

CARLOS TADAYUKI OSHIKATA

**VIOLÊNCIA SEXUAL:
CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO, DAS MULHERES
AGREDIDAS E DO ATENDIMENTO RECEBIDO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CAMPINAS - SP**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES**

**UNICAMP
2003**

CARLOS TADAYUKI OSHIKATA

**VIOLÊNCIA SEXUAL:
CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO, DAS MULHERES
AGREDIDAS E DO ATENDIMENTO RECEBIDO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CAMPINAS - SP**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

**ORIENTADOR: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES**

**UNICAMP
2003**

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

Os4v Oshikata, Carlos Tadayuki
Violência sexual: características da agressão, das
mulheres agredidas e do atendimento recebido em um
hospital universitário de Campinas-SP / Carlos Tadayuki
Oshikata. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientadores : Aloísio José Bedone, Aníbal Faúndes
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Violência – Sexo - Diferenças. I. Aloísio José
Bedone. II. Aníbal Faúndes. III. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: CARLOS TADAYUKI OSHIKATA

Orientador: Prof. Dr. ALOÍSIO JOSÉ BEDONE

Co-Orientador: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

Membros:

1.

2.

3.

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

Data: 28/02/2003

Dedico este trabalho...

*à minha família,
pelo esforço incontestável em minha formação médica...
à Alessandra Matos, seu Ênio e dona Stela
pela companhia, carinho e amor...*

Agradecimentos

Ao Dr. Aloísio, meu grande professor, orientador e amigo; maior incentivador na realização deste trabalho.

Ao Dr. Aníbal Faúndes pela co-orientação e pela dedicação em relação a este trabalho.

Às doutoras Lucia Helena Costa-Paiva e Ilza Maria Urbano Monteiro, pelas oportunas e valiosas sugestões durante a qualificação.

À Dra. Márcia Garcia, amiga e companheira de ambulatório que humildemente me acolheu na Unicamp.

À Dra. Priscila Papaiordanou (in memoriam), que nos deixou vivas a sua imensa alegria, inteligência e capacidade profissional.

Aos doutores Luis Bahamondes, José Luis Paiva e Antonio Carlos Ploch pela “força” e incentivo nos momentos difíceis.

Ao Dr. Paulo Sérgio A.B. Campos por sempre acreditar na minha capacidade profissional.

Aos meus amigos que me fazem sentir feliz diariamente: Alexandre Amâncio, Claudia H. Rego e Luís Henrique S. Leme, Edgar Yugue, Eliane e Manoel Bragheto, Hércio Cunha, Márcia e Douglas Tiago, Marco A. Toledo, Odorino Kagohara, Patrícia Leme e Silvio Ciquini.

Aos meus amigos e professores do Departamento de Tocoginecologia da PUC-CAMPINAS, em especial aos doutores(as): Arlete M. Santos, Carlos Osvaldo Teixeira e Maria Aparecida Barone, Celina Sollero, Diana Raskin, Elza M. Yamada, Francisco E. Prota e Jessé de Paula Neves Jorge.

Aos médicos residentes e alunos da PUC-CAMPINAS, a minha grande inspiração...

À Gislane Carvasan, pela sua simpatia e capacidade profissional em estatística.

À Sueli Chaves, Fernanda, Cyrene e Maria do Rosário, pelo carinho e atenção ao meu trabalho.

Às enfermeiras: Cacilda, Celi e Regina do CAISM; Maria José e Roseli, do Hospital das Clínicas, pela grande colaboração prestada.

À Arlete S. Barros e Maria José L. Souza, da Educação em Saúde do CAISM, pelos convites e apoio durante as minhas palestras.

À Margarete e Klésio, pela amizade e imprescindível colaboração.

Às pacientes, que mesmo no momento mais difícil e humilhante de suas vidas, mantiveram intactas a sua dignidade e coragem.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	
Resumo	
Summary	
1. Introdução	14
2. Objetivos	30
2.1. Objetivo geral	30
2.2. Objetivos específicos	30
3. Sujeitos e Métodos.....	31
3.1. Desenho de estudo	31
3.2. Tamanho amostral	31
3.3. Seleção de sujeitos	31
3.4. Variáveis estudadas.....	32
3.5. Protocolo de atendimento médico de urgência no CAISM	38
3.6. Protocolo do atendimento médico ambulatorial.....	40
3.7. Técnicas, testes e exames.....	41
3.8. Instrumento de coletas de dados	42
3.9. Coleta de dados	42
3.10. Processamento e análise de dados.....	43
3.11. Aspectos Éticos	43
4. Resultados	44
4.1. Características da mulher vítima de violência sexual	44
4.2. Características do agressor	46
4.3. Característica da agressão	47
4.4. Características do atendimento de urgência.....	51
4.5. Conseqüências da agressão sexual	55
5. Discussão.....	60
6. Conclusões	81
7. Referências Bibliográficas.....	82
8. Bibliografia de Normatizações	90
9. Anexos	91
9.1. Anexo 1- Ficha de Atendimento Especial – CAISM- Urgência	91
9.2. Anexo 2 – Ficha do Ambulatório de Atendimento Especial à Mulher Hospital das Clínicas-Unicamp	94
9.3. Anexo 3 – Banco de Dados: Violência Sexual – Unicamp, 2003	96

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

%	Porcentagem
ACOG	<i>American College of Gynecology & Obstetrics</i>
AE	Anticoncepcional de emergência
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ARV	Anti-retrovirais
AVP	Atentado Violento ao Pudor
BO	Boletim de Ocorrência
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CDC	<i>Center for Diseases Control and Preventions</i>
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
h	Hora(s)

IML	Instituto Médico Legal
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
n	Número(s)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
STPT	Síndrome de Transtorno Pós-Traumático
SUS	Sistema Único de Saúde
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

A violência sexual é um crime clandestino e subnotificado, praticado contra a liberdade sexual da mulher. Provoca traumas físicos e psíquicos, além de expor a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Existem poucos serviços no Brasil que oferecem um atendimento especializado para diagnosticar e tratar as mulheres vítimas de violência sexual. A finalidade deste trabalho foi avaliar, através de um estudo descritivo e retrospectivo, 166 mulheres que compareceram na urgência do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher e que retornaram ao Ambulatório de Atendimento Especial à Mulher do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, onde foram avaliadas pelo próprio pesquisador. As variáveis estudadas foram: as características da mulher agredida; do agressor; da agressão sofrida; os achados de exame físico na urgência; as incidências de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada. A maioria das mulheres atendidas era jovem, branca, solteira, estudante cursando o nível primário ou o ensino médio e não utilizava nenhum método contraceptivo eficaz. O estupro por desconhecidos foi a agressão mais cometida. Metade das mulheres sofreu violência no período

noturno e foi abordada com armas de fogo na rua; comparecendo em média após 24 horas da agressão e 87,3% das mulheres realizaram o boletim de ocorrência. A anticoncepção de emergência foi instituída em 76,5% das mulheres e a profilaxia anti DST para quase todas. A lesão genital mais encontrada foi a fissura himenal. Trinta por cento das mulheres completaram o seguimento proposto de seis meses. Foram observados três casos de gravidez, três casos de doença inflamatória pélvica, dois de hepatite B e 29 casos de leucorréia incluindo tricomoníase, candidíase e vaginose bacteriana.

Summary

The sexual violence is a clandestine and under notified, practiced against women sexual freedom. It provokes physical and psychological traumas, besides exposing women to sexual transmitted disease and unwanted pregnancy. There are few hospital or clinics in Brazil that offer an specialized service to diagnose and to treat women victim of sexual violence. The objective of this study was to evaluate, through a retrospective and descriptive study, 166 women who were consulted at the emergency unit of Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) and returned later to appointment at the outpatient department Atendimento Especial à Mulher do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), where they were evaluated by the researcher. The variables studied were: characteristics of the victim and of the aggressor, kind of aggression, physical examination incidence of sexual transmitted disease and unwanted pregnancies. Most of women were young, white, single, mostly high school students and were not using any effective contraceptive method. Rape by an unknown person was the most common aggression. Half of them were victimized at night were approached with guns at the streets,

sought for help about 24 hour after the incident e 87% of them reported it to the police department. Emergency contraceptives were prescribed to 76.5% of them and prophylaxes for STD were prescribed for all them. The most common genital lesion was hymeneal fissure. 30% of women completed the six-month follow up. We detected 3 pregnancies, 3 cases of pelvic inflammatory disease, two hepatitis B e 29 cases of vaginal discharge, including trichomonas infection, candidiasis and bacterial vaginosis.

1. Introdução

A violência sexual contra as mulheres é considerada atualmente uma das principais causas de morbidade no Brasil, atingindo principalmente as mulheres jovens em idade reprodutiva (BRASIL, 1999; DIEGOLI e DIEGOLI, 1999). É considerado atualmente um problema de saúde pública devido ao aumento do número de atendimentos em serviços de saúde (CDC, 1997; D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 1999). A violência contra a mulher foi reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1993, na Conferência sobre os Direitos Humanos, como um obstáculo ao desenvolvimento, à paz e aos ideais de igualdade entre os seres humanos (FAÚNDES, 1999b). É considerada uma violência de gênero, baseada no desequilíbrio de poder entre o gênero masculino, dominante, e um gênero feminino, dominado, como resultado da cultura que atribuem diferentes direitos e obrigações a indivíduos segundo o sexo. Este conceito de gênero deve ser distinguido do conceito de “sexo”, porque se refere a funções determinadas por fatores culturais e não derivadas biologicamente (FAÚNDES, 1996; GROSSI, 1996; D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 1999, POPULATION REPORTS, 1999).

Existem várias terminologias genéricas para caracterizar os crimes sexuais. Entre as mais utilizadas estão a violência sexual, agressão sexual e abuso sexual. O termo mais aceitável é violência sexual por ter uma conotação mais ampla, enquanto o abuso sexual restringe-se aos casos em que não ocorreram as penetrações vaginais ou quando as vítimas são crianças (DREZETT, 2000).

Das modalidades de violência sexual o estupro, segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 1998) e o Código Penal Brasileiro de 1940, é definido como qualquer ato sexual não consentido onde ocorra penetração vaginal, também chamado juridicamente de “conjunção carnal” (ACOG, 1998; PINTO et al., 2001). Segundo a legislação brasileira qualquer ato sexual diverso do estupro, como por exemplo, sexo anal e oral, é considerado atentado violento ao pudor, porém todos são tratados e acompanhados de forma semelhante (TORRES, 1999; DREZETT; 2000; PINTO, et al., 2001).

É difícil estabelecer conclusivamente a prevalência da violência sexual, pois muitas mulheres relutam em denunciar o agressor, sendo que menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento das autoridades (ACOG, 1997; GROSSI, 1996).

Muitas causas contribuem para o baixo índice de denúncias, entre as quais se destaca que a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por pessoas conhecidas. A coexistência de um vínculo sentimental ou hierárquica entre os perpetradores da agressão e as vítimas, entre as quais relações entre marido e esposa, tio e sobrinha, padrasto e enteada,

patrão e empregada e outras formas de convívio social são fatores que sabidamente dificultam as denúncias (BRASIL, 1999). Contribuem também o medo de vingança, a sensação de culpa, o desconhecimento dos direitos legais e o descrédito na Justiça (ACOG, 1998; BRASIL, 1999;).

A violência sexual é um crime que atinge indistintamente as mulheres em todas as idades e raças, com predomínio das jovens em idade reprodutiva, entre 15 e 25 anos (RAMIN et al., 1992; PEIPERT e DOMAGALSKI, 1999). Segundo HOLMES et al. (1998) 50% a 60% das vítimas são adolescentes com menos de 18 anos, sendo estas as principais responsáveis pela denúncia, de acordo com o Departamento de Justiça dos Estados Unidos. Nesse mesmo estudo a idade das mulheres avaliadas variou entre 12 a 88 anos, com média de 24,3 anos, sendo composta por 55% de mulheres brancas e 43% de negras. Mesmo pertencendo ao grupo de denunciantes, muitas adolescentes também relutam em apresentar queixas à Justiça porque em 75% das vezes o seu agressor é conhecido e exerce algum tipo de domínio hierárquico, como por exemplo, os padrastos (PEIPERT e DOMAGALSKI, 1999). Estes autores verificaram também que as solteiras eram o grupo mais atingido pela violência sexual em 75% das vezes, seguido pelas divorciadas, 9%, - e casadas, 8%.

O álcool, a maconha, os benzodiazepínicos e a cocaína são freqüentemente utilizados por pessoas conhecidas das vítimas para intoxicá-las e facilitar o estupro (MONCRIEFF et al., 1996; ACOG, 1998). Nos crimes sexuais domésticos 50% das vítimas sofrem mais de uma agressão na vida e muitas mulheres relatam embriaguez por parte do agressor, o que provocou lesões traumáticas

significativamente mais graves do que as observadas em casos de violência praticada por estranhos (MONCRIEFF et al., 1996; GROSS et al., 2001)

Avaliando as mulheres de classe média americana vítimas de violência sexual, SMIKLE et al. (1995), descrevem as seguintes características da agressão: 10% das mulheres haviam consumido álcool, 30% dos agressores estavam alcoolizados e/ou drogados e 10% das vítimas foram obrigadas a manter relação sexual mediante algum tipo de arma.

Em um estudo comparativo entre as adolescentes menores de 20 anos e as adultas, PEIPERT e DOMAGALSKI (1994), descrevem as seguintes características: cerca de 60% de ambos os grupos sofreram violência na sua própria residência e cerca de 21% dentro do carro; a força física foi a principal forma de abordagem nas mulheres adultas: 52% contra 48% nas adolescentes; a grave ameaça foi a principal forma de abordagem nas adolescentes, 41% contra 35% nas adultas. Dados semelhantes foram encontrados por HOLMES et al., (1996).

A proporção de gestantes agredidas sexualmente atinge cifras de 0,2% a 2% do total de mulheres vítimas de violência sexual, e acredita-se que esta violação, neste grupo seletivo de pacientes, seja praticada por agressores com distúrbios da afetividade, havendo ciúmes da interação mãe-feto (SANTIN et al., 1991). Nas gestantes acometidas, a idade gestacional média era de 20 semanas ou menos em 63% das vezes, o que acarretou aumento do número de internações, do número de abortos, de trabalho de parto prematuro em 15% e de recém-nascidos de baixo peso em 24% (SANTIN et al., 1992). Em um

estudo comparativo entre mulheres adultas em idade fértil e menopausadas maiores de 50 anos observou-se que 2,2% das menopausadas sofreram algum tipo de violência sexual, enquanto que nas outras mulheres esta taxa foi de 6,9% (RAMIN et al., 1992).

Com a implantação da Delegacia da Mulher e o maior conhecimento sobre a problemática da violência sexual por parte da sociedade e da Justiça, houve um aumento de 20,9% do número de denúncias (DREZETT et al., 1999). Estas delegacias constituem a principal política pública de combate e prevenção à violência contra a mulher e a primeira do gênero, inédita no País e no mundo, surgiu em 1985 na cidade de São Paulo; fruto do contexto político de redemocratização e de movimentos de mulheres contra o descaso do Poder Judiciário e dos distritos policiais (SANTOS, 2001). Atualmente existem 124 delegacias da mulher no Estado de São Paulo e 307 e no País, o que significa que menos de 10% dos municípios brasileiros possuem uma delegacia especializada no atendimento à mulher (SANTOS, 2001).

No Brasil os serviços médicos não estão equipados para diagnosticar e tratar as mulheres vítimas de violência sexual, devido à falta de médicos treinados e de uma área física hospitalar adequada. Deve-se oferecer à paciente um local calmo e privativo desde a chegada da mesma ao pronto-socorro, por ocasião da primeira consulta, até a alta ambulatorial (BRASIL, 1999).

O atendimento médico deve preocupar-se com vários aspectos na tentativa de se manter o bem-estar físico e mental da mulher. Cabe à equipe médica

o cuidado relativo ao trauma físico e a avaliação sobre a possibilidade de contaminação de doenças e gravidez; o atendimento deve ser o mais precoce possível, de preferência nas primeiras 72 horas após a violência (RAMBOW et al., 1992; ACOG, 1998). Tratamentos medicamentosos devem ser instituídos nesse período para a profilaxia de DST, da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), da hepatite B e da contracepção de emergência (BRASIL, 1999; CDC, 2002).

A equipe multidisciplinar deve ser composta por médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais, porém a falta de um desses profissionais na equipe não inviabiliza o atendimento, onde todos deverão se sensibilizar com a angústia da paciente, garantindo-lhe apoio no atendimento médico e psicológico. A interação entre a equipe multidisciplinar é o principal aliado da mulher, pois nem sempre o médico tem a capacidade técnica e tempo para absorver as necessidades das pacientes (FAÚNDES et al., 1997; BRASIL, 1999)

Os cuidados devem começar desde o primeiro contato com o serviço de referência que se inicia na recepção, onde devem ser tratadas respeitosamente, não sendo taxadas de forma leviana como “mais uma estuprada” (BRASIL, 1999). Seguindo-se o fluxograma de atendimento, passa-se pela avaliação da equipe de enfermagem, cabendo-lhe a abertura de um prontuário para levantamento de dados e anamnese. A enfermagem deve ser o elo de ligação entre a paciente e o médico, a assistente social e a psicóloga. Cada serviço deverá possuir uma equipe treinada e apta a dar suporte a este tipo de paciente e, se possível, dotar-se de um protocolo próprio (FAÚNDES et al., 1997).

Cabe à assistente social o atendimento mediante entrevista esclarecer as dúvidas pertinentes aos seus direitos legais, direitos trabalhistas, previdenciários e direito ao aborto nos casos de gravidez decorrente de estupro. A atuação do serviço social visa conhecer a paciente e seus familiares, detectando suas necessidades imediatas e futuras. Cabe também ao serviço social orientar e encaminhar a paciente a órgãos como Conselho Tutelar e Delegacia da Mulher, para realização de boletim de ocorrência (BRASIL, 1999; FAÚNDES, 1999a; MAIA et al., 2000). O atendimento psicológico visa restabelecer da forma mais breve possível a perda da auto-estima; diminuir a ansiedade provocada pelo problema e as conseqüências dela decorrentes, devendo se instituir o apoio já no primeiro atendimento (MAIA et al., 2000).

Os traumas físicos decorrentes da violência sexual assumem um caráter multivariado de localizações, sendo classificados, por muitos autores, em lesões não genitais e lesões genitais (HAMPTON, 1995).

As lesões não genitais acontecem em 20% a 50% dos casos de violência sexual e 80% destas são consideradas lesões leves, do tipo escoriação ou contusão, e as consideradas graves, em 50% das vezes atingem a cabeça, a face e o pescoço (CARTWRIGHT, 1997; SLAUGHTER et al., 1997; ACOG, 1998). Cinco por cento das lesões não genitais graves necessitam de internação e intervenção médica, devido à perda de consciência, alteração de dados vitais, lacerações, sangramentos profusos, trauma abdominal e fraturas (HAMPTON, 1995).

As lesões genitais foram notadas em 5% a 68% das mulheres sexualmente vitimadas (CARTWRIGHT 1997; SLAUGHTER e BROWN, 1992). A localização mais comum das lesões foram: fúrcula vaginal 70%, pequenos lábios 53%, hímen 29% e fossa navicular 25%. Mulheres que sofreram intercurso anal tiveram lesões em 56% das vezes (SLAUGHTER et al., 1997). A maioria das lesões genitais, mais de 90%, foi leve, do tipo escoriação ou fissura; cerca de 1% dos traumas foram graves, do tipo lacerações com sangramento profuso, requerendo internação e reparos cirúrgicos (HAMPTON, 1995). Cerca de 0,1% dos traumas genitais e não genitais decorrentes da violência sexual foram fatais (ACOG, 1998).

RAMIN et al. (1992) estudando mulheres menopausadas, com mais de 50 anos, e não menopausadas, observaram que o trauma não genital era maior nas mulheres mais jovens: 66% contra 41%, porém as lesões genitais foram significativamente mais freqüentes nas menopausadas do que nas mulheres mais jovens: 43% contra 18%, respectivamente.

Em um estudo comparativo entre gestantes e não gestantes SANTIN et al. (1991) observaram que os traumas genitais e não genitais foram mais freqüentes nas mulheres não grávidas: 21% contra 5% nos traumas genitais e 54% contra 39% nos traumas não genitais.

O medo, a ansiedade e a raiva são as primeiras manifestações decorrentes da violência sexual que podem durar alguns dias ou perdurar por anos, causando a chamada Síndrome do Transtorno Pós-Traumático (STPT), cuja prevalência atinge 48% das pacientes violentadas (ACIERNO et al., 1999; FOA e STREET,

2001). A STPT é dividida em duas fases: a aguda e a fase de reorganização. A fase aguda corresponde ao período de desorganização psíquica acompanhada de sintomas como medo, ansiedade, culpa, vergonha, humilhação, depressão e insônia, durando alguns dias. A fase de reorganização psíquica é uma fase longa, onde se impõe a psicoterapia de apoio, podendo a paciente apresentar os seguintes sintomas: transtornos da sexualidade, vaginismo, dispareunia, bulimia e anorexia. Estes sintomas podem durar de meses a anos (ACIERNO et al., 1999).

Trabalhos recentes de FAÚNDES et al. (2000) e SADLER et al. (2000), mostram que 60% das vítimas de violência sexual sofrem de algum tipo de desordem ginecológica, como: irregularidade menstrual, dor pélvica crônica, cefaléia, fibromialgia, dismenorréia, diminuição da libido e anorgasmia. Outras alterações como alcoolismo crônico, uso de drogas ilícitas, prostituição e suicídio são descritos como conseqüências da violência sexual (MONCRIEFF et al., 1996; BRASIL, 1999).

O risco de gravidez decorrente do estupro, em que a vítima não utilizava nenhum método contraceptivo, é de 2% a 4% (SANTIN et al., 1991; HAMPTON, 1995; ACOG, 1997). Segundo HOLMES et al., (1996), estima-se que 32.101 vítimas engravidem por ano nos Estados Unidos.

A anticoncepção de emergência (AE) é um método profilático utilizado por mulheres para evitar uma gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida ou quando algum tipo de contracepção tenha falhado. Para este tipo de contracepção são utilizadas pílulas contendo levonorgestrel ou pílulas

combinadas de levonorgestrel e estradiol. Estes hormônios são utilizados normalmente em anticoncepcionais orais, com a diferença de que devem ser prescritos em altas doses nas primeiras 72 horas após uma relação sexual de risco para gravidez (ACOG, 1997; 1999; TRUSSEL e RAYMOND, 1999; CROXATTO, 2001). O mecanismo de ação da AE tem sido motivo de muitas especulações e poucas pesquisas, apesar dos quase 30 anos que se passaram desde a sua primeira descrição por Yuzpe e colaboradores. Hoje se entende que o principal mecanismo de ação dos AE é o de inibir a ovulação ou postergar a ovulação através de alterações no pico do hormônio luteinizante que se forma em quantidades muito inferiores ao normal. A crença, sustentada por declarações de alguns autores de grande prestígio, de que o principal mecanismo de ação seria através da alteração bioquímica do endométrio, provocando um ambiente hostil à nidação, não tem sustentação em evidências, além de ser pouco provável que um progestogênio, chamado assim pela sua capacidade de sustentar a gravidez em ausência de progesterona natural no animal de experimentação, tenha um efeito oposto no humano (GUILLEBAUD, 1998; TRUSSEL e RAYMOND, 1999; CROXATTO, 2001).

O método de contracepção de emergência mais utilizado em muitos locais ainda é o regime de Yuzpe, que consiste na utilização de pílula combinada de levonorgestrel e estradiol, cuja eficácia varia de 55,6% a 88,7% se empregada nas primeiras 72 horas (CONSÓRCIO..., 1998; TRUSSEL e RAYMOND, 1999). O mais recente método de contracepção de emergência lançado no mercado nacional é o de levonorgestrel em doses de 0,75mg cada

comprimido, que possui maior eficácia em relação ao método de Yuzpe, 58% contra 99,5%, e menor efeito colateral: 5% de vômitos contra 20% pelo método de Yuzpe (CONSÓRCIO..., 1998; WHO, 1998). Dados de um estudo duplo-ego randomizado realizado pela OMS em 1998 indicam que o risco de gravidez com a utilização do regime de Yuzpe foi de 3,2% e de 1,1% com o uso do levonorgestrel, quando esses métodos foram empregados também nas primeiras 72 horas após uma relação vaginal desprotegida (WHO, 1998).

Outra forma possível de AE é a introdução do dispositivo Intra-uterino (DIU) em até cinco dias. Este tipo, entretanto, não é recomendado após estupro pelo Ministério da Saúde do Brasil por facilitar a ascensão de microorganismos para a cavidade pélvica (BRASIL, 1999).

Em termos médicos, aborto é a expulsão ou a extração do feto ou embrião com menos de 500g ou com idade gestacional de até 22 semanas (SALOMÃO, 1995).

Segundo o Código Penal Brasileiro de 1940, artigo 128, o aborto não é punido quando decorrente de estupro ou quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, devendo ser realizado apenas por médicos (TORRES, 1999; PINTO et al., 2001).

A primeira providência a ser realizada, caso haja interesse da gestante em interromper a gravidez, é providenciar uma documentação por escrito na qual a gestante ou seu representante legal demonstre a opção pela interrupção da gestação (FAÚNDES et al., 1997; FAÚNDES 1999a,). A autorização judicial

e o boletim de ocorrência policial não são documentos obrigatórios para se realizar um aborto legal, porém é aconselhável tê-los para melhor documentar e evitar problemas futuros, sendo que toda esta documentação deve ficar anexa ao prontuário (FAÚNDES et al., 1997; FAÚNDES 1999a; TORRES, 1999).

O aborto deve ser praticado em serviços referendados, onde haja um protocolo específico para este fim (ANDALRAFT NETO, 2000). Recomenda-se interromper a gestação até no máximo 20 semanas, utilizando-se o Misoprostol via vaginal, curetagem uterina ou aspiração (BRASIL, 1999; FAÚNDES, 1999b). Após 20 semanas, devido aos riscos de sangramento, infecções e ruptura uterina, deve-se oferecer acompanhamento pré-natal, psicológico e alternativas, como adoção (BRASIL, 1999).

No Brasil pouco se sabe sobre o número de abortos legais praticados. No Hospital Municipal Dr. Arthur R. Saboya, em São Paulo, mais conhecido como Jabaquara, foram realizados 400 abortos em dez anos, sendo este o primeiro serviço nacional a oferecer oficialmente esse tipo de atendimento (ANDALRAFT NETO, 1999). Em um trabalho de ROSSI et al. (1994), avaliando 11 adolescentes com gestações decorrentes de estupro, 36% submeteram-se à interrupção da gravidez. Nos achados de HOLMES et al., (1996) acompanhando 34 gestações provenientes de estupro, 50% optaram por realizar o aborto, 32,2% aceitaram continuar a gestação, 5,9% doaram os recém-nascidos e 11,8% tiveram aborto espontâneo.

O risco exato de se contrair uma DST não é ainda totalmente conhecido, por isso os profissionais de saúde envolvidos no atendimento devem priorizar o aconselhamento e profilaxia das DST e da AIDS (BRASIL, 1999). A contaminação após uma relação sexual violenta depende de fatores como tipo de relação sexual, se houve ou não exposição a sangue e secreções do agressor, susceptibilidade da vítima, infectabilidade dos microorganismos e condições sorológicas do agressor (CDC, 1999; DREZZET, 2000).

Não existe um consenso sobre a prevalência da DST após o estupro. Segundo o ACOG (1998), a contaminação depende tanto da distribuição geográfica das populações estudadas, bem como da história sexual da vítima antes do estupro. Segundo dados de HOLMES et al. (1998), o risco estimado em uma adulta vítima de estupro de adquirir gonorréia varia de 6% a 12%, para clamídia de 4% a 17%, sífilis de 0,5% a 3% e AIDS menos de 1%.

Nos estudos de HAMPTON (1995), a tricomoníase, a vaginose bacteriana e a clamídia foram as DST mais encontradas em cultura de secreção vaginal. Resultados semelhantes foram apresentados por pesquisadores do *American College of Gynecology & Obstetrics* (ACOG, 1998; 1999). GLASER et al. (1991) avaliando prospectivamente 76 mulheres em acompanhamento após a violência sexual notaram a prevalência de doença inflamatória pélvica (DIP) em 11%, vaginose bacteriana em 50%, tricomoníase em 22% e candidíase em 42%. Em um estudo de revisão de literatura REYNOLDS et al. (2000) estimaram a prevalência de DST nas seguintes proporções: gonorréia 0,0 % a

26,3%; clamídia 3,9% a 17%; sífilis 0,0% a 5,6%; tricomoníase 0,0% a 19% e condiloma de 0,6% a 2,3%.

A hepatite B é 20 vezes mais infectante que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante as relações sexuais, por isso ela deve ser considerada uma DST. Medidas profiláticas como a imunoprofilaxia ativa e passiva devem ser instituídas em todas as pacientes assim que possível ou em até no máximo 14 dias após a exposição (ACOG, 1998; CDC, 2002). A profilaxia anti DST pode ser realizada utilizando-se a mono ou a poliquimioprofilaxia, dependendo do protocolo da cada serviço e dos antecedentes sexuais da vítima (GLASER, 1991; CDC, 1998; BRASIL, 1999).

O uso de drogas anti-retrovirais (ARV) para a quimioprofilaxia da AIDS após a exposição sexual não está ainda bem definida, mas evidências baseadas em resultados obtidos com a profilaxia em acidentes perfurocortantes (riscos ocupacionais), sugerem a eficácia da prevenção (BALL, 2001). A decisão de administrar as drogas anti-retrovirais deve ser baseada no risco da exposição e na condição sorológica do agressor, e uma vez definida a indicação, deve-se realizar nas primeiras 72 horas após o contato (BAMBERG et al., 1999; BRASIL, 1999; CDC, 2002).

Em geral o tempo de seguimento médico e psicológico varia de acordo com as necessidades da paciente. Este tempo deve incluir o período necessário para se avaliar uma possível soroconversão ao vírus HIV e o restabelecimento psicológico; porém cada caso deve ser avaliado individualmente, de acordo

com as características da mulher (BAMBERG et al., 2000). Na avaliação subsequente ao primeiro atendimento deve-se analisar o aparecimento de doenças; a adesão ao tratamento anti-retroviral, quando previamente indicado; a condição sorológica e psicológica da mulher (DREZETT et al., 1999). A última coleta de sorologias para AIDS, sífilis e hepatites B e C é realizada no sexto mês (BRASIL, 1999).

A adesão aos tratamentos oferecidos nos serviços médicos parece ser muita baixa e muitos fatores contribuem para estes índices, como por exemplo, o desinteresse por parte da mulher, a não compreensão da importância do seguimento e o baixo nível socioeconômico (HOLMES et al., 1998). Nesse mesmo estudo foi verificado que 38% das mulheres vitimadas sexualmente retornam para seguimento médico após 25 dias.

Em relação à adesão à quimioprofilaxia anti-retroviral para AIDS, encontraram-se taxas de descontinuidade em 24,2% e uso inadequado das medicações em 10,6% das mulheres. Das mulheres que interromperam a medicação, 80% o fizeram em decorrência de intolerância gástrica (DREZETT et al., 1999).

Existe uma grande lacuna no conhecimento dos mecanismos que envolvem a violência sexual. A magnitude deste problema tem chamado a atenção da comunidade em geral, tornando-se motivo de vários estudos recentes. O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) tem sido pioneiro no atendimento destas mulheres, e seus

profissionais têm participado da divulgação do problema, criação de normas de atendimento e no treinamento de outros profissionais do País. O atendimento imediato à mulher agredida sexualmente está bem definido, mas não há consenso sobre o seguimento posterior e não se sabe muito bem como melhorar a continuidade deste seguimento. Surgiu, pois, a necessidade de se avaliar o atendimento proposto neste serviço para obter dados principalmente a respeito da conduta utilizada para a profilaxia das DST e da gestação indesejada.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Descrever as características das mulheres vítimas de violência sexual, da agressão sofrida e do atendimento recebido no serviço de referência do CAISM e do Hospital das Clínicas da Unicamp por um período de seis meses. Este tempo é o mínimo para se avaliar uma soroconversão para o vírus HIV.

2.2. Objetivos específicos

1. Descrever as características da mulher agredida, do agressor e da agressão sexual.
2. Descrever os achados de exame físico por ocasião do primeiro atendimento.
3. Avaliar a incidência de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis durante o acompanhamento ambulatorial.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo.

3.2. Tamanho amostral

Foram avaliadas 166 mulheres atendidas no CAISM e no Ambulatório de Atendimento Especial do Hospital das Clínicas (HC) da Unicamp.

3.3. Seleção de sujeitos

Foram incluídas mulheres vítimas de violência sexual atendidas de urgência no CAISM e no Ambulatório de Atendimento Especial do HC da Unicamp, durante o período de outubro 1999 a fevereiro de 2002.

3.3.1. Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as mulheres que sofreram estupro, atentado violento ao pudor (AVP) ou ambos os crimes que cumpriram as seguintes condições:

- Foram atendidas de urgência no CAISM e retornaram para consultas de seguimento no Ambulatório de Atendimento Especial do Hospital das Clínicas da Unicamp.
- o limite de idade para a inclusão de crianças foi a menarca.

3.4. Variáveis estudadas

3.4.1. Características da mulher vítima de violência sexual:

- Idade: número de anos completos desde o nascimento até a data da violência. Categorizada em: idade inferior a 19 anos, entre 20 e 29 anos, entre 30 e 39 anos e acima de 40 anos.
- Raça: cor da pele segundo autoclassificação, dividida em: branca e não branca.
- Escolaridade: tempo de estudo declarado até a data da consulta, categorizada em: sem instrução, primeiro grau completo ou incompleto, segundo grau completo ou incompleto e superior.
- Situação marital: corresponde a situação da mulher em conviver regularmente com um companheiro fixo ou não, segundo autoclassificação: solteira, casada/amasiada e divorciada/separada/viúva.
- Embriaguez: estado clínico autodefinido de diminuição da consciência, alteração do humor e do comportamento secundário ao autoconsumo ou ao consumo induzido, oferecendo pouca resistência física ao agressor, categorizada em: alcoolizada ou não.

- Uso de drogas ilícitas pela mulher: estado clínico autodefinido de diminuição da consciência e da função psicomotora oferecendo pouca resistência física ao agressor, após autoconsumo ou consumo induzido, de substâncias ilícitas pela mulher. Categorizado em: drogada ou não.
- Relação sexual prévia: início de atividade sexual previamente à violência sexual, categorizada em sim ou não.
- Contracepção: método utilizado para evitar-se uma gravidez, categorizada em: nenhum, método eficaz (anticoncepcional oral ou injetável, DIU e laqueadura) ou método não eficaz (preservativo e método comportamental).
- Gestação: condição clínica na qual a mulher encontra-se grávida no momento da violência sexual. Categorizada em: sim ou não.
- Antecedente de DST: antecedente mórbido de ter tido uma DST, categorizada em HPV, herpes, sífilis e outras.

3.4.2. Características do agressor

- Perpetrador do crime sexual declarado pela mulher, tipificado em: familiar, conhecido ou desconhecido.
- Embriaguez: estado clínico percebido pela mulher através do odor de álcool, alteração do humor e do comportamento, secundário ao consumo abusivo de álcool. Categorizada em: alcoolizado ou não.
- Drogas ilícitas utilizadas pelo agressor: estado clínico percebido pela mulher devido à alteração do comportamento, da função psicomotora após o consumo de substâncias ilícitas. Categorizadas em: drogado ou não.

3.4.3. Características da agressão

- Horário da agressão: hora em que a violência sexual foi praticada. Categorizada em: das 6h às 12h, das 12h às 18h, das 18h às 24h, das 24h às 6h.
- Tempo entre a violência sexual e o atendimento de urgência: período decorrido entre a violência sexual e o primeiro atendimento hospitalar. Categorizado em: até 24 horas, até 48 horas, até 72 horas, mais de 72 horas.
- Encaminhamento ao CAISM: órgão responsável pelo encaminhamento das mulheres ao hospital, categorizado em: conta própria, policial, serviço de saúde, conselho tutelar e outros.
- Tempo entre o primeiro atendimento e o retorno ambulatorial: tempo em dias desde o atendimento de urgência e o retorno ambulatorial, categorizado em: 1 a 7 dias, 8 a 14 dias, 15 a 21 dias, 22 a 28 dias e após 29 dias.
- Local da abordagem ou da agressão: ambiente em que ocorreu a abordagem ou a violência sexual, caracterizada em: residência da vítima, na rua, na escola ou no trabalho.
- Forma de intimidação: modo de coação utilizado para intimidar a vítima e praticar o crime sexual, de acordo com as categorias: força física, arma branca, arma de fogo e ameaça.
- Realização do boletim de ocorrência policial e avaliação do Instituto Médico Legal: notificação do crime às autoridades competentes, categorizadas em: sim ou não.
- Tipo de violência sexual: tipo de relação sexual, não consentido, praticado pelo agressor, categorizado em: relação vaginal; anal; oral; vaginal e anal; vaginal e oral; anal e oral e vaginal, oral e anal; não sabe informar.

- Uso de preservativo: método de barreira utilizado durante a agressão sexual para se evitar uma DST, categorizado em: sim ou não.
- Ejaculação por parte do agressor: liberação de líquido seminal após o orgasmo, categorizada em: sim, não e não sabe.

3.4.4. Características do atendimento médico

- Procedimento clínico-cirúrgico: conduta médica adotada por ocasião do primeiro atendimento: nenhuma, sutura, internação, curativo, uso de medicação.
- Uso de anticoncepção de emergência: método utilizado para se evitar uma gravidez indesejada, após uma relação sexual desprotegida ou após violência sexual, categorizado em: sim (Levonorgestrel) ou não.
- Motivo de não ter utilizado a contracepção de emergência: categorizado em: tempo maior que 72 horas, contracepção adequada, atentado violento ao pudor (AVP), menopausada e outros.
- Profilaxia anti DST: uso de medicamentos para evitar-se uma doença sexualmente transmissível, categorizada em: sim ou não.
- Medicções anti DST, categorizadas em Azitromicina, imunoglobulina para hepatite B, Amoxicilina, Eritromicina e outras.
- Profilaxia ARV: uso de medicamentos anti-retrovirais, para evitar-se a AIDS, categorizada em: sim ou não.
- Motivo por não terem sido instituídas as drogas ARV: causa da não prescrição das drogas ARV, pelo médico assistente. Categorizada em: tempo maior que 72 horas, agressão de repetição.

- Drogas anti DST: medicação prescrita pelo médico assistente, categorizada em: Zidovudina (AZT) Lamivudina (3TC), Indinavir, Nelfinavir e outras.
- Uso correto das drogas ARV: utilização de medicamentos anti-retrovirais por um período de 28 dias, categorizada em: sim ou não.
- Razão do uso incompleto das drogas ARV: motivo que levou a mulher a abandonar o uso das medicações, categorizado em: sorologia do agressor conhecida (agressor preso), intolerância, ordem médica, abandono por conta própria e outras.
- Coleta de material para teste de DNA: coleta de secreção de fundo de saco vaginal e/ou pêlos durante o primeiro atendimento. Categorizadas em: sim ou não.
- Coleta de sangue para realização de sorologias para AIDS, sífilis e hepatites B e C: coleta de sangue periférico para avaliar as condições sorológicas da mulher durante o primeiro atendimento. Categorizada em: sim ou não.
- Coleta de secreção vaginal e endocervical: coleta de fluido vaginal e endocervical para realização de cultura específica para gonorréia, clamídia e bacterioscopia de secreção vaginal. Categorizada em: sim ou não.

3.4.5. Conseqüências da agressão

- Lesões genitais e extragenitais decorrentes da violência sexual: ferimentos observados na região genital ou em outros lugares do corpo durante a consulta de urgência, categorizados em:
 - a) Fissura: ulceração superficial e linear de pele ou mucosa.

- b) Hiperemia: congestão vascular observada em determinada parte do corpo.
 - c) Edema: inchaço devido à passagem de líquido, através da parede dos vasos sanguíneos ou linfáticos, para os tecidos.
 - d) Equimose: mancha resultante do extravasamento de sangue no tecido subcutâneo.
 - e) Hematoma: coleção sanguínea devido ao rompimento de vasos.
 - f) Escoriação: esfoliação ou destruição de pele ou mucosa, resultante de um trauma.
 - g) Laceração: dilaceração de tecidos.
 - h) Ferimento contuso e cortante (FCC): úlcera ou injúria tecidual.
 - i) Fratura: Quebra de osso.
 - j) Mordedura: hematoma ou hiperemia ou escoriação secundária a uma mordida.
- Local das lesões genitais e extragenitais: localização anatômica dos sinais observados na mulher após a violência sexual. Categorizada em: vulva, vagina, ânus, cabeça, pescoço, tórax, abdômen, membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII), face, dorso e outros locais.
 - Conteúdo vaginal: material biológico ou não, encontrado na vagina. Categorizado em: secreção fisiológica, menstruada, sem secreções, sêmen, secreções inespecíficas, corpo estranho, vaginose e candidíase.
 - Ocorrência de gravidez: gravidez resultante do estupro e falha da anticoncepção de emergência, diagnosticada através da dosagem da

fração beta da gonadotrofina coriônica ou através do exame de ultrasonografia. Categorizada em: sim ou não.

- Ocorrência de infecções por *C. trachomatis*, *N.gonorrhoeae* e *T. pallidum*: DST decorrente da violência sexual, diagnosticada através de cultura específica de secreção endocervical e sorologia para *T. pallidum*. Categorizada em: clamídia, gonorréia e sífilis.
- Ocorrência de infecções genitais: infecção genital decorrente da violência sexual e diagnosticada através de exame clínico e bacterioscopia de secreção vaginal. Categorizada em: candidíase, vaginose bacteriana, leucorréia inespecífica, doença inflamatória pélvica, tricomoníase e HPV.
- Ocorrência de HIV, hepatite B e hepatite C: infecção decorrente da exposição a sangue e secreções após a violência sexual. É diagnosticada através de sorologias específicas. Categorizada em: sim ou não.

3.5. Protocolo de atendimento médico de urgência no CAISM

As mulheres que chegam ao CAISM vítimas de violência sexual são encaminhadas pela enfermagem a uma sala especial, na Enfermaria de Ginecologia, para atendimento médico. Segue-se o seguinte protocolo:

Estupro até 72 horas:

- a) Comunicar a assistente social e a psicóloga.
- b) Abrir prontuário, realizar o exame clínico e ginecológico anotando todos os achados minuciosamente. No exame especular colher material do fundo de saco vaginal com *swab* estéril, fixá-la em papel-filtro (Mellita ®) e após a secagem, guardar em local seguro. Outros materiais biológicos

encontrados em qualquer parte do corpo, que facilitem na identificação do agressor, devem ser identificados e acondicionados em sacos plásticos; os materiais biológicos servem para realizar o exame de DNA.

c) Administrar a anticoncepção de emergência:

- Levonorgestrel 0,75 mg: Um comprimido via oral de 12 em 12 horas por 1 dia.
- Método de Yuzpe: Dois comprimidos via oral de Evonor ou Neovlar de 12 em 12 horas por um dia.

Se ocorrerem vômitos precoces, repetir a posologia juntamente com antieméticos.

Observação: Não será necessária a anticoncepção de emergência se a mulher estiver usando um método anticoncepcional de alta eficácia como laqueadura, anticoncepcional oral, injetável mensal ou trimestral e DIU.

d) Comunicar a infectologia para colheitas de sorologias*, terapia anti-retroviral;** imunoglobulina e vacinação para hepatite B.

Nota: { * Sorologias: sífilis, hepatites B e C e AIDS
** Anti-retrovirais: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) → para relações vaginais e/ou orais sem traumas ou sangramentos (inclui menstruação).
Zidovudina + Lamivudina + Indinavir ou Nelfinavir → para relações traumáticas, relação anal e sangramentos (inclui menstruação).

e) Profilaxia para DST:

- Não gestantes: Azitromicina 1,0 g via oral dose única.
- Gestantes: Amoxicilina 500mg via oral de 8 em 8 horas por sete dias ou Estearato de Eritromicina 500mg via oral de 6 em 6 horas por sete dias.

- f) Orientar a realização do boletim de ocorrência policial e do exame de corpo de delito.
- g) Orientar o uso de preservativos nas relações sexuais enquanto estiver em seguimento médico.
- h) Encaminhar para o Ambulatório de Atendimento Especial em sete dias.

Mulheres que compareceram após 72 horas:

Faz-se a mesma rotina, exceto a contracepção de emergência e o emprego de anti-retrovirais.

3.6. Protocolo do atendimento médico ambulatorial

O atendimento ambulatorial visa dar continuidade e apoio à mulher vítima de violência sexual e deverá ocorrer no mínimo em sete dias após a violência sexual. Se a paciente apresentar algum impedimento clínico ou psicológico, como menstruações, dores, abalos emocionais, etc., reagendar um retorno assim que a mulher sentir-se preparada para a consulta.

- 1) Realizar a anamnese preenchendo a ficha ambulatorial.
- 2) Resgatar a ficha do atendimento de urgência realizado no CAISM para orientação e direcionamento de condutas e perguntas.
- 3) Realizar os exames físico geral e ginecológico se a paciente assim o permitir.
- 4) Verificar as lesões físicas encontradas na urgência e a sua evolução.

- 5) Verificar o aparecimento de doenças e tratá-las.
- 6) Colher o exame de Papanicolaou se a última colheita deu-se há mais de um ano.
- 7) Colher culturas endocervicais para gonorréia e clamídia.
- 8) Agendar retorno para o resultado de exames em 45 dias e nova colheita em 180 dias.
- 9) Verificar as necessidades de intervenção da psicologia e do serviço social.

3.7. Técnicas, testes e exames

- Coleta de material encontrado em regiões genitais ou em outros locais do corpo através de pinças, cotonetes ou luvas estéreis, tais como secreções e pêlos. Estes materiais foram fixados em papéis-filtro estéreis e acondicionados em envelopes, ficando à disposição da justiça para realização do exame de DNA.
- Coleta basal e seriada de 8ml de sangue periférico, com agulhas descartáveis e tubos secos com gel, a vácuo, do tipo Vacuette® para realização de sorologias para AIDS, hepatites B e C e sífilis. A primeira coleta faz-se na primeira consulta de urgência e as demais são colhidas em 45, 90 e 180 dias. Esta coleta é realizada pela equipe de enfermagem da infectologia.
- Coleta seriada de secreção vaginal e endocervical através de cotonetes ou *swabs* estéreis para avaliar a presença de leucorréias, infecção gonocócica, clamídia e outros patógenos. Estas coletas são realizadas no primeiro atendimento ambulatorial e após seis meses, pelo pesquisador.

3.8. Instrumento de coletas de dados

As informações sobre os dados de história clínica, exame físico e os resultados dos testes diagnósticos foram recuperados a partir dos prontuários das pacientes. Estes prontuários são de dois tipos: 1º Ficha de Atendimento Especial à Mulher Vítima de Violência Sexual. Esta ficha foi preenchida no atendimento de urgência do CAISM pelo médico plantonista; 2º Ficha do Ambulatório de Atendimento Especial às Mulheres. Esta ficha foi preenchida pelo pesquisador no primeiro retorno ambulatorial. Os instrumentos foram pré-testados nos prontuários das pacientes que foram atendidas no CAISM e no Ambulatório (Anexos I e II).

3.9. Coleta de dados

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador através dos prontuários das pacientes atendidas no CAISM e no ambulatório. Devido ao grande número de variáveis e para otimizar o manuseio dos dados contidos nas fichas dos Anexos I e II, utilizou-se uma ficha complementar que também foi pré-testada (Anexo III). Fizeram parte deste trabalho mulheres que satisfizeram os critérios de inclusão preestabelecidos no item 3.3.1. As coletas de sorologias foram realizadas pela enfermagem de plantão, no Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas, logo após o atendimento de urgência no CAISM. Coletas subsequentes foram feitas durante as consultas ambulatoriais em 45 dias, 90 e 180 dias após o primeiro atendimento. Os exames citológicos, bacteriológicos e de culturas vaginal

e endocervical foram colhidos pelo pesquisador na primeira consulta ambulatorial e 180 dias após a primeira colheita. A secreção vaginal e outros materiais vistos no atendimento de urgência foram colhidos pelo médico de plantão.

3.10. Processamento e análise de dados

Os dados deste estudo foram incluídos em um banco de dados que foi estruturado no programa Epi Info 6.04b (DEAN, et al., 1994), contendo todas as variáveis da ficha de atendimento (Anexo III). Foi feita digitação dupla para minimizar os erros na entrada dos dados e posteriormente realizou-se a consistência final do banco de dados. A análise final foi realizada através do programa SAS versão 8.2 (SAS INSTITUTE, 2001).

3.11. Aspectos Éticos

Este estudo avaliou os prontuários das pacientes, sendo que somente o pesquisador teve acesso às mesmas. As fichas para levantamento de dados foram identificadas por um número seqüencial, sem nenhuma identificação da paciente. Foram cumpridas integralmente os termos da Resolução nº 196 (10/10/96) do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CAISM e pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

4. Resultados

Os resultados a seguir, referem-se à análise de 166 casos avaliados no Ambulatório de Violência Sexual do Hospital das Clínicas da Unicamp.

4.1. Características da mulher vítima de violência sexual

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas da mulher, onde se observa que mais de 50% das vítimas eram crianças ou adolescentes, com menos de 19 anos e 33,7% eram mulheres jovens em idade reprodutiva. Houve predomínio da cor branca em quase 70% das vítimas e a maioria, entre todas as mulheres, possuía baixa escolaridade e quase 70% eram solteiras. O consumo de drogas ilícitas e de álcool perfizeram 2% e 5,4%, respectivamente.

TABELA 1**Algumas características das mulheres vítimas de violência sexual**

Variáveis	n (166)	%
Idade		
Até 19 anos	84	50,6
20 a 29 anos	56	33,7
30 a 39 anos	21	12,7
40 anos ou mais	5	3,0
Cor		
Branca	116	69,9
Não branca	50	30,1
Escolaridade		
Sem instrução	2	1,2
1º grau incompleto	58	34,9
1º grau completo	18	10,8
2º grau incompleto	44	26,5
2º grau completo	30	18,1
Superior	14	8,4
Estado civil		
Solteira	116	69,9
Casada/amasiada	35	21,1
Divorciada/separada/viúva	15	9,0
Consumo de drogas ilícitas		
Sim	3	1,8
não	163	98,2
Uso de álcool		
Sim	9	5,4
Não	157	94,6

A Tabela 2 mostra os antecedentes da mulher vítima de violência sexual, onde houve o predomínio de mulheres com atividade sexual prévia em quase 70%. Grande parte das mulheres não utilizava métodos contraceptivos, e apenas 22,3% utilizavam um método de contracepção eficaz. Das mulheres

atendidas, duas eram gestantes. Em relação às DST, sete mulheres relataram HPV no passado e o mesmo número referiu como DST algum tipo de leucorréia. Duas relataram sífilis e uma herpes.

TABELA 2
Alguns antecedentes pessoais das
mulheres das vítimas de violência sexual

Variáveis	n (166)	%
Atividade sexual prévia		
Sim	115	69,3
Não	51	30,7
Contracepção		
Nenhuma	118	71,1
Eficazes*	37	22,3
Não eficazes	11	6,6
Gestante		
Sim	2	1,2
Não	164	98,8
Antecedentes de DST		
Não	149	89,8
Sífilis	2	1,2
Herpes	1	0,6
HPV	7	4,2
Leucorréia**	7	4,2

Nota: * Referem-se a ACO e injetáveis, DIU e laqueadura.

** Referida pela paciente.

4.2. Características do agressor

Na Tabela 3 pode-se observar que na maior parte das vezes o agressor era desconhecido. A maioria das mulheres não soube referir se o agressor estava ou não drogado; 16,9% dos agressores provavelmente estavam drogados,

segundo a percepção das mulheres, e 19,3% tinham características de estarem embriagados.

TABELA 3
Algumas características do agressor

Variáveis	n (166)	%
Agressor		
Desconhecido	129	77,7
Conhecido	18	10,8
Familiar	19	11,4
Uso de drogas ilícitas		
Não	52	31,3
Drogado	28	16,9
Não sabe	86	51,8
Uso de álcool		
Sim	32	19,3
Não	77	46,4
Não sabe	57	34,3

4.3. Característica da agressão

Observou-se que mais da metade das mulheres sofreram violência sexual no período noturno, principalmente entre as 18 e 24 horas, e cerca de 30% após este horário. Quase 80% das mulheres que sofreram violência sexual foram atendidas nas primeiras 24 horas.

As mulheres encaminhadas ao CAISM eram, em 44% das vezes, procedentes de outros serviços médicos, como centro de saúde e outros hospitais. Aproximadamente 38% foram trazidas ou encaminhadas por autoridades policiais e somente 16,3% procuraram o serviço espontaneamente.

O comparecimento das pacientes entre primeiro atendimento de urgência no CAISM e o retorno ambulatorial aconteceu entre 8 e 14 dias, em quase metade dos casos (Tabela 4).

TABELA 4
Aspectos relacionados ao atendimento de urgência

Variáveis	n (166)	%
Horário da agressão		
6 às 12 horas	18	10,8
12 às 18 horas	16	9,6
18 às 24 horas	84	50,6
24 às 6 horas	48	28,9
Tempo entre a violência e o atendimento no CAISM		
Até 24 horas	133	80,1
Até 48 horas	14	8,4
Até 72 horas	7	4,2
Mais de 72 horas	12	7,2
Chegada ao CAISM		
Serviço de saúde	73	44,0
Policia	64	38,6
Conta própria	27	16,3
Outra	2	1,2
Tempo entre a 1º atendimento e o retorno ambulatorial		
1 a 7 dias	17	10,2
8 a 14 dias	79	47,6
15 a 21 dias	30	18,1
22 a 28 dias	11	6,6
29 dias ou +	29	17,5

Os locais mais freqüentes da abordagem e agressão aconteceram na rua em 73% dos casos, seguida pela agressão dentro da própria residência em 16%.

A arma de fogo foi o mecanismo de coação mais freqüente em 58% das vezes. A força física foi responsável por 20%, enquanto que a grave ameaça e as armas brancas tiveram taxas menores.

As notificações do crime às autoridades foram realizadas pela maioria das mulheres; 87,3% lavraram boletins de ocorrência e 66,9% realizaram o exame de corpo de delito (Tabela 5).

TABELA 5
Aspectos relacionados ao atendimento de urgência

Variáveis	n (166)	%
Local da abordagem ou agressão		
Rua	121	72,9
Residência	27	16,3
Trabalho	5	3,0
Escola	3	1,8
Outro	10	6,0
Forma de intimidação		
Arma de fogo	97	58,4
Força física	33	19,9
Grave ameaça	18	10,8
Arma branca	17	10,2
Outra	1	0,6
Não realizou BO		
Sim	145	87,3
Não	21	12,7
Passou pelo IML		
Sim	111	66,9
Não	55	33,1

A Tabela 6 mostra as características da agressão sexual propriamente dita. O estupro foi a agressão sexual mais praticada, seguido da relação oral. Na grande maioria das vezes ocorreu mais de uma forma de violência. Cerca de 1,8% das pacientes não souberam referir o tipo de violência sofrida, devido à perda de consciência.

O uso de preservativo pelos agressores durante a violência sexual foi de apenas 4,8% e 13,3% das mulheres não souberam referir o seu uso. A ejaculação foi percebida por 36,7% das mulheres, embora metade delas não soube referir se houve ejaculação.

TABELA 6
Aspectos relativos à agressão sexual sofrida pelas mulheres

Variáveis	n (166)	%
Tipo de relação		
Vaginal	71	42,8
Oral	2	1,2
Anal	2	1,2
Vaginal+oral	42	25,3
Vaginal+anal	7	4,2
Anal+oral	2	1,2
Vaginal+oral+anal	37	22,3
Não sabe	3	1,8
Preservativo		
Sim	8	4,8
Não	136	81,9
Não sabe	22	13,3
Ejaculação		
Sim	61	36,7
Não	21	12,7
Não sabe	84	50,6

4.4. Características do atendimento de urgência

Foram avaliadas as características do atendimento de urgência em relação às condutas médicas empregadas. Em 90% dos casos nenhum procedimento clínico-cirúrgico, exceto os de rotina, foram instituídos; porém em 4,2% das mulheres foram necessárias as realizações de suturas em regiões genitais. Medicamentos como sedativos e analgésicos foram empregados em 2,4% das pacientes; 1,8% tiveram que ser internadas por traumas que exigiram cuidados especiais. O anticoncepcional de emergência (Levonorgestrel) foi instituído em 76,5% vezes. A principal razão por não ter sido utilizada em 39 pacientes foi o uso de anticoncepção eficaz anterior. A profilaxia anti DST foi realizada em quase todas as 166 pacientes e as principais drogas utilizadas foram a Azitromicina em 96,3% e a imunoglobulina anti-hepatite B em 95,1% (Tabela 7).

TABELA 7**Conduta adotada no atendimento médico de urgência**

Variáveis	n (166)	%
Procedimento clínico-cirúrgico		
Nenhum	149	89,8
Sutura	7	4,2
Internação	3	1,8
Curativo	3	1,8
Medicação	4	2,4
Instituído AE		
Não	39	23,5
Levonorgestrel	127	76,5
Motivo por não ter usado AE[†]		
Contracepção adequada	23	59,0
Tempo maior que 72 horas	5	12,8
AVP	4	10,3
Menstruada	3	7,7
Menopausada	1	2,6
Outro	3	7,7
Profilaxia DST		
Sim	163	98,2
Não	3	1,8
Tipo de profilaxia^{**}		
Azitromicina	157	96,3
Imuglobulina hepatite B	155	95,1
Amoxicilina	3	1,8
Eritromicina	3	1,8
Outras	4	2,5

Nota: * somente mulheres que não usaram AE.

** somente mulheres usuárias de medicação anti DST.

Na Tabela 8 foi avaliada a adesão aos anti-retrovirais que foram instituídos em quase todas as mulheres. Em 10,2% das mulheres os ARV não foram empregados e os principais motivos foram: dez chegaram ao CAISM após 72 horas da agressão, dois eram casos de agressão de repetição e os outros casos corresponderam às mulheres que não procuraram a infectologia para iniciar o tratamento com ARV, apesar da orientação neste sentido. Das mulheres nas quais se instituiu a medicação, a maioria utilizou corretamente. Cerca de 19% das mulheres não

utilizaram os ARV completamente; 32,1% abandonaram por conta própria sem causa aparente, 21,4% por intolerância, 17,9% tiveram acesso à sorologia após a prisão do agressor e 14,3% tiveram a medicação suspensa por ordem médica. Os efeitos colaterais mais relatados foram náuseas, cefaléia e epigastralgia.

TABELA 8
Aspectos relacionados às drogas anti-retrovirais

Variáveis	n (166)	%
Instituídas drogas ARV		
Sim	149	89,8
Não	17	10,2
Motivo para não instituir o ARV**		
Tempo maior que 72 horas	10	58,8
Agressão de repetição	2	11,8
Outras	5	29,4
Drogas ARV		
AZT	149	89,8
3TC	148	89,2
Indinavir	37	22,3
Nelfinavir	26	17,7
Outras	0	0,0
Uso correto do ARV*		
Sim	121	81,2
Não	28	18,8
Motivo para não usar corretamente o ARV*		
Abandonou por conta	9	32,1
Intolerante	6	21,4
Sorologia do agressor conhecida	5	17,9
Suspenso por ordem médica	3	10,7
Outras	5	17,9
Efeitos colaterais*		
Náuseas	79	53,0
Cefaléia	31	20,8
Epigastralgia	28	18,8
Vômitos	21	14,1
Tonturas	15	10,1
Diarréia	11	7,4
Urticária	8	5,4
Insônia	7	4,7
Mialgia	6	4,0
Outras	11	7,4

Nota: * somente mulheres em que foi instituído o ARV.

** somente as mulheres em que não foi instituído o ARV.

A Tabela 9 mostra a coleta de exames e de materiais biológicos. Verifica-se que em 81,3% das mulheres foram colhidas bacterioscopia de secreção vaginal; 96,4% colheram sorologias para AIDS, sífilis e hepatites B e C; e em 84,9% foram colhidos exames para realização de DNA.

TABELA 9
Materiais colhidos na urgência para realização de sorologias, bacterioscopia e pesquisa de DNA

Variáveis	n (166)	%
Bacterioscopia de secreção vaginal		
Sim	135	81,3
Não	31	18,7
Colheita de sorologias: AIDS/Sífilis/Hepatite B/C		
Sim	160	96,4
Não	6	3,6
Colheita material para estudo de DNA		
Sim	141	84,9
Não	25	15,1

Na Tabela 10 avalia-se a coleta de material biológico no ambulatório. Em 77,7% das mulheres foram colhidos exames de secreção endocervical para realização de culturas específicas para gonococos e 30,1% para clamídia.

TABELA 10
Características do exame médico ambulatorial

Variáveis	n (166)	%
Pesquisa de gonococo		
Sim	129	77,7
Não	37	22,3
Pesquisa de clamídia		
Sim	50	30,1
Não	116	69,9

4.5. Conseqüências da agressão sexual

A Tabela 11 mostra os locais e os tipos de lesões encontradas na região genital logo após a violência sexual. Na vulva predominou a lesão himenal em 43,4%, seguida pela lesão em fúrcula em 24,5% e em pequenos lábios em 17%. A lesão mais encontrada nestes locais foi a fissura. A laceração vaginal foi observada em 3,6% das mulheres, enquanto que a maioria não teve nenhum ferimento vaginal. Os conteúdos vaginais mais observados durante o exame especular na urgência foram as secreções fisiológicas em 33,3%, seguidas pelas secreções inespecíficas em 32%, sêmen em 10,9% e sangramento menstrual em 9,5%. Das pacientes que sofreram intercurso anal, 25,5% tiveram fissura anal.

Os traumas extragenitais foram observados em 33% das mulheres, sendo que os membros inferiores e a região dorsal foram os mais atingidos em 36,4% e 27,3%, respectivamente. As lesões mais prevalentes foram leves do tipo escoriações, edema e equimose, porém foram observados dois casos de fratura de face e um de membro inferior (Tabela 12).

TABELA 11**Lesões genitais observadas em mulheres vítimas de violência sexual**

Exame ginecológico – urgência	n (166)	%
Vulva		
Normal	115	69,3
Hiperemia	7	4,2
Hematoma	5	3,0
Fissura	32	19,3
Fcc	4	2,4
Edema	2	1,2
Escoriação	1	0,6
Local de lesões vulvares		
Hímen	23	43,4
Fúrcula	13	24,5
Pequenos lábios	9	17,0
Grandes lábios	1	1,9
Hímen e fúrcula	2	3,8
Fúrcula e pequenos lábios	5	9,4
Vaginal		
Sem lesões	138	83,1
Laceração	6	3,6
Fcc	1	0,6
Hiperemia	1	0,6
Não realizado especular	19	11,4
Outras	1	0,6
Conteúdo vaginal*		
Secreção fisiológica	49	33,3
Menstruada	14	9,5
Sem secreções	11	7,5
Sêmen	16	10,9
Secreções inespecíficas	47	32,0
Corpo estranho	1	0,7
Vaginose	8	5,4
Candidíase	1	0,7
Ânus**		
Normal	38	74,5
Fissura	13	25,5

Nota: * somente as que realizaram o exame especular.

** somente as que sofreram relação anal.

TABELA 12
Lesões extragenitais observadas em mulheres vítimas de violência sexual

Exame físico – urgência	n (166)	%
Traumas gerais		
Sim	55	33,1
Não	111	66,9
Tipos de traumas e locais*		
Cabeça*	11	20,0
Hematoma	5	45,5
Equimose	4	36,4
Edema/hiperemia	2	18,2
Pescoço*	12	21,8
Equimose	5	41,7
Mordedura	4	33,3
Escoriação	3	25,0
Tórax*	10	18,2
Escoriação	4	40,0
Hematoma	3	30,0
Edema/hiperemia	1	10,0
Equimose	1	10,0
Mordedura	1	10,0
Abdômen*	4	7,3
Escoriação	3	75,0
Equimose	1	25,0
MMSS*	13	23,6
Escoriação	7	53,8
Equimose	3	23,1
Pérfuro/cortante	2	15,4
Laceração	1	7,7
MMII*	20	36,4
Escoriação	9	45,0
Equimose	5	25,0
Laceração	3	15,0
Edema/hiperemia	1	5,0
Hematoma	1	5,0
Fratura	1	5,0
Face*	9	16,4
Escoriação	2	22,2
Fratura	2	22,2
Hematoma	2	22,2
Edema/hiperemia	1	11,1
Equimose	1	11,1
Pérfuro/cortante	1	11,1
Dorso*	15	27,3
Escoriação	9	60,0
Edema/hiperemia	2	13,3
Equimose	1	6,7
Hematoma	1	6,7
Mordedura	1	6,7
Pérfuro/cortante	1	6,7
Outros locais*	2	3,6
Escoriação	2	100,0

Nota: * somente mulheres que sofreram traumas.

Na Tabela 13 avaliou-se o seguimento ambulatorial, verificando-se que apenas 28,9% das mulheres fizeram o acompanhamento completo no Ambulatório de Ginecologia. Outras 53,6% compareceram a pelo menos uma consulta. A principal razão da alta precoce ambulatorial foi a recusa em se submeter aos exames físico e ginecológico.

TABELA 13

Adesão ao seguimento ambulatorial, na ginecologia, por até 6 meses

Seguimento Ambulatorial	n (166)	%
Completaram o seguimento	48	28,9
Abandonaram o segmento		
Após a 1ª consulta	61	36,7
Após a 2ª consulta	23	13,9
Após a 3ª consulta	5	3,0
Alta precoce		
Recusa em se submeter a exame	17	10,2
Encaminhamento a outro serviço	7	4,2
AVP sem penetração	4	2,4
Agressão crônica	1	0,6

As infecções genitais mais encontradas foram as vaginoses bacterianas em aproximadamente 10% das mulheres, seguidas pela candidíase, tricomoníase, HPV e leucorréia inespecífica. As taxas de gravidez e de doença inflamatória

pélvica foram de 2,3% e 2,1%, respectivamente. A hepatite B foi verificada em duas mulheres e a sífilis em uma (Tabela 14).

TABELA 14
Conseqüências da violência sexual

Seguimento Ambulatorial	N	%
Vaginose	14 (137)*	10,2
Monilíase	11 (137)*	8,0
Gravidez	3 (127)**	2,3
DIP	3 (137)*	2,1
Tricomoníase	3 (137)*	2,1
Hepatite B	2 (76)***	2,6
HPV	2 (76)***	2,6
Sífilis	1 (76)***	1,3
Leucorréia inespecífica	1 (137)*	0,7

* total da amostra excluindo-se as 29 mulheres com alta precoce.

** total de mulheres às quais foi instituída a AE.

*** total de mulheres que completaram o seguimento e as que compareceram a pelo menos duas consultas

Não foram observados casos de infecção por clamídia nas 50 mulheres avaliadas com cultura específica e nem gonococo nas 129 mulheres que colheram o exame. A soroconversão para HIV também não foi verificada nas 48 mulheres que completaram o seguimento ambulatorial.

5. Discussão

A desigualdade de gênero afeta a mulher não somente por suas diferenças biológicas em relação aos homens, mas também por desigualdades sociais, culturais e econômicas. A força patriarcal formada ao longo de anos fez com que os homens se sentissem ameaçados pelas mulheres, e por força de instituições como Igreja, Escola, Estado e a Sociedade, fez com que o gênero feminino fosse colocado hierarquicamente em *status* inferior. Esta diferenciação de gênero, em algumas sociedades, inicia-se logo na infância onde as meninas recebem menos comida que os meninos, sofrem mutilações genitais, são vendidas como objetos sexuais e são forçadas ao matrimônio precocemente (PATH, 2000). Esta discriminação, muitas vezes acompanhada de violência física, contribui para o surgimento de problemas físicos e psicológicos graves na idade reprodutiva (FAÚNDES, 1996; PATH, 2000; WATTS e ZIMMERMAN, 2002). A Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento em 1994 no Cairo e a Conferência Mundial Sobre a Mulher em Beijing em 1995, reconheceram que o bem-estar físico e social da mulher é um direito humano e um elemento essencial para o desenvolvimento sustentável (PATH, 2000).

São poucos os serviços no Brasil que oferecem atendimento médico às mulheres vítimas de violência sexual. Até novembro de 2002 eram conhecidos 245 serviços médicos, distribuídos irregularmente pelo País (BRASIL, 2002). A atual estrutura e organização dos serviços de saúde, na maioria dos estados e municípios, não suprem adequadamente as necessidades da demanda das mulheres em situação de violência, nem mesmo para o primeiro acolhimento. Na maioria dos locais não se encontram condições físicas de suporte e nem uma equipe capacitada para receber estas mulheres (BRASIL, 1999). O índice de denúncias às autoridades é muito baixo pois muitos fatores sociais e até emocionais estão envolvidos nesta problemática, entre as quais destaca-se a vergonha da mulher em se expor, medo de represálias, desconhecimentos dos direitos legais e descrédito na justiça (DREZETT, 2000).

É dever do Estado e da sociedade civil criar estratégias para coibir este tipo de violência, buscando minimizar os agravos na saúde da mulher (BRASIL, 1999). O principal objetivo do atendimento médico visa atender às necessidades e compartilhar as angústias da mulher nos primeiros momentos após a violência. Cabe também à equipe médica colher exames sorológicos e bacteriológicos, além de oferecer tratamentos medicamentosos e psicológicos, quando necessário (SLAUGHTER et al., 1997; BRASIL, 1999). Em geral, os atendimentos médico e psicológico duram em média de 6 a 12 semanas, porém devem-se estender o tempo que for necessário para a recuperação da mulher (HOLMES et al., 1998).

Na Unicamp, o atendimento médico é oferecido por seis meses, no mínimo, onde são colhidos materiais de interesse forense; sorologias seriadas para AIDS;

hepatites B e C; sífilis; culturas endocervicais seriadas para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*; bacterioscopias para o diagnóstico de *T. vaginalis*, vaginose bacteriana e candidíase.

O CAISM, por intermédio do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, é um dos serviços pioneiros, no mundo, a utilizar sistematicamente drogas anti-retrovirais para a profilaxia do vírus HIV em mulheres que sofreram violência sexual. A utilização destas drogas é motivo de muita controvérsia entre vários pesquisadores e órgãos de saúde, porém a experiência na profilaxia contra AIDS em casos de exposição biológica, estimulou a extrapolação desta conduta para os casos de violência sexual (DREZETT, 2000; BALL, 2001; CDC, 2002).

A faixa etária das mulheres atendidas neste serviço variou de 12 a 84 anos, com média de 22,4 anos. Houve um significativo predomínio de mulheres jovens em idade reprodutiva, sendo que metade das mulheres tinha idade entre 12 e 19 anos e 33,7% entre 20 e 29 anos. Três por cento das mulheres tinham idade superior a 40 anos. No Programa de Atenção às Mulheres Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS), da cidade de São Paulo, cerca de 78% das mulheres atendidas tinham idade entre 11 e 19 anos (DIEGOLI e DIEGOLI, 1999). BANG (1993a) avaliando uma amostra de mulheres semelhantes ao presente estudo (n=168), verificou que a idade das mulheres variava entre 14 e 90 anos, com média de 27 anos, e a porcentagem de adolescentes entre 15 e 19 anos era três vezes maior do que a do resto do grupo. Segundo SILVERMAN et al. (2001) uma em cada cinco adolescentes é agredida sexualmente pelos próprios namorados ou maridos, risco este significativamente maior do que entre as mulheres adultas. Segundo o

Departamento de Justiça dos EUA, 50% das mulheres que sofrem violência sexual, têm menos de 18 anos (ACOG, 1998, SADLER et. al., 2000). RAMIN et al. 1992, avaliando mulheres menopausadas, concluíram que 2,2% sofreram violência sexual. Os resultados deste estudo talvez não reflitam a realidade em Campinas, pois é sabido que mulheres com idades superiores tendem a ocultar a violência sofrida. Entre as principais razões deste comportamento destacam-se o sentimento de vergonha, o medo da dissolução familiar e a despreocupação com a possibilidade de ocorrência de gravidez, pois a maioria utiliza métodos contraceptivos adequados, principalmente a laqueadura, e algumas sabidamente têm um quadro de esterilidade (SILVA, 2000; AMEY e BISHAI, 2002). A sociedade não se exclui da culpabilidade dos baixos índices de denúncias, pois muitos têm preconceitos em relação à mulher vítima de violência sexual. Estes preconceitos incluem a sedução da própria mulher em relação ao agressor, uso roupas inadequadas, promiscuidade e a baixa resistência ao assédio sexual (ACOG, 1998).

Este estudo demonstrou que as mulheres de cor branca foram as mais atingidas pela violência sexual. Isto se deve ao predomínio de mulheres brancas na população estudada. No PAVAS estes números foram praticamente concordantes em 50% entre as duas raças (DIEGOLI e DIEGOLI, 1999). Avaliando-se adolescentes com faixa etária média de 18 anos, 74% das pacientes eram brancas segundo PEIPERT e DOMAGALSKI (1999), números semelhantes foram encontrados por SADLER et al., (2000) e SILVERMAN et al., (2001). Na classe de mulheres adultas americanas (média de 32 anos), 67% eram brancas (SMIKLE et al., 1995). Segundo DREZETT (2000), fatores culturais podem estar

envolvidos na violência sexual, onde as mulheres de pele e cabelos claros muitas vezes são vistas e colocadas em um patamar social superior, sendo por conseguinte, consideradas um padrão de beleza e adoração.

Nas mulheres que sofreram violência sexual a grande maioria era estudante do primeiro grau e do ensino médio. Estes dados contrapõem-se com os de países desenvolvidos, onde a maioria já havia concluído o ensino médio ou era universitária ou tinha curso superior. Enquanto que neste estudo a frequência de universitárias e/ou com curso superior foi de apenas 8,4%, nos trabalhos de HOLMES et al. (1996), a incidência foi oito vezes maior (63,5%). Esta diferença no nível de estudo espelha, em parte, a diferença social e econômica existente no País, onde a minoria tem acesso às universidades. Temos que considerar também que o nível de escolaridade em Campinas é um dos melhores do Brasil e estes dados não podem ser generalizados para o resto do País. O fator econômico pode estar relacionado com a violência sexual e também com o baixo número de denúncias pela maior exposição das mulheres que moram e freqüentam comunidades carentes na periferia. É sabido que nesses locais a segurança é menor, o consumo e o tráfico de drogas são mais comuns, os percursos para escola e para o trabalho são mais difíceis e muitos agressores pertencem às comunidades periféricas, sendo então um conhecido da vítima.

As mulheres solteiras são as mais afetadas pela violência sexual e talvez os motivos sejam causados pela maior exposição e liberdade social. Neste estudo o predomínio de mulheres solteiras foi de 70%. Esta proporção também foi confirmada por BANG (1993b) e PEIPERT e DOMAGALSKI (1999), que

observaram que 68% das mulheres eram solteiras, 39% casadas e 22% eram separadas ou divorciadas.

Existe uma relação muito próxima entre a violência sexual, o consumo de substâncias alcoólicas e drogas. A drogadição e o alcoolismo levam a alterações comportamentais evidentes e entre as mulheres destacam-se a perda da inibição, a diminuição da capacidade perceptória, sonolência e a amnésia, sendo então um estado clínico facilitador da violência. Em países desenvolvidos o uso de medicamentos entorpecentes, como ansiolíticos e sedativos é muito difundido entre os agressores, que acrescentam as medicações em comidas e bebidas. SANTIN et al. (1991), evidenciaram que o consumo de drogas e álcool foi de 18% e 44%, respectivamente, entre as mulheres. Segundo a ACOG (1998), 15% das mulheres haviam consumido algum tipo de drogas antes de sofrerem violência. Neste estudo, o consumo de drogas ilícitas foi muito baixo entre as mulheres, fato que pode estar relacionado com o baixo poder aquisitivo destas pacientes e com a sua cultura.

A anticoncepção é um direito humano básico reconhecido mundialmente, a partir da I Conferência Internacional Sobre os Direitos Humanos em 1968, em Teerã. Para muitas mulheres o sexo não é voluntário e elas têm pouco poder sobre o uso de contraceptivos e sobre a sua própria fertilidade. Esta discriminação de gênero vem sendo vencida nas últimas décadas, graças ao espaço conquistado pelas mulheres perante a sociedade em geral, que determinou a busca da igualdade de benefícios, garantindo os seus direitos sexuais e reprodutivos (FAÚNDES, 1996; PATH, 2000). No Brasil a prevalência no uso de algum método

eficaz de contracepção é de aproximadamente 65%, destas 26,9% são esterilizadas cirurgicamente, 25,2% utilizam a anticoncepção oral e 11% utilizam métodos não eficazes (SILVA, 2000; DÍAZ et al., 2001). Neste estudo quase dois terços das mulheres não utilizavam nenhum método eficaz. e este fato pode estar relacionado com a faixa etária das mulheres ou com a falta de orientação médica.

Com relação ao agressor, muitos autores destacam enfaticamente que a violência sexual no Brasil é doméstica, e que o agressor é pessoa conhecida como parente, amigo ou alguém que tenha um vínculo hierárquico sobre a mulher. Na avaliação deste estudo estes números foram conflitantes com a literatura, pois evidenciamos que 86,1% das mulheres atendidas não conheciam o seu agressor e o local onde a abordagem e a violência aconteceram foi a rua. As características das mulheres atendidas no CAISM refletem muito mais a violência urbana, onde as diferenças socioeconômicas estimulam a pratica de um crime do que a violência doméstica; embora esta última seja provavelmente mais prevalente. A proximidade do agressor e o medo de represália fazem com que as mulheres vítimas de violência doméstica não comuniquem o fato às autoridades. Segundo dados de delegacias de policia, 70% da violência sexual contra as mulheres acontecem em casa e o agressor é o próprio marido (VIANNA e OLIVEIRA, 1998; BRASIL, 1999).

O álcool e as drogas ilícitas, como citado anteriormente, levam à alteração de comportamento, sendo que no caso masculino estimula a perda da inibição frente a questões sexuais e ao erotismo demasiado (GROSS et. al., 2001). Nas mulheres as drogas ilícitas e o álcool podem, entre outros quadros, levar à

distorção da percepção, possibilitando a susceptibilidade à agressão (ACOG, 1999). As mulheres jovens são as principais consumidoras de álcool e drogas segundo RAMIN et al. (1992). Neste estudo pudemos constatar que quase 40% dos agressores estavam drogados ou alcoolizados por ocasião da violência praticada. Destaque-se, no entanto, que metade das mulheres não percebeu se os agressores estavam drogados e um terço não soube referir se estavam alcoolizados, o que provavelmente esteja subestimando estes resultados. Segundo HOLMES et al. (1998) os agressores drogados ou embriagados cometem mais crimes contra pessoas desconhecidas do que conhecidas.

A maioria das agressões ocorreu no período noturno. Oitenta por cento das ocorrências foi registrada entre 18 e 6 horas. A escuridão é um fator conhecido de camuflagem, o que facilita a abordagem e dificulta a identificação. O horário entre 18 e 24 horas (50% das ocorrências) coincide com o percurso de muitas mulheres que estão indo ou voltando de escolas ou do trabalho.

O tempo entre a violência sexual e o primeiro atendimento médico é fundamental para que se possa fazer prevenção de gravidez e DST/AIDS. Muitas das medicações utilizadas na rotina dependem do tempo entre a exposição e a administração. A maioria das mulheres que sofreram violência sexual compareceu ao CAISM nas primeiras 24 horas, provenientes de outros serviços de saúde. Na experiência de outros serviços fora do País, o intervalo de tempo entre a agressão sofrida e a procura de atendimento médico varia de 6 a 48 horas (SLAUGHTER et al., 1997).

Com relação ao comparecimento à primeira consulta agendada no ambulatório, observamos que na maior parte dos casos ocorreu entre 8 e 14 dias, com média de 13 dias. *Esta é a recomendação do American College of Obstetricians and Gynecologists* e tem sido seguida em outros serviços (SLAUGHTER, et al., 1997; ACOG, 1998). Foi motivo de preocupação de toda a equipe deste estudo o fato de 18% das mulheres só terem comparecido à primeira consulta de acompanhamento no 29º dia ou após. Provavelmente alguns fatores socioeconômicos, que são próprios desta clientela, tenham contribuído para este fato. Pode ter ocorrido também que nem todas assimilaram corretamente todas as informações e orientações recebidas por ocasião do atendimento de urgência, em virtude do estado emocional naquele momento.

A forma de intimidação mais utilizada para perpetuar a violência sexual foi a arma de fogo seguida pela força física. A literatura não é homogênea em caracterizar o tipo mais comum de coação, pois existem variações regionais de acordo com fatores econômicos e culturais. Segundo HOLMES et al. (1998) o uso da força física predominou em 76,6% dos casos de violência sexual, seguida pela grave ameaça com 49,4% e por armas de fogo em 26,7%; FELDHAUS et al. (2000) relatam o uso da força física em 82% das mulheres, enquanto que a grave ameaça e o uso da arma de fogo foram observadas em de 40%. Dados semelhantes a este estudo foram verificados por CARTWRIGHT (1997), em que 61% das mulheres que sofreram violência sexual foram coagidas através de arma de fogo. No Brasil, a violência urbana e a facilidade de se adquirir uma arma de fogo fazem com que a maioria deste crime seja praticado com armas de fogo.

Os resultados deste estudo revelaram que uma expressiva porcentagem de encaminhamentos realizados para o CAISM foi de autoridades policiais. Isto reflete uma mudança de atitude no sentido de priorizar o atendimento médico. A violência sexual é predominantemente um assunto médico. As providências policiais e jurídicas, que nunca podem ser olvidadas, necessariamente devem ser tomadas após o atendimento médico.

As orientações da equipe multiprofissional do CAISM resultaram em um alto índice de realização de Boletins de Ocorrência. Quase 90% das mulheres compareceram à delegacia, a maioria delas após o atendimento hospitalar. Um número um pouco inferior de mulheres procurou o Instituto Médico Legal, e isto pode estar relacionado ao horário de funcionamento do IML, à certa resistência por parte das mulheres em relação ao exame no IML e pela proximidade com outros marginais. Recentemente o IML de Campinas inaugurou uma sala de exame somente para atender mulheres vítimas de violência. Com isso, espera-se uma mudança de comportamento, nestes casos, com relação ao exame do corpo de delito.

A agressão sexual mais comum observada neste estudo foi o estupro. Praticamente todas as mulheres sofreram este tipo de violência, acompanhada ou não de relações anais e/ou orais. O estupro tem sido a queixa de agressão sexual mais comum no IML de São Paulo (COHEN e MATSUDA, 1991). Os resultados deste trabalho mostraram resultados semelhantes aos observados por DREZETT (2000) e MCGREGOR et al. (2002), com quase 80% de estupro nos casos por eles acompanhados. A proposição deste estudo não foi avaliar

menores pré-púberes, que são atendidas pelo Setor de Pediatria do Hospital das Clínicas. A agressão sexual em crianças costuma caracterizar-se mais por atentado violento ao pudor (CDC, 2002).

O preservativo foi utilizado por menos de 5% dos agressores na casuística deste estudo. Esta taxa também é citada por RAMIN et al. (1992), que observou o uso de preservativos entre 2% a 5%, ao analisar mulheres menopausadas. Este comportamento parece ser o mais comum em casos de violência sexual e isto aumenta o risco à exposição de doenças sexualmente transmissíveis e à possibilidade de gravidez em decorrência do estupro.

Outro aspecto relativo à relação sexual propriamente dita diz respeito à ejaculação. Metade das mulheres atendidas não soube referir se o agressor havia ejaculado ou não. Sem dúvida, deve-se considerar o estado emocional destas mulheres, além do fato de algumas adolescentes sem vida sexual prévia não terem esta percepção. A informação se houve ou não ejaculação ajudaria muito no sentido das medidas preventivas que devem ser tomadas, notadamente na profilaxia da infecção pelo HIV.

EM 90% dos casos atendidos não houve necessidade de nenhuma intervenção médico-cirúrgica, além das medidas de rotina preconizadas. Este fato tem sido observado em praticamente todos os serviços que realizam tal atendimento. A ameaça com armas de fogo ou outro tipo de ameaça tem sido o modo de intimidação mais utilizado. Por esta razão, é cada vez mais raro atender mulheres com lesões físicas que demandam atenção cirúrgica. Nesta casuística

prevaleceu a terapia simples como curativos e medicações. Três mulheres tiveram que ser internadas. De acordo com dados do ACOG (1998), a maioria das mulheres sofre traumas físicos leves, necessitando de procedimentos terapêuticos simples: 1% necessita de internação e os casos fatais ocorrem em 0,1%.

A anticoncepção de emergência com Levonorgestrel foi instituída em mais de 75% dos casos, taxas semelhantes à encontrada na literatura. De acordo com dados publicados, a taxa de gravidez com o levonorgestrel é de 1,1%, contra 3,2% do método de Yuzpe. Além disto, os efeitos colaterais são menos relatados com o uso do levonorgestrel do que com a pílula combinada: 23,1% e 5,6% de náuseas e vômitos contra 50,5% e 18,8%. Estas foram as razões pela opção pelo levonorgestrel, que além da comodidade de uso, a taxa de gravidez é consideravelmente menores (GUILLENBAUD, 1998; CROXATTO, 2001). Nos estudos de HOLMES et al. (1998) o uso da contracepção de emergência nas mulheres vítimas de violência sexual foi de 73%. Destas, cerca de 2% recusaram, 11,2% usavam métodos eficazes e 12,6% não utilizaram por causas desconhecidas. Neste estudo a maior parte das mulheres às quais não se ofereceu anticoncepção de emergência estava utilizando um método de contracepção eficaz.

A profilaxia das DST foi realizada em praticamente todas as mulheres. Existem vários protocolos indicando a poliquimioterapia para profilaxia das DST como, por exemplo, o uso de cefalosporinas de terceira geração, quinolonas, macrolídeos e metronidazol, entre outras. Estas indicações devem ser realizadas de acordo com a incidência regional das DST. No CAISM a cobertura anti DST foi realizada apenas com a Azitromicina e a vacinação e imunoglobulina para hepatite

B. Optamos por esta conduta baseada no espectro de ação da Azitromicina que tem ampla cobertura na profilaxia da clamídia, gonorréia e sífilis. Esta conduta praticamente sem efeitos colaterais aumenta a adesão medicamentosa. A desinformação sobre educação sexual, o mau preparo dos profissionais de saúde, dos educadores e as más condições dos serviços públicos concorrem para os altos índices de DST no Brasil (ROMERO e PASSOS, 1995). A prevenção básica baseia-se em aconselhamento sexual, na qual se deve informar às pessoas de risco aparente que o contágio é evitável em 100% das vezes. Estes números não se relacionam necessariamente com violência sexual, refletindo mais uma falta de orientação das mulheres com relação à prevenção de DST.

Foram instituídas drogas anti-retrovirais em 90% das mulheres atendidas. A principal razão pela não instituição em algumas mulheres foi o tempo de comparecimento ao serviço superior a 72 horas, pois é unânime a recomendação de iniciar-se a quimioprofilaxia dentro das primeiras 72 horas da relação sexual, inclusive, enfatizando-se que quanto mais cedo ele for instituído, melhores serão os resultados. As drogas mais utilizadas na quimioprofilaxia foram o AZT e o 3TC. Por recomendação da disciplina de moléstias infecciosas, outras drogas foram associadas nos casos considerados de alto risco, tais como múltiplos agressores, coito anal, menstruação, lesões vaginais entre outros.

A colheita de sorologias para sífilis, AIDS e hepatites B e C são recomendados pelo Ministério da Saúde para avaliar as condições sorológicas da mulher imediatamente após a violência sexual e durante o seguimento por seis meses (BRASIL, 1999).

A colheita de material de fundo de saco vaginal na urgência tem importância sob o aspecto forense, onde é possível determinar o DNA do agressor. Sabemos muito pouco sobre o número de exames realizados no País, por se tratar de um exame caro que não tem cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS). MCGREGOR et al. (2002) avaliando 462 casos de violência sexual, analisou o DNA em apenas 1,8% das mulheres.

Quanto a realização de exames ambulatoriais, a primeira consulta ambulatorial ocorreu em média 13 dias após o atendimento de urgência. Nesta consulta foram realizadas as colheitas de material endocervical para cultura de clamídia e gonorréia, além da bacterioscopia de secreção vaginal, e foram realizadas em todas as pacientes, conforme recomendação do CDC (2002).

As lesões genitais mais freqüentemente encontradas nas mulheres avaliadas foram: ruptura ou fissura himenal, a laceração vaginal e a fissura anal. Os traumas extragenitais aconteceram em um terço das mulheres, sendo que a maioria das lesões correspondeu a lesões leves como escoriações e equimoses. As mais graves lesões observadas foram duas fraturas em face. Em trabalhos publicados por SLAUGHTER et al. (1997), 94% das mulheres tiveram traumas genitais em mais de um lugar, sendo que os locais mais atingidos foram a fúrcula vaginal em 70% das vezes, lábios menores em 53%, hímen em 29% e fossa navicular em 25%. CARTWRIGHT (1997) observou que cerca de 40% das mulheres tiveram traumas gerais do tipo escoriações, edema e equimose. O conteúdo vaginal mais evidenciado no exame especular inicial, além da fisiológica, foram as secreções inespecíficas e o sêmen.

Os resultados deste estudo mostraram que menos de um terço das mulheres completou o seguimento recomendado. Outras 89 mulheres fizeram pelo menos uma consulta, 23 compareceram a pelo menos duas consultas e cinco mulheres abandonaram seguimento após três consultas. Estes resultados demonstram a baixa adesão ao seguimento ginecológico onde muitas abandonam logo após a primeira menstruação, o que demonstra claramente a sua preocupação com a possibilidade de uma gravidez indesejada. Muitas mulheres querem esquecer o trauma sofrido. O comparecimento a novas consultas, a novos exames ginecológicos, a presença do médico e o ambiente hospitalar contribuem para relembrar o trauma vivenciado, reportando ao passado recente; isto pode explicar uma das causas da baixa adesão ao seguimento proposto. Embora muitas relutem em fazer o seguimento completo e a se submeterem a novos exames ginecológicos, devemos estimulá-las principalmente para se detectar alguma infecção. Os resultados deste estudo não diferem muito de outros estudos avaliados, porém não existe dado concreto sobre o tempo ideal de acompanhamento e de retorno ambulatorial. A maioria dos serviços utiliza como referência para reagendar uma consulta médica a época de retorno para coleta de exames sorológicos. Este fato pode estar negligenciando, em partes, as necessidades da mulher. Segundo estudos de BANG (1993a), 59% das mulheres retornaram para controle ambulatorial entre oito a dez dias após o exame inicial. Já a publicação de HOLMES et al. (1998), relatou que 24% das mulheres retornaram após seis semanas.

Foram detectados três casos de gravidez nestas mulheres, o que corresponde a um índice de falha da anticoncepção de emergência de 2,3%, considerando-se o número de 127 mulheres às quais foi administrado o levonorgestrel. Nenhum caso de gestação ocorreu naquelas 39 mulheres às quais não foi oferecida anticoncepção de emergência, incluindo-se as cinco mulheres que procuraram o atendimento após 72 horas da violência, e para as quais não havia indicação de anticoncepção de emergência pela quase nula efetividade do método. Sobre esta questão, no entanto, tem sido recentemente publicados estudos sugerindo que a anticoncepção de emergência possa ser prescrita após as 72 horas até no máximo cinco dias após uma relação sexual desprotegida. Alguns autores acham esta conduta um tanto quanto restritiva, pois é certo que a eficácia destas drogas não caia ao nível zero após 72 horas (ELLERTSON et al., 2001). O índice deste estudo está de acordo com a taxa de falha do método de contracepção de emergência. Sabe-se que a eficácia do levonorgestrel é de 95% nas primeiras 24 horas, 85% em até 48 horas e 66,3 % até 72 horas (CROXATTO, 2001).

As três mulheres que engravidaram usando a anticoncepção de emergência tinham as seguintes características: a primeira tinha 18 anos, primeiro grau completo, era branca, foi estuprada por conhecido, na rua e utilizou a anticoncepção de emergência 23 horas e meia após o estupro. A segunda era estudante universitária, 23 anos, branca, foi estuprada em casa por desconhecido e utilizou a anticoncepção de emergência 18 horas após o estupro. A terceira tinha 25 anos, era deficiente mental, estudante de escola especial, negra, foi estuprada

pelo colega de classe também deficiente mental e utilizou a anticoncepção de emergência após 31 horas.

Os estudos de TELES (1994), avaliando 407 mulheres que consultaram no Ambulatório de Planejamento Familiar do CAISM e associando suas características com as socioeconômicas e contraceptivas, observaram que a taxa de infecção genital era de 40%. A vaginose bacteriana foi observada em 25,8%; a clamídia em 6,7%; a tricomoníase, a candidíase e o HPV tiveram uma frequência menor que 2,5%. Algumas das pacientes do CAISM referiam antecedentes pessoais de HPV, sífilis e herpes genital.

Observamos três casos de doença inflamatória pélvica, um de sífilis, dois de hepatite B e HPV. Nas mulheres que apresentaram DIP duas compareceram ao serviço até 24 horas e uma em 48 horas; todas usaram Azitromicina e foram estupradas, sendo que uma também teve relações anal e oral. Das duas mulheres que tiveram hepatite B, ambas compareceram em 24 horas, tomaram imunoglobulina específica, foram estupradas e uma teve também relações anal e oral. A primeira mulher teve soroconversão para hepatite B em 90 dias além do diagnóstico de displasia grave de colo uterino; na segunda a viragem sorológica aconteceu também após 90 dias e desde a primeira consulta apresentava sorologia duvidosa para hepatite C. A mulher que apresentou sífilis compareceu ao serviço após 72 horas, vítima de estupro, não sendo medicada com Azitromicina. Nos casos de leucorréia, a vaginose bacteriana e a monilíase foram as maior incidência; a tricomoníase foi observada em três mulheres. Estes resultados diferem de outras publicações que apontam para tricomoníase como sendo a

causa mais freqüente de leucorréia após a violência sexual (HAMPTON, 1995). Existem poucos estudos sobre o risco de adquirir-se uma DST após o estupro, mas a tricomoníase parece ser a infecção mais freqüente, porém a contaminação depende tanto da distribuição geográfica das populações estudadas como da história sexual da vítima antes do estupro (ACOG, 1998). Segundo dados de HOLMES et al. (1998) o risco estimado de uma mulher adulta, vítima de estupro, em adquirir gonorréia varia de 6% a 12%, clamídia de 4% a 17%, sífilis de 0,5% a 3% e AIDS menos de 1%. As principais DST encontradas por Hampton (1995), em cultura de secreção vaginal de mulheres que haviam sido estupradas, foram a tricomoníase, a vaginose bacteriana e a clamídia. Resultados muito parecidos foram observados por pesquisadores do *American College of Gynecology & Obstetrics* (ACOG, 1998; 1999). Em um estudo prospectivo, GLASER et al. (1991) observaram a prevalência de 11% de doenças inflamatórias pélvicas, 50% de vaginose bacteriana, 22% de tricomoníase e 42 de candidíase. A clamídia foi a DST mais encontrada por BANG (1993a), seguida pela gonorréia e tricomoníase. Em extenso estudo de revisão da literatura foi relatado que a incidência de gonorréia varia de 0% a 26,3%, clamídia de 3,9 a 17%, sífilis de 0% a 5,6%; tricomoníase de 0% a 19% e HPV de 0,6% a 2,3% (REYNOLDS et al., 2000).

Muitos especialistas recomendam o uso de terapia preventiva logo após a violência sexual porque o seguimento ambulatorial pode ser difícil e muitas mulheres tranquilizam-se quando um tratamento é oferecido para a profilaxia de infecções (CDC, 2002). A profilaxia anti DST pode ser realizada utilizando-se a

mono ou a poliquimioprofilaxia, dependendo do protocolo da cada serviço e dos antecedentes sexuais da vítima (GLASER et al., 1991; BRASIL, 1999; CDC, 1999).

O pequeno número de infecções vaginais encontrados sugere que a conduta de utilizar-se apenas a Azitromicina deve ser considerada. Entendemos que os esquemas de prevenção que recomendam a associação Azitromicina, penicilina benzatina e metronidazol, podem ser desnecessárias. Deve se ponderar que as mulheres vítimas de violência são obrigadas a receber várias medicações. Por isso, a tentativa de procurar-se utilizar o menor número de drogas possíveis deve sempre ser estimulada. Um aspecto importante destas considerações diz respeito à prevalência destas doenças nas regiões onde ocorreu a violência. Um esquema profilático pode ser muito útil em uma região e desnecessária em outra. É necessário que se avalie criteriosamente a prevalência de DST para se preconizar a melhor cobertura preventiva, visando diminuir a chance de aparecimento de DST após uma violência sexual.

A hepatite B é altamente infectante, sendo até 20 vezes mais virulento que o vírus da AIDS, durante um intercuro sexual (ACOG, 1998). Existem várias formas de contágio e uma delas ocorre através de relações sexuais, o que faz alguns autores classificá-la como uma DST. A imunoprofilaxia para hepatite B é recomendada em todos os casos de exposição sexual de risco, até 14 dias; podendo-se utilizar a imunização ativa ou passiva (ACOG, 1998; CDC, 1999).

Sabe-se que a infectabilidade do vírus HIV através de uma única exposição sexual de risco é muito baixa, porém alguns fatores fazem com que

esta taxa se eleve, por exemplo, em relações sexuais traumáticas com lesões de mucosa, menstruação, intercurso anal e presença de outras DST, associadas tanto ao agressor como à mulher (ACOG, 1998, CDC, 2002). Mulheres com infecções genitais como leucorréias e ectopias em colo uterino têm de cinco a dez vezes mais chances de contrair o vírus HIV. As crianças são consideradas de alto risco para a infecção, pois geralmente as agressões são de repetição e as lesões provocadas são mais extensas e graves (CDC, 1999; 2002). A profilaxia anti HIV é motivo de muitas discussões entre vários órgãos de saúde, e não existe um consenso para se realizar esta medida, devido à baixa experiência nesse sentido. Todos os protocolos existentes para profilaxia anti HIV estão baseados em experiências obtidas em acidentes ocupacionais (CDC, 2002). O risco estimado de infecção pelo HIV em um intercurso receptivo de alguém infectado é de 0,1% a 0,3% por relação sexual. Estas taxas são semelhantes às encontradas em trabalhadores que sofreram acidentes ocupacionais, que é de 0,09% em acidentes envolvendo a mucosa e de 0,3% em lesões percutâneas (WEINBERG, 2002). O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o uso de anti-retrovirais em casos selecionados de exposição sexual que envolvam violência, como estupros e em casos de exposição acidental do parceiro; quando a sorologia do agressor for desconhecida, o seu uso deve levar em consideração o tipo de exposição e o risco potencial (BRASIL, 2002). No CAISM temos adotado rotineiramente os anti-retrovirais para todas as mulheres atendidas. Até o momento nenhuma soroconversão foi observada. DREZETT et al. (1999), avaliando 126 mulheres vítimas de violência sexual, evidenciaram taxas de 1,6% de soroconversão

para HIV nas pacientes que não utilizaram os anti-retrovirais; em contrapartida, no grupo-controle que utilizou os anti-retrovirais a taxa foi nula.

A violência sexual traz conseqüências muito graves para a mulher. Além dos danos psicológicos, na maioria das vezes irreparáveis, aumentam o risco de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. As crianças, adolescentes e mulheres jovens são as mais atingidas e ficam mais sujeitas a seqüelas, tais como exposição ao uso de drogas e à prostituição e a sofrerem de depressão, com o aumento, inclusive, da taxa de suicídios. Apesar da gravidade do delito, ainda hoje é um crime subnotificado. Estima-se que menos de 10% dos casos são denunciados. Antes da criação das Delegacias da Mulher, o problema era ainda mais grave. Com um espaço mais apropriado, tem-se notado que cada vez mais as mulheres sentem-se mais estimuladas em denunciar casos de agressão e de violência sexual.

A violência contra as mulheres é um problema universal. Merece ter uma atenção especial e prioritária por parte dos serviços de saúde. As instituições devem se organizar para oferecer atendimento sistematizado. Mais do que realizar um atendimento humano e de qualidade têm por obrigação colaborar, juntamente com todos os demais setores, para a prevenção deste crime e de suas conseqüências. Quanto mais profissionais estiverem capacitados para realizar o atendimento, melhores serão as condições de se oferecer uma atenção digna e desburocratizada. Esta capacitação inclui conhecimentos técnicos e mudanças de atitude, tanto sobre seus próprios conceitos de violência como no que diz respeito ao contato direto com as vítimas de agressão.

6. Conclusões

1. As mulheres agredidas eram jovens, solteiras, da raça branca, com baixa escolaridade. A maioria das agressões ocorreu no período noturno e as mulheres procuraram o CAISM antes de 24 horas após a agressão. A forma de intimidação mais comum foi o uso de arma de fogo, sendo o estupro o crime mais praticado. A maioria dos agressores era desconhecida pelas mulheres.
2. A maioria das mulheres não apresentava lesões físicas por ocasião do atendimento logo após a agressão. As lesões mais observadas foram na região vulvar e nos membros inferiores.
3. Ocorreram três casos de gravidez, dois de hepatite B, três de DIP, um de sífilis e 29 de leucorréia. Nenhuma soroconversão para HIV foi detectada.

7. Referências Bibliográficas

ACOG. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS.
ACOG practice patterns: Emergency oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet*, 56:290-7, 1997.

ACOG. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS.
ACOG educational bulletin: Sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet*, 60:297-304, 1998.

ACOG. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYCOLOGISTS.
ACOG educational bulletin: Adolescent victims of sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet*, 64:195-9, 1999.

ACIERNO, R.; RESNICK, H.; KILPATRICK, D.G.; SAUDERS, B., BEST, C.L. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord*, 13:541-63, 1999.

AMEY, A.L.; BISHAI, D. Measuring the quality of medical care for women who experience sexual assault with data from the National Hospital Ambulatory Care Survey. *Ann Emerg Med*, 39:631-8, 2002.

ANDALRAFT NETO, J. Dez anos de serviços de aborto legal. *J Rede Saúde*, 18:3-5, 1999.

ANDALRAFT NETO, J. Mulher vítima de violência sexual requer cuidados especiais. *J Cremesp*, 152:8-9, 2000.

BALL, S.C. HIV prophylaxis following sexual exposure. *AIDS Read*, 11:126-8, 2001.

BAMBERGER, J. D.; WALDO, C.R.; GERBERDIN, J.L.; KATZ, M.H. Post exposure prophylaxis is for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *Am J Med*, 106:323-6, 1999.

BAMBERG, J.D.; UNICK, J.; KLEIN, P.; FRASER, M.; CHESNEY. Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. *Am J Pub Health*, 90:699-701, 2000.

BANG, L. Who consults for rape? *Scand J Health Care*, 11:8-14, 1993a.

BANG, L. Rape victims – assaults, injuries and treatment at medical rape trauma service at Oslo Emergency Hospital. *Scand J Prim Care*, 11:15-20, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, 4: 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexuais contra mulheres e adolescentes**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS. Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral de Adultos e Adolescentes. **Recomendações para a terapia anti-retroviral em adulto e adolescentes infectados pelo HIV – 2002/2003**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. 39p.

- CARTWRIGHT, P.S.; Sexual assault study group-factor that correlate with injury sustained by survivors of sexual assault. **Obstet Gynecol**, 70:44-6, 1997
- CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Perceptions of child sexual abuse as a public health problem**. CDC- MMWR Weekly, 46(34): 801-3, 1997.
- CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guideline for treatment of sexually transmitted diseases**. CDC- MMWR, 47(RR -1): 1-118, 1999.
- CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines 2002. **CDC – MMWR**, 51(RR – 6): 69 –74, 2002.
- COHEN, C.; MATSUDA, N. E. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. **Rev Paul Med**, 109:157-64, 1991.
- CONSÓRCIO, para anticoncepção de emergência. **Pílula anticoncepcional de emergência: diretrizes médicas e de provisão de serviços**, Seattle, 1998.
- CROXATTO, H. Basic notions about the generation of a new human being the emergency contraception pill. - In: **XVII ALIRH Meeting**, 4, Curitiba/ Brasil, 2001.
- DEAN, A.G.; COULOMBIER, D.; BRENDEL, K.A.; SMITH, D.C.; BURRTON, A.H.; DICKER, R.C. et al. **Epi Info, version 6: a word processing database, and statistics program for epidemiologist on microcomputers**. Atlanta Center of Disease Control and Prevention, 1994. 589p.
- DÍAZ, J.; BARACAT, E.; GALVÃO, L.; DÍAZ, M.; O lugar da contracepção de emergência no planejamento familiar no Brasil. **Femina**, 29:153-6, 2001.
- DIEGOLI, C.; DIEGOLI, M. A Violência social e o abuso sexual contra a mulher. **J Febrasgo**, 4:6-7, 1999.

D' OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.R., Violência de gênero como uma questão de saúde: A importância da formação de profissionais. **J Rede Saúde**, 19:3-4, 1999.

DREZETT, J.; BALDACINI, I.; NISIDA, I. V.V.; NASSIF, V.; NÁPOLI, P C. Estudo da adesão a quimioprofilaxia anti-retroviral por infecção por HIV e mulheres sexualmente vitimadas. **RBGO**, 21:539-44,1999.

DREZZET, J.F. **Estudos de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. São Paulo, 2000. (Tese - Doutorado – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil).

ELLERTSON, C.; TRUSSELL, J.; HALL, W.; STEWART, F.; KOENING, J.; RAYMOND, E.G. et al. Emergency contraception. **Semin Reprod Med**, 19:323-30, 2001.

FAÚNDES, A. Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. **Femina**, 24:661-70, 1996.

FAÚNDES, A.; BEDOENE, A.; PINTO E SILVA, J.L.; OSIS, M.J.D.; HARDY, E.; DUARTE, G.A. et al. Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto por lei – relatório final. **Femina**, 25:69-78, 1997.

FAÚNDES, A. Indução de aborto por indicação médica. **J Febrasgo**, 2:5-6, 1999a.

FAÚNDES, A. Estudo atual e perspectivas dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. **J Febrasgo**, 6:4-6, 1999b.

FAÚNDES, A.; HARDY, ELLEN.; OSIS, M.J.; DUARTE, G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **RBGO**, 22:153-7, 2000

FELDHAUS, K.M.; HOURY, D.; KAMINSKY, R. Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in a emergency department population. **Ann Emerg Med**, 36(1): 23-7, 2000.

FOA, E.B.; STREET, G. Women and traumatic events. **J Clin Psychiatry**, 62(suppl 17):29-34, 2001.

GLASER, J.; SCHACHTER, J.; BENE, S. Sexually transmitted diseases in post pubertal female rape victims. **J Infect Dis**, 164:726-30, 1991.

GROSS, A.M.; BENNETT, T.; SLOAN, L.; MARX, B.; JUERGENS, J.; The impact of alcohol and alcohol expectancies on male perception of female sexual arousal in date rape analog. **Exp Clin Psychopharmacol**, 9:380-8, 2001.

GROSSI, P.K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M.J.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. **Gênero e saúde**, Porto Alegre: Ed. Artes; 1996. p.134-49.

GUILLEBAUD, J. Time for emergency contraception with levonorgestrel alone. **Lancet**, 352:416, 1998. [Commentary]

HAMPTON, H.L. Care of the woman who has been raped. **N Eng J Med**, 234-7, 1995.

HOLMES, M.M.; RESNICK, H.S.; KILPATRICK, D.G.; BEST, C.L. Rape-related Pregnancy estimates and descriptive characteristics from a national sample of women, **Am J Obstet Gynecol**, 175:320-5, 1996.

HOLMES, M.M.; RESNICK, H.S.; FRAMPTON, D. Follow-up of sexual assault victims. **Am J Obstet Gynecol**, 179:336-42, 1998.

MAIA, C.A.T.; MONDACCA, A.D.C.A.; DUARTE, C.S.; LIMA, J.A.; COLODO, M.; LEMOS, T.M. et al. Mulheres vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. **Femina**, 28:155-61, 2000.

McGREGOR, M.J.; MONT, J.; MYHR, T.J. Sexual assault forensic medical examination: Is evidence relates to successful prosecution? **Ann Emerg Med**, 39:639-47, 2002.

MONCRIEFF, J.; DRUMMOND, D.C.; MYHR, T.J.; CANDY, B.; CHECINSKI, K.; FARMER, R. Sexual abuse in people with alcohol problems. **Br J Psychiatry**, 169:355-60, 1996.

PATH. PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH - PATH - (OUT LOOK). **Desigualdade de gênero e saúde da mulher**. Seattle: PATH, 2000, 8p.

PEIPERT, J.F.; DOMAGALSKI, L.R.; Epidemiology of adolescent sexual assault. **Obstet Gynecol**, 84:867-71, 1999.

PINTO, A.L.T.; WINDT, M.C.V.S; SIQUEIRA, L.E.A. **Código penal**. 7^a.ed. São Paulo: Saraiva; 2001. p.129-30.

POPULATION REPORTS. **Como acabar com a violência contra as mulheres**, Volume XXVII(4), 1999

RAMBOW, B.; ADKINSON, C.; FROST, T. Female sexual assault: medical and legal implications. **Am Emerg Med**, 21: 727-31, 1992.

RAMIN, S.M.; SANTIN, A J.; STONE JR, I. C.; WENDEL JR, G. D. Sexual assault in postmenopausal women. **Obstet Gynecol**, 80:880-4, 1992.

REYNOLDS, M.W.; PEIPERT, J.F.; COLLINS, B. Epidemilic issues of sexually transmitted diseases in sexual assault victims. **Obstet Gynecol Surv.**, 55:51-7, 2000.

- ROMERO, M.; PASSOS, L. **DST – Doenças sexualmente transmissíveis**. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica; 1995. p.24-40.
- ROSSI, D.; MOTTA, M.L.; PINTO E SILVA, J.L. Gravidez entre adolescentes resultante de violência sexual. **RBM- Ginecologia e Obstetrícia**, 5:267-74, 1994.
- SADLER, A.G.; BOOTH, B.M.; NIELSON, D.; DOBBLING, B.N. Health-related consequences of physical and sexual violence: women in the military. **Obstet Gynecol**, 96:473-9, 2000.
- SALOMÃO, A. J. Aborto espontâneo, In: Neme, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sarvier; 1995. p.363-71.
- SANTIN, A. J.; HEMSELL, D. L.; STONE JR, I. C.; THERIOF, S.; WENDEL JR, G. D. Sexual assault in pregnancy. **Obstet Gynecol**, 77:710-4, 1991.
- SANTIN, A. J.; RAMIN, S.M.; PAICURICH, J.; MILLMAN, S.; WENDEL JR, G.R. The prevalence of sexual assault: a survey of 2402 puerperal women. **Am J Obstet Gynecol**, 167:973-5, 1992.
- SANTOS, C. M. Delegacia da Mulher em São Paulo: percursos e percalços. Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/denunciar/Brasil_2001/Cap4_Delegacia.htm - 32k. Acesso
- SILVA, S.M.V. **Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil**. In Scripta Nova. Revista Electrónica De Geografia Y Ciencias Sociales, Universidad De Barcelona, Barcelona 2000. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn-69-25.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2003.
- SILVERMAN, J.; RAJ, A.; MUCCI, L.; HATHAWAY, J. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. **JAMA**, 286: 72-9, 2001.

SLAUGHTER, L.; BROW, C.R.V. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. ***Am J Obstet Gynecol***, 166:83-6, 1992.

SLAUGHTER, I; BROWN, C; CROWLEY, S; PECK, R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. ***Am J Obstet Gynecol***, 176:609-16, 1997.

SMIKLE, C.B.; SANTIN, A. J.; DELLINGER, C.L.; HANSKINS, G.D. Physical and sexual abuse: a middle – class concern? ***J Reprod Med***, 40:347-50, 1995.

TELES, E.P.B. **Prevalência, acurácia do diagnóstico clínico e fatores associados a infecções do trato genital feminino**. Campinas, 1994 [Dissertação - Mestrado –Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas).

TORRES, T.H.R.- Abortamento: aspectos legais. ***J Febrasgo***, 6:6-9, 1999.

TRUSSEL, J.; RAYMOND, E.G. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. ***Obstet Gynecol***, 93:872-6, 1999.

VIANNA, L.A.C.; OLIVEIRA, E.M. Violência conjugal na gravidez. ***J Febrasgo***, 8:6-7, 1998.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptive for emergency contraception. Geneva, 1998. In ***Lancet***, 352: 428-33, 1998.

WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude. ***Lancet***, 359:1232-3, 2002.

WEINBERG, G.A. Postexposure prophylaxis against human immunodeficiency virus infection after sexual assault. ***Pediatr Infect Dis J***, 21:959-60, 2002.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^aed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, Unicamp. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2002).

9. Anexos

9.1. Anexo 1- Ficha de Atendimento Especial – CAISM- Urgência

Data do atendimento: ___/___/___ Hora do atendimento: _____

1. Identificação:

Nome: _____ HC nº _____
Idade: _____ Cor: _____ Estado civil: _____ Profissão: _____
Escolaridade: _____ Grau Completo Incompleto Superior Analfabeta

2. Dados da agressão:

Data da agressão: ___/___/___ Horário da agressão: _____
Agressor: Conhecido (1. Amigo 2. Convívio social) Familiar (1. pai 2. tio 3. padrasto 4. irmão 5. outros)
 Desconhecido Múltiplos Cor: Branca Não branca Não sabe
Local da agressão ou abordagem: Residência Escola Trabalho Rua
 Terreno baldio Ponto de ônibus Outro
Intimidação: Arma de fogo Arma branca Força física Grave ameaça Outras
Tipo de relação: Vaginal Anal Oral Ejaculação: Sim Não Não sabe
Uso de preservativos: Sim Não Não Sabe
Agressor: Alcoolizado: Sim Não Não Sabe
Drogado: Sim Não Não Sabe
Paciente: Alcoolizada: Sim Não Não Sabe
Drogada: Sim Não Não Sabe

3. Antecedentes pessoais:

Atividade sexual prévia: Sim Não Última relação sexual: _____ dias
G ___ P ___ A ___ C ___ Uso de contracepção atual: Sim Não
Tipo de contracepção: _____ D.U.M: ___/___/___
Uso de Drogas ilícitas: Não Sim ⇒ Nome: _____
Antecedentes para DST: Não Sim ⇒ Tipo: _____

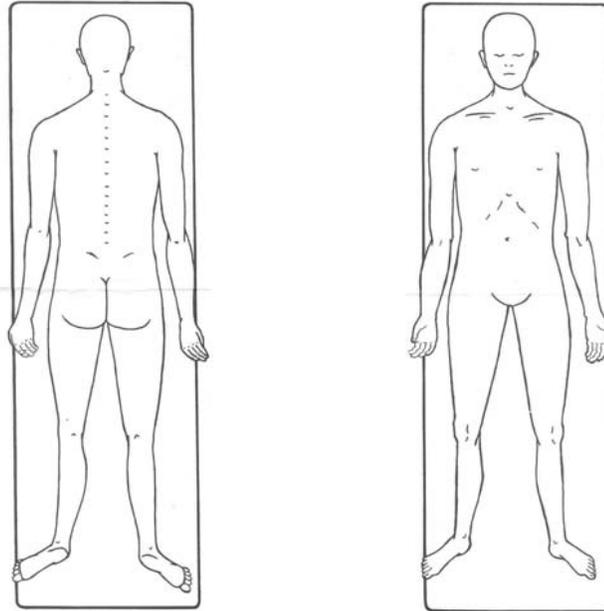
4. Exame físico geral:

P.A: _____ P: _____ T: _____
Estado geral: _____
Exame físico geral: _____

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

Tabela I:

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

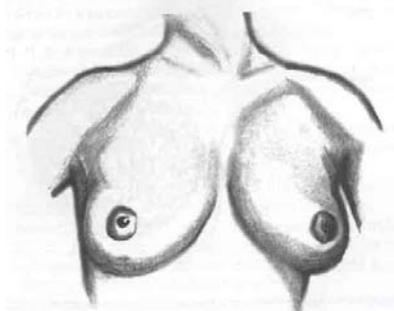


6. Exame ginecológico: Utilizar as figuras.

Mamas:

Tabela II:

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

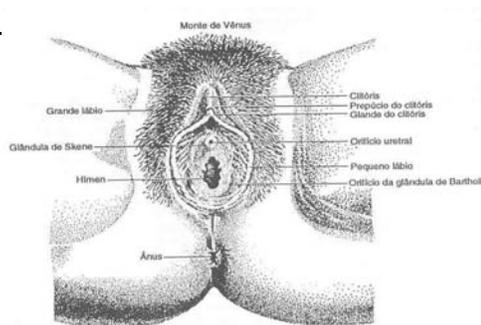


Genitais externos:

Tabela III:

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

Ânus:



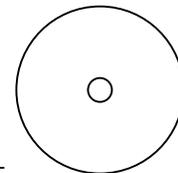
1. Normal
2. Fissura
3. Laceração
4. Sangramento
5. Secreção: _____
6. Edema
7. DST: _____
8. Corpo estranho: _____
- 9.. Outras: _____

Vagina:

- Exame especular não realizado
- Normal Corpo estranho
- Menstruada Hiperemia
- Laceração DST: _____
- Ferimento cortante
- Leucorréia: _____
- Secreção: _____

Colo uterino:

- Epitelizado
- Colpite
- Ferimento
- Ectrópio
- Tumoral
- Lesão/ DST: _____



Útero:

- AVF Vol. Aumentado Doloroso Amolecido
- MVF Vol. Normal Indolor Fibroelástico
- RVF Não realizado Gravídico Obs: _____

7. Conduta na urgência:

Colheita de material para a pesquisa de DNA: Sim Não ⇨ Se não: _____

Local: _____ Tipo de material: _____

Necessidade de intervenção clínica/cirúrgica/internação: Sim Não

Tipo de intervenção: _____

Contraceção de emergência (nas primeiras 72 h): Sim Não ⇨ Se não: _____

Método a ser administrado: Levonorgestrel Método de Yuzpe

Obs: Levonorgestrel 0,75 mg (Postinor-2 ou Pozato): Administrar 1 cp VO de 12/12 hs por 1 dia.

Método de Yuzpe (EE.100µg + Levonorgestrel 75µg): Sob aspecto prático administrar 2 cp VO de Neovlar ou Evonor de 12/12 hs ou 4 cp de Microvlar ou Nordette de 12/12 hs ou Microdiol (Desogestrel) 4 cp de 12/12 hs, todos por apenas 1 dia. Se ocorrerem vômitos precoces repetir as doses associando antieméticos.

Profilaxia para DST:

Hepatite B: Sim Não ⇨ Se não: _____

Não gestantes	Gestantes
<input type="checkbox"/> AZITROMICINA 1,0g VO dose única	<input type="checkbox"/> AMOXICILINA 500mg VO de 8/8 hs por 7 dias ou ESTEARATO DE ERITROMICINA 500mg VO de 6/6 hs por 7 dias ou CEFTRIAXONA 250mg IM dose única

Profilaxia para AIDS: Sim Não ⇨ Se não: _____

Zidovudina – AZT Nelfinavir Outras
 Lamivudina – 3TC Indinavir

8. Orientações:

- Encaminhar para a infectologia (A/S).
- Encaminhar para a psicologia.
- Fazer boletim policial e exames no IML: Já realizou Não quer realizar
- Usar preservativos obrigatoriamente em todas as relações sexuais por 6 meses.
- Orientar sobre os direitos legais.

ENCAMINHAR E AGENDAR O RETORNO DA PACIENTE APÓS 7 DIAS, NO AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO ESPECIAL À MULHER – A/E – CÓD: 17027 ANEXO AO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA GERAL – HC.

Responsável

9.2. Anexo 2 – Ficha do Ambulatório de Atendimento Especial à Mulher Hospital das Clínicas-Unicamp

Data: ___/___/___ HC n°: _____

1. Identificação da paciente: Same n°: _____

Nome: _____ idade: _____

Órgão.encaminhador: _____ ⇨ CAISM/UNICAMP

Procedência: _____ Bairro: _____

Cor (1.Branca 2.Não branca) Estado civil (1.Solteira 2.Casada
3.Amasiada 4.Viúva 5.Divorciada/Desquitada)

Escolaridade: ___ grau Completo Incompleto Superior
 Não alfabetizada Profissão: _____

Data da violência sexual: ___/___/___ Horário: _____

2. Antecedente sexual:

Atividade sexual prévia: Sim Não É gestante

Primeira relação sexual: ___ anos Número de parceiros sexuais: _____

Tratamento prévio de infecções genitais e/ou procedimentos: Sim Não Tempo: ___ Quais?
DST (1.HPV 2.Sífilis 3.Gonorréia 4.Herpes 5. Outras)

Corrimento DIP Cauterização Outros: _____

Sinais e sintomas antes da violência sexual: Nenhum Corrimento Lesões genitais

Dispareunia Prurido Sangramento Outros: _____

Uso de contracepção atual: Não Sim Tipo/Nome: _____

Antecedentes obstétricos: G ___ P ___ A ___ C ___

3. Tipificação da violência sexual:

Vaginal Anal Oral Outros: _____

4. Medicação que utilizou ou está utilizando [DST/Hepatite B/Contracepção]:

DST: Nenhuma Azitromicina Amoxicilina Eritromicina Outras: _____

Hepatite B: Não utilizou Imunogl.hepatite B Vacina para hepatite B Outras: _____

Anticoncepção de emergência: Sim Não Tipo: (1. Levonorgestrel 2. Yuzpe)

5. Medicação que está utilizando para profilaxia HIV/AIDS:

Nenhuma Zidovudina (AZT) Lamivudina (3 TC) Nelfinavir

Indinavir Outros: _____

6. Adesão à profilaxia HIV/Aids:

Foi indicada profilaxia: Sim Não

Uso correto da medicação: Sim Não Parcialmente

Intolerância: Sim Não Causas: _____ (1. Náuseas 2. Vômitos 3. Diarréia
4.Tonturas 5. Cefaléia 6.Epigastralgia 7.Urticária 8. Insônia 9. Mialgia 10. Outras)

Motivo do abandono: Não se aplica Ordem médica Conta própria

7. Relação sexual após a violência:

Sim Não Condon: Sim Não

8. Acompanhamento psicológico: Sim Não

9. Realizou boletim de ocorrência policial: Sim Não ⇨ Motivo: (1.Medo de represarias
2.Vergonha 3.Descrédito na justiça 4. Outros)

10.Realizou exames no Instituto Médico Legal: Sim Não

11. Segmento laboratorial:

	Data	AIDS	Sífilis VDRL/TPH	Hepatite B/C	CO	Bac. Vag. Flora 1, 2, 3	Pesquisa Gonococo/Clamidia/CRD
D0							
D45							
D90							
D180							

12. Anamnese/exame físico:

12.1. Queixa da moléstia atual (Ginecológica)

Sem Queixas Sangramento Corrimento Menstruada
 Verrugas Lesões/Úlceras Dispareunia Gravidez
 Atraso menstrual Prurido Dor pélvica Outras: _____

12.2. Tempo decorrido desde a violência até o início dos sintomas acima:

_____ dias Não se aplica

12.3. Data da última menstruação: ____/____/____ Nunca menstruou

12.4. Exame físico:

Estado geral: Bom Regular Ruim Deficiente mental
 Distúrbio psiquiátrico

Estado psicológico: Preservado Indiferente Depressivo/Choroso

PA: _____ P: _____ T: _____

Exame físico geral: _____

Adenomegalia: Não Sim Local: _____

12.5. Exame ginecológico: Não permitiu/não realizado

Mamas: Normais Alteradas: _____

Genitais externos: Normais Alteradas: _____

Especular: Não realizado (1. Menstruada 2. Hímen íntegro 3. Ferimento) Sem secreções

Sec. fisiológ. Sangramento Leucorréia: _____ DST: _____

Colo: Epitelizado Colpite Ectrópio (1. Leve 2. Moderada 3. Extensa)

Tumoral Outras lesões: _____

Teste de Schiller: Positivo Negativo Iodo claro



Toque vaginal (Se necessário):

Útero: AVF Vol. Aumentado Doloroso Amolecido

MVF Vol. Normal Indolor Fibroelástico

RVF Não realizado Gravídico

Ânus: Normal Fissura Patol. Orifical DST: _____

12.6. Exames colhidos:

Colpitolgia oncológica: Sim Não

Bacterioscopia e cultura de secreção vaginal e pesquisa para DST: Sim Não

12.7. Conduta: _____

Data: ____/____/____ (D ____ pós-exposição)

Queixas: _____

Exame físico: _____

Conduta: _____

Data: ____/____/____ (D ____ pós-exposição)

Queixas: _____

Exame físico: _____

Conduta: _____

9.3. Anexo 3 – Banco de Dados: Violência Sexual – Unicamp, 2003

Ficha Nº

Idade:

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

Tempo entre a violência sexual e o atendimento no CAISM

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

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

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

Cor da paciente (1) branca (2) não branca

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

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

Rebaixamento mental (1) sim (2) não Distúrbio psiquiátrico (1) sim (2) não

Renda familiar salários mínimos Não declarada Sem renda

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

Cor (1) branca (2) não branca (3) não sabe Idade aproximada (1) Não sabe

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

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

Realizou BO (1) sim (2) não

Passou pelo IML (1) sim (2) não

Uso de drogas ilícitas: Agressor: (1) sim (a. maconha b. cocaína c. estimulante/ sedativo. d. não sabe e. outras) (2) não (3) não sabe

Uso de álcool: (1) sim (2) não (3) não sabe

Uso de drogas ilícitas: Paciente: (1) sim (a. maconha b. cocaína c. estimulante/ sedativo. d. outras) (2) não

Uso de álcool: (1) sim (2) não

Atividade sexual prévia (1) sim (2) não Idade da 1ª relação anos

Nº parceiros sexuais: > 10 parceiros Gestante (1) sim (2) não

Contracepção (1) Não (2) ACO (3) inj. mensal (4) inj. trimestral (5) DIU (6) preservativo (7) laqueadura (8) comportamental

Nº Gestações:

Antec. DST (1) não (2) sífilis (3) gonorréia (4) herpes (5) DIP (6) AIDS (7) HPV (8) hepatite (9) outros

Tipo de relação (1) vaginal (2) oral (3) anal (4) não sabe

Preservativo (1) sim (2) não (3) não sabe Ejaculação (1) sim (2) não (3) não sabe

Local da ejaculação (1) vaginal (2) oral (3) anal (4) Outros

Exame ginecológico – Urgência:

Mamas (1) normais (2) equimose (3) escoriação (4) hematoma (5) mordedura (6) fcc (7) queimadura (8) outras lesões

Vulva (1) normal (2) hiperemia (3) hematoma (4) fissura (5) fcc (6) edema (7) escoriação (8) HPV (9) herpes (10) úlcera (11) hímen íntegro (12) outras

Local (1) hímen (2) fúrcula (3) pequenos lábios (4) grandes lábios (5) outros locais

Especular/lesões (1) sem (2) laceração (3) fcc (4) hiperemia (5) HPV (6) herpes (7) úlcera (8) não realizado (9) outras

Conteúdo vaginal (1) secreção fisiológica (2) menstruada (3) sem secreções (4) sêmen (5) sec. inespecífica (6) leucorréia (a. vaginose b. candidíase c. tricomonas d. inespecífica) (7) corpo estranho (8) outras

Colo (1) epitelizado (2) colpíte (3) ectrópico (4) ferimento (5) tumoral (6) DST (7) outras

Toque vaginal (1) não (2) normal (3) doloroso (4) mioma (5) útero gravídico (6) massa pélvica (7) outra

Ânus (1) normal (2) fissura (3) patol. orificial (4) HPV (5) herpes (6) úlcera (7) outras

Traumas gerais (1) sim (2) não

<input type="checkbox"/> cabeça	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT cabeça
<input type="checkbox"/> pescoço	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT pescoço
<input type="checkbox"/> tórax	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT torax
<input type="checkbox"/> abdômen	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT abdômen
<input type="checkbox"/> mmss	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT mmss
<input type="checkbox"/> mmii	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT mmii
<input type="checkbox"/> face	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT face
<input type="checkbox"/> dorso	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT dorso
<input type="checkbox"/> outros locais	(1) sim (2) não	<input type="checkbox"/> TT outros

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

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

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

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

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

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

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

Drogas ARV

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

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

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

Se intolerante

Náuseas _1_ cefaléia _2_ mialgia _3_ vômitos _4_ epigastralgia _5_ insônia _6_
diarréia _7_ urticária _8_ tonturas _9_ outras _10_

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

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

Exame ginecológico – ambulatorial:

Recusou exame (1) sim (2) não

Não realizado (1) sim

Mamas (1) normais (2) equimose (3) escoriação (4) hematoma (5) mordedura (6) pérfuro/cortante (7) queimadura (8) outros

Vulva (1) normal (2) hematoma (3) fissura (4) fcc (5) edema (6) escoriação (7) hiperemia (8) HPV (9) herpes (10) úlcera (11) hímen íntegro (12) outras

Local (1) hímen (2) fúrcula (3) pequenos Lábios (4) grandes lábios (5) outros

Vagina/ especular (1) secreção fisiológica (2) leucorréia (a. vaginose b. candidíase c. tricomonas d. inespecífica) (3) HPV (4) herpes (5) úlcera (6) recusou (7) não realizado (8) outras

Colo (1) epitelizado (2) colpíte (3) ectrópio (4) ferimento (5) tumoral (6) DST (7) outras

Toque vaginal (1) não (2) normal (3) doloroso (4) mioma (5) ut. gravídico (6) massa pélvica (7) outra

Ânus (1) normal (2) fissura (3) patol. orifical (4) HPV (5) herpes (6) úlcera (7) outras

Colheita de CO (1) sim (2) não

Se não CO (1) recusou (2) hímen íntegro (3) sangramento (4) sem secreções (5) sem rel. vaginal (6) sem rel. sexual previa (7) outros

Bac vag (1) sim (2) não

Se não Bac (1) recusou (2) hímen íntegro (3) sangramento (4) sem secreções (5) sem rel. vaginal (6) sem rel. sexual previa (7) outros

Pc gono (1) sim (2) não

Se não Pc (1) recusou (2) hímen íntegro (3) sangramento (4) sem secreções (5) sem rel. vaginal (6) sem rel. sexual previa (7) outros

P clam (1) sim (2) não

Se não P clam (1) recusou (2) hímen íntegro (3) sangramento (4) sem secreções (5) sem rel. vaginal (6) sem rel. sexual previa (7) outros

CRD (1) sim (2) não

Se não Crd (1) recusou (2) hímen íntegro (3) sangramento (4) sem secreções (5) sem rel. vaginal (6) sem rel. sexual previa (7) outros

Seguimento sorológico:

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

* CO: (1) Células epiteliais normais (2) Alterações celulares inflamatórias (3) ASCUS (4) HPV (5) NIC 1 (6) NIC 2 (7) NIC 3 (Displasia acentuada/Carcinoma in situ) (8) Carcinoma escamoso invasivo (9) AGUS (10) Adenocarcinoma (11) Cândida (12) Tricomonas (13) Gardnerella (14) Clamydia (15) Herpes (16) Outras patologias

**CRD: Positivo para: (1) Streptococcus agalactiae (2) Staphylococcus aureus (3) Escherichia coli (4) Negativo (5) Outros 6: Não realizado

Seguimento ambulatorial:

Seguimento completo |__| (1) sim (2) não

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

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

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

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

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

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

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