porque os riscos de complicações e as medidas preventivas necessárias dependem da forma de penetração sofrida pela mulher, assim como, se o ato sexual foi praticado por um ou mais de um agressor. Infelizmente é frequente que a mulher sinta-se envergonhada de dar essas informações que seriam tão importantes para seu tratamento. Conhecer os fatores que se associam aos diferentes tipos de agressão pode ser de utilidade para o profissional que colhe a história, ajudando-o a obter informações mais corretas que permitam orientar melhor quanto às medidas preventivas a serem tomadas no primeiro atendimento destas mulheres (Drezzett, 2000; Faúndes et al., 2006b).

Desta forma poderemos contribuir para que os profissionais de saúde que atuam nos programas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual possam compreender melhor a dimensão subjetiva dessa vivência e suas possíveis implicações na vida dessas mulheres, e principalmente que tenham subsídios para entender como ajudá-las de maneira mais efetiva na superação desse trauma.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a efetividade de intervenções para aprimorar o atendimento às mulheres em situação de violência sexual e estudar os fatores associados ao tipo de violência sofrido.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas das mulheres e as circunstâncias em que se deu a agressão.
- Avaliar a efetividade de uma intervenção sobre a continuidade do seguimento de mulheres atendidas de emergência após violência sexual.
- Avaliar a efetividade de uma intervenção sobre o tempo após a violência sexual que as mulheres agredidas demoram em consultar.
- Avaliar a associação entre as características sociodemográficas das mulheres e o tipo de agressão sofrida.
- Avaliar a associação entre circunstâncias em que se deu a agressão e o tipo de agressão sofrida.

3. Sujeitos e Método

3.1. Sujeitos

A população pesquisada é a mesma que recebe o atendimento para a situação de violência sexual na Maternidade Odete Valadares. O estudo baseia-se na análise do universo total das mulheres atendidas no período de 2003 a 2007. Este estudo iniciou-se em maio de 2006, fazendo inicialmente uma etapa retrospectiva ao ano de 2003 e seguiu prospectivamente até 2007.

3.2. Tamanho amostral

Considerou-se para este trabalho todo o universo de mulheres em situação de violência sexual atendidas na Maternidade Odete Valadares entre 1 de janeiro de 2003 e 31 de dezembro de 2007.

3.3. Instrumentos para coletas dos dados

Utilizou-se para a coleta dos dados um protocolo estruturado com questões fechadas (Anexo 1) para obtenção das informações constantes nas fichas de notificações, prontuários e cadernos de anotações dos técnicos da equipe.

Na primeira etapa, as informações foram obtidas em diferentes fichas de notificação (Anexo 2) que eram utilizadas na Maternidade. Por esse motivo, a falta de informação retrata a inexistência do dado na ficha utilizada na época. Para alguns casos que ainda se encontravam em atendimento, ou mesmo em função de anotações realizadas pelos profissionais, foi possível recuperar parte dos dados de algumas mulheres.

3.4. Intervenções avaliadas

A primeira intervenção consistiu na elaboração de um protocolo com a rotina a ser realizada no atendimento de emergência às mulheres que consultam por violência sexual. Ao mesmo tempo foi elaborado folheto explicativo para que as mulheres levassem para casa, após a consulta, e pudessem ler com calma as explicações e orientações sobre o atendimento realizado, os medicamentos e possíveis efeitos colaterais, com informações do que fazer. No fim do folheto ficava marcada a data da consulta de retorno com os profissionais da equipe do ambulatório (Anexo 3).

A segunda intervenção foi coordenada pelas secretarias estadual e municipais de saúde e contou com uma campanha de conscientização e informação à população sobre o problema da violência sexual, em que enfatizava a importância do atendimento precoce e destacava em quais locais se podia obter esse atendimento. Consistiu na distribuição de folders, cartazes, adesivos (Anexo 4), para distribuição manual em serviços, escolas, ONGs, etc. Além disso, foram colocados *outdoors*, distribuídos em locais estratégicos de grande movimento em BH.

3.5. Processamento e análise dos dados

O protocolo com as informações colhidas passaram inicialmente por uma análise de consistência e foram corrigidos após identificação.

Inicialmente fez-se uma análise bivariada simples. Em um segundo momento aplicaram-se modelos de regressão para cada uma das variáveis dependentes. As variáveis de controle, com suas correspondentes categorias para a análise múltipla foram a idade (contínua, em anos); cor/ raça (branca: 0/ outra, não branca: 1); estado civil (casada: 0/ não casada: 1); escolaridade (ensino fundamental [EF] incompleto: 0/ EF completo ou mais: 1); local da agressão (via pública: 1/ outro local: 0); relação com agressor (conhecido; familiar: 0/ desconhecido: 1); número de agressores (único: 0/ múltiplo: 1); período (manhã; tarde: 0/ noite; madrugada: 1).

Para a análise estatística utilizou-se o *odds ratio* (OR) com o correspondente intervalo de confiança de 95% (sem ajustar e ajustado às outras variáveis significativas). Os *softwares* utilizados foram o Epi Info v. 6.04d e o SPSS v.11.5.

3.6. Aspectos éticos

Nenhum método ou procedimento experimental foi utilizado nesta pesquisa.

O sigilo sobre a identidade das mulheres incluídas na análise está preservado, sendo que não se proporciona qualquer informação que permita identificá-las.

Todos os demais procedimentos seguem a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) acerca de pesquisas envolvendo seres humanos.

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e autorizado pelo parecer nº 319 (Anexo 5).

4. Publicações

**Artigo 1 – Efetividade de intervenções para aprimorar o atendimento às
mulheres em situação de violência sexual**

Artigo submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia

**Artigo 2 – *Fatores associados às características da agressão sexual sofrida
por mulheres atendidas na Maternidade Odete Valadares de Belo
Horizonte***

Artigo submetido à revista Cadernos de Saúde Pública

4.1. Artigo 1

Prezado Prof. Dr. Francisco José Machado Viana,

Encaminhamos em anexo o ofício N° 5066-09 que acusa recebimento do artigo de sua autoria M 725, intitulado/ /"/**Efetividade de intervenções para aprimorar o atendimento às mulheres em situação de violência sexual"/, enviado para publicação.**

Conforme ofício em anexo, chamamos sua especial atenção para a obrigatoriedade de duas medidas adotadas pela Revista Brasileira de Epidemiologia da ABRASCO:

1ª) *Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);*

2ª) *Declaração de Conflito de Interesses.*

A Revista Brasileira de Epidemiologia apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto.

Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo.

Pedimos a gentileza de encaminhar a documentação assinada para a sede da RBE, no endereço abaixo.

Agradecendo a valiosa colaboração e atenção, despedimo-nos.

Cordialmente,

Wirley Risso Cozza

P/ Márcia Furquim de Almeida e Moisés Goldbaum *REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA*/abrasco /BRAZILIAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY/ Av. Dr. Arnaldo,

715 - BIBLIOTECA - 2º andar - sala 01

01246-904 - Cerqueira César - São Paulo-SP-Brasil

Tel/Fax: (55.11) 3085 - 5411

<http://www.scielo.br/rbepid>

--

Sandra Suzuki

Wirley Risso Cozza

P/ Márcia Furquim de Almeida e Moisés Goldbaum Editores Científicos REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA/Abrasco BRAZILIAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY Av.

Dr. Arnaldo, 715 - BIBLIOTECA - 2º andar - sala 01

01246-904 - Cerqueira César - São Paulo-SP-Brasil

Tel/Fax: (55.11) 3085 - 5411

<http://www.scielo.br/rbepid>

Efetividade de intervenções para aprimorar o atendimento às mulheres em situação de violência sexual

Effectiveness of interventions to improve the care of women who suffer sexual violence

Francisco José Machado VIANA¹, Anibal FAÚNDES², Ramon Luis Braga Dias MOREIRA³, Maria Inês COMETTI⁴, Maria Helena de SOUSA⁵, Maria do Carmo FONSECA⁶

1. Maternidade Odete Valadares – FHEMIG; Bolsista da Fapemig; Centro Universitário Newton de Paiva.
2. Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.
3. Maternidade Odete Valadares/FHEMIG; Faculdade Ciências Médicas - Minas Gerais.
4. Maternidade Odete Valadares – FHEMIG
5. Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp
6. Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:

Dr. Francisco José Machado Viana

Rua Felipe dos Santos, nº. 63 – apto. 201 – Lourdes

30.180-160 - Belo Horizonte, MG

Tel.: 31-3275-3975/ 3227-5615/ e-mail: fviana55.psc@gmail.com

Resumo

Objetivo: O presente artigo avalia a eficiência de duas intervenções que pretendiam prolongar o seguimento após violência sexual e aumentar a porcentagem de mulheres que consultam nas primeiras 24, 48 e 72 horas após a violência.

Método: Trata-se de estudo observacional de série temporal, baseado nos dados coletados por meio de entrevistas realizadas durante o atendimento e anotadas nas fichas de notificação de violência dos prontuários. **Resultados:** A porcentagem

de mulheres que retornou após o atendimento de emergência aumentou significativamente após intervenção que objetivava esse resultado, mas não modificou a porcentagem de usuárias que teve seguimento por mais de 90 ou 180 dias, mas as mulheres com maior escolaridade tiveram um seguimento mais prolongado que as com escolaridade menor. A proporção de mulheres que consultavam antes de 24, 48 ou 72 horas após a violência não foi modificada pela segunda intervenção que tinha esse objetivo. Apenas ser agredida por um desconhecido esteve associado a um maior risco de consultar dentro dos primeiros dois e três dias após a agressão. **Conclusão:** As intervenções não tiveram o resultado esperado, o que mostra a necessidade de procurar modelos com melhor experiência de sucesso para novas intervenções. Além disso verifica-se que há uma grande necessidade de avaliar se as intervenções que pretendem aprimorar o atendimento a estas mulheres realmente conseguem os resultados almejados.

Palavras Chave: Violência sexual, intervenções, precocidade do atendimento, seguimento pos agressão, avaliação.

Abstract

Purpose: The present article evaluates the efficiency of two interventions that intended to increase the follow up after sexual violence and the percentage of women who consult in the first 24, 48 and 72 hours after the violence. **Method:** This is a prospective, observational study based on the data collected by mean of interviews carried out during the care and registered in the files of the Odete Valadares Maternity hospital of Belo Horizonte, MG **Results:** The percentage of women who returned at last once after the emergency care increased after the intervention, but did not modify the percentage of users who had follow up for more than 90 or 180 days. The proportion of women with follow up for more then 90 days was grated among those with higher education than among women with less education. The proportion of women who consulted before 24, 48 or 72 hours after the violence was not modified by the second intervention that had this purpose. However, being attacked by a stranger was associated with a higher probability of consulting on the first two and three days after the aggression. **Conclusion:** The interventions were not as successful as expected and indicate that it will be necessary to look for new models, based on the successful experiences of other cities. Moreover, it shows the need to evaluate if the interventions that intend to improve the care of these women obtain the expected results.

Keywords: Sexual violence, interventions, time lag from violence to care, adherence to follow-up, evaluation.

Introdução

Entre as condições que afetam seriamente a saúde ginecológica da mulher, uma das mais negligenciadas na prática diária é a violência sexual. As consequências para a mulher são bem conhecidas, indo desde a contaminação com o vírus da Aids e outras doenças sexualmente transmitidas, passando pela gravidez não desejada e eventual abortamento complicado, até as seqüelas de provável etiologia psicossomática, como alterações menstruais, dor pélvica crônica e disfunções sexuais, ou mesmo sofrimento psíquico com sintomas de angústia, medo, ansiedade e culpa ¹⁻³.

Diversos hospitais universitários, públicos ou vinculados ao SUS, desde o extremo Sul até o Norte do país já estabeleceram protocolos de atendimento e oferecem serviços de alta qualidade. Muitos deles também foram partícipes na organização de programas municipais e estaduais que se preocupam em responder às necessidades de saúde destas mulheres. O panorama nacional, entretanto, continua desalentador, e ainda pode-se constatar que a maior parte das cidades brasileiras com mais de 100.000 habitantes não dispõe destes serviços, e que departamentos de ginecologia e obstetrícia de grandes universidades públicas ainda não treinam seus residentes e alunos de graduação a atender estes problemas⁴.

Por outro lado, mesmo os programas melhor estruturados não conseguem total sucesso nesse atendimento, já que uma porcentagem não desprezível de mulheres consulta tardiamente após a violência e muitas não retornam ou não completam o período mínimo de seguimento de seis meses ^{5,6}. A consulta precoce após a violência é fundamental, já que tanto a prevenção das doenças sexualmente

transmissíveis, incluindo HIV, quanto da gravidez não desejada é mais eficiente quanto mais próximo à data da violência for administrada ⁷. Sabe-se, ainda, que passados três dias após a violência ela torna-se praticamente ineficaz ⁸.

Por isso mesmo, a maior parte dos serviços e programas municipais e estaduais de atendimento à mulher que sofre violência sexual tem propiciado intervenções que têm como objetivo estimular a consulta precoce após violência e a continuidade do seguimento, porém não se conhecem tentativas de avaliar a efetividade dessas intervenções.

Um exemplo é a Maternidade Odete Valadares (MOV), unidade assistencial da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que desde 1990 atende a pacientes em situação de violência sexual. A partir de 1999, com a definição da primeira Norma Técnica para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual publicada pelo Ministério da Saúde, o serviço busca encontrar uma metodologia de trabalho que permita um atendimento mais adequado ⁹.

Em 2002, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde iniciaram uma articulação com as Polícias Civil e Militar com o propósito de definir estratégias e dar orientação para o atendimento à mulher em situação de violência sexual. Considerando esta articulação, definiram-se as quatro unidades de saúde de Belo Horizonte que realizariam o atendimento 24 horas. Dentre elas estava o atendimento realizado pela Maternidade Odete Valadares (MOV). Neste primeiro ano foram atendidas 11 mulheres.

Em 2003 o atendimento começou a ser mais divulgado, chegando a atender mais de 100 casos, e iniciou-se um trabalho de coleta sistemática dos

dados clínicos e sociodemográficos dessas mulheres, a fim de conhecer melhor a população atendida e avaliar o serviço.

Frente à nova edição da Norma Técnica do Ministério da Saúde, com orientações mais detalhadas sobre os diversos tipos de atendimentos a serem realizados ⁷, e após uma avaliação da experiência vivida nos últimos anos, foi introduzido, em junho de 2006, um novo protocolo na Maternidade, com o objetivo de conseguir maior continuidade do seguimento após a primeira consulta que até então era considerado deficiente.

Em novembro desse mesmo ano, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde realizaram uma campanha de esclarecimento da população que tem, entre outros objetivos, estimular as mulheres a consultar nos serviços da rede o mais precocemente possível após a violência. Assim mesmo, insistiu-se no treinamento da Polícia Militar que habitualmente é a primeira a atender essa mulher em situação de violência e contribui para que o encaminhamento aos demais serviços sejam realizados rapidamente.

O estudo publicado neste trabalho teve por objetivo verificar qual foi a eficiência dessas intervenções em promover maior continuidade do seguimento após o primeiro atendimento destas mulheres, e também uma consulta mais precoce após a agressão.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional de sequência temporal, em que se comparam a precocidade da consulta pós-violência e a continuidade do seguimento antes e depois de duas intervenções, conforme descrição.

Este estudo começou em maio de 2006, fazendo inicialmente uma etapa retrospectiva a 1 de janeiro de 2003 e seguiu prospectivamente até o 31 de dezembro de 2007. A maioria destes dados faz parte do conjunto de informações contidas, nas fichas de notificação de violência usadas hoje no Estado de Minas Gerais. Ao longo desses cinco anos, as fichas originalmente propostas pelo Ministério da Saúde foram se modificando, tanto pela necessidade do serviço, quanto pela orientação das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, com objetivo de se tornarem mais completas e ao mesmo tempo simplificadas em seu preenchimento. Entretanto, muitos dados que não se encontravam registrados nas fichas dos primeiros anos do estudo puderam ser recuperados por constarem dos prontuários, e outros, porque a paciente ainda estava em atendimento no serviço e seus dados foram passíveis de atualização.

Intervenções

A primeira intervenção consistiu na elaboração de protocolo com a rotina a ser realizada no atendimento de emergência às mulheres que consultam por violência sexual. Foi preparado um “kit” que possibilitou a padronização no atendimento, evitando o esquecimento de algum procedimento do protocolo. Isto facilitou a realização do conjunto dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde, com prévia explicação de sua importância e a necessidade de seguimento, além da autorização da usuária para sua realização.

Ao mesmo tempo, foi elaborado um folheto explicativo para que as mulheres levassem para casa, após a consulta, para que pudessem ler com calma as explicações e orientações sobre o atendimento realizado, os medicamentos e

possíveis efeitos colaterais, com informações do que fazer. No fim do folheto ficava marcada a data da consulta de retorno com os profissionais da equipe do ambulatório.

No treinamento dado aos residentes, anualmente, foi incluído um curso de aproximadamente 30 horas, onde foram repassadas todas estas orientações, e no seu conteúdo passou a incluir temas sobre direito sexual e reprodutivo, gênero, aborto, direitos humanos.

Por último, foi realizada uma reunião com todo o corpo clínico, quando a direção passou as informações solicitadas pela equipe de atenção à violência e se fez contato com os preceptores, de todas as equipes de plantão, para esclarecimento de dúvidas que eventualmente persistissem. Todas estas mudanças foram implantadas durante o mês de junho de 2006.

A segunda Intervenção

A segunda intervenção foi coordenada pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e contou com diversas etapas. As duas primeiras etapas tinham como público alvo gestores e profissionais de saúde que atuam diretamente no atendimento dos casos, respectivamente. A terceira foi uma campanha de conscientização e informação à população sobre o problema da violência sexual, onde enfatizava a importância do atendimento precoce e destacava em quais locais poderia se obter esse atendimento. Essa etapa consistiu na distribuição de folders, cartazes, adesivos, em serviços, escolas, ONGs, etc. Além disso foram colocados outdoors em locais estratégicos, de grande movimento, em Belo Horizonte. O marco do lançamento da campanha pública foi o 25 de novembro de 2006, dia Internacional de Combate à Violência Contra a Mulher.

Análise dos dados

As variáveis dependentes, ou desfechos, avaliadas foram o “retorno após a consulta de emergência” (sim ou não); o “tempo de seguimento” (até 90 ou 180 dias); “consulta após a violência” (no primeiro dia /até o segundo dia/até o terceiro dia/ além do terceiro dia).

As variáveis independentes principais ou determinantes estudadas foram o “período da observação”, com as categorias antes e depois de cada uma das intervenções, ou seja, janeiro de 2003 até junho de 2006 e julho 2006 até dezembro de 2007, para a primeira intervenção. Para a segunda intervenção, as categorias foram “antes”: janeiro de 2003 até novembro 2006 e “depois”: dezembro de 2006 até dezembro de 2007.

Foram variáveis de controle a “idade” (<20/20-29/>29); “cor/ raça” (Branca: 0/ Outra, não branca: 1); estado civil (Casada: 0/ não casada: 1); escolaridade (Educação fundamental incompleto: 0/ Educação fundamental completo ou mais: 1); local da agressão (Via pública: 1/ outro local: 0); relação com agressor (Conhecido; familiar: 0/ Desconhecido: 1); número de agressores (Único: 0/ Múltiplo:1); período (Manhã; tarde: 0/ Noite; madrugada: 1).

Inicialmente fez-se uma análise bivariada simples, comparando os resultados observados até junho de 2006, data da primeira intervenção, com o período posterior quanto à continuidade do seguimento, e o período até novembro de 2006 e o período posterior, quanto à precocidade da consulta. Foi realizada a mesma análise para todas as variáveis de controle.

Em um segundo momento aplicaram-se modelos de regressão para cada uma das variáveis dependentes. As variáveis controle, com suas correspondentes categorias para a análise múltipla, foram idade (contínua, em anos); cor/ raça (branca: 0/ outra, não branca: 1); estado civil (casada: 0/ não casada: 1); escolaridade (ensino fundamental [EF] incompleto: 0/ EF completo ou mais: 1); local da agressão (via pública: 1/ outro local: 0); relação com agressor (conhecido; familiar: 0/ desconhecido: 1); número de agressores (único: 0/ múltiplo: 1); período (manhã; tarde: 0/ noite; madrugada: 1).

Como havia falta de informação em um número diferente de casos para cada uma das variáveis estudadas, o número de casos incluídos na análise múltipla corrigida foi menor que o da análise bivariada. Para a análise estatística se utilizou o *odds ratio* (OR) com o correspondente intervalo de confiança de 95% (sem ajustar e ajustado às outras variáveis significativas). Os *softwares* utilizados foram o Epi Info v. 6.04d e o SPSS v.11.5.

Aspectos Éticos

Os dados aqui apresentados são informações recolhidas em prontuários de pacientes atendidas na Maternidade de 2003 a 2007. O sigilo sobre a identidade das mulheres incluídas na análise está preservado, sendo que não se proporciona qualquer informação que permita identificá-las. Este artigo é parte de estudo autorizada pelo comitê de ética em pesquisa da FHEMIG, sob parecer nº 319.

Resultados

Observou-se um aumento de mais de duas vezes e meia na frequência de retorno após a primeira intervenção, entretanto a porcentagem de mulheres que continuaram o seguimento após 90 dias não aumentou significativamente e a porcentagem com seguimento de 180 dias ou mais não variou em absoluto. Nenhuma das variáveis de controle mostrou-se significativamente associada com algum retorno nem com tempo de seguimento (Tabela 1).

Ao contrario do esperado, a porcentagem de mulheres que consultaram no mesmo dia, no dia seguinte ou dois dias após a agressão, foi menor depois da segunda intervenção que antes da mesma. A consulta, no mesmo dia da agressão, também foi significativamente menos frequente quando a violência foi praticada por múltiplos agressores que quando o agressor foi único (Tabela 2). Nenhuma das outras variáveis de controle mostrou-se significativamente associada com a precocidade da consulta.

Na análise múltipla, a consulta após a primeira intervenção associou-se a um aumento na possibilidade de retorno de quase 4 vezes, assim como o fato de a mulher não ser casada. As mulheres com escolaridade de ensino fundamental ou mais tiveram uma possibilidade mais de duas vezes maior que as com menor escolaridade de ter seguimento de 90 dias ou mais, porém nenhuma variável mostrou-se associada com seguimento superior a 180 dias.

Nenhuma variável mostrou-se associada à consulta no mesmo dia da agressão na regressão múltipla. O fato de o agressor ser desconhecido se associou ao aumento de quase três vezes na possibilidade de consulta até o dia seguinte da violência, e de mais de duas vezes a possibilidade de consulta

até o segundo dia após a violência. Nenhuma outra variável mostrou associação significativa na regressão múltipla.

Discussão

Os resultados de nosso estudo mostram que as intervenções apesar de bem elaboradas e trabalhadas com grande entusiasmo, não tiveram a efetividade que se esperava delas. Uma das intervenções teve um efeito positivo, mas parcial, e a outra, não teve efeito ou este foi negativo.

Teoricamente poderia ter sido relativamente fácil melhorar os dois indicadores de qualidade do atendimento, visto que nossos dados são bastante inferiores aos de outros serviços. Oshikata et al. (2005)⁵ descrevem que no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM da Unicamp, pouco mais de 80% fizeram o primeiro controle e 29% dos casos completaram os seis meses de seguimento. Na MOV apenas 25,3% antes da intervenção e 47,3% após tiveram algum retorno e somente 6,5% completaram seis meses de seguimento. Havia e há, portanto, amplo campo para melhorar esses indicadores em nosso serviço, mas surge a necessidade certa de procurar novas intervenções que sejam realmente eficazes. É verdade que estamos comparando o serviço em Belo Horizonte, com a situação de um serviço localizado num município menor e que tem um programa de atendimento à violência contra a mulher que tem recebido prêmios de excelência e que envolve um compromisso de todos os setores da Prefeitura e grande parte da sociedade civil do Município¹⁰.

Assim mesmo, na experiência do CAISM, Unicamp, 80% consultaram dentro das 24 horas seguintes a agressão e apenas 7% o fizeram depois das 72

horas. Na MOV apenas 38,3% antes e 27,3% depois da intervenção, consultaram no mesmo dia e mais de 20% antes e de 31% depois da intervenção o fizeram após o terceiro dia. Nossos dados também são inferiores aos de Oliveira e Carvalho (2006)⁶ que mostram que nessa experiência 52,8% das mulheres consultaram nas primeiras 24 horas após a intervenção. A maior parte dos serviços, entretanto, não tem mostrado quais são suas realidades referentes a estes indicadores.

A mínima ou nenhuma eficiência das intervenções avaliadas dão uma forte indicação da necessidade urgente de avaliar se as intervenções que realizamos para aprimorar o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual tem a efetividade que se pretende conseguir.

O exemplo da MOV não é isolado. A maior parte dos serviços e programas municipais de atendimento às mulheres que sofrem violência sexual se preocupam em atuar para aprimorar o atendimento, para servir da melhor maneira a população atendida^{6,10-12}. Uma das principais preocupações é a de estimular a consulta o mais próximo possível do acontecimento da violência, já que se sabe que tanto a prevenção de doenças como de gravidez é mais eficiente quanto mais precocemente se adotam as medidas preventivas^{13,14}. Na mesma medida, estimula-se a continuidade do seguimento do tratamento ambulatorial, que idealmente deveria continuar até pelo menos seis meses após a violência, já que a intenção é assegurar que não tenha havido contaminação com o HIV, Hepatite B, Hepatite C⁷. O tempo de seguimento proposto pela Norma do Ministério da saúde é de 6 meses para HIV, Hepatite B, Hepatite C, 3 meses para Sífilis, para o atendimento psicológico e social não há previsão de tempo mínimo para sua conclusão⁷.

O desenho de pesquisa observacional em sequência temporal não é o ideal, a não ser que se tenha um hospital controle em que também se comparem os mesmos períodos, sendo que o controle não seria submetido à intervenção. Esse desenho experimental não é possível para o tipo de programa que estamos avaliando. Na ausência desse controle poder-se-ia arguir que qualquer mudança observada ao longo do tempo poderia estar influenciada por diversos outros fatores, que podem ter mudado simultaneamente com a intervenção que se pretende avaliar.

Com o fim de evitar esse possível viés, avaliamos uma série de outros fatores que poderiam influenciar os resultados e controlamos a associação entre antes e depois das intervenções por todos esses fatores. Desta forma pudemos eliminar a possibilidade de que os resultados observados pudessem ser devidos a qualquer um desses fatores e não a intervenção avaliada.

De fato, o aparente efeito negativo da segunda intervenção sobre a porcentagem de mulheres que consultam mais precocemente após a violência, é inesperado e seria muito difícil de explicar se considerarmos apenas análise bivariada. Foi justamente ao controlar pelos outros fatores na análise multivariada, que essa associação negativa desapareceu. Como poderia se explicar esta observação?

Ser o perpetrador da violência, um desconhecido, foi o fator que teve um efeito negativo mais acentuado na análise bivariada e esse fator foi o único que se manteve associado a uma menor porcentagem de mulheres que consultaram nas primeiras 24 horas após a violência. É possível, portanto, especular que a campanha publicitária de novembro de 2006 tenha alertado aos familiares e conhecidos agressores, sobre a possibilidade de serem denunciados e aumentado a pressão para que as mulheres não procurassem os serviços para se

consultarem. Se há proporção de mulheres agredidas por familiares e conhecidos tivesse diminuído após a intervenção, isto poderia explicar a menor porcentagem de mulheres que consultou nas primeiras horas logo da agressão. Mas, esse efeito desaparece ao controlar pela variável “relação com o agressor”.

Diversas intervenções tem sido descritas por diversos autores, que tem o propósito de provocar a consulta mais precoce e o seguimento mais prolongado pós violência. Entretanto, não encontramos publicações que tentaram avaliar com alguma sistematização o resultado dessas intervenções. Na nossa Maternidade e Município, parece evidente a necessidade de novas intervenções que sigam modelos mais bem sucedidos e que sejam devidamente avaliadas, pelo menos no ano seguinte a intervenção.

Acreditamos que, com a publicação desta experiência, poderemos estimular a outras municipalidades e serviços a verificar qual é a eficiência das intervenções que realizam, com o fim de aprimorar o atendimento a estas mulheres. Até mesmo porque, o Brasil ainda está adquirindo uma experiência e aprendendo a aprimorar o atendimento à saúde da mulher que sofre violência sexual. Contudo, a média de casos de dois ou três por semana, mostra que existe uma grande necessidade deste tipo de serviço. O elemento principal é o atendimento solidário e compreensivo destas mulheres por uma equipe bem preparada para tanto. Outros elementos vão se aperfeiçoando com a experiência que a própria prática possibilita.

Não depende do serviço hospitalar que a mulher consulte com maior ou menor precocidade, mas como partícipe do programa municipal, é importante reconhecer sua parcela de responsabilidade na falta de progresso observado neste importante aspecto do atendimento.

Por outro lado, os dados mostram progresso em outro elemento importante, que é a continuidade do atendimento destes casos após a emergência. Na Maternidade Odete Valadares tem-se procurado investir nesse primeiro atendimento, buscando acolher de forma mais humanizada, com atendimento cuidadoso, sempre bem orientado, e com um material informativo dos serviços prestados no dia e a marcação da consulta no ambulatório com data, hora e nome do profissional que irá recebê-la. Atribuímos a essa mudança nos procedimentos, introduzida no segundo semestre de 2006 a importante redução das perdas de continuidade do tratamento observada em 2007.

Agradecimentos

A todos os profissionais, residentes e estagiários da Maternidade Odete Valadares que com sua dedicação tornaram possível a realização deste trabalho. Às mulheres que apesar de seu sofrimento, ajudaram-nos a pensar os passos para a construção de um serviço mais humano.

Referências

1. Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco de para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo historia de violência sexual. Rev Brasil Ginecol Obstet 2000;22(3):153-7.
2. Drezett J. Estudos de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [Tese de doutorado]. São Paulo: Centro de Referencia da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.

3. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. [Rev Panam Salud Publica](#) 2003 Aug;14(2):75-83.
4. Faúndes A, Hardy E, Osis MJD, Makuch MY, Duarte GA, Andalaft-Neto J. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. Módulo quantitativo. Relatório final. [Internet] 2006 [citado 2008 Nov 10] [52 p.]. Disponível em: http://www.cemicamp.org.br/materia/Perfil_do_atendimento_a_mulheres_que_sofrem_violência_sexual_-_módulo_quantitativo.pdf
5. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses de pós-agressão. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):192-9.
6. Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das mulheres atendidas no programa municipal de atendimento a mulher vítima de violência sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: Período de outubro de 2001 a agosto de 2004. Londrina: Semina: Ciências Biológicas e Saúde. 2006;27(1):03-11.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento. Norma Técnica. Brasília: Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde; 2005.
8. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre trial. *Lancet* 2002;360(9348):1803-10.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 1^a. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Ministério da Saúde; 1999.
10. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública 2007;23(2):465-69.
11. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev Saúde Pública 2005;39(3):376-82.
12. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCG, 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.
13. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(2):126-35.
14. Andrade RP, Guimarães ACP, Fagotti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, et al. Características Demográficas e Intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. Rev. Bras. Ginecol Obstet 2001;23(9):583-87.

Tabela 1 – Porcentagem de mulheres que retornaram após a primeira consulta de emergência, que tiveram um seguimento superior a 90 dias ou superior a 180 dias, segundo atendimento antes ou após a primeira intervenção e diversas características das mulheres e da agressão

	Retorno			Seguimento > 90 dias			Seguimento > 180 dias			(Total)
	n	%	OR [IC 95%]	n	%	OR [IC 95%]	n	%	OR [IC 95%]	
Data do 1º. atendimento		**								
≤ 30/06/06	127	25,3	1,00 (ref.)	68	13,6	1,00 (ref.)	33	6,6	1,00 (ref.)	
> 30/06/06	87	47,3	2,64 [1,83-3,82]	31	16,8	1,29 [0,79-2,10]	12	6,5	0,99 [0,47-2,04]	
Idade (anos)										
<20	88	31,2	1,00 (ref.)	37	13,1	1,00 (ref.)	20	7,1	1,00 (ref.)	(282)
20-29	74	31,2	1,00 [0,68-1,48]	37	15,6	1,23 [0,73-2,06]	11	4,6	0,64 [0,28-1,43]	(237)
≥30	52	31,7	1,02 [0,66-1,58]	25	15,2	1,19 [0,66-2,13]	14	8,5	1,22 [0,57-2,62]	(164)
Cor/raça										
Branca	62	34,4	1,00 (ref.)	25	13,9	1,00 (ref.)	11	6,1	1,00 (ref.)	(180)
Outra	130	41,5	1,35 [0,91-2,02]	62	19,8	1,53 [0,90-2,62]	28	8,9	1,51 [0,70-3,32]	(313)
Estado civil		•								
Casada	24	25,3	1,00 (ref.)	12	12,6	1,00 (ref.)	5	5,3	1,00 (ref.)	(95)
Não casada	188	37,2	1,75 [1,04-2,97]	86	17,0	1,42 [0,71-2,86]	40	7,9	1,55 [0,56-4,58]	(506)
Escolaridade										
Analf./Fund. incompl.	67	39,6	1,00 (ref.)	27	16,0	1,00 (ref.)	17	10,1	1,00 (ref.)	(169)
Outra	118	39,5	0,99 [0,66-1,49]	64	21,4	1,43 [0,85-2,42]	25	8,4	0,82 [0,41-1,64]	(299)
Local										
Demais	61	37,9	1,00 (ref.)	24	14,9	1,00 (ref.)	13	8,1	1,00 (ref.)	(161)
Via pública	66	35,3	0,89 [0,56-1,42]	31	16,6	1,13 [0,61-2,11]	8	4,3	0,51 [0,19-1,36]	(187)
Tipo agressor										
Conhecido	68	32,9	1,00 (ref.)	28	13,5	1,00 (ref.)	18	8,7	1,00 (ref.)	(207)
Desconhecido	143	31,5	0,94 [0,65-1,36]	70	15,4	1,17 [0,71-1,92]	27	5,9	0,66 [0,34-1,29]	(454)
Tipo agressão										
Única	186	34,0	1,00 (ref.)	85	15,5	1,00 (ref.)	38	6,9	1,00 (ref.)	(547)
Múltipla	21	25,6	0,67 [0,38-1,16]	10	12,2	0,75 [0,35-1,58]	5	6,1	0,87 [0,29-2,40]	(82)
Período										
Manhã/tarde	54	31,0	1,00 (ref.)	25	14,4	1,00 (ref.)	13	7,5	1,00 (ref.)	(174)
Noite/ madrugada	148	32,6	1,07 [0,73-1,59]	69	15,2	1,07 [0,63-1,81]	29	6,4	0,85 [0,41-1,76]	(454)

• p<0,05 (teste qui-quadrado com correção de Yates: tab. 2x2)

** p<0,001 (teste qui-quadrado com correção de Yates: tab. 2x2)

Tabela 2 – Porcentagem de mulheres que foram à consulta no mesmo dia, até o dia seguinte ou até dois dias após a ocorrência, segundo atendimento antes ou após a segunda intervenção e diversas características das mulheres e da agressão

Variável	n	No mesmo dia		n	Até o dia seguinte		n	Até dois dias após		Total
		%	OR [IC 95%]		%	OR [IC 95%]		%	OR [IC 95%]	
Data do 1º. atendimento		•			•			•		
≤ 25/11/06	166	38,3	1,00 (ref.)	304	70,2	1,00 (ref.)	343	79,2	1,00 (ref.)	
> 25/11/06	33	27,3	0,60 [0,38-0,96]	70	57,9	0,58 [0,38-0,90]	83	68,6	0,57 [0,36-0,92]	
Idade (anos)										
<20	78	36,6	1,00 (ref.)	142	66,7	1,00 (ref.)	159	74,6	1,00 (ref.)	(213)
20-29	70	35,2	0,94 [0,62-1,43]	136	68,3	1,08 [0,70-1,67]	158	79,4	1,31 [0,80-2,13]	(199)
≥30	51	36,4	0,99 [0,62-1,58]	95	67,9	1,06 [0,65-1,71]	107	76,4	1,10 [0,65-1,87]	(140)
Cor/raça										
Branca	58	34,5	1,00 (ref.)	113	67,3	1,00 (ref.)	127	75,6	1,00 (ref.)	(168)
Outra	86	31,7	0,88 [0,57-1,35]	173	63,8	0,86 [0,56-1,32]	203	74,9	0,96 [0,60-1,54]	(271)
Estado civil										
Casada	29	37,2	1,00 (ref.)	54	69,2	1,00 (ref.)	60	76,9	1,00 (ref.)	(78)
Não casada	146	33,6	0,85 [0,50-1,45]	288	66,2	0,87 [0,50-1,51]	330	75,9	0,94 [0,51-1,72]	(435)
Escolaridade										
Analf./Fund. incompl.	46	33,1	1,00 (ref.)	90	64,7	1,00 (ref.)	101	72,7	1,00 (ref.)	(139)
Outra	82	30,0	0,87 [0,55-1,38]	179	65,6	1,04 [0,66-1,63]	204	74,7	1,11 [0,68-1,81]	(273)
Local		•								
Demais	59	40,4	1,00 (ref.)	92	63,0	1,00 (ref.)	107	73,3	1,00 (ref.)	(146)
Via pública	52	29,1	0,60 [0,37-0,98]	124	69,3	1,32 [0,81-2,16]	142	79,3	1,40 [0,81-2,42]	(179)
Tipo agressor					**			•		
Conhecido	54	33,5	1,00 (ref.)	91	56,5	1,00 (ref.)	112	69,6	1,00 (ref.)	(161)
Desconhecido	143	37,3	1,18 [0,79-1,77]	277	72,3	2,01 [1,34-3,00]	305	79,6	1,71 [1,10-2,65]	(383)
Tipo agressão		*								
Única	178	38,7	1,00 (ref.)	309	67,2	1,00 (ref.)	351	76,3	1,00 (ref.)	(460)
Múltipla	15	21,4	0,43 [0,23-0,81]	49	70,0	1,14 [0,64-2,04]	54	77,1	1,05 [0,56-1,99]	(70)
Período										
Manhã/tarde	54	36,7	1,00 (ref.)	94	63,9	1,00 (ref.)	110	74,8	1,00 (ref.)	(147)
Noite/ Madrugada	140	35,9	0,96 [0,64-1,46]	271	69,5	1,28 [0,84-1,95]	306	78,5	1,23 [0,77-1,95]	(390)

• p<0,05; * p<0,01; ** p<0,001 (teste qui-quadrado com correção de Yates: tab. 2x2)

Tabela 3 – Variáveis associadas ao retorno após a primeira consulta, ao seguimento superior a 90 dias e superior a 180 dias (análise múltipla por regressão logística; n=252)

Variável dependente – Modelo	OR	IC 95%	p
Retorno após a primeira consulta de emergência – Modelo 8			
Data do 1º. atend. posterior a 30/06	3,85	[2,23-6,65]	<0,001
Estado civil (não casada)	3,44	[1,38-8,50]	0,008
Seguimento superior a 90 dias – Modelo 9			
Escolaridade (EF completo ou mais)	2,25	[1,09-4,65]	0,029
Seguimento superior a 180 dias – Modelo 10			
Sem variáveis associadas			

Tabela 4 – Variáveis associadas a intervalos entre a ocorrência da violência e a consulta na emergência (análise múltipla por regressão logística; n=243)

Variável dependente – Modelo	OR	IC 95%	p
Consulta no mesmo dia – Modelo 5			
Sem variáveis associadas			
Consulta até o dia seguinte – Modelo 6			
Relação com agressor (desconhecido)	2,84	[2,00-4,02]	<0,001
Consulta até dois dias após – Modelo 7			
Relação com agressor (desconhecido)	2,20	[1,20-4,03]	0,011

4.2. Artigo 2

De: Cadernos de Saude Publica [mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br]

Enviada em: quinta-feira, 22 de janeiro de 2009 13:20

Para: fviana55.psc@gmail.com

Assunto: Novo artigo (CSP_0060/09)

Prezado(a) Dr(a). Francisco José Machado Viana:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Fatores associados às características da agressão sexual sofrida por mulheres atendidas na Maternidade Odete Valadares de Belo Horizonte" (CSP_0060/09) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.enp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Carlos E.A. Coimbra Jr.

Prof. Mario Vianna Vettore

Editores

Fatores associados às características da agressão sexual sofrida por mulheres atendidas na Maternidade Odete Valadares de Belo Horizonte

Factors associated to the characteristics of the sexual aggression suffered by women who were taking care at Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte

Francisco José Machado Viana¹, Anibal Faundes², Maria Helena Souza³

1. Psicólogo da Equipe de Atenção à Violência da Maternidade Odete Valadares - FHEMIG, Bolsista da Fapemig, Professor Adjunto de Psicologia Centro Universitário Newton de Paiva
2. Professor Titular, Colaborador Voluntário. Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Pesquisador Sênior. Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas
3. Estatística e pesquisadora. Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas

Instituição onde o trabalho foi desenvolvido: Maternidade Odete Valadares – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG

Endereço para correspondência:

Francisco José Machado Viana

Rua Felipe dos Santos, nº. 63 – apto. 201 – Lourdes

30.180-160 - Belo Horizonte, MG

Tel.: 31-3275-3975/ 3227-5615/ E-mail: fviana55.psc@gmail.com

Resumo

Vítimas de violência sexual são submetidas a coito por diversas vias, mas por vergonha nem sempre o relatam. O objetivo deste estudo é identificar fatores de risco para agressão por diversas vias, considerando que os riscos de gravidez e infecção dependem da via. Baseia-se nos dados coletados em cinco anos, das mulheres atendidas após agressão sexual na Maternidade Odete Valadares de BH, MG. Os desfechos foram, via do coito (somente vaginal; anal não exclusivo; oral não exclusivo) e número de vias (única; múltipla). Fatores de risco foram: características sociodemográficas e circunstâncias da agressão. Realizou-se análise bivariada e análise ajustada por regressão múltipla. Na análise ajustada, a agressão na via pública foi fator de proteção para coito vaginal e de risco para coito anal. Maior escolaridade foi fator de risco para coito apenas vaginal e de proteção para coito anal. Ser agredida por desconhecido foi fator de risco para sexo oral. Conclui-se que características da mulher e das circunstâncias da agressão permitem identificar maior risco de determinado tipo de agressão.

Palavras-chave: violência sexual, sexo anal, sexo oral, características sociodemográficas, circunstâncias de agressão.

Abstract

Sexual violence victims often suffer penetration by various routes, but can be ashamed to report it. This study identify risk factors for penetration by the various routes, as risk of pregnancy and infection depend on it. It is based on data collected during five years among women care for sexual violence at the Odete Valadares Maternity in Belo Horizonte, MG. Outcomes were route of penetration (vaginal; non-exclusive anal; non-exclusive oral) and number of routes of penetration (single; multiple). Risk factors were socio-demographic characteristics and circumstances of the aggression. Unadjusted and adjusted analysis, estimating Odds Ratio, were done. The adjusted analysis showed that streets aggression was protective for vaginal sex and a risk factor for anal penetration. Higher education was a risk factor for only vaginal coitus and protective for anal sex. Violence by an unknown person was a risk factor for oral sex. In conclusion, some characteristics of women and circumstances of the violence allow identifying risk of the various route of penetration during sexual violence.

Key words: Sexual violence, anal sex, oral sex, socio-demographic characteristics, circumstances of the aggression

Introdução

Só nos últimos anos é que a questão da violência sexual deixou de ser apenas notícia policial e passou a ser considerado um problema para a saúde física e mental da mulher, assim como uma expressão extrema da iniquidade de gênero em nossa sociedade^{1,2}.

A preocupação com este problema tem-se expressado principalmente pelas políticas do Ministério da Saúde e da comunidade médica, através da FEBRASGO, com o resultado prático de que vários serviços têm adotado protocolos de atendimento especializado à mulher que sofre violência sexual²⁻⁴.

Diversos artigos têm sido publicados em revistas científicas nacionais relatando a experiência destes serviços e descrevendo as características das mulheres agredidas, assim como da agressão sofrida. Esses relatos mostram que, com frequência, o agressor não é único, mas podem ser vários, que não se limitam ao coito vaginal, mas com frequência submetem a vítima a sexo anal e oral, e ainda que muitas vezes, as mulheres são submetidas a mais de uma forma de coito. Não encontramos, entretanto, nenhuma análise dos fatores associados ao tipo de agressão sofrida pela mulher⁵⁻⁹.

A agressão sexual é a forma mais humilhante de violência contra a mulher e provoca um enorme abalo psicológico. A mulher tem dificuldade para relatar o ocorrido, já que a faz reviver uma experiência muito dolorosa e traumática. Por isso, a maior parte dos protocolos recomenda que apenas um profissional colha e anote a história da agressão, evitando assim a re-vitimização das mulheres^{10,11}.

Nas atividades de treinamento com os profissionais de saúde, é comum escutar deles, o constrangimento em perguntar a mulher como é que foi a agressão

quando realizam o primeiro atendimento. Interessa, entretanto, conhecer o tipo de violência sofrida, já que os riscos de complicações dependem da forma de penetração sofrida pela mulher, assim como, se o ato sexual foi praticado com um ou mais de um agressor. É óbvio que o risco de gravidez se dá apenas com o coito vaginal. Sabe-se também que o risco de infecção com alguma DST e, sobretudo, de contaminação com HIV, é maior com o coito anal e praticamente desprezível com o coito oral, na ausência de lesão na mucosa³.

Conhecer os fatores que se associam aos diferentes tipos de agressão pode ser de utilidade para o profissional que colhe a história, ajudando-lhe a obter informações mais corretas que permitam orientar melhor, as medidas preventivas a serem tomadas no primeiro atendimento destas mulheres^{11, 12}.

Este trabalho pretende justamente identificar quais fatores estão associados às características da agressão sexual sofrida por mulheres atendidas na emergência da Maternidade Odete Valadares de Belo Horizonte, FHEMIG-MG.

Métodos

Este estudo iniciou-se em maio de 2006, fazendo inicialmente uma etapa retrospectiva ao ano de 2003 e seguiu prospectivamente até dezembro de 2007. A maioria dos dados coletados fazem parte do conjunto de informações contidas, nas fichas de notificação de violência usadas hoje no Estado de Minas Gerais.

Ao longo desses cinco anos, as fichas originalmente propostas pelo Ministério da Saúde foram se modificando, tanto pela necessidade do serviço, quanto pela orientação das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, com

objetivo de se tornarem mais completas e ao mesmo tempo simplificadas em seu preenchimento. A análise preliminar dos dados coletados nos primeiros anos apontou a necessidade de mudanças no serviço, que foram instituídas na medida em que se mostraram necessárias. Entretanto, muitos dados que não se encontravam registrados nas fichas dos primeiros anos do estudo puderam ser recuperados por constarem dos prontuários, e outros, porque a paciente ainda estava em atendimento no serviço e seus dados foram passíveis de atualização.

Duas características da agressão sofrida foram consideradas como variáveis dependentes, ou desfechos, objetos desta análise. A primeira corresponde à via do coito, classificada em só vaginal, anal e oral. Classificou-se como anal quando a mulher relatou ter sido submetida a coito anal exclusivo ou associado ao coito vaginal e/ou oral. Classificou-se como oral quando a mulher relatou ter sido submetida apenas a sexo oral, ou associado a sexo vaginal e/ou anal. As categorias anal e oral, portanto, não são mutuamente exclusivas.

A outra característica analisada como variável dependente foi se a agressão foi única, (apenas vaginal ou anal ou oral), ou múltipla (vaginal e oral; vaginal e anal; oral e anal ou vaginal, anal e oral).

Foram analisadas como variáveis independentes algumas características sócio demográficas da mulher e as circunstâncias da agressão: relação do agressor com a vítima, local, período da violência e número de agressores (categorizado em único ou múltiplos).

Inicialmente fez-se uma análise bivariada simples, sem correção, e num segundo momento se repetiu, corrigindo por todas as variáveis que resultaram

significativas em cada modelo de regressão. As variáveis independentes com suas correspondentes categorias para a análise múltipla foram: idade (contínua, em anos); cor/ raça (branca: 0/ outra, não branca: 1); estado civil (casada: 0/ não casada: 1); escolaridade (ensino fundamental [EF] incompleto: 0/ EF completo ou mais: 1); local da agressão (via pública: 1/ outro local: 0); relação com agressor (conhecido; familiar: 0/ desconhecido: 1); número de agressores (único: 0/ múltiplo: 1); período (manhã; tarde: 0/ noite; madrugada: 1).

Como havia falta de informação em um número diferente de casos para cada uma das variáveis estudadas, o número de casos incluídos na análise múltipla corrigida, foi muito menor que o da análise bivariada. Para a análise estatística se utilizou o odds ratio (OR) com o correspondente intervalo de confiança de 95% (sem ajustar e ajustado às outras variáveis significativas). Os softwares utilizados foram o Epi Info v. 6.04d e o SPSS v.11.5.

Resultados

Durante os 5 anos incluídos neste estudo, 681 mulheres foram atendidas por violência sexual. Não houve registro da informação sobre o tipo de agressão sexual ou via de penetração em 119 casos ou 17,5% do total, sobrando 562 para esta análise. Desse total, dois terços (66,7%) sofreram penetração única, principalmente apenas vaginal (63%), somente oral em proporção muito menor (2,7%) e exclusivamente anal em apenas 1,1%. Nos casos de múltiplas vias de penetração, o mais frequente foi a combinação de penetração vaginal com uma das outras ou ambas (32,2%). Considerando todos os casos de penetração

oral, isoladamente ou junto com outras vias, encontramos 167 casos ou 29,7% enquanto a penetração anal, isolada ou em combinação com outras se observou em 20,8%.(dados não mostrados em tabelas).

A única diferença significativa observada segundo a idade da mulher na análise sem correção foi que, aquelas de 20 a 29 anos tiveram 70% maior risco de serem submetidas a sexo oral do que aquelas menores de 20 anos (Tabela 1).

A porcentagem de mulheres submetidas a sexo vaginal foi, maior nas de cor branca que entre as mulheres pardas e negras, entretanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas. Pelo contrário, o risco de ser submetida a sexo anal foi, mais de duas vezes maior entre as mulheres negras ou pardas que entre as brancas.

As mulheres casadas sofreram coito anal em proporção 10 pontos percentuais maior que as não-casadas, mas essa diferença não atingiu significação estatística.

Embora a porcentagem de mulheres submetidas a sexo anal tenha sido quase oito pontos percentuais menor que entre as mulheres com ensino fundamental completo ou mais que entre aquelas com menos escolaridade, e que a porcentagem das submetida a sexo oral tenha sido nove pontos percentuais maior nas primeiras que nas segundas, nenhuma destas diferenças foi estatisticamente significativa (Tabela 1).

As mulheres agredidas na via pública tiveram menor risco significativo de ter relação vaginal exclusiva que as agredidas em outros domicílios, ou lugar não público. Ao contrario, aquelas agredidas em via pública sofreram coito anal

e oral em maior proporção que as que sofreram a violência em lugares não públicos, mas só atingiu significação estatística para sexo oral, com um risco mais de duas vezes maior, se a agressão ocorreu na via pública (Tabela 2).

Da mesma forma, quando o agressor era desconhecido o risco de sexo vaginal exclusivo foi a metade se comparado com o das agredidas por familiar ou conhecido, enquanto o risco de serem submetidas a sexo oral foi quase três vezes superior entre as agredidas por desconhecidos, que por conhecidos. Ambas as diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 2).

Apesar da proporção de mulheres submetidas a sexo oral, envolvendo mais de um agressor, tenha sido 10 pontos percentuais superiores à observada quando o agressor foi único, essa diferença não foi significativa. Quanto ao horário da agressão, não se observaram diferenças dignas de nota (Tabela 2).

Apesar do risco de ser violentada por agressores múltiplos ter sido pouco mais de 40% maior entre as mulheres de mais de 19 anos, que entre as mais jovens, e entre as de cor não branca, e as brancas, e entre as não casadas, e as casadas; essas diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabela 3). As diferenças por escolaridade foram mínimas.

O risco de sofrer agressão sexual por múltiplas vias foi quase duas vezes maior quando a agressão aconteceu na via pública ou o agressor era desconhecido; em ambos os casos, as diferenças foram significativas. Esse risco foi também 50% maior quando houve mais de um agressor, mas a diferença não foi significativa (Tabela 4). Praticamente não houve diferença, segundo o horário da agressão.

O risco relativo estimado e ajustado pelas outras variáveis mostrou que o risco de ser submetida a coito pelas diversas vias e por mais de uma via estava associado fundamentalmente ao local da agressão e à relação da vítima com o agressor, assim como com o grau de escolaridade da mulher. Quando a agressão aconteceu na via pública, as mulheres tiveram menor probabilidade de ser submetidas apenas a coito vaginal, e duas vezes e meia, maior risco de sexo anal e duas vezes maior risco de coito por mais de uma via. As mulheres agredidas por desconhecidos tiveram duas vezes maior risco de serem submetidas a sexo oral. Por último, as mulheres com escolaridade fundamental completa ou mais, tiveram quase duas vezes maior probabilidade de ser submetidas apenas a coito vaginal e um terço do risco das mulheres com menor escolaridade de sofrer sexo anal (Tabela 5).

Discussão

A revisão dos resultados oferece como panorama geral um padrão que pode ser resumido assim: As mulheres em situação de maior fragilidade no momento da agressão têm maior risco de serem submetidas a atos sexuais mais degradantes, como coito anal e oral ou múltiplas penetrações, e aquelas com maior capacidade de controlar a situação têm menor risco de serem submetidas a outras agressões além do coito vaginal exclusivo.

Sudário et al. (2005)¹³ apontam em seu trabalho que as mulheres procuram manter um certo controle da situação de violência que sofrem; negociam com o agressor, oferecem dinheiro, jóias, chegam a até mesmo propor o uso de preservativos. Conforme percebeu nos relatos das vítimas, “apesar de serem

compelidas a não reagirem, tentam elaborar estratégias de libertação e de sobrevivência desde o primeiro momento em que deparam com o agressor.” A capacidade de utilizar essas estratégias poderiam ser proporcionais a seu nível de educação, capacidade de diálogo, e convencimento.

A hipótese de que o baixo nível social e econômico afete a capacidade de enfrentamento das pessoas às situações adversas também foi proposta por Narvaz e Koller¹⁴, mas sem apresentar dados quantitativos para sustentá-la. Outros autores têm explicado a maior frequência de violência sexual contra as pessoas mais jovens pela sua maior fragilidade e menor capacidade de resistência¹⁵.

O maior risco de coito anal entre mulheres de cor não branca na análise bivariada e entre as de menor escolaridade após correção, pode explicar-se pelo fato destas mulheres serem vistas pelos agressores como pessoas com menor poder de reação e negociação e, portanto, sentem que podem submetê-las a atos sexuais mais vexatórios. Outra hipótese que não pode ser descartada é que as mulheres com maior educação e posição social sintam-se mais inibidas de relatar agressões que considerem mais vergonhosas, em comparação com mulheres de menor nível social.

O maior risco de coito anal, oral ou por várias vias, observado quando a vítima é arrastada da via pública a um matagal ou outro lugar fora da vista das pessoas ou por um desconhecido, é possível que se deva ao fato de que nesses casos o agressor sinta que não precisa ter restrições em submeter a mulher a qualquer ato sexual mais degradante, certo da inexistência de testemunhas, o que ofereceria maior garantia de impunidade de seu ato.

No outro extremo, a maior possibilidade de que mulheres brancas e educadas sejam submetidas apenas a coito vaginal exclusivo se explique porque são vistas como aquelas com maior capacidade de reagir e denunciar o fato, o que limita a gravidade da agressão a que são submetidas. Da mesma forma, pode-se arguir que, se a agressão ocorre num lugar bem definido e por alguém conhecido pela vítima, existe uma possibilidade de denúncia direta e, portanto, o agressor tem maior cuidado de limitar a severidade da agressão. Outros autores já propuseram que as estratégias de intimidação são mais eficazes nas pessoas socialmente mais frágeis e a ineficácia das investigações policiais contribuem para a não denúncia¹³.

Não encontramos na literatura nacional nem estrangeira outros estudos que tentassem avaliar os fatores determinantes do tipo de violência sexual, o que dá particular originalidade a este artigo. Entendemos que não é fácil conseguir informações para fazer estudos como este. Nosso próprio arquivo tem uma falta considerável de informação sobre o tipo de agressão sofrida, que exemplifica a dificuldade que têm as mulheres agredidas de falar sobre este difícil assunto. A pessoa que recolhe a informação tem a obrigação de respeitar o direito da mulher de dar ou não esse tipo de detalhe e não deve pressioná-la a falar.

É importante lembrar que estudos qualitativos e a experiência na clínica psicológica apontam como a queixa mais constante a sensação de desconfiança nas histórias relatadas pelos serviços de saúde e policiais. Esse acontecimento reforça a idéia de que em um país com um sistema judiciário ineficiente, é arriscado oferecer denúncia contra o agressor, bem como detalhes que aumentam o sofrimento pessoal sem que haja, como contrapartida, a certeza de que contribuirá para sua prisão¹³.

Em outro artigo recentemente publicado, referente a informações do tipo qualitativas obtidas na mesma população deste trabalho, apontamos o caso de uma jovem mulher que após vivenciar uma situação de violência minimiza o acontecimento. Informa aos familiares e relata à polícia para o boletim de ocorrência que o ato teria sido consumado “nas coxas”. Essa informação foi suficiente para que os adultos, familiares e policiais incorporassem o mesmo discurso e não sugerissem que a adolescente fosse levada ao serviço de saúde. A consequência desse descuido com a informação mais aprofundada foi uma gravidez constatada um mês depois¹⁰.

Outro fato que precisa ser considerado é o tratamento pouco humanizado dos serviços, que não cuidam de explicar antes de iniciar o atendimento, de que perguntas íntimas serão feitas, e que seu objetivo é avaliar riscos, conhecer detalhes que possam contribuir no tratamento. Reconhecer diante da usuária o desconforto, tanto dela quanto do profissional de saúde para tratar desse assunto, mas que, entretanto, essas perguntas têm o objetivo de aumentar a capacidade de melhor atendê-la.

Esses cuidados estão fartamente apontados na literatura que trata da atenção humanizada hoje preconizada pelo Ministério da Saúde, e pelos manuais de clínica médica^{16,17}.

Esse respeito aos direitos das usuárias destes serviços não é único motivo para a falta de várias outras informações no nosso banco de dados. Como explicamos em artigo anterior, estes dados foram colhidos ao longo de cinco anos e a ficha de coleta das informações não era tão completa no início

como nos últimos anos e nem todos os dados puderam ser recuperados¹⁰. Essa é uma debilidade de nosso estudo, mas entendemos que não há boas razões para supor que o tipo de relação que estamos estudando tenha mudado entre os primeiros e últimos anos do estudo.

Talvez a limitação mais importante resida em que a falta de informação reduz o tamanho da amostra estudada e dificulta distinguir diferenças significativas. Assim, diferenças de 10 pontos percentuais ou mais aparecem sem significação estatística. É possível, portanto, que com um número maior de casos nossas conclusões possam se ampliar. Isto é um estímulo para continuar com a coleta prospectiva de dados até acumular um banco mais volumoso e completo.

O conhecimento sobre o tipo de agressão sofrida é importante porque define o risco da mulher agredida. Se não houver coito vaginal, já não existe o risco de gravidez não desejada. Por outra parte, se houve coito anal, o risco de contaminação pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) aumenta consideravelmente¹⁸. Infelizmente, nem sempre a mulher agredida está disposta a dar essa informação como fica ilustrado nos nossos dados. Nesses casos, que não são poucos, o fato de possuir um nível educacional inferior e/ou de ter sido agredida na via pública, deve aumentar as suspeitas de maior risco de coito anal. Insistir na pergunta ou tratar como se tivesse sido submetida a este tipo de coito, pode ser considerado uma boa conduta clínica. O mesmo deve ser considerado para o coito oral, que apesar de reconhecidamente de menor risco de contaminação pelo HIV, esse risco aumenta consideravelmente, se existirem escoriações ou feridas que favoreçam a infecção¹⁹.

Julgamos que a publicação das informações contidas neste artigo contribui para aprimorar o atendimento destas mulheres, que tanto precisam de nossos cuidados, além de estimular a outros investigadores a aprofundar neste mesmo estudo com um maior número de casos, da mesma forma como nós pretendemos fazê-lo.

Referências

1. Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei – Relatório final. *Femina*. 1997;25(1):69-78.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Ministério da Saúde. 1999.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 2ed. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde. 2005.
4. Faúndes A, Araújo MJO, Andalaft-Neto J, Negrão T. Relatório do XI Fórum interprofissional sobre violência contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei. *Femina*. 2008; 36(5):295-301.
5. Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das mulheres atendidas no programa municipal de atendimento a mulher vítima de violência sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: Período de outubro de

- 2001 a agosto de 2004. Londrina: Semina. Ciências Biológicas e Saúde. 2006;27(1):03-11.
6. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública 2007;23(2):465-69.
 7. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCG, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina PI. Rev Bras Ginecol Obstet.2004;26(2):111-16.
 8. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira, GR Resende, AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil Cad. Saúde Pública. 2008; 24(11):2551-63.
 9. Mattar R, Abrahão A, Andalaft-Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):459-64.
 10. Viana FJM. Serviços de atendimento ao aborto legal. In: Maia MB. (org.). Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autentica. 2008;171-89.
 11. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(2):126-35.
 12. Drezett J. Estudos de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [Tese de doutorado]. São Paulo:

Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.

13. Sudário S, Almeida PC, Jorge MSB. Mulheres Vítimas de Estupro: contexto e enfrentamento dessa Realidade. *Psicologia & Sociedade*. 2005;17(3):73-9.
14. Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. Porto Alegre: PSICO, PUCRS. 2006;37(1):7-13.
15. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses de pós agressão. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):192-9.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004.
17. Moreira Filho AA. Relação Médico- Paciente: Teoria e Prática, o fundamento mais importante da prática médica. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica. 2005. p. 200.
18. Halperin DT. Heterossexual anal intercourse: prevalence, cultural factors and HIV infection and other health risk. Part 1. *AIDS Patient Care STDs*. 1999;13(12):717-30.
19. Scully C & Porter S. HIV topic update: oro-genital transmission of HIV. *OralDis*. 2000; 6(2):92-8.

Tabela 1 – Porcentagem das mulheres que foram submetidas a relações sexuais só vaginais, anais ou orais, segundo diversas características sociodemográficas

Variável	Somente vaginal			Anal			Oral			(Total)
	n	%	OR [IC 95%]	n	%	OR [IC 95%]	n	%	OR [IC 95%]	
Idade (anos)										
<20	139	65,6	1,00 (ref.)	45	21,2	1,00 (ref.)	55	25,9	1,00 (ref.)	(212)
20-29	106	57,3	0,70 [0,46-1,08]	37	20,0	0,93 [0,55-1,55]	69	37,3	1,70 [1,08-2,67]	(185)
≥30	71	58,7	0,75 [0,46-1,21]	32	26,4	1,33 [0,77-2,32]	37	30,6	1,26 [0,74-2,12]	(121)
Cor/raça										
					*					
Branca	90	67,2	1,00 (ref.)	18	13,4	1,00 (ref.)	39	29,1	1,00 (ref.)	(134)
Outra	152	59,8	0,73 [0,46-1,16]	65	25,6	2,22 [1,21-4,09]	77	30,3	1,06 [0,65-1,72]	(254)
Estado civil										
Casada	36	55,4	1,00 (ref.)	20	30,8	1,00 (ref.)	23	35,4	1,00 (ref.)	(65)
Não casada	249	62,7	1,36 [0,77-2,38]	82	20,7	0,59 [0,32-1,09]	117	29,5	0,76 [0,42-1,38]	(397)
Escolaridade										
Fund. incompl.	84	62,2	1,00 (ref.)	35	25,9	1,00 (ref.)	36	26,7	1,00 (ref.)	(135)
Fund. compl. ou mais	139	60,4	0,93 [0,58-1,47]	42	18,3	0,64 [0,37-1,10]	82	35,7	1,52 [0,93-2,50]	(230)

• p<0,01 (teste qui-quadrado com correção de Yates)

Tabela 2 – Porcentagem das mulheres que foram submetidas a relações sexuais só vaginais, anais ou orais, segundo características da agressão

Variável	Somente vaginal			Anal			Oral			Total
	n	%	OR [IC 95%]	n	%	OR [IC 95%]	n	%	OR [IC 95%]	
Local		*						*		
Via pública	78	53,8	0,46 [0,27-0,79]	35	24,1	1,81 [0,93-3,52]	53	36,6	2,13 [1,20-,81]	(145)
Outro	91	71,7	1,00 (ref.)	19	15,0	1,00 (ref.)	27	21,3	1,00 (ref.)	(127)
Relação com agressor		**						**		
Conhecido/ familiar	113	72,9	1,00 (ref.)	30	19,4	1,00 (ref.)	27	17,4	1,00 (ref.)	(155)
Desconhecido	202	56,1	0,48 [0,31-0,73]	82	22,8	1,23 [0,75-2,02]	133	36,9	2,78 [1,70-4,56]	(360)
Número de agressores										
Único	265	61,6	1,00 (ref.)	92	21,4	1,00 (ref.)	129	30,0	1,00 (ref.)	(430)
Múltiplo	34	53,1	0,71 [0,40-1,24]	17	26,6	1,33 [0,70-2,51]	26	40,6	1,60 [0,90-2,83]	(64)
Período										
Manhã/tarde	83	62,4	1,00 (ref.)	33	24,8	1,00 (ref.)	34	25,6	1,00 (ref.)	(133)
Noite/ madrugada	211	59,4	0,88 [0,57-1,36]	74	20,8	0,80 [0,49-1,31]	122	34,4	1,52 [0,95-2,44]	(355)

• p<0,01

** p<0,001 (teste qui-quadrado com correção de Yates)

Tabela 3 – Porcentagem das mulheres que foram submetidas a múltiplos tipos de agressões, segundo diversas características sociodemográficas

Variável	Múltiplos tipos		OR [IC 95%]	(Total)
	n	%		
Idade (anos)				
<20	64	30,2	1,00 (ref.)	(212)
20-29	71	38,4	1,44 [0,93-2,23]	(185)
≥30	46	38,0	1,42 [0,86-2,33]	(121)
Cor/raça				
Branca	39	29,1	1,00 (ref.)	(134)
Outra	93	36,6	1,41 [0,87-2,27]	(254)
Estado civil				
Casada	28	43,1	1,00 (ref.)	(65)
Não casada	131	33,0	0,65 [0,37-1,15]	(397)
Escolaridade				
Fund. incompl.	45	33,3	1,00 (ref.)	(135)
Fund. compl. ou mais	84	36,5	1,15 [0,72-1,85]	(230)

Tabela 4 – Porcentagem das mulheres que foram submetidas a múltiplos tipos de agressões, segundo características da agressão

Variável	Múltiplos tipos		OR [IC 95%]	(Total)
	n	%		
Local •				
Via pública	58	40,0	1,90 [1,10-3,30]	(145)
Outro	33	26,0	1,00 (ref.)	(127)
Relação com agressor *				
Conhecido/ familiar	40	25,8	1,00 (ref.)	(155)
Desconhecido	140	38,9	1,83 [1,18-2,84]	(360)
Número de agressores				
Único	147	34,2	1,00 (ref.)	(430)
Múltiplos	28	43,8	1,50 [0,85-2,63]	(64)
Período				
Manhã/tarde	43	32,3	1,00 (ref.)	(133)
Noite/ madrugada	131	36,9	1,22 [0,79-1,91]	(355)

• p<0,05; * p<0,01 (teste qui-quadrado com correção de Yates)

Tabela 5 – Variáveis associadas a diversos tipos de agressões sexuais (análise múltipla por regressão logística; n=207)

Modelo/ variável	OR	IC 95%	p
RS só vaginal – Modelo 1			
Local (via pública)	0,37	[0,20-0,68]	<0,002
Escolaridade (EF completo ou mais)	1,89	[1,02-3,48]	0,042
RS anal – Modelo 2			
Escolaridade (EF completo ou mais)	0,34	[0,16-0,71]	0,004
Local (via pública)	2,64	[1,22-5,73]	0,014
RS oral – Modelo 3			
Relação com agressor (desconhecido)	2,00	[1,04-3,86]	0,038
RS múltiplos tipos			
Local (via pública)	2,03	[1,12-3,68]	0,020

5. Discussão

Diversas preocupações tomam conta da equipe quando acompanhamos a implantação de um serviço que presta atendimento às mulheres que sofrem violência sexual. Desde a organização em si, passando pelo treinamento da equipe, e pela formação de uma rede social capaz de oferecer o apoio necessário externo a essa mulher.

No Brasil, verifica-se um enorme vazio entre a publicação de Normas para um programa assistencial pelo Ministério da Saúde e a efetiva implantação. Hoje diversas cidades com população acima de 100.000 habitantes, mesmo com serviços de saúde organizados, têm resistido na criação de um programa específico para o atendimento à mulher em situação de violência sexual (Brasil, 2005a).

Um programa dessa natureza requer pouco de estrutura física ou de novos recursos humanos, ela pode ser a mesma de qualquer serviço. Entretanto, precisa de uma equipe treinada, multiprofissional e preparada para enfrentar as dificuldades que a própria circunstância da violência acarreta.

As mulheres enfrentam dilemas difíceis quando são submetidas e esse tipo de violência. Eles vão desde a decisão de contar para as pessoas próximas, familiares ou não, passam pela dúvida de levar o caso à polícia e chegam ao momento crítico que é decidir o que fazer quando dessa violência decorre uma gravidez não desejada. Tudo isso ainda cercado do horror de saber que, na maioria das vezes, seu agressor desconhecido continua impune, pelas ruas, e ela ainda sofrendo os efeitos colaterais dos medicamentos e o medo intenso de ficar grávida ou de ter adquirido uma DST, ou até o HIV.

O trabalho da equipe deve dar conta desses impasses, tarefas que requer cuidado, preparo técnico e principalmente trabalho em equipe.

De forma mais geral, é preciso pensar sobre a violência procurando encontrar nela os elementos necessários para a construção de políticas públicas que possam contribuir para seu controle e sua redução. São necessárias políticas públicas de segurança, que envolvam mais cuidado nas ruas, vigilância, nos horários já identificados como de maior risco. Mas é também necessário investir em iluminação pública, exigência de cuidados com os lotes vagos, para evitar que sejam usados como local para agressão sem testemunhas. Bem como é preciso investir em políticas públicas que ofereçam à população condições de transporte e moradia mais adequados, de forma a contribuir para a inexistência de lugares propícios para a realização desses crimes.

Da mesma forma, investir em programas que contribuam para que a mulher que vive uma situação de violência sexual chegue o mais rápido possível ao

serviço de saúde é fundamental. Não bastam *outdoors* e *folder*, é preciso uma ação coletiva dos organismos que atuam na segurança pública e nos programas de desenvolvimento social. É preciso que algum órgão público responsabilize-se de fato pelo transporte e encaminhamento dessa mulher aos serviços de saúde.

Fica evidente a necessidade de que o tema da violência entre nas salas de aulas, mas sob uma perspectiva que considere o agressor um ser humano, e não um monstro. É preciso que se compreenda que a violência é um fenômeno humano e precisa ser tratado nessa perspectiva.

É preciso desenvolver estudos e pesquisas voltadas para a compreensão do comportamento dos sujeitos estupradores, para se construir políticas e processos sociais que deem conta de prevenir de forma mais efetiva esses comportamentos.

Outra política a ser imediatamente incorporada é a discussão sobre as diferenças de gênero nas escolas, desde o ensino fundamental. Muito embora os parâmetros curriculares nacionais incorporem em seus temas transversais a ética, cidadania e orientação sexual, dentre outros, não está claro que no tema do masculino/feminino as diferenças construídas socialmente sejam trabalhadas no sentido da sua desconstrução.

Certamente nem mesmo os professores têm em sua formação essa perspectiva de análise. É necessário que tenhamos a possibilidade de, ao longo de toda nossa formação escolar e de cidadão, poder conversar, abrindo a possibilidade do exercício da palavra, discutir e compreender as nossas diferenças de gênero,

onde de fato possamos construir novas relações onde os sujeitos masculinos não se vejam no direito de usar o corpo do outro.

A discussão mais importante a se fazer aqui é apontada por Hardy e Jiménez (2001). O que está em questão é a definição de papéis sociais para homens e mulheres que constroem singularidades com diferentes possibilidades de enfrentamento das condições sociais de existência colocados pela sociedade.

“culturalmente son definidos algunos patrones de comportamientos em donde El poder y la desigualdad son elementos que favorecen al hombre y donde la mujer debe postergarse a un segundo plano.”(Hardy e Jiménez, 2001)

É assim que construímos os comportamentos de homens e mulheres, desde pequenos, nas pequenas coisas, sempre supondo que nossas mulheres são mais frágeis, que não sabem fazer coisas “de homem”. E sempre supondo que nossos homens são mais fortes, preparados, mais capazes de enfrentar situações que muitas vezes eles próprios também não gostariam e que é um peso muitas vezes grande demais e que eles têm que carregar.

Essas construções forjam homens e mulheres, estabelecem papéis, que são desempenhados ao longo de nossas vidas. Temos construído a partir da diferença biológica que define sexos como um conjunto de valores, atitudes, normas e comportamentos que são atribuídos a homens e mulheres, mas que não são naturais desses mesmos homens e mulheres.

Essa não é uma tarefa fácil nem de execução rápida, mas por isso mesmo é uma tarefa inadiável. Confiamos que com este trabalho estejamos dando uma pequena contribuição para uma sociedade que preste mais atenção a esta manifestação extrema das diferenças de gênero e adote as políticas públicas necessárias para melhorar a dramática situação atual.

6. Conclusões

- Um serviço eficiente de atendimento à mulher que sofre violência sexual requer investir no primeiro atendimento, buscando acolher de forma mais humanizada, com atendimento cuidadoso, sempre bem orientado, e com um material informativo dos serviços prestados no dia e a marcação da consulta no ambulatório com data, hora e nome do profissional que irá recebê-la.
- A avaliação de intervenções para aprimorar o atendimento à mulher em situação de violência sexual na MOV mostra que não é uma tarefa fácil e que se trata de um processo muito dinâmico que precisa de constante avaliação.
- O treinamento das equipes precisa ser sistemático, introduzindo a perspectiva e o conceito de gênero, bem como a preocupação com uma atenção humanizada,
- As mulheres agredidas são predominantemente jovens, 42% menores de 20 anos, de todos os grupos de escolaridade, desde analfabetas a com pós-graduação. A maior parte das mulheres atendidas foi agredida na via pública e por desconhecidos, e o fato ocorreu com maior frequência no domingo e com menor frequência nas terças e quartas-feiras, sem diferenças expressivas por mês do ano.

- Ter escolaridade de ensino fundamental completo ou mais aumenta as probabilidades de ser submetida apenas a coito vaginal e é fator de proteção para sexo anal.
- O risco de ser submetida a coito anal é maior nas mulheres agredidas na via pública; de sexo oral, nas mulheres agredidas por desconhecidos, enquanto o risco de sofrer penetrações por múltiplas vias é maior quando a agressão é na via pública.

Além dessas conclusões que correspondem aos Objetivos do estudo, a experiência de avaliar o serviço leva a algumas reflexões adicionais:

- Todo serviço dever ter compromisso com a formação de novos profissionais e criação de novos serviços, além de:
- Manter uma coleta prospectiva de dados sobre o serviço e as mulheres atendidas, de maneira a acumular um banco mais volumoso e completo que permita um aprofundamento nos diversos estudos sobre o tema.
- Aprimorar sistematicamente o atendimento destas mulheres, além de estimular outros investigadores a aprofundar-se neste mesmo estudo, sempre buscando uma qualificação da assistência.
- Participar da construção de uma rede de serviços de atenção e apoio que viabilize mecanismos eficazes de encaminhamentos para serviços comunitários e apoio jurídico, e até assistencial, nas especialidades que não fazem parte dos nossos serviços de origem.

7. Referências Bibliográficas

Andrade RP, Guimarães ACP, Fagotti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM et al. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. Rev Bras Ginecol Obstet 2001;23(9):583-87.

Barbosa RM. Negociação Sexual ou Sexo Negociado? In: Barbosa RM (org.). Sexualidade pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 73-88.

Bedone AJ, Faundes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad Saúde Pública 2007; 23(2). Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 08 jan. 2009.

Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Apresentação de dados e repercussões da violência sexual. Encontro mensal da rede de atendimento das vítimas de violência. Belo Horizonte – MG; 2004.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em 07 jan. 2008.

Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil, art. 5º, §2º, 1988. Brasília; 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 10 dez 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 a.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília; 2006b. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/. Acesso em: 07 jan 2008.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Brasília; 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del2848.htm>>. Acesso em: 05 ago. 2008.

Cook RJ, Dickens BM, Fathalla, MF. Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: Integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004.

Correio de Sergipe. Número de mulheres agredidas é muito alto. Aracaju (SE); 2008. Matéria publicada em 17 agosto de 2008. Disponível em: <http://www.correiodesergipe.com/lernoticia>. Acesso em: 07 jan 2009.

David HP, Friedman HI, Van Der Tak J, Sevilha MJ. Transnational trends: Na overview. In Davis, Friedman, van der Tak and Sevilha (ed). Abortion in Psychosocial perspective. New York: Springer Publishing Company Inc, 1978.

Drezett J. Estudos de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas. [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.

Faúndes A, Osis MJD, Hardy E, Duarte GA, Bento SF, Bedone A et al. I Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei - Relatório final. *Femina* 1997; 25(1):69-78.

Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo historia de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22(3):153-7.

Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto J. VI Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual – Relatório Final. *Femina* 2002; 30: 489-93.

Faúndes A, Berzelato J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Ed. Komedi; 2004.

Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Rev Bras Ginecol Obstet 2004; 26(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 08 jan 2009.

Faúndes A, Hardy E, Osis MJD, Makuch MY, Duarte GA, Andalaft-Neto J. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. Módulo quantitativo. Faúndes A. Relatório Final. [Internet] 2006a [52 p.]. Disponível em: [http://www.cemicamp.org.br/materia/Perfil do atendimento a mulheres que sofrem violência sexual - módulo quantitativo.pdf](http://www.cemicamp.org.br/materia/Perfil_do_atendimento_a_mulheres_que_sofrem_violencia_sexual_-_modulo_quantitativo.pdf) Acesso em 10 nov. 2008.

Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev Bras Ginecol Obstet 2006b; 28(2).Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 14 nov 2008.

Faúndes A, Araújo MJO, Andalaft-Neto J, Negrão T. Relatório do XI Fórum interprofissional sobre violência contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei. Femina 2008; 36(5):295-301.

Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24 (11). Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 08 Jan 2009.

Halperin DT. Heterossexual anal intercourse: prevalence, cultural factors and HIV infection and other health risk. Part 1. AIDS Patient Care STDs 1999;13(12):717-30.

Hardy E; Jimenez AL. Políticas y estratégias em salud publica. Rev Cubana Salud Publica 2001;27(2):77-88

Homero. In: Vieira, TAR (org.). Organização (Haroldo de Campos “Ilíada de Homero”, vol. 2). São Paulo: ARX 2002. 487p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2000. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/censo/revista.shtml> > Acesso em: 24 jun 2005.

Jornal Nacional. O caso Eloá. Rio de Janeiro: Rede Globo de Televisão; 2008. Matéria veiculada em 17, 18, 19 e 20 de outubro de 2008.

Jornal O Globo. STJ reduz pena de Pimenta Neves, réu confesso de assassinato. Rio de Janeiro; 2008. Edição de 02/09/08.

Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCQ, 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.

Mattar R; Abrahão AR, Andalaft Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJ Reis et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. Cad Saúde Pública 2007; 23(2). Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 08 jan. 2009.

Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública 1994; 10 (sup. 1). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 8 jan 2009.

Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Ciênc Saúde Coletiva 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.. Acesso em 15 jan 2009.

Moreira Filho AA. Relação Médico - Paciente: Teoria e Prática, o fundamento mais importante da prática médica. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica. 2005. 200p.

Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. *Psico*. Porto Alegre: PUCRS. jan./abr 2006; v 37, n1, pp. 7-13.

Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14(2):75-83.

Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 15 jan. 2009.

Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das mulheres atendidas no programa municipal de atendimento a mulher vítima de violência sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: Período de outubro de 2001 a agosto de 2004. *Londrina: Semina: Ciências Biológicas e Saúde* 2006; 27(1): 03-11.

Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses de pós-agressão. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):192-9.

Osis MJMD. Pásm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(supl.):25-32. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 23 jan. 2009.

Pitanguy J. Violência de Gênero e saúde: Interseções. In: Berquó E (org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Unicamp; 2003.

Scully C, Porter S. HIV topic update: oro-genital transmission of HIV. *Oral Dis* 2000; 6(2):92-8.

Souza CM, Adesse L (org). *Violência Sexual no Brasil: Perspectivas e desafios*, 2004. Rio de Janeiro: Lidador; 2005.

Sudario S, Almeida PC, Jorge MSB. Mulheres vítimas de estupro: Contexto e enfrentamento dessa realidade. *Psicologia & sociedade*. 2005;17 (3): 73-9.

TV CANAL 13 PI. Preocupação: Cresce violência contra mulheres no Piauí. Teresina (PI); 2008. Matéria veiculada em 07/08/08.

Viana FJM. Serviços de atendimento ao aborto legal. In: Maia MB (org). *Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto*. Belo Horizonte: Autentica; 2008. p.171-89.

Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2): 471-5.

von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre trial. *Lancet* 2002;360(9348):1803-10.

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Ficha de levantamento do perfil das mulheres vítimas de violência atendidas na Maternidade Odete Valadares

FICHA DE LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS NA MATERNIDADE ODETE VALADARES				
Data do Levantamento: ___/___/___			Número do Prontuário:	
Responsável pelo Levantamento:				
Data de Atendimento Admissão: ___/___/___			Hora do Atendimento:	
Data de Nascimento: ___/___/___		Idade:	Profissão:	
Escolaridade:	(1) Analfabeta()		(5) Médio Completo()	
	(2) Fundamental Incompleto()		(6) Universitário Incompleto()	
	(3) Fundamental Completo()		(7) Universitário Completo()	
	(4) Médio Incompleto()		(8) Pós Graduação()	
Estado Civil:	(1) Casada()	(2) Solteira()	(3) Separada()	(4) Viúva()
Endereço:			Bairro:	
Cidade:			Regional de BH:	
Cor/Raça:	(1) Branca()	(2) Negra()	(3) Parda()	(4) Amarela()
Local da Agressão:		Data: ___/___/___	Dia da Semana:	
Hora da Agressão:	(1) Manhã()	(2) Tarde()	(3) Noite()	(4) Madrugada()
Agressor:	(1) Desconhecido()	(2) Conhecido() Qual?		(3) Parente() Qual?
Aborto Legal: (1)Sim() (2)Não()		Pré Natal: (1)Sim() (2)Não()		BO: (1)Sim() (2)Não()
Violência: Vaginal()	Vaginal/Oral()	Vaginal/Anal()	Vaginal/Anal/Oral()	Sexual, Física()
N.º de Agressores: (1) Único()		(2) Múltiplos()	Tipo de Ameaça:	
Observações:				

8.2. Anexo 2 – Fichas de notificação de violência

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Esta ficha deve ser preenchida no momento da consulta.

Nos casos de pacientes menor de idade notificar também, em formulário próprio, ao Conselho Tutelar.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE:

NOME: _____-PRONTUÁRIO: _____

IDADE: _____ SEXO: _____

DATA DA AGRESSÃO: ___/___/___ HORA: ___:___

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___ HORA: ___:___

REFERENCIADO POR:

() IML () PS () DELEGACIAS () OUTROS () PROCURA DIRETA

DADOS DO(A) PACIENTE:

HISTÓRIA PRÉVIA DE DST: () SIM () NÃO

QUAIS: _____

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO (PARA MULHERES) - ___/___/___

(Em caso de suspeita de gravidez solicitar o BHCg no primeiro atendimento)

VACINAÇÃO PARA HEPATITE B: () SIM () NÃO NÚMERO DE DOSES: _____

USO DE ANTICONCEPÇÃO ANTES DA OCORRÊNCIA: () NÃO () SIM TIPO: _____

RELATA GRAVIDEZ ATUAL: () NÃO () NÃO SABE () SIM IG: _____

PROBLEMA DE SAUDE: () NÃO () SIM QUAL? _____

USA MEDICAMENTOS? () NÃO () SIM QUAL? _____

DADOS DO AGRESSOR

AGRESSOR CONHECIDO: () SIM () NÃO

AGRESSOR: () ÚNICO () MÚLTIPLOS

FATOR DE RISCO PARA HIV: () SIM () NÃO () DESCONHECE

HBC: () SIM () NÃO () DESCONHECE

HCV: () SIM () NÃO () DESCONHECE

TIPO DE SOROLOGIA DO AGRESSOR:

1 - HIV () POSITIVO () NEGATIVO () DESCONHECIDA

(CD4: ___; CV: ___; ARV: ___)

2 - HBV () POSITIVO () NEGATIVO () DESCONHECIDA

3 - HCV () POSITIVO () NEGATIVO () DESCONHECIDA

USO DE ÁLCOOL OU DROGAS:

AGRESSOR: () NÃO () SIM TIPO: _____

VÍTIMA: () NÃO () SIM TIPO: _____

DADOS DA AGRESSÃO

LOCAL: _____

PERDA DE CONSCIÊNCIA: () SIM () NÃO

SEXO COM PROTEÇÃO: () SIM () NÃO QUAL? _____

TIPO DE ABUSO:

() SEXO VAGINAL, COM EJACULAÇÃO: () SIM () NÃO.

() SEXO ANAL, COM EJACULAÇÃO: () SIM () NÃO.

() SEXO ORAL, COM EJACULAÇÃO: () SIM () NÃO.

TRAUMAS FÍSICOS: () NÃO () SIM TIPO: _____

HOUVE SANGRAMENTO: () NÃO () SIM LOCAL: _____

PERDA DE CONSCIÊNCIA: () NÃO () SIM

INDICAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA

RISCO PARA HIV: () ALTO () BAIXO () DESPREZÍVEL () DESCONHECIDO

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL (PPES) AO HIV:
() RECOMENDADA () CONSIDERADA () NÃO INDICADA

PPES SOLICITADA PELO PACIENTE: () NÃO () SIM

ANTIRETROVIRAIS: () SIM () NÃO

() AZT + 3TC + Indinavir/Ritonavir (Adulto) ou

() AZT + 3TC + Nelfinavir (Adulto)

() AZT + 3TC + Ritonavir (Criança) ou

() AZT + 3TC + Indinavir (Criança)

DST

() OFLOXACINA

() AZITROMICINA

() PENICILINA BENZATINA

() METRONIDAZOL

() CEFTRIAXONA

() DOXICICLINA

ORIENTAÇÃO À VÍTIMA

COLHIDO CONTEÚDO VAGINAL: () SIM () NÃO

COLHIDO SANGUE OU SÊMEN NAS VESTES: () SIM () NÃO

ORIENTADA PARA REGISTRO POLICIAL: () SIM () NÃO

ORIENTADA SOBRE DIREITOS LEGAIS: () SIM () NÃO

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: () SIM () NÃO

PROFILAXIA DE DST: () SIM () NÃO TIPO: _____

ENCAMINHADA AO AMBULATÓRIO: () SIM () NÃO MOTIVO: _____

HBV

() VACINA: () SIM () NÃO

() IMUNOGLOBULINA: () SIM () NÃO

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: () SIM () NÃO

Médico que atendeu: _____ CRM MG: _____

Hospital: _____ Município: _____

(Marcar com X) Obs. Se preciso marque mais de uma alternativa	
Características do evento / gravidade	Natureza da lesão: <input type="checkbox"/> 1- Laceração, abrasão, lesão superficial <input type="checkbox"/> 2- Lesão profunda penetrante <input type="checkbox"/> 3- Corte, mordida, ferida aberta <input type="checkbox"/> 4- Luxação, fratura <input type="checkbox"/> 5- Queimadura <input type="checkbox"/> 6- Lesão orgânica sistêmica <input type="checkbox"/> 7- Traumatismo crânio-encefálico <input type="checkbox"/> 8- Contusão <input type="checkbox"/> 9- Não sabe <input type="checkbox"/> 10 - Outros Se outro, especificar : _____
	Importante nos casos de abuso e violência sexual:
	Sexo com penetração: 1- Sim; 2- Não <input type="checkbox"/> Houve ejaculação: 1- Sim; 2- Não; 3- Não sabe <input type="checkbox"/> Se sim: (marque com x) <input type="checkbox"/> 14- Oral <input type="checkbox"/> 15- Anal <input type="checkbox"/> 16- Vaginal Uso de Condon: 1- Sim; 2- Não; 3- Não sabe <input type="checkbox"/>
Procedimentos	Procedimentos realizados: <input type="checkbox"/> 1- Atendimento psicossocial <input type="checkbox"/> 2- Atendimento médico
	Nos casos de abuso e violência sexual: <input type="checkbox"/> 3- Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> 4- Vacina Hepatite B <input type="checkbox"/> 8- Sêmen <input type="checkbox"/> 5- Profilaxia de HIV-Aids (tratamento utilizado) <input type="checkbox"/> 6- Imunoglobulina p/ Hep. B <input type="checkbox"/> 9- Sangue (papel filtro) <input type="checkbox"/> 7- Profilaxia de DST
Encaminhamentos	Encaminhamentos: <input type="checkbox"/> 1- Unidade de urgência <input type="checkbox"/> 2- Internação hospitalar <input type="checkbox"/> 3- Atenção básica (PSF) <input type="checkbox"/> 4- Atendimento psicossocial <input type="checkbox"/> 5- Acompanhamento ambulatorial (Serviço de referência para abuso sexual) <input type="checkbox"/> 6- Centro de referência imunização (vacina imunoglobulina) <input type="checkbox"/> 7- Orientação legal (registro de boletim de ocorrência policial: IML) <input type="checkbox"/> 8- Notificação aos órgãos competentes (Conselhos Tutelar, Saúde, Idoso, Mulher, Promotoria, etc.) <input type="checkbox"/> 9- Rede de apoio Se sim, especificar: _____ <input type="checkbox"/> 10- Outros Se outros, especificar: _____
	Observações: <hr/> <hr/>
Assinatura do responsável	Responsável pelo registro: Nome: _____ Data : ____/____/____
	Assinatura / Carimbo: <hr/>



FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO
INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS
VIOLÊNCIAS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação		2 UF	3 Município de Notificação		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)	
	5 Data da Ocorrência da Violência		6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome					8 Data de Nascimento
	9 Idade 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado		10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
	12 Cor 1-Branca 4-Parda 2-Preta 5-Indígena 3-Amarela 9-Ignorado		13 Escolaridade 01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo		06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado	
	14 Ocupação			15 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		
	16 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado			17 Possui algum tipo de deficiência? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Física Visual Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva		
	18 Número do Cartão SUS			19 Nome da mãe		
	20 UF		21 Município de residência		22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)				24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado						
32 UF		33 Município de Ocorrência		34 Bairro de ocorrência		
35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número		37 Complemento (apto., casa, ...)	
38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
41 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 3-Não se aplica 9- Ignorado Inst perfuro-cortante Enforcamento/sufocação Arma de fogo Queimadura Objeto contundente Força corporal Outros		42 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado Física Sexual Tortura Psicológica/Moral Tráfico de seres humanos Trabalho infantil Negligência/Abandono Financeira/Econômica Outros				

Lesão	43 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			
	01 - Sem lesão 02 - Fratura 03 - Entorse/luxação 04 - Corte/perfuração/laceração	05 - Contusão 06 - Queimadura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 08 - Órgãos internos do abdome	09 - Órgãos internos do tórax 10 - Vasos sanguíneos 11 - Nervos 12 - Intoxicação	13 - Amputação 14 - Traumatismo dentário 15 - Outros (espec.) 99 - Ignorado
Violência Sexual	44 Parte do corpo atingida 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		46 Se ocorreu penetração, qual o tipo?	
	<input type="checkbox"/> Cabeça/face <input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Boca/dentes <input type="checkbox"/> Coluna/medula	<input type="checkbox"/> Tórax/dorso <input type="checkbox"/> Abdome/quadril	<input type="checkbox"/> Membros superiores <input type="checkbox"/> Membros inferiores <input type="checkbox"/> Outros _____
Em casos de violência sexual	47 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
Dados do provável autor da agressão	48 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		49 Número de envolvidos	
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado
Evolução e encaminhamento	50 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		51 Sexo do provável autor da agressão	
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
53 Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde				54 Se óbito, data
1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito 9 - Ignorado				_____
55 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado				
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____				
56 Circunstância da lesão				
CID 10 - Cap XX _____				

Informações complementares e observações

Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100
Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura

8.3. Anexo 3 – Folder da intervenção da MOV

Maternidade Odete Valadares
FHEMIG



ORIENTAÇÕES IMEDIATAS PARA A PACIENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Cara Usuária,

A equipe de atendimento as pessoas em situação de violência sexual gostaria muito que você lesse com atenção as recomendações abaixo.

Elas são muito importantes para que você não sofra outras conseqüências além das que já sofreu.

Confecção: Francisco José Machado Viana
Layout: Assessoria de Comunicação social - FHEMIG
Revisão: Maria Inês Cometti e Ramon Luis Moreira

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
Maternidade Odete Valadares
Av. do Contorno 9494 - Prado - Belo Horizonte

Você recebeu atendimento em nosso setor de emergência, para casos de violência sexual.

Você recebeu medicamentos para 3 funções específicas:

- Prevenção de gravidez não planejada, (pode ser que ainda tenha que tomar mais uma dose desse medicamento em casa, no dia seguinte).
- Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis - você tomou algumas injeções e medicamentos com este objetivo.
- Prevenção de infecção com o vírus HIV. (você recebeu medicamentos suficientes para 30 dias de utilização).
- Foi marcada uma data de retorno ao ambulatório para a equipe de acompanhamento e tratamento.

Os medicamentos que você tomou podem apresentar efeitos colaterais, que quando aparecem, precisam ser acompanhados. Outros efeitos colaterais não são percebidos pela pessoa e só aparecem nos exames de sangue.

- Neste caso procure imediatamente nosso serviço ambulatorial de segunda a sexta às 8 horas da manhã ou atendimento com infectologista mais próximo Ex: Hospital Odilon Behrens, ORESTES DINIZ - Alameda Álvaro Celso n (HOSPITAL DAS CLINICAS)

- É de vital importância que você não deixe de voltar nas datas marcadas para o acompanhamento ambulatorial. Em caso contrário você poderá correr riscos sem saber.

Você fez exames para verificação do seu estado geral e de doenças nesta primeira consulta. Dentre eles, exame para sífilis, Doenças Sexualmente Transmissíveis em geral e HIV/AIDS.

Os primeiros resultados deverão estar prontos aproximadamente em uma semana.

Compareça ao ambulatório na data marcada para continuidade de seu atendimento e para acompanhamento de seus exames.

Você será acompanhada em nosso ambulatório por um ginecologista, um psicólogo e uma assistente social.

Todas as suas dúvidas serão esclarecidas por esta equipe.

Caso tenha alguma dúvida e não possa esperar até a data agendada de consulta, estamos à sua disposição no ambulatório no período de 8 às 12 horas de segunda a sexta-feira ou pelo telefone 3298-6012.

Data da Consulta no Ambulatório

Data - Horário

Equipe:

- Francisco Viana - Psicólogo,
- Maria Inês Cometti - Assistente Social,
- Ramon Luis Moreira - Ginecologista,

8.4. Anexo 4 – Folder de intervenção da SES

**PARA DENÚNCIA
(DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 18 ÀS 8 HORAS.
NOS FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, ATENDIMENTO 24 HORAS):**

BELO HORIZONTE

• PLANTÃO DO DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES - AV. ANTÔNIO CARLOS, 901 - LAGOINHA
FONES: (31) 3429-6032 / 3429-6035

BETIM

• 4º DISTRITO POLICIAL DE BETIM - RUA ROMUALDA AUGUSTA DE MELO, 217 - CENTRO
FONE: (31) 3532-1120

ARAGUARI

• DELEGACIA DE POLÍCIA - AV. MATO GROSSO, 272 - PARAÍSO
FONE: (34) 3241-5344

MONTES CLAROS

• RUA CORRÊIA MACHADO, 856 - CENTRO
FONES: (38) 3221-6655 / 3222-5441

• AV. VICENTE GUIMARÃES, 381 - SAGRADA FAMÍLIA
FONE: (38) 3221-6655 (GERAL - 24 HORAS)

UBERABA

• AV. LUIZ PRÓSPERO, 242 - ESTADOS UNIDOS
FONE: (34) 3336-4300

UBERLÂNDIA

• RUA RIO GRANDE DO NORTE, 1.425 - UMUARAMA
FONE: (34) 3212-5610



QUEBRE O SILÊNCIO: DENUNCIE!

Violência sexual é toda ação na qual uma pessoa obriga uma outra a realizar práticas sexuais contra a sua vontade, usando força física, psicológica ou drogas. Pode ser praticada tanto por desconhecidos como por conhecidos ou familiares. Exemplos: carícias não consentidas, sexo forçado no casamento, contato físico não permitido, sexo entre adulto e criança, estupro e assédio sexual.

Se você vivenciar uma situação de violência sexual, procure o centro de saúde ou o serviço de referência mais próximo, uma delegacia especializada em crimes contra a mulher ou uma delegacia local.

EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, HAJA DA SEGUINTE FORMA:

- Não se lave. Isso pode apagar vestígios e provas que levem ao agressor.
- Procure imediatamente o serviço de saúde para evitar gravidez indesejada ou doenças sexualmente transmissíveis/aids.
- Dê queixa na delegacia da mulher ou outro departamento de polícia e pegue uma guia para realizar o exame no IML - Instituto Médico Legal.

Disque-denúncia - violência sexual: 0800 305 000 • 0800 300 190 • 0800 311 119

ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL (ATENDIMENTO 24 HORAS):

BELO HORIZONTE

• MATERNIDADE ODETE VALADARES
AV. DO CONTORNO, 9.494 - PRADO
FONES: (31) 3337-9583 / 3337-9493

• HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE
AV. DR. CRISTIANO REZENDE, 312
MILIONÁRIOS
FONE: (31) 3322-2753

• HOSPITAL ODILON BEHRENS
RUA FORMIGA, 50 - LAGOINHA
FONE: (31) 3277-6204

• HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG
AV. ALFREDO BALENA, 110 - S. EFIGÊNIA
FONE: (31) 3248-9424

BETIM

• HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM
AV. EDIMEIA MATOS LAZAROTTE, 3.800
INGÁ
FONES: (31) 3539-8197 / 3539-8198

• MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL
RUA GATURANO, 180 - JARDIM TERESÓPOLIS
FONE: (31) 3591-3411

CONTAGEM

• MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE
CONTAGEM
RUA MARIA DA GLÓRIA, 491 - AMAZONAS
FONES: (31) 3363-5300 / 3363-5299

• HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ LUCAS FILHO
AV. JOÃO CÉSAR DE OLIVEIRA, 4.495 - CINCO
FONE: (31) 3352-8827

ARAGUARI

• SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
PRAÇA PADRE NILO, 10 - ROSÁRIO
FONE: (34) 3241-6782

JUIZ DE FORA

• HOSPITAL PRONTO-SOCORRO
AV. RIO BRANCO, 3.408 - CENTRO
FONE: (32) 3690-8100

MONTES CLAROS

• MATERNIDADE MARIA BARBOSA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE
FARIA (UNIMONTES)
RUA CLULA MANGABEIRA, 562
SANTO EXPEDITO
FONES: (38) 3229-8500 / 3229-8528

UBERABA

• CENTRO MÉDICO DR. ANTÔNIO JOSÉ DE
BARROS
AV. ORLANDO RODRIGUES DA CUNHA,
2.223 - ABADIA
FONE: (34) 3322-6362

UBERLÂNDIA

• UAI ROOSEVELT
AV. CESÁRIO CROSARA, 4.000
BAIRRO ROOSEVELT
FONE: (34) 3254-8777

PARA DENÚNCIA (ATENDIMENTO DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, DAS 8 ÀS 12 HORAS E DAS 14 ÀS 18 HORAS):

BELO HORIZONTE

• DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES
CONTRA A MULHER
RUA TENENTE BRITO MELO, 353
BARRO PRETO
FONES: (31) 3330-1746 / 3330-1747

• DELEGACIA ESPECIALIZADA DE PROTEÇÃO
À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE
AV. AFONSO PENA, 4.028 - MANGABEIRAS
FONE: (31) 3236-3808

BETIM

• DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES
CONTRA A MULHER
RUA CECÍLIA JÚLIA DO PRADO, 255
NOSSA SENHORA DO CARMO
FONES: (31) 3594-4080 / 3531-3056

CONTAGEM

• DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES
CONTRA A MULHER
RUA JOSÉ CARLOS CAMARGO, 218
CENTRO
FONE: (31) 3398-5808 (ATENDIMENTO 24h)

ARAGUARI

• DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES
CONTRA A MULHER
RUA DOM PEDRO II, 310 - CENTRO
FONE: (34) 3690-3210

JUIZ DE FORA

• DELEGACIA REGIONAL DE SEGURANÇA
PÚBLICA/MULHERES
RUA CUSTÓDIO TRISTÃO, 76
SANTA TEREZINHA
FONE: (32) 3229-5822 (ATENDIMENTO 24h)

MONTES CLAROS

• DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES
CONTRA A MULHER
AV. VICENTE GUIMARÃES, 381
SAGRADA FAMÍLIA
FONE: (38) 3222-5441 - RAMAIS 207 E
226 (HORÁRIO COMERCIAL)

UBERABA

• DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES
CONTRA A MULHER
RUA LUIS PRÓSPERO, 242
PARQUE DAS AMÉRICAS
FONE: (34) 3336-4300

UBERLÂNDIA

• DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES
CONTRA A MULHER E MENORES
AV. JOÃO PINHEIRO, 1.728
BAIRRO BRASIL
FONE: (34) 3212-5610 - RAMAL 22

O ASSUNTO É SÉRIO E DEVE SER DITO.

Se você vivenciar qualquer tipo de violência sexual, procure o centro de saúde ou serviço de referência mais próximo, uma delegacia especializada em crimes contra a mulher ou uma delegacia local.

O primeiro atendimento deve ser médico, para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, gravidez decorrente de estupro e para o tratamento de lesões físicas. Para maior eficácia do tratamento preventivo, o atendimento deve ser o mais rápido possível, de preferência nas primeiras 72 horas após a ocorrência do fato.

Mas não se esqueça: só com a ocorrência policial o agressor será punido e não poderá fazer novas vítimas.

COMO AGIR NO CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL:

- Não se lave: isso pode apagar vestígios e provas que levem ao agressor.
- Procure imediatamente o serviço de saúde para evitar gravidez decorrente de estupro ou doenças sexualmente transmissíveis.
- Dê queixa na delegacia da mulher ou em outro departamento de polícia e pegue uma guia para realizar o exame de corpo de delito (que comprova a violência) no IML – Instituto Médico Legal.

Ligue e denuncie. **0800 300 190 0800 305 000 0800 311 119**



Falar sobre a violência sexual protege você e ajuda a identificar os culpados.

Se você for vítima de violência sexual, procure imediatamente a rede de atendimento à saúde de seu município.

Hoje, existe uma rede de atendimento para prestar assistência médica, psicológica e social às vítimas.

Violência sexual é toda ação na qual uma pessoa é obrigada a realizar práticas sexuais sem o seu consentimento, como sexo forçado no casamento, carícias e contato físico sem permissão, sexo entre adulto e criança, estupro e assédio sexual.

Para isso, o agressor usa força física, psicológica e até drogas. Um ato cruel, que pode ser praticado tanto por desconhecidos quanto por conhecidos ou familiares e que precisa acabar.



Ministério da Saúde



ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL (24 horas)

ARAGUARI

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
PRAÇA DOM ALMIR MARQUES FERREIRA, 2 - ROSÁRIO
(34) 3241-6782

BELO HORIZONTE

MATERINIDADE ODETE VALADARES
AV. DO CONTORNO, 9.494 - PRADO
(31) 3337-3130/2680

HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK
AV. DR. CRISTIANO REZENDE, 2.745 - MILIONÁRIOS
(31) 3322-2774/3388-9095/3381-4581

HOSPITAL ODILON BEHRENS
RUA FORMIGA, 50 - LAGGINHA
(31) 3277-6204/6133/6229

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG
AV. ALFREDO BALENA, 110 - SANTA EFIGÊNIA
(31) 3248-9424/9300

BETIM

HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM
AV. ESTEREA MATOS LAZAROTTE, 3.800 - INGÁ
(31) 3539-8197/8198/8256

MATERINIDADE PÚBLICA MUNICIPAL
RUA GATURANA, 180 - JARDIM TERESÓPOLIS
(31) 3591-3411

CONTAGEM

MATERINIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE CONTAGEM
RUA MARIA DA GLÓRIA, 491 - AMAZONAS
(31) 3363-5300/5299/5288

HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ LUCAS FILHO
AV. JOÃO CESAR DE OLIVEIRA, 4.495
CINCO
(31) 3363-5799

GUANHÃES

ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE NOSSA SENHORA DO CARMO - HOSPITAL IMACULADA CONCEIÇÃO
RUA CAPITÃO BERNARDO, 257 - CENTRO
(33) 3241-1747

ITABIRA

IRMADÃO DE NOSSA SENHORA DAS DORES
AV. JOÃO SOARES DA SILVA, 135
PENHA
(31) 3839-1400

JOÃO MONLEVADE

HOSPITAL MARGARIDA
RUA DR. GERALDO SOARES DE SÁ, S/Nº
(31) 3852-3144

JUIZ DE FORA

HOSPITAL PRONTO-SOCORRO
AV. RIO BRANCO, 3.408 - CENTRO
(32) 3690-8100/8102

MONTES CLAROS

MATERINIDADE MARIA BARBOSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE FÁBIA (DINAMONTES)
AV. CUIÁ MANGABEIRA, 562 - SANTO EXPEDITO
(38) 3229-8500/8501

PATOS DE MINAS

HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
TRAVESSA JOSÉ REIS, S/Nº - CENTRO
(34) 3818-6000

PIRAPORA

HOSPITAL MUNICIPAL
DR. MOISÉS MAGALHÃES FREIRE
RUA MONTES CLAROS, 1.237 - CINQUENTENÁRIO
(38) 3741-4020/1056

UBERABA

CENTRO MÉDICO DR. ANTONIO JOSE DE BARROS
AV. ORLANDO RODRIGUES DA CUNHA, 2.223 - ABADIÁ
(34) 3322-6362

UBERLÂNDIA

UAI MARTINS
AV. BELO HORIZONTE, 1.084 - MARTINS
(34) 3236-7426/3231-0016/3215-8331/3214-2972

PARA DENÚNCIA:
(atendimento de 2ª a 6ª feira,
das 8h às 18h)

ARAGUARI

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER
RUA DOM PEDRO II, 310 - CENTRO
(34) 3690-3210

BELO HORIZONTE

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER
RUA AIMORÉS, 3.005 - BARRO PRETO
(31) 3330-1761/1758

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE
AV. AFONSO PENNA, 4.028 - MANGABEIRAS
(31) 3236-3808

BETIM

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER
RUA CECÍLIA JÚLIA DO PRADO, 255
NOSSA SENHORA DO CARMO
(31) 3594-4080/3531-3056

CONTAGEM

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER
RUA JOSÉ CARLOS CAMARGO, 218 - CENTRO
(31) 3398-5808 (ATENDIMENTO 24 HORAS)

JOÃO MONLEVADE

DELEGACIA DE MULHER - PLANTÃO 24 HORAS
AV. GETÚLIO VARGAS, 2.387 - BAU
(31) 3857-2450

JUIZ DE FORA

DELEGACIA REGIONAL DE SEG. PÚBLICA/MULHERES
RUA CUSTÓDIO TRISTÃO, 76 - STA. TEREZINHA
(32) 3229-5822 (ATENDIMENTO 24 HORAS)

MONTES CLAROS

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER
AV. VICENTE GUIMARÃES, 387 - SAGRADA FAMÍLIA
(38) 3222-5441 - RAMAIS 207 E 226

PATOS DE MINAS

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER
RUA CARLOS, 461 - ALTO CAIÇARA
(34) 3822-3121/ PARA DENÚNCIA 180

UBERABA

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER
RUA LUIZ PRÓSPERO, 242 - PARQUE DAS AMÉRICAS
(34) 3336-4300

UBERLÂNDIA

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE CRIMES CONTRA A MULHER E MENORES
AV. JOÃO PINHEIRO, 1.728 - BRASIL
(34) 3212-5610 - RAMAL 222

PARA DENÚNCIA:
(atendimento 24 horas nos
finais de semana e feriados/
de 2ª a 6ª feira, das 18h às 8h)

ARAGUARI

DELEGACIA DE POLÍCIA
AV. MATO GROSSO, 272 - PARAÍSO
(34) 3241-5344

BELO HORIZONTE

PLANTÃO DO DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES
AV. ANTONIO CARLOS, 901 - LAGGINHA
(31) 3429-6032/6035

BETIM

4º DISTRITO POLICIAL DE BETIM
RUA RUMALDA AUGUSTA DE MELO, 217 - CENTRO
(31) 3532-1120

GUANHÃES

DELEGACIA DE POLÍCIA
AV. GOVERNADOR MILTON CAMPOS, 2.942
(33) 3421-1778

ITABIRA

49ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
RUA MAJOR PAULO, 10 - PENHA
(31) 3434-6161/3834-6677

MONTES CLAROS

DELEGACIA DE POLÍCIA
AV. VICENTE GUIMARÃES, 387
SAGRADA FAMÍLIA
(38) 3221-6655 (ATENDIMENTO 24 HORAS)

PATOS DE MINAS

DELEGACIA DE POLÍCIA
PRAÇA JOQUINHÁ CAIXETA - CENTRO
(34) 3821-2086

PIRAPORA

DELEGACIA DE POLÍCIA
AV. BRASIL, 94 - CENTRO
(38) 3741-1056/3749-6129

UBERABA

DELEGACIA DE POLÍCIA
RUA LUIZ PRÓSPERO, 242
PARQUE DAS AMÉRICAS
(34) 3336-4300

UBERLÂNDIA

DELEGACIA DE POLÍCIA
RUA RIO GRANDE DO NORTE, 1.425 - LUM
(34) 3212-5610



Falar sobre a violência sexual protege você e ajuda a identificar os culpados.

Se você for vítima de violência sexual, procure imediatamente a rede de atendimento à saúde de seu município.

Mas é só com a ocorrência policial que o agressor será punido e não poderá fazer novas vítimas. Ligue e denuncie.

0800 300 190 0800 305 000 0800 311 119

8.5. Anexo 5 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Parecer nº 319

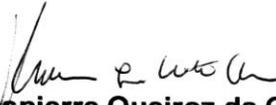
Interessados: Francisco José Machado Viana

Hospital: Maternidade Odete Valadares

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP-FHEMIG) aprovou, no dia 06 de abril de 2006, o projeto de pesquisa intitulado « **Passando a limpo: estratégias emocionais e sociais para superação do trauma vivido na violência sexual** ».

Relatórios deverão ser encaminhados ao CEP-FHEMIG seis e doze meses após o início do projeto.


Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Presidente do CEP-FHEMIG