

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Violência sexual como questão de saúde pública:
atenção específica em serviço de saúde**

Maria Angela Mirim da Rosa e Campos

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública

Área de Concentração: Saúde Materno-
Infantil

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Néia Schor

**São Paulo
2006**

Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde

Maria Angela Mirim da Rosa e Campos

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública

Área de Concentração: Saúde Materno-
Infantil

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Néia Schor

**São Paulo
2006**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram na elaboração deste trabalho. Agradeço especialmente à profa. Dra. Néia Schor, por sua confiança, atenção e orientações a favor do meu processo de formação acadêmica e pessoal.

Ao meu marido Gilmar, aos meus filhos Mateus e Marcelo, por todo incentivo, companheirismo e carinho que deles recebi durante todo este caminhar...

Atrás de cada linha deste estudo existem
pessoas, vidas e histórias...

Compete a cada um de nós compreendê-
las, respeitá-las e, sobretudo, protegê-
las da revitimização e promover nelas a
resiliência.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Sobre a escolha do tema	17
1.2 A violência sexual como problema de Saúde Pública	18
1.2.1 A gravidez conseqüente	23
1.2.2 A presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis	25
1.2.3 Sobre os transtornos psico-sociais	28
1.3 Ações específicas em serviço de saúde	33
1.4 Sobre as atividades do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e sua proposta de trabalho	39
2. OBJETIVOS	44
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
3.1 População de estudo	47
3.2 Critério de inclusão	47
3.3 Variáveis de estudo	48
3.3.1 Variável dependente	48
3.3.2 Variáveis independentes	48
3.4 Instrumento de coleta de dados	56
3.5 Coleta de dados	57
3.6 Processamento e análise dos dados	57
3.7 Critérios éticos	58
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1 Características das pessoas atendidas	60
4.2 Características da ocorrências	73
4.3 Características do agressor	78
4.4 Características do atendimento imediato	95
4.5 Quanto aos retornos ambulatoriais	110
4.6 Quanto à presença de conseqüências à saúde	130
5. CONCLUSÕES	140
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DE UMA ATENÇÃO INTEGRAL	143
7. REFERÊNCIAS	148
ANEXOS	160
ANEXO I – FICHA DE ATENDIMENTO A PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	A-1
ANEXO II – FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	A-3
ANEXO III – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	A-5
ANEXO VI – TERMO DE AUTORIZAÇÃO	A-6

Lista de tabelas

- Tabela 1** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e idade. 62
- Tabela 2** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo, escolaridade, cor da pele, estado civil e presença de debilidade mental. 65
- Tabela 3** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo faixa etária e debilidade mental. 69
- Tabela 4** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual com presença de debilidade mental, segundo sexo e faixa etária. .. 70
- Tabela 5** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e ocupação. 72
- Tabela 6** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo local de abordagem e faixa etária. 75
- Tabela 7** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo tipo de exposição ocorrida e faixa etária. 77
- Tabela 8** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo conhecimento de identificação do agressor e faixa etária. 79
- Tabela 9** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual segundo agressores identificáveis, ou não, e faixa etária da vítima. 81
- Tabela 10** - Número e proporção do grau de relacionamento com o agressor pelas vítimas de violência sexual, segundo faixa etária. 85
- Tabela 11** - Número e proporção (%) do agressor de vítimas de violência sexual informado como “outro”. 86
- Tabela 12** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo grau de parentesco com o agressor e faixa etária da vítima. 89
- Tabela 13** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo grau de parentesco do agressor e faixa etária da vítima menor de 18 anos. 90
- Tabela 14** - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo presença de intimidação e faixa etária. 94

Tabela 15 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo fluxo de encaminhamento e faixa etária.	97
Tabela 16 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual segundo tempo de comparecimento e faixa etária da vítima.	99
Tabela 17 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo indicação de profilaxia da gravidez e faixa etária.	100
Tabela 18 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo indicação da profilaxia de DSTs e faixa etária.	102
Tabela 19 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo indicação da profilaxia do HIV e faixa etária.	104
Tabela 20 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo tempo de uso da profilaxia anti-HIV e faixa etária. ..	108
Tabela 21 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento com psicólogo e faixa etária.	114
Tabela 22 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento com infectologista e faixa etária.	116
Tabela 23 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento com infectologista e faixa etária.	120
Tabela 24 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento com ginecologista e faixa etária.	121
Tabela 25 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual segundo seguimento com ginecologista e faixa etária.	124
Tabela 26 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo indicação de seguimento ambulatorial com infectologista e/ou ginecologista e faixa etária.	126
Tabela 27 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento ambulatorial e faixa etária.	128
Tabela 28 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo presença de transtornos psicológicos e faixa etária.	132
Tabela 29 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo consequências físicas e faixa etária.	137

Lista de figuras

- Figura 1.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo. 61
- Figura 2.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e local de abordagem. 74
- Figura 3.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e tipo de exposição. 76
- Figura 4.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e identificação do agressor. 78
- Figura 5.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e grau de relacionamento com o agressor. 83
- Figura 6.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e grau de parentesco com o agressor. 87
- Figura 7.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e tipo de intimidação. 91
- Figura 8.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e fluxo de encaminhamento. 95
- Figura 9.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e tempo de comparecimento. 98
- Figura 10.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e indicação da profilaxia das DSTs.101
- Figura 11.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e indicação da profilaxia do HIV.103
- Figura 12.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e tempo de uso da profilaxia do HIV. 106
- Figura 13.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e seguimento com psicólogo. 112
- Figura 14.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e seguimento com infectologista. 117
- Figura 15.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e indicação de seguimento ambulatorial. 125

- Figura 16.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e seguimento ambulatorial. 127
- Figura 17.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e presença de transtornos psicológicos. 131
- Figura 18.** Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e presença de conseqüências físicas. 134

SIGLAS UTILIZADAS

AIDS:	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALT:	Alanina Amino Transferase
APAE:	Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de Sorocaba
ARV :	Anti-retroviral
AST:	Aspartato Amino Transferase
AVP:	Atentado Violento ao Pudor
CHS:	Conjunto Hospitalar de Sorocaba
CMEM:	Clínica Municipal de Especialidades Médicas
CRNAMDI:	Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil
DDM:	Delegacia de Defesa da Mulher
DIR:	Diretoria Regional
DSTs:	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DNA:	Ácido Desoxiribonucleico
HIV:	Vírus da Imunodeficiência Humana
HOSPUB:	Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar
HPV:	Papiloma Vírus Humano
IML:	Instituto Médico - Legal
MS:	Ministério da Saúde
NVE:	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
OMS:	Organização Mundial de Saúde
ONG:	Organização Não Governamental
OPAS:	Organização Pan-Americana de Saúde
PAI:	Programa de Ações Integradas
SAME:	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SMS:	Secretaria Municipal de Saúde
SOS:	Serviços de Obras Sociais
SUS:	Sistema Único de Saúde
UNICAMP:	Universidade Estadual de Campinas
USP:	Universidade de São Paulo
VIVER:	Serviço da Atenção às Vítimas de Violência Sexual de Salvador
p.:	Página
>:	Maior
<:	Menor

RESUMO

Campos MAMR. **Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

A violência sexual caracteriza-se como complexo problema de saúde pública, que pode trazer conseqüências físicas e psicológicas para a saúde da pessoa exposta e vitimada. Em situações de risco, a contaminação pelas Doenças Sexualmente Transmissíveis e a gravidez indesejada podem ser prevenidas por meio da terapêutica quimioprolática e transtornos emocionais podem ser amenizados mediante orientação psicológica precoce. O seguimento ambulatorial em especialidades, indicado pelo período de seis meses, possibilita verificar se houve eficácia na prevenção efetuada e orientar quanto à promoção à saúde. Com o intuito de conhecer algumas características das vítimas e de seus seguimentos ambulatoriais, avaliaram-se 305 prontuários de pessoas atendidas após violência sexual, em Centro de Referência, entre julho de 2003 a junho de 2004. Encontraram-se pessoas com idades até 77 anos e a mediana situou-se em 13 anos. Houve predomínio de vítimas do sexo feminino (89,2%), e as maiores freqüências foram observadas entre solteiras (49,8%), estudantes (47,2%) e com cor de pele branca (57%). Entre os agressores identificáveis, informados em 75,1% dos atendimentos, tiveram maior representatividade o padrasto (n=35) e o pai (n=31). Indicou-se profilaxia para gravidez em 23,9% dos atendimentos, para Doenças Sexualmente Transmissíveis em 29,5% e, para prevenção do vírus HIV, em 27,9%. Entre os seguimentos ambulatoriais, indicados nas especialidades de infectologia (70,8%) e ginecologia (58,8%), verificaram-se 60,4% de retorno em algum tipo de consulta em infectologia e 40,7%, em ginecologia. Seguimentos com psicólogo foram indicados para 98% das vítimas e destas, 23% passaram em algum tipo de retorno. Frente ao exposto, este estudo aponta para a necessidade de ações e políticas que possibilitem e favoreçam os seguimentos em consulta ambulatorial para vítimas de violência sexual, expostas ao risco de conseqüências à saúde física e psicológica.

Descritores: Violência Sexual; Profilaxia ao HIV/DSTs pós violência sexual; Conseqüência à saúde pós violência sexual; Saúde da mulher; Gênero

ABSTRACT

Campos MAMR. Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde./Sexual violence as a public health issue: specific attention in healthcare service [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

Sexual violence is considered to be a complex public health problem which can bring either physical or psychological consequences to the health of the exposed and victimized person. In risky situations, the contamination by Sexually Transmitted Diseases and the non desired pregnancy may be prevented through chemoprophylactic therapeutic and emotional disorders may be reduced with early psychological orientation. The outpatient follow up in specialty, indicated for a six month period, makes it possible to check if the prevention was really effective and to orient towards health promotion. Aiming to learn about the victim features and their outpatient follow up, 305 medical charts have been evaluated. All these people had been attended in Reference Center from July 2003 to June 2004, after suffering sexual violence. People's age went up to 77 years old and the median was 13 years old. Most victims were female (89,2%) and the highest frequency seemed to be among single (49,8%), students (47,2%) and Caucasian (57%). Among the identifiable aggressors, who had been informed in 75,1% of the cases, the stepfather (n=35) and the father (n=31) were the most representative. Prophylaxis for pregnancy (23,9%), for Sexually Transmitted Diseases (29,5%) and for preventing HIV virus (27,9%) were indicated. Among the outpatient follow up, which had been indicated in infectology (70,8%) and gynecology (58,8%), it has been observed that the outpatients who returned for at least some of the medical appointment were 60,4% in infectology and 40,7% in gynecology. Follow up with psychologists was indicated for 98% of the victims and among these, 23% have returned. Therefore, after all these data, this study aims to show the need of actions and policies which may enable and favor outpatient follow up for sexual violence victims who are exposed to risks, both for their physical and psychological health.

Descriptors: Sexual Violence; Prophylaxis to HIV/STD after sexual violence; consequences to health after sexual violence; Woman's health; Gender.

“É necessário que os serviços de saúde, ao abordarem o problema, estabeleçam com cada mulher uma escuta responsável, exponham as alternativas disponíveis em termos de acolhimento e intervenção(...)”.

(SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999)

“Do que se tem medo? Da morte, foi sempre a resposta. E de todos os males que possam simbolizá-la, antecipá-la, recordá-la aos mortais. Da morte violenta completaria Hobbes. De todos os entes reais e imaginários que sabemos ou cremos dotados de poder de vida e de extermínio. (...) Temos medo do grito e do silêncio; do vazio e do infinito; do efêmero e do definitivo; do para sempre e do nunca mais. (...) Temos medo do ódio que devora e da cólera que corrói, mas também da resignação sem esperança, da dor sem fim e da desonra, da mutilação dos corpos e dos espíritos (...)

(CHAUI, 1987)

1. INTRODUÇÃO

1.1 Sobre a escolha do tema

A vulnerabilidade a conseqüências físicas e psicológicas de pessoas que vivenciaram a violência sexual motivou-nos, no Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, a enfrentarmos o desafio da implantação de serviço para atendimento imediato a pessoas que sofreram violência sexual, com foco voltado à prevenção de agravos resultantes dessa ação, seguindo diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Essa proposta esteve assentada no reconhecimento de que Doenças Sexualmente Transmissíveis – DSTs, contaminação pelo vírus HIV e gravidez não planejada podem ser evitadas, desde que a medicação específica seja iniciada em período máximo de 72 horas após a ocorrência da violência sexual. Transtornos psicológicos podem igualmente ser amenizados, tão logo tenha início a terapia correspondente.

Tal conduta profilática, orientada pela norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, editada em 1998, pelo Ministério da Saúde, deve ter seu foco voltado à terapêutica preventiva e acompanhamento ambulatorial, quando é avaliada a eficácia do atendimento iniciado.

A observação da interrupção e abandono a esse seguimento, por parte das vítimas, levou-nos a buscar informações na literatura, entretanto, a escassez de estudos epidemiológicos nacionais a esse respeito despertou o interesse nesse esclarecimento. Conhecer as características das pessoas atendidas e o real comparecimento ao tratamento/acompanhamento proposto tornou-se o propósito desta pesquisa, com vistas a obter subsídios para facilitar formas de lidar com diferentes demandas, de modo a possibilitar a integralidade dos cuidados e promover a prevenção.

1.2 A violência sexual como problema de Saúde Pública

A violência é um problema mundial, social e histórico, que tem aumentado de forma assustadora e, tal qual uma moléstia contagiosa, tomou proporções de uma verdadeira epidemia, tornando-se motivo de preocupação e estudo por parte de autoridades sanitárias e legais (FERREIRA e SCHRAMM, 2000; BERGAMO et al., 2000; CAMARGO, 2000).

Integrada nesse conceito, a violência sexual faz parte do universo da Saúde Pública por razões bem definidas, pois traz consigo o significado de agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, à qualidade de existência, e, também, num sentido mais restrito, afeta a saúde (MINAYO e SOUZA, 1999). Nesse campo, a epidemiologia tem oferecido valiosas contribuições aos estudos da violência, entretanto, a complexidade desse fenômeno exige abordagem, ao mesmo tempo social e psicológica, levando em conta, inclusive, os aspectos biológicos (MINAYO e SOUZA, 1997).

Para Weisberg, citado por MINAYO e SOUZA (1997), enquanto que, no âmbito da polícia e da justiça, o impacto incide sobre a vítima e o agressor, com foco voltado ao castigo deste último, as ações da área de saúde buscam o bem-estar, na perspectiva propositiva que as caracterizam.

Essa inclusão em uma área que atende sob a “racionalidade biomédica da intervenção”, com profissionais que atuam impondo alternativas terapêuticas, ou seja, com olhar voltado para a “doença como alteração anátomo-patológica”, necessita, então, que profissionais estejam sensibilizados para essa nova interpretação, com a tomada de decisões compartilhadas no atendimento às pessoas que devem ser consideradas sujeitos plenos (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999; SCHRAIBER et al., 2003).

A partir dos anos 90, a violência sexual passou a ser considerada foco de atenção na área da saúde pública, passando, desde então, a receber a implantação de políticas públicas direcionadas à pessoa que tenha vivenciado essa situação, não apenas para os cuidados assistenciais e pontuais oferecidos nas emergências hospitalares, mas também, como objeto de prevenção e promoção da saúde (UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO, 2001; MINAYO e SOUZA, 1999).

No Brasil, não há dados precisos a respeito dos crimes sexuais. Estima-se que os registros das delegacias correspondam a cerca de 10 a 20% dos casos que realmente acontecem (DREZETT et al., 1999; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995). Estudos sobre o tema indicam que a maior parte dessa violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado, sendo que, menos de 10% dos casos chegam às delegacias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b), atribuindo-se a essa condição de subnotificação¹ a possível causa da ausência de dados globais (REIS, 2001; DREZETT, 2000b; SAFFIOTI, 1997).

Enquanto que a violência urbana atinge, principalmente, a população masculina, com morte por causas externas apresentando maior incidência na faixa etária entre 10 a 19 anos (UNBEHAUMS et al., 2005), a maioria das violências sexuais contra crianças e adolescentes ocorre dentro das próprias famílias. A família e a sociedade ainda silenciam a violência sexual doméstica (LIPPI, 2002), um fenômeno que, de acordo com SAFFIOTI (1997), ocorre em cerca de 30% das famílias norte americanas. SCHRAIBER et al. (2000) citam que o abuso sexual infantil, que tem maior incidência sobre meninas, pode ser definido como violência doméstica, uma vez que, na sua maioria, tem como autor um parente próximo à criança. FONTANA e SANTOS (2001) referem que a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial das Nações Unidas estimam que apenas

¹ REIS (2001) compara as notificações de ofensas sexuais com a "ponta do iceberg" da violência sexual denunciada, cuja base oculta e alargada permanece dentro da cifra negra da criminalidade.

2% dos casos de abuso sexual contra crianças, em que o autor é um parente próximo, chegam a ser denunciados à polícia.

Envolvendo crianças, SAFFIOTI e ALMEIDA (1995) consideram o abuso sexual como uma questão cultural de exploração – dominação, de posse e propriedade e ocorre em proporções que, para cada nove meninas vitimizadas sexualmente, há um menino nas mesmas condições.

Estudos apontam maior incidência do incesto em crianças, principalmente meninas, sendo que FONTANA e SANTOS (2001) relatam a maior ocorrência nas idades entre 7 a 10 anos. REIS (2001) encontrou crianças no grupo de 9 a 11 anos e SAFFIOTI (1997), crianças entre 7 e 13 anos.

Nos Estados Unidos, calcula-se que apenas 16% dos estupros sejam comunicados às autoridades, sendo que, no incesto, estes percentuais não chegam a 5% (DREZETT, 2000b).

De acordo com CHARAM (1997), o incesto é, talvez, a forma de abuso mais difícil de ser reconhecida, pois poucas crianças revelam o ocorrido. Cabe lembrar que o incesto, no Brasil, não é considerado como crime autônomo, mas apenas como uma circunstância agravante de algum outro crime sexual. O fato de a vítima ser criança ou adolescente é considerado agravante do delito (FONTANA e SANTOS, 2001).

SAFFIOTI (1994) refere que, das crianças que sofreram violência sexual, 94% citadas na literatura nacional e 97% na literatura internacional são do sexo feminino. A mesma autora relata que o alvo preferencial de agressores sexuais não são os adolescentes, mas crianças, entre 7 e 10 anos de idade, sendo as meninas a maioria esmagadora das vítimas (SAFFIOTI, 1987).

A condição de deficiência mental, em qualquer idade, é apresentada por DREZETT (2002b) como importante fator de vulnerabilidade, estando estimada, pelo autor, a prevalência de 50% dos deficientes mentais que teriam sido abusados sexualmente, ao menos uma vez, em suas vidas.

Autores, como REIS (2001) e UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO (2001), também relacionam mulheres como mais expostas a esse

tipo de crime, fato que, no panorama internacional, foi encontrado no serviço municipal de Oslo, Noruega, em 1986, no atendimento de 141 casos de violência sexual, dos quais, 92% acometendo mulheres (CAMARGO, 2000).

DREZETT (2000b), em pesquisa realizada, observou que, enquanto entre adultas e adolescentes predominou o estupro², entre crianças houve maior incidência de atentado violento ao pudor³, diferente do coito anal ou oral. Das pessoas vitimizadas por estupro, houve predomínio de adolescentes, com idades entre 15 e 19 anos, e adultas jovens, com menos de 24 anos. Para SCHOR et al. (1994), adolescentes e adultas jovens compõem um grupo que está mais exposto à violência urbana, ou seja, fora de seu domicílio, por ter “vida social” mais intensa em festas, bailes, etc.

Quanto à ocorrência de estupros, REIS (2001) e DREZETT (2000a) referem que a idade inferior aos 24 anos foi a mais relatada entre diferentes autores.

Enquanto que SAFFIOTI e ALMEIDA (1995), CHARAM (1997), UNIÃO DAS MULHERES (2001), DREZETT (2000b) e REIS (2001) citam que, entre as crianças houve predomínio de ofensores conhecidos e, entre adultas, predominou o ofensor desconhecido, encontramos a citação de FONTANA e SANTOS (2001) a respeito de pesquisa realizada na Universidade de Brasília, em que foi levantada a hipótese: “A diferença entre os autores conhecidos e desconhecidos não permite conclusões, principalmente, se for considerado que a maioria dos casos intrafamiliares não é denunciada, seja por constrangimento, seja por medo de alguma implicação nas relações familiares”.

Em pesquisa realizada, simultaneamente, em oito países, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde, SCHRAIBER e D’OLIVEIRA (2001) verificaram que mulheres que sofreram violência física e/ou sexual relataram mais problemas de saúde, como dores, desconfortos

² Estupro é definido no Código Penal Brasileiro, em seu artigo 213: Constranger mulher a conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça (HUNGRIA, 1959).

³ Atentado violento ao pudor é definido no Código Penal Brasileiro, em seu artigo 214: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal (HUNGRIA, 1959).

severos, problemas de concentração e tonturas e, também, duas a três vezes mais a intenção e a tentativa de suicídio e maior frequência para o uso do álcool, quando comparadas com mulheres sem história de violência. Relatos semelhantes foram feitos por CAMARGO (2000) e MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002b).

O primeiro serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência foi criado em Oslo, Noruega, em 1986 (UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO, 2000). No Brasil, o primeiro Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual foi criado em 1989, no Hospital Jabaquara, na cidade de São Paulo (BUENO, 2002).

D'OLIVEIRA e SCHRAIBER (1999) definem a década de 90 como período no qual a saúde pública reconheceu a violência contra a mulher, sendo esta ação proveniente de representações feministas, assim como de associações profissionais, serviços de saúde e organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde – OMS, e Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS.

No Estado de São Paulo, a Lei nº 10.920, de 11 de outubro de 2001, cita em seu artigo 1º - “As Delegacias de Polícia e de Defesa da Mulher ficam obrigadas a informar, no ato do registro de ocorrência delituosa, às mulheres vítimas de estupro ou de atentado violento ao pudor, previstos, respectivamente, no “caput” dos artigos 213 e 214 do Código Penal, definidos como crimes contra a liberdade sexual, ou ao parente mais próximo, o direito ao tratamento preventivo contra a contaminação pelo vírus HIV, fornecido gratuitamente pelo Estado”.

§ único – “As Delegacias de Polícia e de Defesa da Mulher indicarão e encaminharão as mulheres, vítimas de crimes contra a liberdade sexual, aos órgãos e entidades públicas de saúde que realizam o tratamento previsto no “caput” deste artigo”.

Desta forma, ao se considerarem os riscos a que estão sujeitas as pessoas que passaram por violência sexual, a área da saúde pública, que tem sua ênfase voltada à prevenção, deve colocar, como ponto de partida, a convicção de que, tanto o comportamento violento como suas

conseqüências, podem ser evitados. KRUG et al. (2002) assinalam que a saúde pública deve ter, como prioridade, persuadir os mais diversos setores nos níveis global, nacional e comunitário a se comprometerem em criar comunidades seguras e saudáveis no mundo todo, propondo-se a revelar o conhecimento a respeito de todos aspectos que envolvem situações de risco, investigar causas e demais fatores relacionados, propor e avaliar intervenções voltadas à prevenção, assim como analisar a relação custo/efetividade dos programas adotados.

Para SCHRAIBER e D'OLIVEIRA (1999), a incorporação do tema, dentro de uma racionalidade apenas biomédica não condiz com a complexidade da atenção necessária. As autoras ressaltam a importância de que a pessoa que comparece ao serviço de saúde seja ouvida em toda a complexidade de sua demanda.

1.2.1 A gravidez conseqüente

Uma das conseqüências do estupro é a gravidez. Segundo citação do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002a), para a mulher que passou pelo problema, descobrir estar grávida, após um estupro, é uma situação que a agride ainda mais, dado que a faz sentir-se impotente e, novamente, invadida pelo agressor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Estudos mostram que a possibilidade de ocorrer concepção em um único coito sem proteção, em um dia qualquer do ciclo menstrual, é de 2 a 4%, sendo este risco aumentado no período fértil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a). No caso de violência sexual, o risco de gravidez é idêntico, estimando-se que ocorra em 2 a 5% dos casos entre vítimas na idade reprodutiva (REIS, 2001). Segundo DREZETT (2000b), a taxa de gravidez por estupro varia entre 1% e 5%, estimando-se algo como 32.000 gestações decorrentes de estupro, a cada ano, apenas nos Estados Unidos.

Em estudo realizado com mães adolescentes, grávidas entre 10 e 14 anos de idade, SANTOS e SCHOR (2003) verificaram que, para a maioria

das adolescentes entrevistadas, a vida apresentava-se pior naquele momento do que antes de ficarem grávidas, sendo este fato relatado por jovens que tinham parceiros regulares e referiam vida sexual ativa.

DREZETT (2002b) considera que ainda não se conhece o exato destino das gestações indesejadas, sendo que grande parte das vítimas recorre a serviços clandestinos de abortamento e, para aquelas com menores recursos econômicos, resta o abortamento em condições inseguras.

Apesar de o Código Penal Brasileiro considerar, desde 1940, que não se pune o aborto praticado por médico, se a gravidez resulta de estupro (HUNGRIA, 1959), poucas são as instituições que efetivamente adotam esse procedimento. Ainda procurando amparar a mulher, a Constituição de Estado de São Paulo traz, em seu artigo 224, que compete à rede pública de saúde, pelo seu corpo clínico especializado, prestar atendimento médico para a prática do aborto, nos casos previstos pela legislação penal.

Em publicação mais recente, no Estado de São Paulo, a Lei nº 10.291, de 7 de abril de 1999, estabelece que os servidores das Delegacias de Polícia e de Defesa da Mulher, no ato do registro policial, ficam obrigados a informar às mulheres vítimas de estupro, que, caso venham a engravidar, poderão interromper, legalmente, a gravidez, conforme determina o artigo 128 do Código Penal. No ato do registro policial, o servidor da Delegacia deve fornecer a relação das unidades hospitalares públicas, com os respectivos endereços, aptas a realizarem a referida interrupção de gravidez.

Assim, o risco de gravidez deve ser avaliado e considerado por profissional da instituição de saúde que atende a vítima de violência sexual, devendo ser oferecida, quando indicada, a medida preventiva de gravidez, em forma de contracepção de emergência.

1.2.2 A presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Hoje, o crescimento das DSTs vem se registrando em todas as regiões do planeta, afetando homens e mulheres de diferentes faixas etárias e deixando de relacionar-se com a prostituição, como ocorria até a década de 50, quando eram mais freqüentes em homens na faixa de 20 a 30 anos de idade (TAKIUTI, 1997; ADORNO e ALVARENGA, 2001).

A infecção pelas DSTs⁴, quando não diagnosticada ou não tratada, poderá produzir graves conseqüências. Além dos quadros inflamatórios, de esterilidade, de doenças neurológicas e do sistema imunológico, considera-se o risco da infecção pelo Papiloma Vírus Humano - HPV e sua relação com o câncer de colo uterino, a relação do vírus da hepatite B com o câncer hepático e a interação das DSTs com o HIV, favorecendo a infecção e seu desenvolvimento (REIS et al., 2001).

REIS et al. (2001) referem, o risco para aquisição de DSTs após violência sexual na proporção de 19,5% para vaginose bacteriana, 12,3% para *Trichomonas vaginalis*, 4,2% para *Neisseria gonorrhoea* e 1,5% para *Chlamydia trachomatis*. Esses autores mencionam, ainda, que o risco para transmissão da Hepatite B, por via percutânea com sangue HbsAg positivo, é estimado em 30%, porém, nos casos pós contato sexual, este risco é desconhecido.

Algumas DSTs, como Hepatite B, gonorréia, sífilis, clamidíase, tricomoníase, donovanose e cancróide, podem ser evitadas com o uso de medicamentos reconhecidamente eficazes, quando administrados precocemente, entretanto, para outras doenças, como Hepatite C e herpes genital, não há atualmente agentes eficazes (DREZETT, 2000 b). Nos Estados Unidos da América, em junho de 2006, o Food and Drug Administration - FDA aprovou o uso da primeira vacina contra papilomavirus humano - HPV, para mulheres entre 9 a 26 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2006), entretanto, no Brasil, na rede

4 O risco pode variar segundo a susceptibilidade pessoal para as DST, a infectividade do microorganismo transmitido e a presença de lesões genitais ou anais.

pública de atendimento, esse imunobiológico ainda não está disponível para uso.

Sabe-se que algumas DSTs, quando não diagnosticadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até ao óbito. Além de poder causar grande impacto psicológico em seus portadores, algumas DSTs, durante a gestação, podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe lesões importantes, por vezes, irreversíveis. Nesse sentido, a prevenção e o diagnóstico precoce das DSTs em adolescentes são fundamentais.

Quanto ao risco para adquirir DST após violência sexual, REIS et al. (2001) colocam que não é de fácil determinação esse índice, devido à dificuldade de se diferenciarem aquelas previamente existentes ao incidente e as adquiridas após este. Esses mesmos autores, em estudo conduzido, consideraram que as infecções presentes até 72 horas após o estupro eram pré-existentes e, dos casos examinados, 43% das vítimas apresentaram, pelo menos, uma DST pré-existente. Os autores acrescentam, ainda, que, mulheres previamente infectadas por DST, na exposição à violência sexual, sofrerão um risco adicional para contraírem o HIV, devido à presença de lesões inflamatórias e, muitas vezes, ulcerativas, já presentes, facilitando a infecção viral.

Entre as DSTs, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS – é considerada a mais grave epidemia do século XX. Em sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em 2001, o Brasil e todos os países presentes assinaram uma Declaração de Compromisso sobre o HIV/AIDS, estabelecendo metas e estratégias para combate à doença, sendo que até 2003⁵, deviam ser complementados programas de prevenção, cujas atividades fossem direcionadas a indivíduos sob o risco de infecção pelo HIV (VILLELA, 2001).

A infecção pelo HIV representa a principal preocupação para cerca de 70% das vítimas de violência sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b),

⁵ Até essa data, em todos os países deviam ser implementadas estratégias, políticas e programas nacionais que identificassem e enfocassem os fatores que tornam as pessoas particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV (VILLELA, 2001).

contudo, o risco em adquirir o HIV depende, também, de outros fatores, como tipo de violência, a idade da vítima, presença de DST ou úlcera genital prévia, número de agressores e traumatismos genitais (BAMBERGER et al., 1999; FAÚNDES et al., 2002; BABL et al., 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). Assim, a presença de roturas himenais, completas ou não, pode aumentar significativamente os riscos de infecção para as DST/AIDS, por romper a integridade dos tecidos, mesmo em casos que não concorram com traumas genitais (DREZETT, 2000a).

Em relações sexuais, mantidas por meio da violência, DREZETT et al. (1999) e MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002b) apontam uma prevalência entre 0,8 a 1,6% para o HIV, sendo que essa proporção se eleva significativamente se a mulher apresentar traumas ou úlceras que rompam a integridade da mucosa genital. REIS et al. (2001) informam um risco menor que 0,1% diante de um único incidente de crime sexual, comparando-se com o risco estimado em adquirir HIV em relação consentida. Em relação heterossexual, única, com coito anal, DREZETT et al. (1999) citam que, para a mulher, a taxa de infectividade do vírus HIV é de 0,1 a 0,3%, enquanto que, para ANDRADE et al. (2001), esse risco no intercurso anal receptivo é de 0,5 a 3%. Ambos autores lembram que a presença de sangue ou de lesões pode aumentar significativamente esses números. VILLELA (2001) relata que a relação sexual desprotegida é, hoje, o principal modo de transmissão da AIDS no Brasil, tendo sido responsável por 43,5% dos novos casos registrados no ano 2000. Essa mesma autora mostra que, em pesquisa realizada no Hospital Evandro Chagas, no Rio de Janeiro, 30% das mulheres portadoras do HIV, atendidas em seu ambulatório, são ou foram vítimas de violência doméstica e/ou de abuso sexual.

Devido aos comportamentos sexuais dos agressores, considera-se que os mesmos possuam uma diversificada natureza e variedade de contatos, possibilitando-lhes alto risco para DSTs, expondo, assim, suas vítimas igualmente ao risco (REIS et al., 2001).

1.2.3 Sobre os transtornos psico-sociais

O reflexo mais direto da violência sobre a saúde é a queda da auto-estima e o aumento da vulnerabilidade de quem a sofre (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1990).

Na verdade, ainda existe uma enorme distância entre o que a sociedade conceitua como crimes sexuais, e o que ela realmente promove, quando se depara com eles (DREZETT, 2000a). Quanto a esse conceito, POMPEU (2000, p.3) descreve que, durante séculos, a mulher vítima de uma agressão sexual tinha muito pouco a fazer. “O roteiro era mais ou menos o seguinte: esconder ao máximo a vergonha do acontecido, comentar a agressão com o mínimo de pessoas possível e erguer as mãos em súplica para não estar grávida e nem ter contraído nenhuma doença sexual. A única atenção dispensada, no sentido de evitar seqüelas psicológicas, era continuar com seus afazeres rotineiros e torcer para que o tempo trouxesse o remédio do esquecimento”.

Apesar de movimentos e organizações de mulheres terem trazido para a cena pública a idéia de construção das mulheres como sujeitos de suas próprias vidas e da história humana⁶, as manifestações sociais pós-violência sexual podem incluir isolamento, por medo de que outros descubram o acontecido, medo que essa violência se repita, mudanças freqüentes de emprego ou moradia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a). Muitas mulheres omitem a violência sofrida, não relatando à família e, em alguns casos, nem mesmo ao parceiro (DINIZ, 2000). Pesquisa realizada por profissionais do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, no ano de 1997, em São Paulo, revelou que três, em cada dez mulheres que sofreram violência física ou sexual, jamais haviam comentado sobre esse assunto com alguém (POMPEU, 2000). Assim, praticados na maioria das vezes sem testemunhas, os crimes sexuais sempre permaneceram na dependência da

⁶ Este fato apresentado por PORTELLA (2000), é considerado por alguns cientistas sociais como o mais importante do século 20.

queixa de suas vítimas, do crédito para serem ouvidas, de vizinhos, parentes e profissionais atentos e sensibilizados para a quebra do silêncio (REIS, 2001).

Para MAIA et al. (2000), essa “invasão da intimidade sexual” pode causar uma desestruturação na organização psíquica, na auto-estima e na vida pessoal. Mecanismos de defesa inconscientes, como: negação, isolamento e repressão, podem ser observados, em função do sofrimento psíquico e da estrutura da personalidade. CHARAM (1997) refere que, das mulheres estupradas, 31% apresentam redução do desejo sexual. A dispáurenia⁷ é usual. Há relutância em retomar a prática sexual com o parceiro – o sexo passa a ser interpretado como “sujo”-, atitudes estas que tendem a agravar-se, caso o parceiro tenha dificuldade em tratar do assunto.

Também é comum que o agressor tenha formulado ameaças à integridade física da vítima ou de algum familiar, caso o ocorrido fosse revelado. Assim, a pessoa que já foi humilhada, está amedrontada e confusa, e, rompendo a barreira do silêncio, ao efetuar a denúncia, muitas vezes, transforma sua vida e sua intimidade em propriedade pública, ficando à mercê do hospital, da polícia, da justiça, do rádio, da televisão e da opinião pública (CHARAM, 1997; FAUNDES e ANDALAF NETO, 2000).

Manual da UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO (2001) informa que, em relação às estatísticas das Delegacias de Defesa das Mulheres⁸, das ocorrências registradas em 1994, observa-se crescimento significativo em registros de “crime sexual sem violência”, o qual certamente se refere ao crime sexual sem violência física. Segundo as autoras, a abreviação pode passar a idéia errônea de que exista algum crime sem violência, particularmente em se tratando de crime sexual, quando a violência psicológica está sempre presente.

⁷ Dor ou incômodo à penetração do pênis na vagina.

⁸ A Delegacia de Defesa da Mulher tem outras denominações ao nível do território nacional. No Rio de Janeiro é denominada Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher. A primeira delegacia dessa natureza foi criada em São Paulo, em 1985, inspirando iniciativas similares em todo o país (ALMEIDA, 1998)

Já, referente à violência sexual vitimizando crianças, TEICHER (2002) relata que, como o abuso infantil ocorre durante o período formativo crítico, em que o cérebro está sendo fisicamente esculpido pela experiência, o impacto do extremo estresse pode deixar uma marca indelével em sua estrutura e função. Tais abusos parecem induzir a uma cascata de efeitos moleculares e neurobiológicos, que alteram, de modo irreversível, o desenvolvimento neuronal.

CHARAM (1997) traz que, em crianças, esse evento traumático tende a desenvolver problemas psicopatológicos, em qualquer idade, se não forem adequadamente abordados.

Autores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b; DREZETT et al., 1999) referem que a violência sexual pode causar conseqüências mais graves após os 7 anos de idade, quando a criança passa a compreender os valores morais e sociais relacionados ao sexo. FERREIRA e SCHRAMM (2000) citam que o abuso contra a criança produz um dano duplo, uma vez que atinge a própria criança e o futuro adulto em que vai se tornar. Os autores colocam ainda, que a solução do problema, visto por muitas pessoas (punição do abusador), pode demandar um acréscimo de sofrimento para a criança, pois acarreta a separação da pessoa em quem ela sempre confiou.

O alto grau de reprovação social pode ser fator para a família manter o sigilo, nos casos de abuso incestuoso, conforme refere o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002a). Nestes casos, enquanto que a sociedade tem interesse em ver o abusador identificado e punido, a criança poderá se sentir responsável por toda mudança que pode ocorrer de sua revelação e, muitas vezes, segundo FERREIRA e SCHRAMM (2000), a criança quer a interrupção do abuso, mas não deseja a punição do abusador. A própria casa predomina como local de ocorrência desses crimes incestuosos, conforme relatam REIS (2001) e DREZETT (2000a).

Respostas emocionais familiares em situações em que a vítima é criança ou adolescente podem ser semelhantes àquelas demonstradas pela sociedade, ou seja, de acusação ao estuproador, acusação à vítima, ou à própria família. A família pode se tornar super protetora e sufocante,

desencadeando problemas escolares, como dificuldades no aprendizado, no relacionamento com os colegas, medos sexuais e preocupações (CHARAM, 1997).

Sobre a ocorrência da violência sexual na adolescência, TAKIUTI (1997) considera que essa é uma fase de perguntas e de dúvidas e que, se estas não forem ouvidas, discutidas e esclarecidas, com liberdade e sem preconceitos, poderão dar origem a ansiedades, angústias e frustrações. Nesse período, segundo a autora, a exposição à violência sexual poderá contribuir para inserir essa população nas fileiras dos mais vulneráveis. POLANCZYK et al. (2003), em estudo com adolescentes vítimas de violência sexual, referem, entre estes, maior frequência de exposição à violência comunitária, em geral, considerando este fato uma consequência do comportamento desorganizado, possivelmente associado ao evento traumático.

A esse respeito, CHARAM (1997) refere que, enquanto que a mulher adulta, freqüentemente, apresenta reações anormais por horas ou dias, em 21% das adolescentes de seu estudo, constatou conflito sexual posterior, dúvida sobre a capacidade de desempenho satisfatório nas relações sexuais em casamento futuro e sentimento de serem menos atraentes para o homem.

No que diz respeito às reações da adolescente e da mulher ao estresse após o estupro, o mesmo autor descreve três fases: fase de impacto, ou de reação aguda, que permanece de alguns dias a várias semanas, quando ocorre ansiedade intensa, desorganização dos pensamentos, choque emocional e descrença nas pessoas. Em seguida, a fase pós-traumática, ou de “recuo”, que se caracteriza por um ajustamento externo que, às vezes, pode levar até à negação do estresse sofrido pela violência, quando se observa uma melhora do estado de consciência, dando-se melhor conta das coisas e as emoções vão se tornando mais ajustadas. A terceira fase, ou de reconstituição pós-traumática, é um período em que ocorre a procura do ajustamento ao meio, na tentativa de resolver o problema, quando pode ocorrer uma ocasional depressão e uma

necessidade intensa de falar sobre seus sentimentos conflitantes (CHARAM, 1997).

Outros autores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a; POMPEU, 2000) apontam reações como insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade, revolta e sensação de culpa, como sintomas psicossomáticos envolvidos no estresse pós-traumático.

CHARAM (1997) refere, ainda, que respostas emocionais podem evidenciar um terrível trauma, porém, a vítima pode mostrar-se controlada, aparentemente tranqüila e dona de si, demonstrando pouca angústia, não aparentando ações de choque, nem mostrando esgotamento. Para o autor, isto pode ser explicado em razão de as reações psicológicas estarem relacionadas com o medo das lesões corporais, da mutilação e da morte, pela consciência de que poderia ter sido assassinada. E as defesas pessoais nada mais fazem do que tentar bloquear os pensamentos relacionados com o fato, e desfazê-lo, por meio de fantasias em torno de como a violência poderia ter sido evitada.

Profissionais que atuam no atendimento a pessoas nessa situação necessitam estar devidamente capacitados para efetuar o acolhimento e conduta (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2002), pois, o abuso sexual, especialmente, quando envolve crianças, desperta fortes reações emocionais na grande maioria dos indivíduos, o que leva a um comportamento de evitação, mesmo entre aqueles dispostos a discutirem a questão da violência, como um todo (LERNER, 2000).

A violência sexual é a maior violação realizada sobre uma pessoa, pois é a personalidade que foi invadida, e CHARAM (1997) considera essa, um crime mais sério para o psiquismo do que para o corpo.

Assim, o reforço à auto-estima, no sentido de contribuir para a reestruturação emocional da pessoa que vivenciou essa situação, é um componente importante para o restabelecimento do equilíbrio emocional (SOARES, 2000), que deve ser observado por todos os membros da equipe, em todas as fases do atendimento, caracterizando-se a atuação do psicólogo como fundamental.

1.3 Ações específicas em serviço de saúde

Em face dessa amplitude de fatores, em 1998, no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, com orientações terapêuticas e medicamentosas, a serem iniciadas no atendimento imediato pós-violência sexual. Serviços de Saúde de Referência foram criados e profissionais foram capacitados para atenderem a essa demanda, propiciando-se atendimento médico, social e psicológico preventivo das conseqüências físicas e psicológicas, bem como a orientação para retornos em acompanhamento ambulatorial, visando ao controle da eficácia do tratamento administrado.

Considerando-se a dimensão territorial do país, com aproximadamente 5000 municípios, a existência de atuais 119 Unidades de Referência (LIMA, 2006), distribuídas, em sua maioria, nas regiões Sul e Sudeste, deixa uma grande lacuna para o atendimento, em termos de país.

É necessária a ação de uma equipe multiprofissional, composta de médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais para atuarem, em conjunto, na atenção às necessidades nessa demanda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). A indicação do uso da profilaxia medicamentosa para infecção pelas DSTs, inclusive HIV, e a indicação de prevenção da gravidez, devem ser determinadas em função da avaliação dos fatores de risco associados à exposição ocorrida.

A primeira edição da norma técnica, anteriormente referida, não contemplava a indicação do uso de quimioprofilaxia anti-retroviral, como medida preventiva da infecção pelo vírus HIV.

No ano de 1999, em parceria com o Programa Estadual das DST/AIDS do Estado de São Paulo e Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil - CRNAMDI, foi efetuado um estudo multicêntrico, intitulado “Avaliação da eficácia da quimioprofilaxia da infecção pelo HIV, com ARV, para mulheres vítimas de violência sexual”. Participaram desse estudo: CRNAMDI; UNICAMP; USP

Ribeirão Preto; Hospital Willian Rocha – Guarujá; SMS – Jundiaí; CMEM – São Bernardo do Campo. No ano de 2000, houve conclusão desse estudo, com apresentação dos resultados à Comissão Nacional DST/AIDS, passando, então, a constar na Norma Técnica a indicação para profilaxia anti-retroviral para os casos de violência sexual com exposição de risco (BUENO, 2002). Assim, à vítima, cuja exposição sexual foi considerada de risco para infecção do HIV, passou a ser oferecida a quimioprofilaxia antiretroviral, tendo sido esse consenso estabelecido, baseado em dados de pesquisas, envolvendo pessoas que tiveram exposição ocupacional a secreções, sangue ou tecidos contaminados por HIV (ANDRADE et al., 2001).

Alguns autores contestam a indicação dessa quimioprofilaxia, sendo referido:

“O uso de antiretrovirais para profilaxia da infecção pelo HIV é um tópico bastante controverso, necessitando de uma discussão mais aprofundada, especialmente no que se refere à eficácia, aos efeitos colaterais e à elegibilidade de pacientes para o tratamento” (LERNER, 2002, p.72).

Para DREZETT et al. (1999) a eficácia dessa profilaxia depende do início precoce de sua introdução, da rigorosidade de sua administração e do tempo adequado de sua utilização, sendo que a mesma não deve ser iniciada após o prazo de 72 horas decorridas da violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b; ANDRADE et al., 2001). A literatura apresenta que mais de 90% das vítimas de violência, que iniciaram quimioprofilaxia para o HIV, o fizeram dentro das primeiras 36 horas após a violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Na literatura nacional, observa-se escassez de estudos a respeito da efetividade do uso dos antiretrovirais, enquanto preventivo do HIV na situação de violência sexual, entretanto, estudo conduzido no Estado de São Paulo, em oito centros de atenção à mulher vítima de violência sexual, revelou que, das 62 mulheres que tomaram antiretroviral, nenhuma apresentou soroconversão após seis meses de seguimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Pesquisa realizada por DREZETT (2002a), envolvendo 182 pacientes que usaram esses medicamentos, constatou que nenhuma delas apresentou controle sorológico positivo para o HIV, enquanto que, no grupo de comparação, composto por 145 mulheres, para as quais o tempo de comparecimento não permitiu realizar a prescrição, apresentou quatro casos de positividade para o HIV, representando 2,7%.

Estudos realizados em Vancouver, por MOE & GRAU (2001), relatam que, das pessoas que haviam finalizado a profilaxia, nenhuma chegara a apresentar soroconversão, após seis meses. Já BATEMAN (2000) mostra que, em Rivonia, onde foi oferecido ARV para 68% das 500 pessoas atendidas por violência sexual, somente uma pessoa apresentou soroconversão para o HIV, mas este caso foi atendido 96 horas após o estupro.

Relato de BATEMAN (2000) cita que a Dra. Des Martin, presidente do Southern African HIV Clinicians Society, considera o uso de ARV pós violência sexual, absolutamente obrigatório, para prevenir, também, vários traumas psicológicos, pois a vítima passa a viver com o temor de adquirir uma doença fatal. A autora refere, ainda:

“Se alguém leva um tiro no peito, nós sabemos exatamente o que fazer. Mas quando alguém é violentado sexualmente, fica-se correndo de um lado para outro”.(p.1169).

Nesse sentido, também ANDRADE et al. (2001) referem que a quimioprofilaxia para o vírus HIV é importante, não só pelo aspecto médico, mas também como auxiliar para diminuir a ansiedade das vítimas em relação à contaminação pelo vírus.

Alguns serviços, como o Sunninghill Hospital, em Rivonia, classificam os fatores como de Alto risco – quando houve mais de um agressor ou alguma forma de lesão de mucosa ou menstruação, e de Baixo risco – quando não há evidência de ferimento anal/genital. Em ambos os casos, é administrada terapia dupla de ARV e, somente nos casos mais severos, a equipe indica a terapia tripla. Nestes casos, a mudança de

medicamento ARV só é efetuada para pacientes que desenvolvem neutropenia no decurso de 28 dias (BATEMAN, 2000).

Vários são os questionamentos quanto à dúvida em oferecer, ou não, a profilaxia e, sobre isso, transcrevemos citações de alguns autores:

“O HIV tem a mais grave seqüela de qualquer DST, então, como, eticamente, nós não podemos também tratar essa doença?” (MOE & GRAU, 2001, p.513);

“Como você dirá para uma vítima de violência sexual que você não pode dar-lhe as drogas ARV, porque não há comprovação científica de que as medicações previnem a infecção por HIV?” (BATEMAN, 2000, p.1168);

“Se há uma possibilidade de prevenir a transmissão do HIV, o serviço tem a obrigação de oferecê-la” (WIEBE et al., 2000, p.642);

“O programa oferece profilaxia ao HIV, como parte de protocolo de violência sexual, porque nós decidimos que, principalmente, e mais importante, essa é a coisa mais correta a fazer” (MOE & GRAU, 2001, p.515).

No que se refere a custos dessa profilaxia medicamentosa, BABL et al. (2000) relatam, no Boston Medical Centers, o custo de US\$ 1,088, em terapia tripla para cada paciente, por 4 semanas, sendo adulto ou adolescente, e US\$ 589 para terapia dupla. WIEBE et al. (2000) citam o custo do Kit de medicamentos, para os primeiros cinco dias iniciais, de US\$ 100 e, para os 23 dias restantes, US\$ 460 por paciente. Já na África do Sul, BATEMAN (2000) refere custo de R 12 000⁹.

Vários autores (DREZETT, 2002a; MOE & GRAU, 2001; BATEMAN, 2000; BAMBERGER et al., 1999; BABL et al. 2000; WIEBE et al. 2000) ressaltam a limitação de informações sobre evidências científicas, mostrando a eficácia do uso dos medicamentos anti-retrovirais, enquanto preventivos da infecção pelo HIV em exposição por violência sexual, bem como a falta de informações sobre a toxicidade, em longo prazo, por Zidovudina, e sobre a segurança do tratamento de combinação anti-retroviral em adultos não infectados. A esse respeito, são encontrados relatos de que,

⁹ Rand – África do Sul. Em 20/09/2003 R 12 000 equivale à US\$ 1,628.

provavelmente, jamais existirão grupos de controle em estudos futuros, em razão, principalmente, de questões éticas (MOE & GRAU, 2001; BATEMAN, 2000).

A conduta da prescrição dessa profilaxia deve ser efetuada, considerando-se os fatores de risco da exposição sexual, o tempo decorrido entre a ocorrência da violência e o atendimento, sendo que, para indicação da terapia anti-retroviral, também, é necessário avaliar a intenção de adesão¹⁰ ao acompanhamento (BABL et al., 2000). É importante evidenciar que, para qualquer situação, toda pessoa atendida deve ser informada sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e da importância de cada conduta, respeitando-se sua opinião, ou recusa, em relação a algum procedimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Seguindo-se ao atendimento imediato, os Centros de Atendimento devem agendar retornos em seguimentos ambulatoriais, para que sejam realizados acompanhamentos, por meio de consultas clínicas e monitoramentos laboratoriais, pelo período de, pelo menos, seis meses.

A sensibilização para o acompanhamento ambulatorial é de suma importância, visto que vários fatores podem interferir, prejudicando o retorno para os seguimentos recomendados.

A adesão ao acompanhamento e tratamento proposto já deve ser avaliada no momento do atendimento imediato, sendo que alguns fatores podem ser preditivos na adesão: o não comparecimento às consultas agendadas para controle clínico-laboratorial, a qualidade do serviço de acompanhamento e o grau de escolaridade da pessoa atendida. Também, é considerada significativa a interferência que o tratamento ou uso de medicamentos ARV pode acarretar nas atividades e estilo de vida da pessoa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Infelizmente, a escassez de estudos nacionais contemplando o seguimento ambulatorial, em situações específicas de violência sexual,

¹⁰ O termo “adesão” deve ser visto dentro de um contexto, no qual a pessoa não apenas obedece às orientações fornecidas pela equipe de saúde, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

prejudica o conhecimento dessa adesão dentro da realidade sócio-econômica-cultural brasileira. Os estudos encontrados na literatura nacional (DREZETT, 1999; OSHIKATA, 2003) pesquisaram pessoas do sexo feminino e estudaram, respectivamente, a adesão à quimioprofilaxia antiretroviral e o retorno em consultas com ginecologistas.

FAÚNDES et al. (2001) referem a recomendação do V Fórum de Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual, para que se faça o melhor seguimento possível das pessoas que receberam, ou não, a quimioprofilaxia anti-HIV, com o objetivo de se compararem resultados, futuramente.

Para OSHIKATA (2003) o atendimento imediato à mulher agredida sexualmente está bem definido nos serviços de Referência, mas não há consenso sobre o seguimento posterior, e não se sabe muito bem como melhorar a continuidade deste seguimento. Em seu estudo, esse autor observou que 30% das mulheres atendidas completaram o seguimento proposto por seis meses.

De modo geral, todos os autores referidos citam a necessidade de um consenso no acolhimento, possibilitando o envolvimento nos retornos, assim como a provisão de um apoio psico-social. Pesquisadores (BABL et al.,2000; WIEBW et al.;2000) referem ser fator de grande relevância na adesão ao tratamento, quando iniciada a terapia anti-retroviral, efetuar-se um contato pessoal ou por telefone, tão cedo quanto possível, para obter informação sobre a aceitação dos medicamentos, efeitos adversos e impedimentos financeiros para os retornos de seguimento.

Em pesquisa realizada com profissionais de saúde, no município de Recife, pelo SOS Corpo – Gênero e Cidadania, para avaliação de serviços de saúde da mulher, no período de 1999/2000, constatou-se que apenas dois, dentre 30 profissionais entrevistados, conheciam a norma técnica do Ministério da Saúde, vinculada à questão da violência sexual, e, nenhum desses profissionais conhecia os centros de atendimento especializado de mulheres vítimas de violência sexual, existentes no município (FONTANA e SANTOS, 2001).

Diante do quadro apresentado, fica evidente a importância e necessidade de políticas públicas efetivas e serviços de atendimento integral à vítima de violência sexual, sendo fundamental a divulgação dessas Unidades de Referência junto à população, assim como entre os profissionais das áreas de Saúde, Educação, Justiça, Segurança e Trabalho, que devem estar capacitados e sensibilizados para esse atendimento.

1.4. Sobre as atividades do Conjunto Hospitalar de Sorocaba e sua proposta de trabalho

O Conjunto Hospitalar de Sorocaba – CHS – é um hospital público estadual, integrado no Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade de Sorocaba – SP. Está instalado em uma área de 50.853,00m², com área construída de 31.998,67m², distribuído em três edifícios. O Conjunto Hospitalar de Sorocaba teve sua origem no Hospital Regional de Clínicas, inaugurado em 1969, e possui, atualmente, 381 leitos. O atendimento é feito, mediante convênio entre a Secretaria de Estado de São Paulo e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. O CHS, por meio de convênio universitário, firmado com o Ministério da Saúde, foi incluído no Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento da Pesquisa em Saúde – FIDEPIS (VIESI et al., 2001).

Considerando-se o número de usuários e servidores, podemos caracterizá-lo como uma verdadeira cidade, pois somam-se 2.090 ¹¹ funcionários, que prestam atendimento, a cerca de 20.000 clientes, por mês¹².

O CHS é classificado como hospital terciário, de alta complexidade, que presta atendimento a pacientes referenciados pelas redes municipais de

¹¹ Informação fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos, obtida em julho/06 - CHS

¹² Informação fornecida pela Seção de Coleta e Classificação de Dados, obtida em julho/06 - CHS

Sorocaba e região, ou seja, 48 municípios que formam a Direção Regional de Saúde – DIR XXIII – do Estado de São Paulo.

A inclusão do atendimento à vítima de violência sexual partiu da iniciativa da Coordenação e da equipe técnica do Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVE – da instituição, hoje denominado Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, somadas à preocupação pontual de profissional médico da equipe ambulatorial de infectologia. A busca por informações revelou o serviço já implantado no Hospital Pérola Byington e, a colaboração de profissionais dessa instituição, juntamente com orientações da Norma Técnica do Ministério da Saúde, serviram como eixo-guia para a implantação de protocolo específico, o que permitiu iniciar o atendimento de referência, em janeiro de 2002.

O conhecimento da Lei nº 10.920/01, anteriormente citada, possibilitou a integração de ações conjuntas entre o Serviço de Referência do CHS e as Delegacias de Polícia de Sorocaba e região, resultando, em setembro de 2003, na implantação do “Programa de Ações Integradas – PAI”, articulando as áreas de Saúde e Segurança Pública (CAMPOS et al., 2005a). Os exames de Corpo de Delito, anteriormente realizados nas dependências do Instituto Médico Legal - IML passaram, desde então, a serem realizados pelo mesmo profissional legista, agora, dentro do Conjunto Hospitalar, juntamente com o(a) médico(a) ginecologista, pediatra ou urologista, no momento do atendimento imediato à pessoa que sofrera violência sexual.

O atendimento imediato à vítima de violência é realizado na Unidade de Emergência do CHS, onde a vítima é encaminhada para atendimento na especialidade pertinente: criança até 12 anos é avaliada por pediatra; adolescentes do sexo feminino maiores de 13 anos, e mulheres adultas são atendidas por ginecologista. Adolescentes do sexo masculino, maiores de 13 anos, e homens adultos recebem atendimento de urologista. Antes da realização de qualquer procedimento (exame físico, coleta de material ou administração de medicamentos), é solicitada, por escrito, a autorização da pessoa atendida ou de seu responsável legal. Também, é solicitada a

autorização para contato domiciliar, visto que poderá surgir a necessidade de contatos pela instituição e releva-se a opção da vítima em relatar o ocorrido aos familiares. Esse atendimento é feito, independente do registro do Boletim de Ocorrências na Delegacia, entretanto, se a vítima, após ter recebido aconselhamento, quiser registrar, é solicitada a presença de investigador da Delegacia Seccional ou da Delegacia de Defesa da Mulher, para lavrar o referido Boletim, juntamente com o atendimento imediato. O Conselho Tutelar de Sorocaba é notificado, sempre que há atendimento à vítima, com idade inferior a 18 anos.

Após anotação dos dados em ficha de notificação, realiza-se o exame físico e inicia-se a coleta dos seguintes exames laboratoriais: sorologia anti-HIV, sorologia Hepatite B e C, sorologia para sífilis e os exames de hemograma, ALT e AST, se houver indicação dos medicamentos anti-retrovirais. Também, é coletada secreção vaginal para pesquisa da presença de gonococo e para futura pesquisa de DNA (o material para pesquisa do DNA permanece sob a guarda do IML, assim como amostras de sêmen ou sangue presente nas vestes). Realiza-se o teste BHCG, sempre que há suspeita de gravidez, e ultra-sonografia pélvica, se houver necessidade em conhecer a idade gestacional.

A indicação da profilaxia medicamentosa depende da avaliação dos fatores de risco associados à exposição e do tempo decorrido entre a violência e o comparecimento ao CHS. O esquema medicamentoso adotado encontra-se relacionado no quadro, a seguir:

Tempo decorrido entre a violência e o comparecimento	Profilaxia
Até 72 horas	Gravidez ⁽¹⁾ DSTs ⁽²⁾ HIV ⁽³⁾
De 72 horas a 10 dias	DSTs ⁽²⁾
Acima de 10 dias	Não é efetuada

Medicamentos utilizados:

(1) Levonorgestrel 0,75 mg – 2 cp VO - dose única

(2) Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI via IM – dose única

Azitromicina 1g VO – dose única

Ofloxacina 400 mg VO – dose única (ceftriaxona em crianças e gestantes)

Metronidazol 2 g VO – dose única

Vacina Hepatite B - 3 doses de 1 ml via IM

Imunoglobulina Hepatite B – 0,06 ml/Kg de peso IM se não houver vacinação anterior

(3) Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg 1 cp VO – 12/12h durante 30 dias Nelfinavir 250 mg 5 cp VO – 12/12h durante 30 dias (crianças: Ritonavir)

** As doses para crianças são ajustadas de acordo com o peso.

O atendimento psicológico é sempre indicado, independentemente do tempo decorrido da violência.

As medidas de intervenção e conduta são diferenciadas, a depender de cada situação, da faixa etária, sexo e ocorrência. De fato, se a exposição de uma criança envolve ato libidinoso com a presença de manipulação física na situação “toques” ou “voyerismo“, não há indicação de profilaxia medicamentosa, restringindo-se ao seguimento psicológico, o qual, por vezes, estende-se aos familiares. Em situações de violência, em que o agressor fez uso de preservativo, também não é indicada a profilaxia medicamentosa. Nesse aspecto, vale ressaltar o trabalho intenso, de localização e busca do denunciado, desenvolvido pela equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da instituição, a fim de conhecer, por meio do teste rápido para HIV, a situação sorológica desse agressor, de modo a permitir a

interrupção do uso da quimioprofilaxia anti-retroviral pela vítima, em caso de constatação de resultado negativo para o vírus HIV.

De modo semelhante, BAMBERGER et al. (1999) não recomendam basear a decisão de iniciar a quimioprofilaxia somente por informações de que a vítima dispõe sobre o agressor, a menos que seja conhecido, e que a informação seja absolutamente correta.

Completado o atendimento imediato, é realizada a orientação sobre a importância do comparecimento às consultas de retorno ambulatorial, a serem agendadas pela instituição, pelo período de seis meses.

O seguimento com **infectologista** tem, como foco, o acompanhamento para detecção de DSTs, mediante monitoramento, por meio de exames bioquímicos, a serem comparados com aqueles coletados no atendimento imediato. Nessa especialidade, o serviço conta com três médicos infectologistas, sendo, um deles, uma pediatra. Quanto ao retorno ambulatorial com **ginecologista**, a instituição conta com o serviço voluntário de um profissional, que presta atendimento uma vez por semana, atendendo crianças, adolescentes e mulheres adultas. Para pessoas do sexo masculino, o retorno com **urologista** é agendado, se houver indicação. No que se refere ao atendimento **psicológico**, tanto o atendimento imediato quanto os seguimentos posteriores, são efetuados por profissionais de unidades que integram a rede de apoio, como os Conselhos Tutelares Municipais, o Centro de Apoio Psicossocial da Infância e Adolescência, o Centro de Integração da Mulher e a Policlínica Municipal de Sorocaba. Esse suporte psicológico é oferecido e efetuado pelo prazo que se fizer necessário.

Assim, a violência sexual caracteriza uma situação determinada pela necessidade de um atendimento imediato e seguimento ambulatorial focados na prevenção de conseqüências à saúde.

2. OBJETIVOS

Partindo do pressuposto que a violência sexual constitui um fenômeno complexo, em que a pessoa submetida a essa situação sofre interferências de diversas ordens, de forma a requerer acompanhamento profissional, executado de modo diferenciado, o presente trabalho enuncia como objetivos:

- Identificar o perfil sócio-demográfico da população atendida no Núcleo de Atendimento Imediato à Vítima de Violência Sexual, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, no período entre 1º de julho de 2003 a 30 de junho de 2004;
- Identificar os tipos de violência sexual apresentadas e seus agressores;
- Caracterizar o local da violência e o tempo decorrido entre a agressão e a busca ao serviço de saúde;
- Identificar as condutas adotadas na Instituição de saúde;
- Estimar a frequência de comparecimentos dessas pessoas às consultas, segundo os retornos agendados pela instituição, para prevenção de conseqüências à saúde.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, com base em dados secundários.

CERVO e BERVIAN (1996) assinalam que a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis), sem manipulá-los, sendo que procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

O propósito da pesquisa descritiva, segundo POLIT e HUNGLER (1995), é o de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação.

3.1 População de estudo

Pessoas de ambos os sexos, vítimas de violência sexual e que foram atendidas no Serviço de Referência ao Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, instalado no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, provenientes de demanda espontânea ou encaminhamento de Delegacias de Polícia e de outros serviços do município de Sorocaba e região, no período entre 1º de julho de 2003 a 30 de junho de 2004. A população de estudo foi constituída de 305 vítimas de violência sexual, e que foram atendidas no período de estudo.

3.2 Critério de inclusão

Toda Ficha de Notificação do Atendimento Imediato à Pessoa em Situação de Violência Sexual (anexo III), pertencente à pessoa que tenha procurado o Serviço de Referência ao Atendimento à Vítima de Violência Sexual.

3.3 Variáveis de estudo

3.3.1 Variável dependente

- **Seguimento**

Considerou-se o comparecimento em consultas ambulatoriais agendadas para as especialidades de infectologia, de ginecologia e de psicologia.

3.3.2 Variáveis independentes

- **Idade**

Considerou-se a idade da pessoa em anos completos. Para a categoria **criança**, foi estabelecida a idade inferior a 12 anos, tomando por referência a preconizada no Estatuto da Criança e do Adolescente, em vigor, no Brasil, a partir de 1990. A categoria **adolescente** também seguiu critério estabelecido pelo mesmo Estatuto, sendo consideradas as pessoas entre 12 e 18 anos de idade. Pessoas acima de 18 anos foram incluídas na categoria **adulto**. Para determinadas análises, as idades foram distribuídas em faixas etárias, em função de especificidades no processo de desenvolvimento e que foram consideradas para melhor compreensão do objeto de estudo.

- **Sexo**

1. Masculino
2. Feminino

- **Escolaridade**

Considerou-se a escolaridade em anos completos. Os períodos estabelecidos acompanham os mesmos critérios adotados pela instituição e registrados no prontuário, na ocasião do atendimento imediato pós violência sexual:

0. Sem informação
1. Nenhuma
2. 1 a 3 anos
3. 4 a 7 anos
4. 8 a 11 anos
5. 12 e mais
8. Não se aplica. Este critério foi adotado para pessoas com deficiência mental e para crianças de idades menores de 7 anos.
9. Ignorado

• **Estado civil**

Considerou-se o estado civil informado pela vítima, no momento do atendimento.

1. Solteiro
2. Casado
3. Menor de 12 anos
4. Outro
0. Sem informação

• **Ocupação da vítima**

Considerou-se a ocupação referida pela pessoa atendida. O Serviço categorizava ocupação, englobando a categoria “estudante” e “do lar”.

• **Local da violência**

1. Rua
2. Residência
3. Outro - Especificar
0. Sem informação

- **Debilidade Mental**

Considerou-se a informação coletada no Laudo do Exame de Corpo de Delito, realizado por médicos legistas do Instituto Médico Legal de Sorocaba.

0. Sem informação
1. Sim
2. Não
3. Prejudicado. Este critério é adotado no Laudo de Corpo de Delito, quando o exame está prejudicado, não sendo possível a confirmação ou exclusão desse diagnóstico.

- **Intimidação**

0. Sem informação
1. Força física
2. Ameaça
3. Arma de fogo
4. Arma branca
5. Não houve (considerou-se para relação consensual)
8. Não se aplica (menor de 12 anos). Esta informação foi considerada para portadores de deficiência mental ou para menores de 12 anos que não tenha referido outro tipo de ameaça.
10. Coação
12. Sob investigação
15. Perda da consciência

- **Cor da vítima**

1. Branca
2. Negra
3. Parda
4. Amarela

9. Ignorada
0. Sem informação

- **Município de residência**

Consideraram-se os 48 municípios que formam a DIR XXIII no Estado de São Paulo.

- **Fluxo de encaminhamento**

Refere-se ao local de onde a pessoa veio encaminhada para atendimento.

0. Sem informação
1. Espontâneo, no caso de a vítima ter procurado o Atendimento, por sua iniciativa;
2. Delegacia, Instituto Médico Legal, Conselho Tutelar.
3. Outras Unidades - Especificar. As Unidades Básicas de Saúde, escolas, consultórios médicos e demais instituições de saúde foram incluídas nesta categoria.

- **Data do comparecimento na Unidade de Referência**

Refere-se à data de comparecimento, no período compreendido entre 1º de julho de 2003 a 30 de junho de 2004.

- **Data de ocorrência da violência**

Considerou-se o mês e ano em que ocorreu a violência, ou o registro dos ignorados (99), ou sem informação (00).

- **Tempo decorrido da agressão ao comparecimento**

1. Menor de 24 horas
2. De 24 a 72 horas
3. De 72 horas a 10 dias
4. Maior de 10 dias.

- **Tipo de exposição sexual ocorrida/informada**

1. Vaginal
2. Oral
3. Anal
4. Múltipla
5. Outro ato libidinoso (considerado em exposição onde não ocorreu a penetração, caracterizando-se por fricções do órgão genital do agressor sobre o corpo da vítima. Também considerado para presença de sucção e/ou ejaculação sobre o corpo da vítima.
6. Manipulação física (toques)
7. Voyerismo (sem contato físico)
8. Sob investigação.

- **Agressor**

Para pessoas que não se achavam aptas a relatar, a informação sobre o agressor foi fornecida pelo responsável que a acompanhava.

0. Sem informação
1. Identificável. Em razão da freqüente confusão que permeia o termo “conhecido”, optou-se pelo termo identificável, uma vez que a vítima poderia entender que conhecida é somente a pessoa com quem ela conversa ou tem um relacionamento.
2. Não identificável. Considerou-se agressor não identificável, aquele que a vítima relatou jamais tê-lo visto em sua vida.
9. Ignorado
12. Sob investigação

- **Relação com o agressor identificável**

1. Parente – Especificar..... Considerou-se parente a pessoa com quem a vítima possui laços

consangüíneos ou outro grau de parentesco: pai, mãe, tio(a), primo (a), avô(ó), irmã(ão).

2. Namorado
3. Vizinho
4. Cônjuge ou companheiro
5. Colega da escola
6. Colega do trabalho
7. Ex-cônjuge ou ex-companheiro
8. Ex-namorado
12. Sob investigação
14. Outro conhecido – Especificar.....;
19. Padrasto

• **Profilaxia anti-HIV**

1. Indicada
2. Não indicada
14. Recusou iniciar

• **Profilaxia DSTs**

1. Indicada
2. Não indicada
14. Recusou

• **Profilaxia gravidez**

1. Indicada
2. Não indicada
14. Recusou

• **Tempo de uso da quimioprofilaxia antiretroviral**

1. Usou esquema completo

2. Iniciou esquema e não retornou após 1ª semana
3. Iniciou esquema e não retornou após 2ª semana
4. Suspenso uso, após conhecimento do resultado da sorologia anti-HIV do agressor
11. Não indicada
14. Recusou iniciar
0. Sem informação.

• **Acompanhamento psicológico**

Interpretou-se em relação ao comparecimento à última consulta agendada. Utilizaram-se informações dos Conselhos Tutelares para avaliação das crianças e adolescentes que foram encaminhadas para seguimento com psicólogos providenciados por essas instituições.

1. Não aceitou acompanhamento psicológico
2. Passou em 1 consulta
3. Passou em 2 consultas
4. Passou em 3 ou mais consultas
6. Em acompanhamento
7. Referenciado para cidade de origem
10. Não foram agendados retornos pela instituição
11. Não indicado
13. Recebeu alta psicológica
16. Instituição não tem psicólogo
17. Encaminhado para outra instituição
18. Acompanhamento em serviço particular
0. Sem informação.

• **Acompanhamento com infectologista**

Interpretou-se em relação ao comparecimento à última consulta agendada:

1. Não retornou para consulta
2. Passou em 1 consulta

3. Passou em 2 consultas
4. Passou em 3 consultas
5. Passou em 4 consultas
6. Em acompanhamento
7. Referendado para cidade de origem
10. Não foram agendados retornos pela instituição
11. Não indicado
13. Recebeu alta médica
18. Acompanhamento em serviço particular
0. Sem informação.

- **Acompanhamento com ginecologista**

Interpretou-se em relação ao comparecimento à última consulta agendada:

1. Não retornou para consulta
2. Passou em 1 consulta
3. Passou em 2 consultas
4. Passou em 3 consultas
6. Em acompanhamento
7. Referendado para cidade de origem
8. Não se aplica – Para pessoas do sexo masculino
10. Não foram agendados retornos pela instituição
11. Não indicado
13. Recebeu alta médica
18. Acompanhamento em serviço particular
0. Sem informação

- **Seguimento ambulatorial**

Foram considerados os comparecimentos até o momento da alta, determinada por profissional responsável pelo acompanhamento, podendo esse prazo estender-se pelo tempo necessário:

1. Em acompanhamento

- 2. Abandono após consulta imediata
- 3. Abandono após 1ª consulta ambulatorial
- 4. Abandono entre 2ª a 4ª consulta ambulatorial
- 11. Não indicado
- 13. Recebeu alta - Tempo de acompanhamento.....meses
- 0. Sem informação

• **Presença de conseqüências físicas à saúde**

- 1. Não foram detectadas
- 2. Gravidez
- 3. Soroconversão para HIV
- 4. Presença de DST – Qual (is).....
- 5. Outras – Quais.....
- 15. Abandono não permitiu identificar
- 0. Sem informação

• **Presença de transtornos psicológicos**

- 1. Não foram detectados
- 2. Sim, continua em acompanhamento psicológico
- 15. Abandono não permitiu identificar
- 0. Sem informação

3.4 Instrumento de coleta de dados

Elaborou-se um instrumento específico: FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (ANEXO III).

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados das seguintes fontes:

- **Ficha de Notificação do Atendimento Imediato à Pessoa em situação de Violência Sexual (Anexo I)**, que se encontra arquivada no Núcleo de Vigilância Epidemiológica do CHS, instrumento este que é preenchido por profissional enfermeiro nos itens 01a 34 e 46 a 51 e, por profissional médico, nos itens 35 a 45. Esta ficha foi implantada no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, a partir de janeiro de 2002.

- **Ficha de Acompanhamento Ambulatorial (Anexo II)**, que se encontra arquivada dentro do prontuário. Essa ficha é preenchida por profissional médico, por ocasião das consultas de retorno.

- **Prontuário** da pessoa atendida, existente no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

- **Sistema HOSPUB** – Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar - implantado no Conjunto Hospitalar de Sorocaba para registro de consultas ambulatoriais e internações.

- **Laudo de Exame de Corpo de Delito**, existente no Instituto Médico Legal de Sorocaba.

- Para informações do acompanhamento psicológico e da presença de transtornos psicológicos foram solicitadas informações aos **Serviços de Referência em Psicologia** para onde as pessoas foram encaminhadas.

3.6 Processamento e Análise dos dados

Os dados foram inseridos no programa EPI Info 2000, para formação do banco de dados. Tabelas de freqüências foram elaboradas para traçar o perfil sócio-demográfico das pessoas atendidas. Os resultados foram descritos, utilizando-se proporções, médias e medianas. Todas as tabelas e figuras, em que a fonte não se encontra especificada, contêm dados referentes às pessoas atendidas no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, após

violência sexual, no período entre 1º de julho de 2003 a 30 de junho de 2004.

3.7 Critérios éticos

Solicitou-se autorização da Comissão de Ensino e Pesquisa do CHS para a realização do estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Por se tratar de um estudo epidemiológico, no qual as informações foram coletadas das fichas de notificação, após o fato ocorrido, sem contato direto com a pessoa, não se utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Encaminhou-se um Termo de Autorização ao responsável legal pela instituição, para a obtenção de autorização para utilização de dados contidos na Ficha de Atendimento Ambulatorial (ANEXO II) e de prontuários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Núcleo de Vigilância Epidemiológica.

Nos relatórios deste estudo, a pesquisadora responsável se comprometeu a preservar o anonimato da população em estudo, não utilizando nenhum dado que identificasse a vítima, recorrendo a números e iniciais alfabéticas para a identificação de cada caso.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

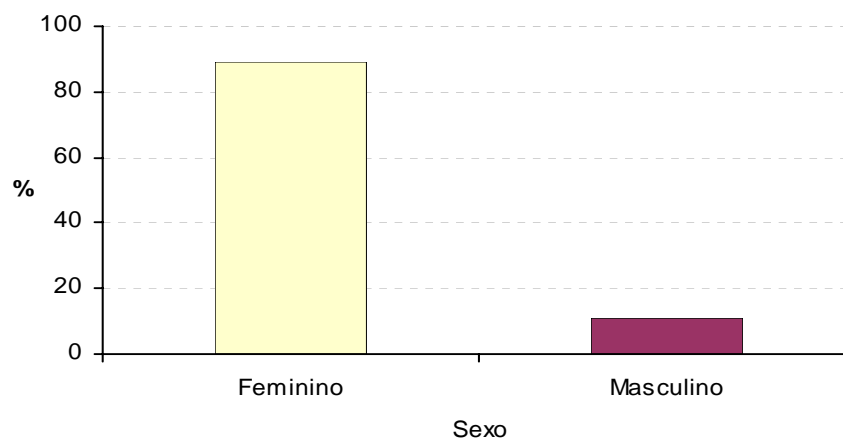
Neste capítulo são apresentados e comentados os resultados, obtidos por meio de consulta a prontuários pertencentes às pessoas que, após terem sofrido violência sexual, foram atendidas no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, no período entre 1º de julho de 2003 a 30 de junho de 2004. Também foram utilizados dados contidos no **Sistema HOSPUB** – Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar, em uso na Instituição campo de pesquisa. Para interpretação desses resultados, inicialmente foram observadas as freqüências relacionadas às características gerais das pessoas atendidas, da ocorrência e do agressor. A seguir, foram descritas as características do atendimento imediato, dos retornos ambulatoriais e das conseqüências à saúde.

4.1. Características das pessoas atendidas

As 305 pessoas atendidas distribuíram-se em 272 do sexo feminino (89,2%) e 33 do sexo masculino (10,8%), conforme apresentado na **figura 1**, com predomínio de vítimas do sexo feminino em relação às do sexo masculino, proporção semelhante àquelas reportadas em diversos estudos sobre o tema (CAMPOS et al., 1994; DIEGOLI et al., 1996; LIMB, KAWSAR e FORSTER, 2002; REIS, 2001). Diferentemente da violência, de um modo geral, que atinge, em sua maioria, a população do sexo masculino (KRUG et al., 2002; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 1998), a violência sexual acomete, principalmente, a população do sexo feminino.

Estes achados nos remetem à reflexão de que os episódios violentos, em suas diferentes formas, refletem fatores de risco diferentes para os sexos, quer seja dentro da família ou de contextos mais abrangentes, como o comunitário. Assim, no que se refere à violência sexual, onde todos estariam em condições semelhantes de risco, independentemente do sexo, depara-se com a questão de gênero presente, expressando-se no aumento do risco para a população feminina.

Figura 1. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo. CHS julho/003 – junho/2004.



Referente às idades, observa-se, na **tabela 1**, que, para o sexo feminino, as maiores proporções foram verificadas nas idades de 14 anos (9,2%), 15 anos (8,5%) e 13 anos (8,1%). A mediana situou-se em 14 anos e os valores mínimo e máximo foram 0 e 77 anos. Os valores percentil 25% e percentil 75% foram 10 anos e 18 anos, respectivamente. A moda correspondeu a 14 anos.

Para o sexo masculino, as maiores proporções corresponderam às idades de 4 anos (21,2%), 6 anos (15,2%) e 8 anos (15,2%). A mediana situou-se em 7 anos e os valores mínimo e máximo foram 2 e 15 anos. Os valores percentil 25% e percentil 75% foram 5 anos e 9 anos, respectivamente. A moda correspondeu a 4 anos.

Tabela 1. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e idade. CHS, junho/2003 – julho/2004.

Idade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
< 1ano	1	0,3	-	-	1	0,3
1	4	1,3	-	-	4	1,3
2	8	2,6	1	0,3	9	3,0
3	8	2,6	-	-	8	2,6
4	10	3,3	7	2,3	17	5,6
5	5	1,6	3	1,0	8	2,6
6	8	2,6	5	1,6	13	4,3
7	7	2,3	3	1,0	10	3,3
8	5	1,6	5	1,6	10	3,3
9	10	3,3	2	0,7	12	3,9
10	12	3,9	2	0,7	14	4,6
11	12	3,9	1	0,3	13	4,3
12	13	4,3	2	0,7	15	4,9
13	22	7,2	-	-	22	7,2
14	25	8,2	-	-	25	8,2
15	23	7,5	2	0,7	25	8,2
16	15	4,9	-	-	15	4,9
17	10	3,3	-	-	10	3,3
18	13	4,3	-	-	13	4,3
19	4	1,3	-	-	4	1,3
20	6	2,0	-	-	6	2,0
21	1	0,3	-	-	1	0,3
22	5	1,6	-	-	5	1,6
23	1	0,3	-	-	1	0,3
24	3	1,0	-	-	3	1,0
25	3	1,0	-	-	3	1,0
27	3	1,0	-	-	3	1,0
28	2	0,7	-	-	2	0,7
29	1	0,3	-	-	1	0,3
30	1	0,3	-	-	1	0,3
31	2	0,7	-	-	2	0,7
32	4	1,3	-	-	4	1,3
33	3	1,0	-	-	3	1,0
35	1	0,3	-	-	1	0,3
36	2	0,7	-	-	2	0,7
37	3	1,0	-	-	3	1,0
38	2	0,7	-	-	2	0,7
40	1	0,3	-	-	1	0,3
41	3	1,0	-	-	3	1,0
43	3	1,0	-	-	3	1,0
44	1	0,3	-	-	1	0,3
46	1	0,3	-	-	1	0,3
48	1	0,3	-	-	1	0,3
51	1	0,3	-	-	1	0,3
53	1	0,3	-	-	1	0,3
58	1	0,3	-	-	1	0,3
77	1	0,3	-	-	1	0,3
Total	272	89,2	33	10,8	305	100,0

Assim, verifica-se que, no período analisado, esse tipo de violência, apesar de ocorrer em ambos os sexos, apresenta maior proporção em pessoas do sexo feminino, atingindo, principalmente, adolescentes e pré-púberes.

Pesquisa realizada por REIS et al. (2001), em estudo com vítimas nas idades entre três meses a 58 anos, relaciona crianças e adolescentes como mais vulneráveis. Para SAFFIOTI (1997), a preferência por crianças aponta para o abuso sexual, enquanto afirmação de poder, e não apenas como resultado de uma pulsão sexual irreprimível.

A vulnerabilidade de crianças faz-se presente neste estudo, ao se encontrar notificação de uma criança de um ano e sete meses, cujo pai provocou laceração de hímen por introdução de seu dedo na vagina. Do mesmo modo, outra criança de 10 anos foi trazida com laceração de hímen e fissuras anais, causadas pelo pai, que foi referido como alcoólatra.

De um total de 108 adolescentes do sexo feminino, com idades entre 12 e 17 anos, encontraram-se 22 (20%) adolescentes que informaram não se considerarem vítimas, uma vez que a relação sexual havia ocorrido mediante o consentimento delas. Todas elas relataram terem sido obrigadas a se submeterem ao exame de corpo de delito, após o responsável legal, por cada uma delas, ter registrado o Boletim de Ocorrências, por não aceitar o relacionamento com seus namorados. Nesse sentido, o Código Penal Brasileiro, em seu artigo 217, considera crime de sedução a prática da conjunção carnal com mulher virgem, com idade entre 14 e 18 anos. Já para adolescentes abaixo de 14 anos, o Código Penal, em seu artigo 224, estabelece a presunção da violência, por considerá-las incapazes de consentimento, ou, de consentimento válido (OLIVEIRA, 1992). A esse respeito, HUNGRIA (1959) interpreta que *“o consentimento pode existir, embora não seja juridicamente válido”* (p. 235). Relacionado a esse fato, verificou-se o atendimento de uma jovem, com 13 anos de idade, que compareceu com escoriações em região frontal e hematomas em região dorsal, provocados pela agressão física perpetrada pelo pai, que não aceitou seu relacionamento consentido com o namorado. Ainda, em outras três pré-

adolescentes, verificou-se que o consentimento pode não estar relacionado com a prévia noção das conseqüências desse ato, pois as mesmas, mediante o pagamento de R\$ 1,00 (um real) permitiam que o denunciado “chupasse” seus genitais.

Nesse contexto, são verificadas situações diferentes de consentimento, sendo o primeiro motivado, possivelmente, pelo afeto, e o outro, motivado pela troca, com interesse financeiro, não caracterizando, entretanto, em nenhum dos casos relatados, essas jovens como trabalhadoras do sexo/prostituição, ou o quer que se defina socialmente.

Na **tabela 2**, são apresentadas as variáveis relacionadas com a escolaridade, cor de pele, estado civil e presença, ou não, de debilidade mental nas vítimas.

Tabela 2 – Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo, escolaridade, cor da pele, estado civil e presença de debilidade mental. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Variáveis	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Escolaridade						
Sem Informação	4	1,5	1	3,0	5	1,6
Nenhuma	3	1,1	-	-	3	1,0
1 - 3 anos	35	12,9	11	33,3	46	15,1
4 - 7 anos	90	33,1	1	3,0	91	29,8
8 - 11 anos	76	27,9	-	-	76	24,9
12 ou mais	6	2,2	-	-	6	2,0
Não se aplica*	53	19,5	20	60,6	73	23,9
Ignorado	5	1,8	-	-	5	1,6
Cor da pele						
Sem informação	3	1,1	1	3,0	4	1,3
Branca	160	58,8	14	42,4	174	57,0
Negra	45	16,5	2	6,1	47	15,5
Parda	60	22,1	15	45,5	75	24,5
Amarela	3	1,1	1	3,0	4	1,3
Ignorada	1	0,4	-	-	1	0,4
Estado civil						
Solteiro	148	54,4	4	12,1	152	49,8
Casado	10	3,7	-	-	10	3,2
<12 anos	92	33,8	29	87,9	121	39,7
Outro	22	8,1	-	-	22	7,2
Debilidade Mental***						
Sem informação	20	7,4	6	18,2	26	8,5
Sim	9	3,3	4	12,1	13	4,3
Não	168	61,8	16	48,5	184	60,3
Prejudicado**	75	27,6	7	21,2	82	26,9
Total	272	100,0	33	100,0	305	100,0

*** Fonte: Instituto Médico Legal de Sorocaba e Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Notas:

* Não se aplica: crianças abaixo da idade escolar; pessoas com deficiência mental.

** Prejudicado: Não foi possível a realização do diagnóstico.

Os dados coletados quanto à escolaridade, infelizmente, não possibilitaram a interpretação se os anos de estudo da pessoa atendida situavam-se no ensino fundamental ou médio. O ensino fundamental compreende de 1 a 8 anos de estudo concluídos e o ensino médio, de 9 a 11 anos. A ficha de notificação da Instituição campo de pesquisa não contempla o limite entre o ensino fundamental e o médio. Assim, observa-se que, para o sexo feminino, a maior frequência foi de pessoas com 4 a 11 anos de estudo concluídos (61,0%), ou seja, entre o ensino fundamental e médio, proporção semelhante à encontrada por OSHIKATA (2003). Deve-se considerar o fato de que neste estudo, 75% das pessoas do sexo feminino situavam-se abaixo de 18 anos, o que não possibilitaria maior escolaridade nessas idades.

Em estudo realizado na cidade de Campinas, interior do Estado de São Paulo, GARCIA et al. (2005) encontraram, entre as 347 vítimas de violência sexual, 63% com baixo nível de escolaridade, entretanto, os autores não especificaram o número de anos de estudo.

Para DREZETT (2002a), a baixa escolaridade pode estar relacionada com a freqüente limitação educacional das pacientes atendidas nos serviços públicos de saúde e, nesse sentido, concordamos que a escolaridade, condicionada pela situação sócio-econômica, pode influenciar na demanda de serviços públicos de saúde na região da DIR 23.

No presente estudo, encontrou-se a proporção de 2,2% de vítimas, do sexo feminino, universitárias. OSHIKATA (2003), em estudo semelhante, relata a proporção de 8,4% de vítimas, com esse grau de instrução. Assim, questiona-se que, pessoas com escolaridade universitária talvez não procurem o serviço público para atendimento de saúde em situações de violência sexual, com receio de, entre outros fatores, expor-se como “menos favorecida”.

Para o sexo masculino, verifica-se a predominância da categoria “não se aplica” (60,6%), utilizada na classificação de crianças abaixo da idade escolar e de pessoas com deficiência mental. A escolaridade aqui

encontrada corresponde às idades das vítimas, uma vez que metade delas encontravam-se abaixo da idade escolar.

Sobre a cor de pele das pessoas atendidas, verifica-se que, para o grupo do sexo feminino, a cor branca teve a maior frequência de informações (58,8%), seguida da cor parda (22,1%) e negra (16,5%).

Outros autores (REIS, 2001; DREZETT, 2002a), em estudo com vítimas do sexo feminino, relatam, igualmente, que os crimes sexuais ocorreram, predominantemente, em pessoas de cor de pele branca.

Em estudo realizado com adolescentes e mulheres vítimas de violência sexual, DREZETT (2002a) encontrou 74,6% de vítimas de cor branca. Para esse autor, os fatores culturais podem estar envolvidos na questão da violência sexual, em que mulheres de pele e cabelos claros, muitas vezes, são vistas e colocadas em um patamar social superior sendo, portanto, consideradas um padrão de beleza e adoração, objeto de desejo de muitos homens.

O censo populacional apresenta que a população feminina, residente no Estado de São Paulo, constitui-se, em sua maioria, de pessoas com a cor de pele branca (71,4%), seguindo-se as de pele parda (22,3%), negra (5,0%) e amarela (1,1%) (FUNDAÇÃO SEADE, 2006). Assim, neste estudo, a distribuição da cor de pele das pessoas do sexo feminino assemelha-se àquela da população residente na região.

Para o sexo masculino encontrou-se as cores de pele parda (45,5%) e branca (42,4%), como as mais representativas. Os dados do censo populacional, anteriormente referido, apresentam, no Estado de São Paulo, para o sexo masculino, proporção de 69,6% para cor de pele branca; 24,2% para pele parda; 5,0% para pele negra e 1,0% para amarela. Neste estudo, encontrou-se, entre vítimas do sexo masculino com cor de pele parda, proporção duas vezes maior àquela da população residente na região.

No que diz respeito ao estado civil informado, observa-se que, para o grupo do sexo masculino, predominam vítimas na categoria “menor de 12 anos” (87,9%), entretanto, para o grupo do sexo feminino, o estado civil solteira (54,4 %) predomina sobre a categoria “menor de 12 anos” (33,8%),

índice semelhante ao encontrado na literatura (REIS et al., 2001; OSHIKATA, 2003; ANDRADE et al, 2001). Ainda, no grupo do sexo feminino, foram encontradas 10,4% de pessoas nas categorias “casada” ou “outro”, diferentemente do grupo do sexo masculino, que não apresentou nenhuma vítima nessas categorias. Nesse sentido, seria possível inferir que o homem, com idade superior a 16 anos, auto-defende-se desse tipo de violência?

A presença de deficiência mental na vítima propicia uma situação de vulnerabilidade para esse tipo de violência, conforme é descrito na literatura. Entre as 256 pessoas atendidas, com idades até 17 anos, para o total de 223 pertencentes ao sexo feminino, encontraram-se 5 (2,2%) com essa deficiência. Para o total de 33 do sexo masculino, 4 deles (12,1%) apresentavam esse agravo. Estes dados possibilitam formular a hipótese de que a presença de debilidade em pessoas do sexo masculino, fragiliza sua “força masculina” e, assim, o fato de ser portador de debilidade mental deixa-o vulnerável a esse tipo de violência, fato que carece de estudos que aprofundem o conhecimento a esse respeito.

Verifica-se que, para 26,9% das pessoas atendidas, o exame foi classificado como “prejudicado” para essa averiguação, o que não possibilita o conhecimento real dessa condição psíquica nas vítimas analisadas nesta pesquisa. Assim, como ilustração de tal dificuldade, uma mulher que referiu estar em acompanhamento psiquiátrico, porque seu marido “batia muito”, foi considerada como portadora de retardo mental em uma avaliação e com exame prejudicado, quando na situação de exame pericial. De qualquer forma, é possível observar que o transtorno emocional da vítima, no momento do atendimento, pode interferir nessa avaliação, gerando prejuízo na determinação dessa ocorrência.

DREZETT (2002b) refere que a deficiência mental é fator importante de vulnerabilidade, estimando-se que 50% dos deficientes mentais sejam sexualmente abusados, ao menos, uma vez em suas vidas. Em nosso estudo, foi identificada uma vítima com rebaixamento cognitivo, que recebeu

atendimento em três situações distintas, havendo, em todas, o risco para contaminação pelo vírus HIV.

O fator da deficiência, somado à faixa etária, acentua essa vulnerabilidade, como pode ser observado, em nosso estudo, em uma criança portadora de deficiência mental, que permanecia sob cuidados do padrasto, no período em que sua mãe estava internada em hospital psiquiátrico. Após a denúncia da violência, a criança ficou institucionalizada em orfanato. Neste estudo, verificou-se que, das pessoas violentadas que apresentavam essa debilidade, 30,8% (n = 4) delas situaram-se na faixa etária entre 12 a 14 anos, conforme mostra a **tabela 3**.

Tabela 3. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo faixa etária e debilidade mental. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Debilidade mental									Total	
	Sem informação		Sim		Não		Prejudicado		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%			
< 3	1	3,8	-	-	5	2,7	8	9,8	14	4,6	
3 - 5	3	11,5	-	-	18	9,8	12	14,6	33	10,8	
6 - 8	3	11,5	1	7,7	19	10,3	10	12,2	33	10,8	
9 - 11	5	19,2	1	7,7	23	12,5	10	12,2	39	12,8	
12 - 14	4	15,4	4	30,8	39	21,2	15	18,3	62	20,3	
15 - 17	1	3,8	3	23,1	36	19,6	10	12,2	50	16,4	
18 - 20	4	15,4	1	7,7	14	7,6	4	4,9	23	7,5	
21 - 24	-	-	1	7,7	7	3,8	2	2,4	10	3,3	
25 - 29	3	11,5	-	-	5	2,7	1	1,2	9	3,0	
30 - 39	1	3,8	2	15,4	8	4,3	7	8,5	18	5,9	
40 - 49	1	3,8	-	-	7	3,8	2	2,4	10	3,3	
50 - 59	-	-	-	-	2	1,1	1	1,2	3	1,0	
> 59	-	-	-	-	1	0,5	-	-	1	0,3	
Total	26	100,0	13	100,0	184	100,0	82	100,0	305	100,0	

* em anos completos.

Fonte: Instituto Médico Legal de Sorocaba e Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Nota: Prejudicado: Não foi possível a realização do diagnóstico.

Ao observar-se o sexo das vítimas com presença de debilidade mental, encontrou-se a mesma proporção de ocorrências em ambos sexos, visto considerar-se que, para 9 pessoas do sexo feminino, a proporção foi de

69,2% e, para 4 pessoas do sexo masculino, de 30,8%, conforme apresentado na **tabela 4**.

Tabela 4. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual com presença de debilidade mental, segundo sexo e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Presença de debilidade mental				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
< 3	-	-	-	-	-	-
3 - 5	-	-	-	-	-	-
6 - 8	1	7,7	-	-	1	7,7
9 - 11	1	7,7	-	-	1	7,7
12 - 14	2	15,4	2	15,4	4	30,8
15 - 17	1	7,7	2	15,4	3	23,1
18 - 20	1	7,7	-	-	1	7,7
21 - 24	1	7,7	-	-	1	7,7
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 39	2	15,4	-	-	1	7,7
40 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 59	-	-	-	-	-	-
> 59	-	-	-	-	-	-
Total	9	69,2	4	30,8	13	100,0

* em anos completos.

Na distribuição quanto à ocupação das pessoas atendidas, apresentada na **tabela 5**, verifica-se, no grupo do sexo feminino, o predomínio da categoria “estudante” (48,9%), condizente com a faixa etária mais jovem, seguida da categoria definida em “não se aplica” (18,8%) e “do lar” (12,1%). Resultados semelhantes são apontados por CAMPOS et al. (1994), ao referirem percentagem de 40,7% para “estudantes” e 12,3% para vítimas que se autoreferiam como sendo “do lar”. No grupo do sexo masculino, as ocupações observadas com maior frequência situam-se nas categorias “não se aplica” (60,6%) e “estudante” (33,3%), resultados esperados ao se considerarem as faixas etárias mais expostas, conforme citado, anteriormente, quando da apresentação da tabela 2.

Estudo realizado por ANDRADE et al. (2001) no Hospital das Clínicas de Curitiba, no período de 1998 a 2000, mostra que 41% das

mulheres vitimizadas sexualmente eram estudantes, sendo que os autores colocam a hipótese de que mulheres com profissões de menor escolaridade estariam mais expostas à agressão, pelo fato de morarem na periferia das cidades e necessitarem de maior tempo de locomoção e dependerem do sistema de transporte coletivo.

Tabela 5. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e ocupação. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Ocupação	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Acompanhante	1	0,4	-	-	1	0,3
Agente de viagem	1	0,4	-	-	1	0,3
Aposentada	1	0,4	-	-	1	0,3
Arquiteta	1	0,4	-	-	1	0,3
Atendente	1	0,4	-	-	1	0,3
Aux. de escritório	2	0,7	-	-	2	0,6
Aux. de produção	1	0,4	-	-	1	0,3
Babá	2	0,7	-	-	2	0,6
Balconista	1	0,4	-	-	1	0,3
Cabeleireira	1	0,4	-	-	1	0,3
Costureira	1	0,4	-	-	1	0,3
Cozinheira	2	0,7	-	-	2	0,6
Desempregada	3	1,1	-	-	3	1,0
Do lar	33	12,1	-	-	33	10,8
Doméstica	2	0,7	-	-	2	0,6
Embaladora	1	0,4	-	-	1	0,3
Empregada doméstica	2	0,7	-	-	2	0,6
Estudante	133	48,9	11	33,3	144	47,2
Estudante da APAE	2	0,7	-	-	2	0,6
Faxineira	3	1,1	-	-	3	1,0
Garçonete	1	0,4	-	-	1	0,3
Garota de programa	2	0,7	-	-	2	0,6
Operadora de caixa	1	0,4	-	-	1	0,3
Promotora de vendas	1	0,4	-	-	1	0,3
Prostituta	1	0,4	-	-	1	0,3
Recepcionista	2	0,7	-	-	2	0,6
Recicladora	1	0,4	-	-	1	0,3
Vendedora	2	0,7	-	-	2	0,6
Sem informação	14	5,1	2	6,1	16	5,2
Sem ocupação	2	0,7	-	-	2	0,6
Não se aplica	51	18,8	20	60,6	71	23,3
Total	272	100,0	33	100,0	305	100,0

Nota: APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Sorocaba

Não se aplica: Crianças abaixo da idade escolar

Pessoas com deficiência mental

Na análise, há que se destacar a presença desse tipo de violência na população vulnerável identificada pela categoria “não se aplica”, que caracteriza, em ambos os sexos, deficientes mentais e crianças, com idade inferior a 07 anos, considerada início da escolaridade.

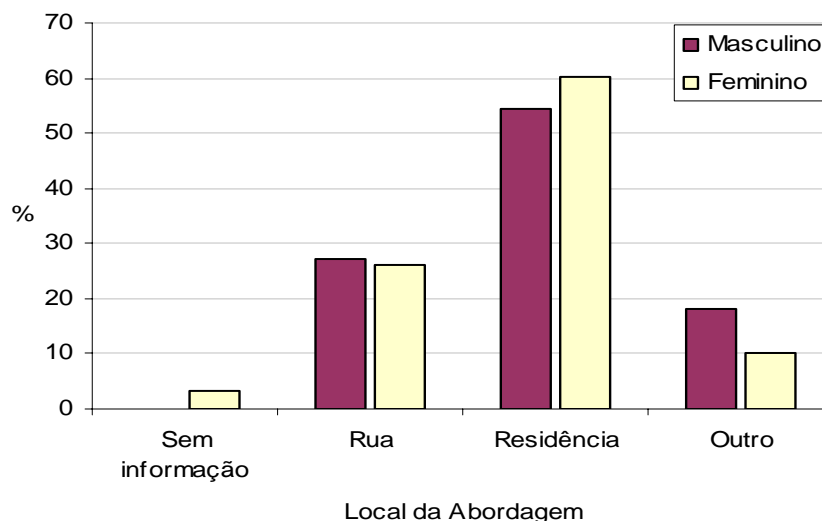
Observa-se que, entre as seis pessoas que relataram escolaridade superior a 12 anos de estudo (vide tabela 2), encontrou-se uma vítima referida como arquiteta. Para as cinco demais, não se observou profissão de formação de nível universitário, localizando-se em tipos de ocupação que não requerem tal formação. Não se pode inferir, a partir desses resultados, que mulheres com maior escolaridade, pertencentes a extrato social médio ou elevado, não estejam sujeitas à violência sexual, mas pode-se supor que, ao se depararem com essa situação, elas permaneçam “emudecidas” pela sociedade, tornando-se ocultas e não fazendo uso de seus direitos, evitando, com isso, a sua exposição. Pode-se supor, ainda, que, procurando preservar-se da divulgação, essas pessoas não utilizem serviços públicos ou beneficentes, recorrendo a serviços particulares de saúde e de advocacia.

4. 2. Características da ocorrência

Em relação à ocorrência, que tem sua importância para se conhecer onde o fato acontece e sua relação com a vulnerabilidade, analisou-se o local da abordagem e o tipo de relação ocorrida.

Ao analisar o local de abordagem, apresentado na **figura 2**, observa-se que a residência constitui local de abordagem com maior representatividade, para ambos os sexos. Destaca-se que não se trata exclusivamente da residência de moradia da vítima, mas inclui outros tipos de residência, independentemente de ser coabitada pelo agressor. Relato semelhante é feito por REIS (2001), ao estudar esse tipo de violência entre crianças, adolescentes e adultas.

Figura 2. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e local de abordagem. CHS julho/2003 – junho/2004.



Observa-se, na **tabela 6**, que a residência foi o local com maior proporção (59,7%). A faixa etária mais atingida nessa categoria, situou-se entre 12 a 14 anos (18,7%), seguindo-se as faixas de 9 a 11 anos (15,4%) e 3 a 5 anos (14,3%). A rua, como local de abordagem, foi informada com maior frequência para as faixas etárias de 18 a 20 anos (56,5%) e de 25 a 29 anos (66,7%). Os resultados encontrados neste estudo assemelham-se aos encontrados na literatura. Para OSHIKATA (2003), o local de maior abordagem das vítimas foi a rua, entretanto, em sua pesquisa, o autor analisou essa ocorrência somente em mulheres com idades acima de 12 anos. Diante desses resultados, observa-se, neste estudo, que quanto menor a idade da vítima, maior a possibilidade de o evento ter ocorrido dentro de sua própria residência, daí dizer sobre a maior vulnerabilidade de crianças e meninas na puberdade para essa situação de violência no ambiente doméstico, fato igualmente referido por DREZETT (2002b).

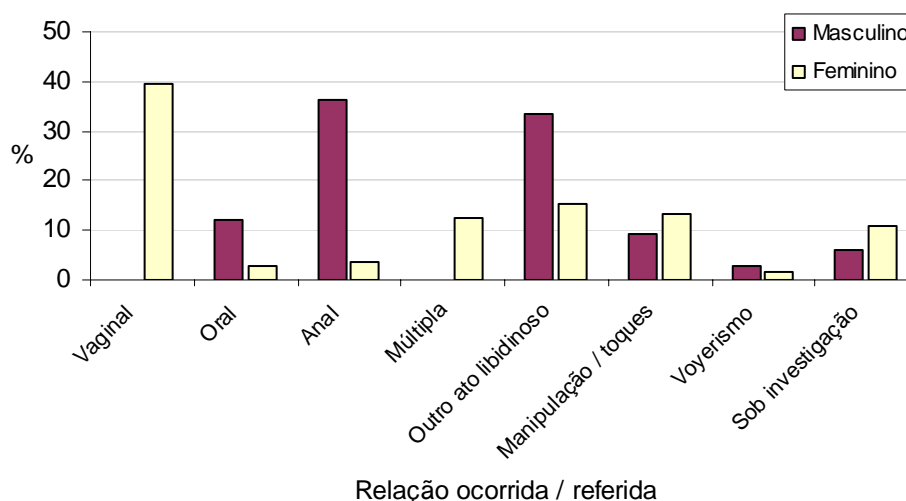
Tabela 6. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo local de abordagem e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Local de abordagem									Total	
	Sem informação		Rua		Residência		Outro		N		
	N	%	N	%	N	%	N	%			
< 3	1	7,1	-	-	11	78,6	2	14,3	14	100,0	
		11,1				6,0		5,9		4,6	
3 – 5	1	3,0	3	9,1	26	78,8	3	9,1	33	100,0	
		11,1		3,8		14,3		8,8		10,8	
6 – 8	-	-	4	12,1	24	72,7	5	15,2	33	100,0	
				5,0		13,2		14,7		10,8	
9 – 11	2	5,1	7	17,9	28	71,8	2	5,1	39	100,0	
		22,2		8,8		15,4		5,9		12,8	
12 – 14	2	3,2	18	29,0	34	54,8	8	12,9	62	100,0	
		22,2		22,5		18,7		23,5		20,3	
15 – 17	2	4,0	14	28,0	24	48,0	10	20,0	50	100,0	
		22,2		17,5		13,2		29,4		16,4	
18 – 20	-	-	13	56,5	10	43,5	-	-	23	100,0	
				16,2		5,5				7,5	
21 – 24	-	-	5	50,0	5	50,0	-	-	10	100,0	
				6,2		2,7				3,3	
25 – 29	-	-	6	66,7	2	22,2	1	11,1	9	100,0	
				7,5		1,1		2,9		3,0	
30 – 39	1	5,6	4	22,2	11	61,1	2	11,1	18	100,0	
		11,1		5,0		6,0		5,9		5,9	
40 – 49	-	-	3	30,0	6	60,0	1	10,0	10	100,0	
				3,8		3,3		2,9		3,3	
50 – 59	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	3	100,0	
				2,5		0,5				1,0	
> 59	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
				1,2						0,3	
Total	9	3,0	80	26,2	182	59,7	34	11,1	305	100,0	
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	

* em anos completos.

Referente ao tipo de exposição ocorrida / informada, observa-se, na **figura 3**, que, para vítimas do sexo feminino, a exposição mais referida foi a vaginal, seguida de outro ato libidinoso e de manipulação e toques. Para vítimas do sexo masculino, verifica-se maior ocorrência de exposição anal, seguida de outro ato libidinoso.

Figura 3. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e tipo de exposição. CHS julho/2003 – junho/2004.



Na **tabela 7** verifica-se que a exposição exclusivamente vaginal representou 35,4% das ocorrências. As faixas etárias de 12 a 14 anos (27,8%) e de 15 a 17 anos (25,9%) tiveram freqüências aproximadas, somando-se 53,7% das ocorrências com esse tipo de intercurso. Verifica-se que os intercursos vaginal, oral, anal e múltiplo, somados, representam 57,6% das ocorrências. As faixas etárias abaixo de 12 anos apresentaram maior freqüência nas categorias “outro ato libidinoso” (79,2%) seguida de “manipulação/toques” (74,3%). Incidência semelhante também é relatada por DREZETT (2002b), ao referir, em sua pesquisa, que, entre crianças, o tipo de crime sexual de maior incidência (46,5%) correspondeu ao atentado violento ao pudor - AVP, destacando-se as carícias eróticas e a masturbação da criança ou do agressor.

REIS et al (2001) observaram que crianças sofreram três vezes menos estupros que as adultas, e duas vezes menos que as adolescentes. Porém, foram vitimadas por Atentado Violento ao Pudor cinco vezes mais que adultas. Neste estudo, a proporção de crianças envolvidas na exposição vaginal foi seis vezes menor que de adolescentes, e quatro vezes menor que de adultas.

Tabela 7. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo tipo de exposição ocorrida e faixa etária. CHS julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Exposição ocorrida/referida																Total		
	Vaginal		Oral		Anal		Múltipla		Outro ato		Manipulação / toques		Voyerismo		Sob investigação				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
< 3	1	7,1	-	-	-	-	-	-	-	6	42,9	2	14,3	-	-	5	35,7	14	100,0
		0,9									11,3		5,1			15,6		4,6	
3 - 5	-	-	-	-	4	12,1	-	-	13	39,4	12	36,4	-	-	4	12,1	33	100,0	
					18,2					24,5		30,8			12,5		10,8		
6 - 8	2	6,1	3	9,1	5	15,2	-	-	11	33,3	8	24,2	1	3,0	3	9,1	33	100,0	
		1,9		25,0		22,7				20,8		20,5		20,0		9,4		10,8	
9 - 11	6	15,4	4	10,3	-	-	3	7,7	12	30,8	7	17,9	1	2,6	6	15,4	39	100,0	
		5,6		33,3				8,8		22,6		17,9		20,0		18,8		12,8	
12 - 14	30	48,4	4	6,5	3	4,8	4	6,5	5	8,1	5	8,1	2	3,2	9	14,5	62	100,0	
		27,8		33,3		13,6		11,8		9,4		12,8		40,0		28,1		20,3	
15 - 17	28	56	1	2,0	5	10,0	5	10,0	2	4,0	4	8,0	1	2,0	4	8,0	50	100,0	
		25,9		8,3		22,7		14,7		3,8		10,3		20,0		12,5		16,4	
18 - 20	12	52,2	-	-	-	-	9	39,1	1	4,3	1	4,3	-	-	-	-	23	100,0	
		11,1						26,5		1,9		2,6						7,5	
21 - 24	8	80,0	-	-	-	-	2	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100,0	
		7,4						5,9										3,3	
25 - 29	3	33,3	-	-	2	22,2	2	22,2	1	11,1	-	-	-	-	1	11,1	9	100,0	
		2,8				9,1		5,9		1,9						3,1		3,0	
30 - 39	11	61,1	-	-	1	5,6	6	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	18	100,0	
		10,2				4,5		17,6										5,9	
40 - 49	5	50,0	-	-	2	20,0	2	20,0	1	10,0	-	-	-	-	-	-	10	100,0	
		4,6				9,1		5,9		1,9								3,3	
50 - 59	2	66,7	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0	
		1,9						2,9										1,0	
> 59	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0	
										1,9								0,3	
Total	108	35,4	12	3,9	22	7,2	34	11,1	53	17,4	39	12,8	5	1,6	32	10,5	305	100,0	
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	

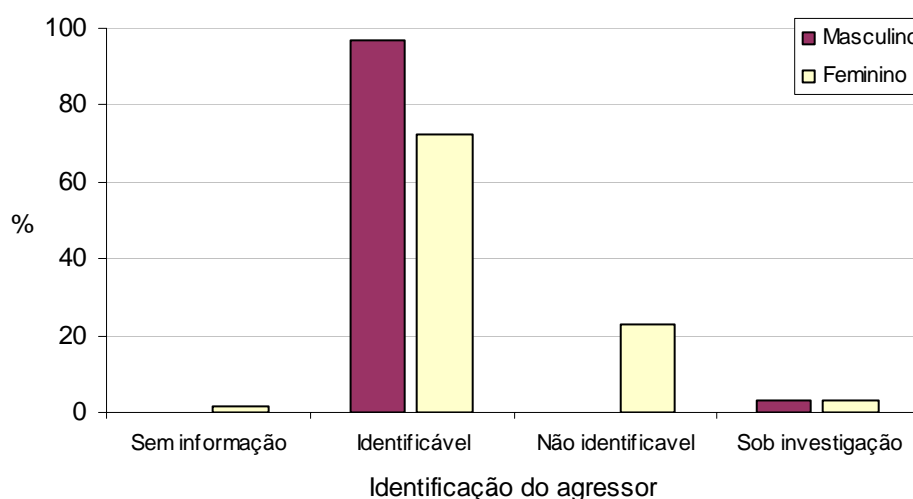
* em anos completos.

4.3. Características do agressor

Quanto à identificação do acusado pela violência, neste estudo, o termo identificável foi utilizado em substituição à palavra “conhecido”, em razão de buscar-se o entendimento, pela vítima, de que o autor da violência poderia ser identificado por ela e, não, necessariamente, que fosse seu conhecido, conforme apresentado no capítulo Procedimentos Metodológicos. Nesse aspecto, houve vítimas que, em um primeiro momento, informaram que o agressor, para ela, era desconhecido e, após o devido esclarecimento informaram: “...ele mora lá perto de casa, mas não é meu conhecido não...”; “...ele é lá do bairro, mas eu não conheço ele não...”.

Observa-se que, para ambos os sexos, houve predomínio do agressor identificável, sendo verificada a frequência de 97% para o sexo masculino e 72,4% para o sexo feminino, conforme apresentado na **figura 4**.

Figura 4. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e identificação do agressor. CHS julho/2003 – junho/2004.



Na **tabela 8**, verifica-se que, de cada quatro agressores, três eram identificáveis pelas vítimas. Estes dados nos remetem à afirmação de

VARGAS (1999) de que as estatísticas derrubam o mito predominante no universo simbólico geral, de acreditar que os agressores são desconhecidos da vítima.

Tabela 8. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo conhecimento de identificação do agressor e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Identificação do agressor								Total	
	Sem informação		Identificável		Não identificável		Sob investigação			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 3	1	7,1	10	71,4	-	-	3	21,4	14	100,0
		25,0		4,4				30,0		4,6
3 - 5	-	-	32	97,0	-	-	1	3,0	33	100,0
				14,0				10,0		10,8
6 - 8	-	-	31	93,9	-	-	2	6,1	33	100,0
				13,5				20,0		10,8
9 - 11	2	5,1	36	92,3	1	2,6	-	-	39	100,0
		50,0		15,7		1,6				12,8
12 - 14	1	1,6	44	71,0	16	25,8	1	1,6	62	100,0
		25,0		19,2		25,8		10,0		20,3
15 - 17	-	-	37	74,0	10	20,0	3	6,0	50	100,0
				16,2		16,1		30,0		16,4
18 - 20	-	-	9	39,1	14	60,9	-	-	23	100,0
				3,9		22,6				7,5
21 - 24	-	-	6	60,0	4	40,0	-	-	10	100,0
				2,6		6,5				3,3
25 - 29	-	-	5	55,6	4	44,4	-	-	9	100,0
				2,2		6,5				3,0
30 - 39	-	-	12	66,7	6	33,3	-	-	18	100,0
				5,2		9,7				5,9
40 - 49	-	-	5	50,0	5	50,0	-	-	10	100,0
				2,2		8,1				3,3
50 - 59	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	3	100,0
				0,9		1,6				1,0
> 59	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
						1,6				0,3
Total	4	1,3	229	75,1	62	20,3	10	3,3	305	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

Proporção semelhante é citada por ALMEIDA (2004), ao apresentar que o Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual de Salvador - VIVER registrou, entre 1294 casos atendidos, nos anos de 2001 a 2003, a presença de 72% de agressores conhecidos das vítimas. Pesquisa realizada por DREZETT et al. (1999) aponta o agressor conhecido em 61% dos atendimentos e em outro estudo, realizado por GOBBETTI e COHEN (2002), esses agressores representaram 49,7%. Para OSHIKATA (2003), em estudo realizado com mulheres, com idades entre 12 a 84 anos, a maior frequência foi observada para agressores desconhecidos, o que pode ser compreendido em razão de a pesquisa não ter incluído crianças em sua população de estudo.

Para maior compreensão da situação, procuramos estudar as relações entre os agressores identificáveis, ou não, pelas vítimas e faixa etária e sexo destas. Para análise dos resultados, foram excluídos os quatro agressores, referidos como “sem informação” e os dez referidos “sob investigação”. Assim, os resultados apresentados na **tabela 9** mostram que agressores identificáveis predominaram entre vítimas nas faixas etárias abaixo de 17 anos. Para REIS (2001) os agressores não identificáveis apresentaram maior frequência para as idades acima de 12 anos. Neste estudo, os agressores não identificáveis foram referidos por vítimas com idades acima de 11 anos, entretanto, ainda nessas faixas os agressores identificáveis apresentaram maior frequência.

Para o grupo do sexo masculino, todos os agressores foram referidos como identificáveis, excetuando-se um caso, que se encontrava sob investigação. Neste grupo, todas as violências ocorridas envolviam crianças e adolescentes, nas faixas etárias abaixo de 17 anos, sendo que dois deles, com idades entre 15 e 17 anos, apresentavam debilidade mental.

Tabela 9. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual segundo agressores identificáveis, ou não, e faixa etária da vítima. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Agressor								Total	
	Identificável				Não identificável				N	%
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
< 3	9	90,0	1	10,0	-	-	-	-	10	100,0
		4,6		3,1						3,4
3 - 5	22	68,8	10	31,3	-	-	-	-	32	100,0
		11,2		31,3						11,0
6 - 8	19	61,3	12	38,7	-	-	-	-	31	100,0
		9,6		37,5						10,7
9 - 11	31	83,8	5	13,5	1	2,7	-	-	37	100,0
		15,7		15,6		1,6				12,7
12 - 14	42	70,0	2	3,3	16	26,7	-	-	60	100,0
		21,3		6,3		25,8				20,6
15 - 17	35	74,5	2	4,3	10	21,3	-	-	47	100,0
		17,8		6,3		16,1				16,2
18 - 20	9	39,1	-	-	14	60,9	-	-	23	100,0
		4,6		-		22,6				7,9
21 - 24	6	60,0	-	-	4	40,0	-	-	10	100,0
		3,0		-		6,5				3,4
25 - 29	5	55,6	-	-	4	44,4	-	-	9	100,0
		2,5		-		6,5				3,1
30 - 39	12	66,7	-	-	6	33,3	-	-	18	100,0
		6,1		-		9,7				6,2
40 - 49	5	50,0	-	-	5	50,0	-	-	10	100,0
		2,5		-		8,1				3,4
50 - 59	2	66,7	-	-	1	33,3	-	-	3	100,0
		1,0		-		1,6				1,0
> 59	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
		-		-		1,6				0,3
Total	197	67,7	32	11,0	62	21,3	-	-	291	100,0
		100,0		100,0		100,0				100,0

* em anos completos.

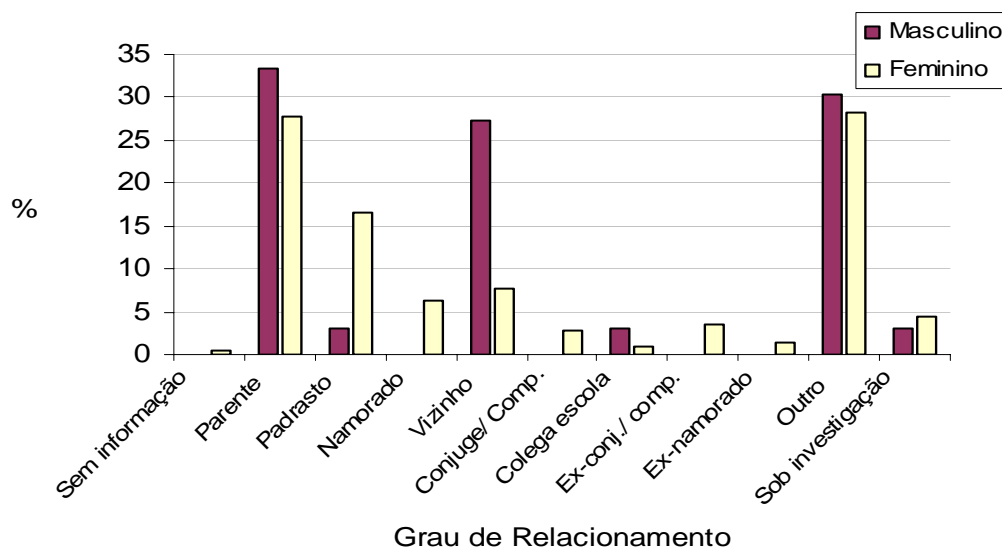
Nota: Retirados os quatro agressores “sem informação” e os dez referidos como “sob investigação”.

Apesar de não ser objeto deste estudo, o conhecimento da idade dos acusados da violência desperta atenção, ao considerar que 18 deles apresentavam idades entre 12 a 15 anos, sendo três com 12 anos, quatro com 13 anos, quatro com 14 anos e sete com 15 anos. Encontrou-se um caso, em que a criança de 4 anos, do sexo masculino, foi submetida à

violência sexual, com relação oral e anal, por outra criança de sete anos. Há registro da equipe de atendimento sobre a dificuldade em determinar se uma criança de sete anos poderia ser qualificada como “agressor sexual”. Observou-se, nessa situação, que, tanto a vítima, quanto o denunciado, foram encaminhados para acompanhamento em serviços de psicologia. Neste estudo, a constatação de que esse tipo de delito, também, é praticado por menores de 14 anos, derruba a proposição expressa por CHARAN (1997), em que o autor coloca a dificuldade de fazer suposição quanto às personalidades dos homens estupradores, e considera que um rapaz menor de 14 anos seja incapaz de cometer esse tipo de ação. Da mesma forma, faz repensar a idéia de que a violência sexual, envolvendo crianças, é sempre praticada por adultos, como predomina no imaginário social.

Entre os agressores identificados pelas vítimas, a **figura 5** mostra o seu grau de relacionamento, segundo o sexo da vítima. Verifica-se que, para ambos os sexos, houve maior frequência nas categorias “parente” e “outro”. Observa-se que, no grupo do sexo masculino, predominaram os agressores informados como “parente”, “outro” e “vizinho”. Para o grupo do sexo feminino, predominaram os agressores “parente”, “outro” e “padrasto”.

Figura 5. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e grau de relacionamento com o agressor. CHS julho2003 - junho2004.



Ao se analisarem as freqüências por faixa etária, verifica-se, na **tabela 10**, que, na categoria parente, a maior freqüência ocorreu nas faixas de idade situadas entre 3 e 14 anos. Observa-se, ainda, que esses agressores aparecem relacionados a vítimas em idades inferiores a vinte anos. Os dois casos isolados – uma mulher com 43 anos e a outra com 51 anos de idade – foram violentadas por parentes (filho e sobrinho, respectivamente), havendo a informação registrada de que esses agressores eram usuários de drogas e executaram a violência, provavelmente, sob uso de drogas.

Padrastos foram citados como agressores em maior proporção na faixa entre 9 a 17 anos de idade, em que tiveram freqüências médias de 20,9%. FRANÇA-JUNIOR (2003) refere que, entre os autores de abuso sexual na infância, a maior proporção é representada por homens que pertencem à família, estando no ambiente familiar as maiores chances dessas ocorrências.

A categoria “namorado” foi referida somente por vítimas nas idades entre 12 e 17 anos. Após os 18 anos, os citados foram o

cônjuge/companheiro e ex-cônjuge/ex-companheiro. A categoria “vizinho” foi mais representativa na faixa de 3 a 5 anos (24%) e a categoria “ex-cônjuge/companheiro” na faixa entre 30 e 39 anos (71,4%).

Considerando-se que no ambiente de domicílio a convivência com parentes, padrasto, cônjuge ou companheiro é cotidiana, verifica-se a vulnerabilidade das vítimas, uma vez que essas categorias, juntas, somaram 45,6% dos atendimentos. Neste estudo, encontrou-se que o agressor é, em sua maioria, uma figura masculina, independentemente do sexo da pessoa agredida.

Tabela 10. Número e proporção do grau de relacionamento com o agressor pelas vítimas de violência sexual, segundo faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Grau de relacionamento com o agressor																							Total	
	Sem informação		Parente		Padrasto		Namorado		Vizinho		Conjuge/Comp.		Colega escola		Ex-conj./comp.		Ex-namorado		Outro		Sob investigação				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
< 3	-	-	6	46,2	1	7,7	-	-	1	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	15,4	3	23,1	13	100,0
				8,8		2,9				4,0										2,9		30,0		5,4	
3 - 5	-	-	14	42,4	5	15,2	-	-	6	18,2	-	-	1	3,0	-	-	-	-	6	18,2	1	3,0	33	100,0	
				20,6		14,3				24,0				33,3						8,8		10,0		13,8	
6 - 8	-	-	13	39,4	4	12,1	-	-	4	12,1	-	-	-	-	-	-	-	-	10	30,3	2	6,1	33	100,0	
				19,1		11,4				16,0										14,7		20,0		13,8	
9 - 11	-	-	13	36,1	7	19,4	-	-	4	11,1	-	-	1	2,8	-	-	-	-	11	30,6	-	-	36	100,0	
				19,1		20,0				16,0				33,3						16,2		-		15,1	
12 - 14	-	-	13	28,9	7	15,6	9	20,0	3	6,7	-	-	1	2,2	-	-	-	-	11	24,4	1	2,2	45	100,0	
				19,1		20,0		69,2		12,0				33,3						16,2		10,0		18,8	
15 - 17	-	-	5	12,5	8	20,0	4	10,0	4	10,0	-	-	-	-	-	-	2	5,0	14	35,0	3	7,5	40	100,0	
				7,4		22,9		30,8		16,0								66,7		20,6		30,0		16,7	
18 - 20	-	-	2	22,2	2	22,2	-	-	1	11,1	-	-	-	-	1	11,1	-	-	3	33,3	-	-	9	100,0	
				2,9		5,7				4,0					14,3					4,4		-		3,8	
21 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16,7	1	16,7	-	-	-	-	-	-	4	66,7	-	-	6	100,0	
										4,0										5,9		-		2,5	
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	40,0	-	-	1	20,0	-	-	2	40,0	-	-	5	100,0	
												33,3				14,3				2,9		-		2,1	
30 - 39	1	8,3	-	-	1	8,3	-	-	-	-	2	16,7	-	-	5	41,7	-	-	3	25,0	-	-	12	100,0	
		100,0				2,9						33,3				71,4				4,4		-		5,0	
40 - 49	-	-	1	20,0	-	-	-	-	-	1	20,0	-	-	-	-	-	1	20,0	2	40,0	-	-	5	100,0	
				1,5														33,3		2,9		-		2,1	
50 - 59	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	
				1,5						4,0										-		-		0,8	
> 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	1	0,4	68	28,5	35	14,6	13	5,4	25	10,5	6	2,5	3	1,3	7	2,9	3	1,3	68	28,5	10	4,2	239	100,0	
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	

* em anos completos.

Observa-se que na categoria “outro”, a maior frequência ocorreu para “amigo” (19,1%) e “conhecido do bairro” (11,8%). Ainda nessa categoria, o namorado da mãe, o cunhado, o patrão e o vendedor ambulante tiveram frequência semelhante, ou seja, 4,4%, conforme apresentado na **Tabela 11**.

Tabela 11. Número e proporção (%) do agressor de vítimas de violência sexual informado como “outro”.

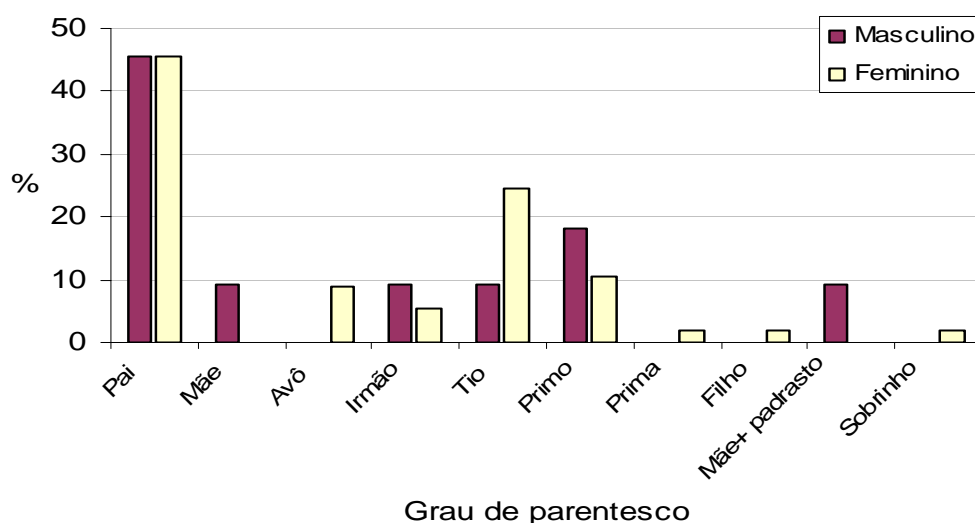
Agressor	N	%
Amigo	13	19,1
Amigo da família	2	2,9
Amigo do irmão	1	1,5
Amigo do pai	2	2,9
Andarilho do bairro	3	4,4
Avô adotivo	1	1,5
Avô padrasto	1	1,5
Conhecido	5	7,4
Conhecido da festa	3	4,4
Conhecido de vista	1	1,5
Conhecido do bairro	8	11,8
Cunhado	4	5,9
Cunhado da mãe	1	1,5
Dono do bar	1	1,5
Enteado da mãe	1	1,5
Ex- namorado da mãe	1	1,5
Filho da babá	1	1,5
Filho da madrasta	1	1,5
Irmão da amiga	1	1,5
Irmão da madrinha	1	1,5
Marido da avó	1	1,5
Motorista da perua escolar	1	1,5
Namorado da mãe	3	4,4
Namorado da tia	1	1,5
Não especifica	1	1,5
Padrinho	1	1,5
Pai da babá	1	1,5
Pai do padrasto	1	1,5
Patrão	3	4,4
Vendedor ambulante	3	4,4
Total	68	100,0

Referente ao grau de parentesco informado, classificaram-se os agressores “tio”, “primo” e “sobrinho” na categoria parente, apesar de não ter

sido encontrada informação que esclarecesse se o parentesco era por laços consangüíneos ou era agregado à família. Para GOBETTI E COHEN (2002), a família não é definida apenas pela consangüinidade ou mesmo afinidade, mas, principalmente, pela função “parental social” exercida pelas pessoas dentro do grupo. Em sua pesquisa, esses autores encontraram 22,5% de violências praticadas por parentes.

Na análise de dados contidos na **figura 6** verifica-se que, entre os 68 agressores referidos como parentes, a categoria “pai” foi a mais freqüente, em vítimas de ambos os sexos. Para vítimas do sexo masculino, aparece, seguidamente, a figura do primo, e, para o sexo feminino, a figura do tio.

Figura 6. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e grau de parentesco com o agressor. CHS julho/2003 – junho/2004.



Em um total de três mulheres identificadas como agressoras, a mãe, isoladamente, ocorreu em caso único, representou 1,5%, envolvendo criança do sexo masculino, de 6 anos de idade, que relatou, na escola, que sua mãe, durante o banho, colocava seu pênis na boca. Encontrou-se, ainda, um registro em que a mãe foi referida como agressora, juntamente com o padrasto, pois era participante na violência praticada por este contra uma

criança de 7 anos, do sexo masculino. A figura da prima, como agressora, foi referida em caso único, por vítima do sexo feminino, com idade de 9 anos.

Neste estudo, encontrou-se relato de atendimento a três vítimas, que foram encaminhadas para “Casa Abrigo”, pois não tinham segurança de retornar ao domicílio coabitado pelo agressor. Em um dos casos, no qual a vítima tinha 18 anos, o agressor já estava respondendo a processo judicial, por homicídio.

Ainda referente ao grau de parentesco, observa-se, na **tabela 12**, que a ação desses à grande maioria das vítimas, independentemente do sexo, situa-se abaixo de 17 anos (94,1%) e verifica-se que a figura do pai apresenta freqüência de 45,6%, ocorrendo, principalmente, entre as faixas etárias entre 3 e 17 anos.

O agressor “tio”, incluído na categoria parente, conforme exposto anteriormente, é citado por 22,1% das vítimas, havendo maior incidência em idades entre 3 e 14 anos. Entre estas, uma adolescente, com 12 anos de idade, compareceu grávida, sendo apontado, como autor da violência, o tio, com 65 anos de idade.

Tabela 12. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual segundo grau de parentesco com o agressor e faixa etária da vítima., CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Grau de parentesco																				Total	
	Pai		Mãe		Avô		Irmão		Tio		Primo		Prima		Filho		Mãe+ padrasto		Sobrinho		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
< 3	1	16,7	-	-	-	-	-	-	2	33,3	3	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100
		3,2								13,3		37,5										8,8
3 - 5	6	42,9	-	-	2	14,3	-	-	4	28,6	2	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	14	100
		19,4				40,0				26,7		25,0										20,6
6 - 8	7	53,8	1	7,7	2	15,4	-	-	-	-	2	15,4	-	-	-	-	1	7,7	-	-	13	100
		22,6		100,0		40,0						25,0						100,0				19,1
9 - 11	5	38,5	-	-	1	7,7	2	15,4	4	30,8	-	-	1	7,7	-	-	-	-	-	-	13	100
		16,1				20,0		50,0		26,7		7,7		100,0								19,1
12 - 14	7	53,8	-	-	-	-	1	7,7	4	30,8	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	13	100
		22,6						25,0		26,7												19,1
15 - 17	4	80,0	-	-	-	-	-	-	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100
		12,9								6,7												7,4
18 - 20	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100
		3,2						25,0														2,9
21 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100
																100,0						1,5
50 - 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100
																				100,0		1,5
> 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	31	45,6	1	1,5	5	7,4	4	5,9	15	22,1	8	11,8	1	1,5	1	1,5	1	1,5	1	1,5	68	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

Para permitir conhecimento mais detalhado, na **tabela 13**, incluíram-se as categorias pai, avô, irmão, tio e primo, agrupando-se as respectivas faixas etárias compreendidas nesse grupo. Os agressores “mãe”, “prima”, “mãe+padrasto” não foram incluídos, em razão de terem sido referidos isoladamente, com um caso para cada categoria.

Verifica-se que entre os parentes referidos, a figura do pai, como agressor, teve maior representatividade, destacando-se nas faixas etárias entre 3 e 14 anos. Verifica-se que, enquanto o pai e o tio foram citados por vítimas, nas faixas etárias até 17 anos, o avô foi citado em faixas etárias abaixo de 11 anos.

Tabela 13. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo grau de parentesco do agressor e faixa etária da vítima menor de 18 anos. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Grau de parentesco										Total	
	Pai		Avô		Irmão		Tio		Primo		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
< 3	1	16,7	-	-	-	-	2	33,3	3	50,0	6	100,0
		3,3						13,3		37,5		9,8
3 - 5	6	42,9	2	14,3	-	-	4	28,6	2	14,3	14	100,0
		20,0		40,0				26,7		25,0		23,0
6 - 8	7	63,6	2	18,2	-	-	-	-	2	18,2	11	100,0
		23,3		40,0						25,0		18,0
9 - 11	5	41,7	1	8,3	2	16,7	4	33,3	-	-	12	100,0
		16,7		20,0		66,7		26,7				19,7
12 - 14	7	53,8	-	-	1	7,7	4	30,8	1	7,7	13	100,0
		23,3				33,3		26,7		12,5		21,3
15 - 17	4	80,0	-	-	-	-	1	20,0	-	-	5	100,0
		13,3						6,7				8,2
Total	30	49,2	5	8,2	3	4,9	15	24,6	8	13,1	61	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

Nota: Retirados os agressores: mãe, mãe+padrasto, prima.

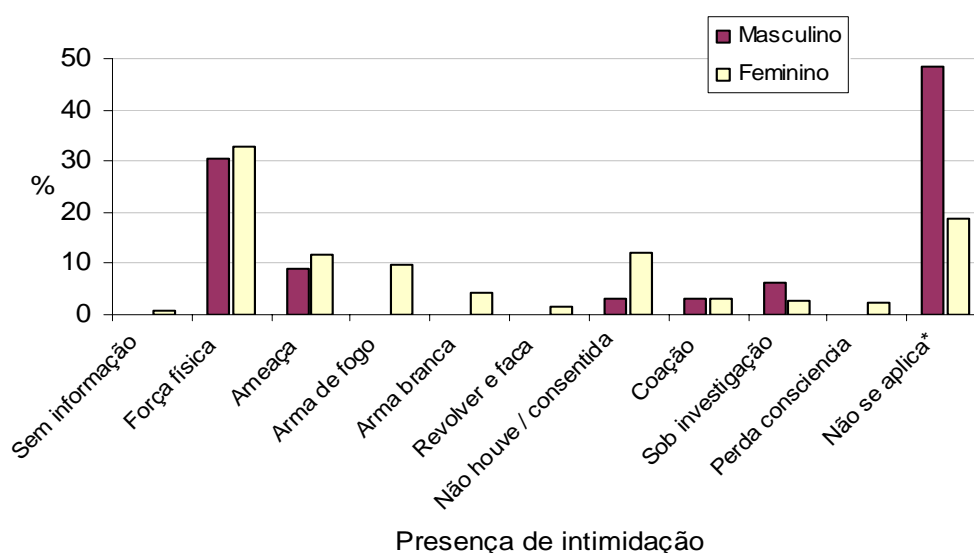
A respeito de presença de intimidação, observou-se, em anotações dos relatos de algumas crianças e de pessoas com rebaixamento cognitivo, que não havia muita clareza quanto à intimidação utilizada, se uso da força física, coação ou ameaça, estando anotado em várias fichas de atendimento: não houve. Assim, a categoria “não se aplica” foi adotada para

crianças abaixo de 12 anos e pessoas com rebaixamento cognitivo, que não souberam referir nenhum tipo de intimidação ou constrangimento, uma vez que o não conhecimento da sexualidade poderia ser fator de confusão nas interpretações.

Na **figura 7**, observa-se, no grupo do sexo masculino, o predomínio da categoria “não se aplica”, seguida de “presença da força física”. Este achado nos remete à tabela 2, que apresenta a frequência de 12,1% de presença de debilidade mental nesse grupo, o que pode interferir na defesa e compreensão dessa violência. Para esse grupo não houve caso referido com ameaça, por uso de qualquer tipo de arma. Verifica-se, ainda, que vítimas do sexo masculino encontram-se predominantemente nas idades abaixo de 12 anos, conforme discutido na tabela 1.

Entre vítimas do sexo feminino, o uso da força física foi a intimidação mais freqüente, seguida da categoria “não se aplica”. Observa-se a presença de armas, em seus diversos tipos, somente para intimidação de vítimas do sexo feminino.

Figura 7. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e tipo de intimidação. CHS julho/2003 – junho/2004.



*Não se aplica: Crianças menores de 12 anos que não referiram outro tipo de ameaça. Pessoas com deficiência mental.

Em relação à forma de intimidação e faixa etária, a **tabela 14** mostra o uso da força física como a intimidação mais freqüente nessa violência, representada em um terço (32,5%) das situações. Resultado semelhante é referido por DREZETT (2002a), ao citar o uso da força física como intimidação em 39,7% das violências sexuais.

A categoria “não se aplica” apresentou freqüência de 22%. A intimidação pelo uso de armas foi citada em 14,1% das situações, dentre elas, a arma de fogo foi a mais utilizada. Resultado semelhante é apontado por REIS (2001) em seu estudo, em que o uso de objetos cortantes e armas convencionais representaram 16,5% entre as intimidações. Esse mesmo autor encontrou a freqüência de 1,7% para o uso da associação de revólver e faca, resultado semelhante ao de 1,3% apresentado neste estudo. OSHIKATA (2003) relata a arma de fogo como forma de intimidação mais utilizada para perpetrar a violência, destacando que diferenças regionais, promovidas por fatores econômicos e culturais, podem estar associadas no uso da intimidação.

A presença de ameaça, isoladamente, sem outro constrangimento, foi informada em 11,5% dos relatos, entretanto, há que se considerar que as intimidações efetuadas por outros meios trazem embutida a ameaça por conseqüências de possível reação de defesa ou da revelação do fato a autoridades policiais. Assim, encontrou-se lesão de hímen em uma criança de 9 anos de idade, cujo tio ameaçava matar o avô e o pai dela, caso a violência fosse revelada. Fato semelhante foi observado na jovem que, em um primeiro atendimento denunciado pela mãe, negou veemente a violência, entretanto, após 3 meses, a jovem retorna com informação de que tinha mentido, por medo do pai, que a violentava, sob ameaça, desde a idade de 12 anos. REIS (2001), em seu estudo, observou que 83,5% dos casos não envolveram uso de armas convencionais ou outros objetos para intimidação da vítima.

Sobre a ocorrência de episódios em que não houve ameaças, pois a relação sexual foi consentida, verifica-se a freqüência de 11% de atendimentos, ocorrendo, principalmente, na faixa etária de 12 a 14 anos.

Neste estudo, verifica-se que, para a vítima que já estava grávida, a proeminência da barriga não lhe serviu de “escudo” como proteção contra esse tipo de violência. Encontrou-se registro de três mulheres que já estavam com gestação em curso, quando passaram por violência sexual cometida por outra pessoa, que não o parceiro. OSHIKATA (2003), em estudo semelhante, envolvendo 166 mulheres, também, encontrou duas que eram gestantes.

A informação “perda de consciência” foi referida em 2,0% dos atendimentos, ocorrendo na faixa etária entre 12 e 20 anos, exclusivamente por pessoas do sexo feminino. Encontrou-se registro de uma jovem, de 14 anos de idade, que foi abordada por cinco homens que a obrigaram a entrar no carro. A jovem alegou ser portadora do vírus HIV, sendo, então, obrigada a ingerir “*uns comprimidos brancos*” e, depois disso, não se lembrava de mais nada, tendo sido encontrada, desacordada, em um terreno. ANDRADE et al. (2001) referem a ocorrência de fato semelhante, em que a vítima, alegando ser portadora do vírus HIV, convenceu o agressor a usar o condon, que ela trazia na bolsa.

Neste estudo, encontraram-se outros relatos sobre a ingestão de comprimidos, o que sugere a possibilidade do uso de produtos conhecidos como “coquetel boa noite Cinderela”, fato que se assemelha ao descrito por REIS (2001).

Sobre a abordagem utilizada pelo denunciado, apesar de não fazer parte desta pesquisa, chamou atenção a referência de uma jovem, com 16 anos de idade. Ao retornar da escola, ela foi abordada por indivíduo que, mostrando um emblema da polícia, identificou-se como conselheiro tutelar, e ofereceu-se para levá-la, em segurança, até a residência, no que foi atendido, criando a oportunidade da agressão sexual.

Tabela 14. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo presença de intimidação e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

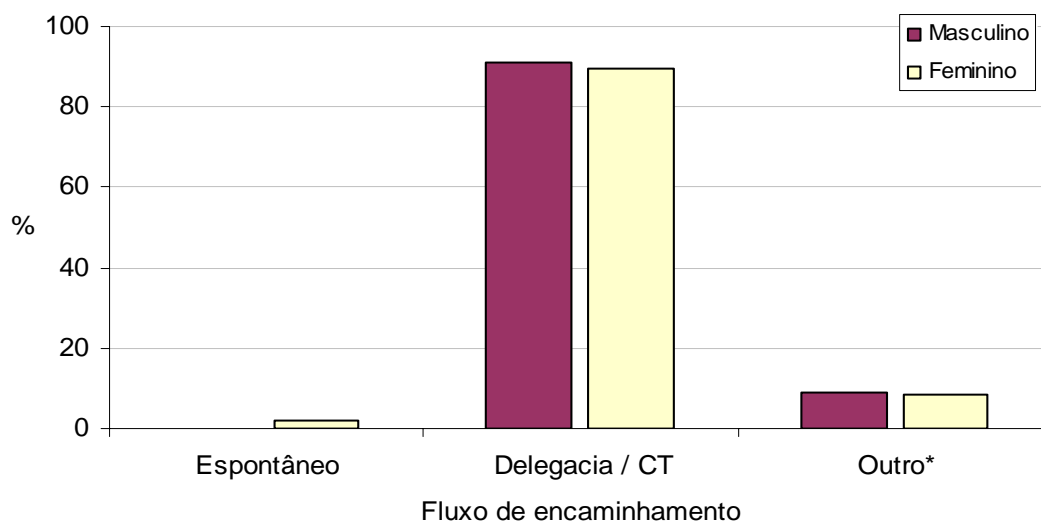
Faixa etária*	Presença de intimidação																								Total	
	Sem informação		Força física		Ameaça		Arma de fogo		Arma branca		Revolver e faca		Não houve/consentida		Coação		Sob investigação		Perda consciência		Não se aplica					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	21,4	-	-	-	-	-	-	11	78,9	14	100	
3 - 5	-	-	7	21,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,0	-	-	1	3,0	-	-	24	72,7	33	100	
6 - 8	-	-	7	21,2	5	15,2	1	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6,1	-	-	18	54,5	33	100	
9 - 11	-	-	11	28,2	9	23,1	-	-	1	2,6	-	-	3	7,7	-	-	2	5,1	-	-	13	33,3	39	100		
12 - 14	-	-	18	29,0	13	21,0	4	6,5	6	9,7	-	-	15	24,2	1	1,6	2	3,2	2	3,2	1	1,6	62	100		
15 - 17	2	4,0	11	22,0	4	8,0	9	18,0	-	-	1	2,0	11	22,0	7	14,0	2	4,0	3	6	-	-	50	100		
18 - 20	-	100,0	13	26,5	2	8,7	5	21,7	1	4,3	1	4,3	-	-	-	-	-	-	1	4,3	-	-	23	100		
21 - 24	-	-	4	40,0	1	10,0	2	20,0	1	10,0	1	10,0	-	-	1	10,0	-	-	-	-	-	-	10	100		
25 - 29	-	-	6	66,7	-	-	1	11,1	1	11,1	-	-	1	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	9	100		
30 - 39	-	-	12	66,7	1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	18	100		
40 - 49	-	-	7	70,0	-	-	3	30,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100		
50 - 59	-	-	2	66,7	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100		
> 59	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100		
Total	2	0,7	99	32,5	35	11,5	27	8,9	12	3,9	4	1,3	34	11,1	10	3,3	9	3,0	6	2	67	22	305	100		
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100		100		100		

* em anos completos.

4.4 Características do atendimento imediato

O encaminhamento da vítima até a Unidade Regional de Emergência, como se observa na **figura 8**, foi feito, em mais de 80%, por Delegacias e Conselhos Tutelares, independentemente do sexo das vítimas .

Figura 8. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e fluxo de encaminhamento. CHS julho/2003 – junho/2004.



*Outro: Unidade Básica de Saúde, escolas e demais instituições.

A **tabela 15** mostra, ainda, que 89,5% das pessoas procederam de Delegacias de Polícia ou Conselhos Tutelares. A demanda dos encaminhamentos das Delegacias pode ser compreendida em razão da existência do Protocolo de Ações Integradas entre as áreas da Saúde e da Segurança Pública, pelo qual as vítimas são encaminhadas para Unidade Regional de Emergência para realização do exame de corpo de delito, juntamente com o atendimento médico voltado à prevenção de seqüelas (CAMPOS et al., 2005a).

O fluxo espontâneo não foi observado para as faixas etárias abaixo de 15 anos, sendo estas vítimas encaminhadas por Delegacias ou Conselhos Tutelares, após o registro ou denúncia da violência.

Outros locais, como escolas, Unidades Básicas de Saúde ou hospitais encaminharam 8,5% dos atendimentos, estando a maioria das vítimas situada nas faixas abaixo de 20 anos de idade.

A procura espontânea apresentou frequência de apenas 2,0%, e em maiores de 15 anos. Em seu estudo, SCHRAIBER E D'OLIVEIRA (2001) comparam a situação de duas regiões do Brasil, identificando os serviços que foram mais citados por mulheres que relataram violência física e/ou sexual, como lugares para obter ajuda. Na cidade de São Paulo, com extrato social semelhante à população de nosso estudo, 18% das mulheres procuraram a polícia/delegacia; 16%, os hospitais ou centros de saúde; 15% procuraram líderes religiosos; 14%, a Delegacia de Defesa da Mulher; 15%, os serviços jurídicos/advogados e 12%, o Tribunal/Juizado. Já na Zona da Mata Pernambucana, os serviços mais procurados foram: hospitais ou centros de saúde: 11%; polícia/delegacia: 10% e líder religioso: 5%.

Tabela 15. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo fluxo de encaminhamento e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Fluxo de encaminhamento						Total	
	Espontâneo		Delegacia/CT		Outro		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 3	-	-	12	85,7	2	14,3	14	100,0
				4,4		7,7		4,6
3 - 5	-	-	30	90,9	3	9,1	33	100,0
				11,0		11,5		10,8
6 - 8	-	-	32	97,0	1	3,0	33	100,0
				11,7		3,8		10,8
9 - 11	-	-	35	89,7	4	10,3	39	100,0
				12,8		15,4		12,8
12 - 14	-	-	60	96,8	2	3,2	62	100,0
				22,0		7,7		20,3
15 - 17	1	2,0	44	88,0	5	10,0	50	100,0
		16,7		16,1		19,2		16,4
18 - 20	2	8,7	18	78,3	3	13,0	23	100,0
		33,3		6,6		11,5		7,5
21 - 24	1	10,0	9	90,0	-	-	10	100,0
		16,7		3,3				3,3
25 - 29	1	11,1	7	77,8	1	11,1	9	100,0
		16,7		2,6		3,8		3,0
30 - 39	-	-	15	83,3	3	16,7	18	100,0
				5,5		11,5		5,9
40 - 49	1	10,0	8	80,0	1	10,0	10	100,0
		16,7		2,9		3,8		3,3
50 - 59	-	-	2	66,7	1	33,3	3	100,0
				0,7		3,8		1,0
> 59	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
				0,4				0,3
Total	6	2,0	273	89,5	26	8,5	305	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

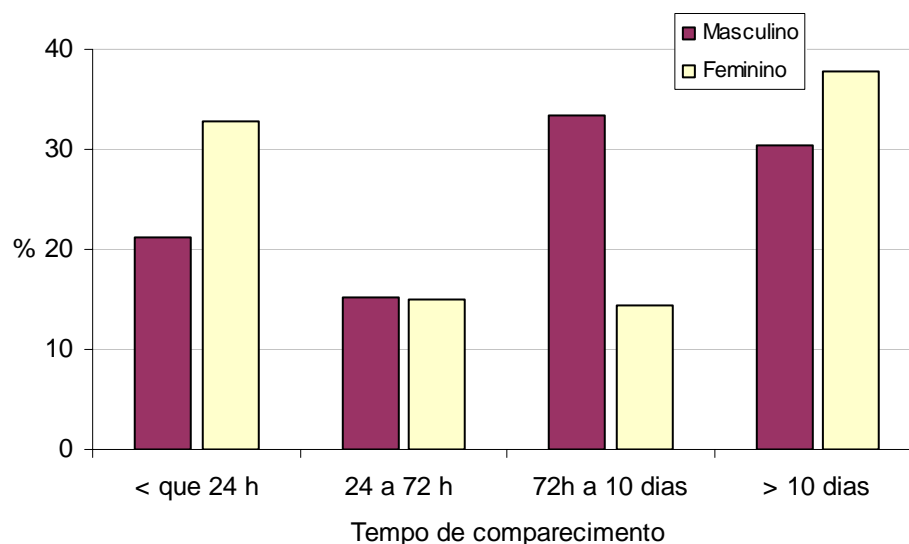
Nota: Outro: Unidade Básica de Saúde, escolas e demais instituições.

A profilaxia da gravidez e do vírus HIV dependem, entre outros fatores, do tempo decorrido entre a violência e o atendimento médico, visto que a eficácia dos medicamentos é determinada, se os mesmos forem utilizados até 72 horas após a violência.

Neste estudo, verificou-se que pessoas do sexo masculino compareceram, em sua maioria, em período superior a 72 horas após a violência, e as do sexo feminino compareceram em proporções semelhantes

nos períodos anteriores e posteriores a 72 horas, conforme apresentado na **figura 9**.

Figura 9. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e tempo de comparecimento. CHS julho/2003 – junho/2004.



Ao se observarem as faixas etárias, na **tabela 16**, verifica-se que, enquanto entre crianças e adolescentes a maior freqüência de comparecimento ocorreu no período superior a 10 dias após a violência, entre adultas esse comparecimento ocorreu, em sua maioria, até 72 horas após a agressão. Esse fato pode ser explicado, em razão de crianças ou adolescentes, freqüentemente, receberem ameaças de conseqüências de seus agressores, caso a revelação da violência seja feita. Entende-se, também, que crianças, por não terem conhecimento da sexualidade, podem interpretar gestos de abuso sexual como carinho e não comentarem sobre o ocorrido. OSHIKATA (2003), em estudo realizado em Campinas, no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, encontrou freqüência de 92,7% para comparecimentos até 72 horas. ANDRADE et al. (2001) referem proporção de 67,5% para comparecimentos até 72 horas, no Hospital das Clínicas de Curitiba. Neste estudo, encontrou-se a freqüência de 46,6% para os comparecimentos até 72 horas após a agressão.

Entre as vítimas que compareceram em prazo superior a 10 dias após a violência, 87% estão em idades inferiores a 17 anos, e 45% são

menores de 11 anos. Neste grupo etário, o comparecimento tardio, nem sempre, traria o risco de gravidez, ou mesmo, de infecção pelo vírus HIV, pois, em sua maioria, as exposições são caracterizadas por situações em que não há presença de sêmen na cavidade vaginal ou anal, e, sim, por ações de manipulação/toques ou outros atos libidinosos (vide tabela 7).

Tabela 16. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual segundo tempo de comparecimento e faixa etária da vítima. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Tempo de comparecimento								Total	
	< que 24h		24 a 72h		72 a 10 dias		> 10 dias		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
< 3	3	21,4	6	42,9	2	14,3	3	21,4	14	100,0
		3,1		13,0		4,0		2,7		4,6
3 - 5	14	42,4	5	15,2	5	15,2	9	27,3	33	100,0
		14,6		10,9		10,0		8,0		10,8
6 - 8	6	18,2	2	6,1	9	27,3	16	48,5	33	100,0
		6,2		4,3		18,0		14,2		10,8
9 - 11	4	10,3	5	12,8	7	17,9	23	59,0	39	100,0
		4,2		10,9		14,0		20,4		12,8
12 - 14	18	29,0	11	17,7	6	9,7	27	43,5	62	100,0
		18,8		23,9		12,0		23,9		20,3
15 - 17	12	24,0	6	12,0	11	22,0	21	42,0	50	100,0
		12,5		13,0		22,0		18,6		16,4
18 - 20	13	56,5	3	13,0	1	4,3	6	26,1	23	100,0
		13,5		6,5		2,0		5,3		7,5
21 - 24	7	70,0	2	20,0	1	10,0	-	-	10	100,0
		7,3		4,3		2,0		-		3,3
25 - 29	1	11,1	1	11,1	3	33,3	4	44,4	9	100,0
		1,0		2,2		6,0		3,5		3,0
30 - 39	10	55,6	3	16,7	3	16,7	2	11,1	18	100,0
		10,4		6,5		6,0		1,8		5,9
40 - 49	5	50,0	1	10,0	2	20,0	2	20	10	100,0
		5,2		2,2		4,0		1,8		3,3
50 - 59	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-	3	100,0
		2,1		2,2		-		-		1,0
> 59	1	100,0	-	-	-	-	-	-	1	100,0
		1,0		-		-		-		0,3
Total	96	31,5	46	15,1	50	16,4	113	37,0	305	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

A profilaxia da gravidez feita com o uso de Levonorgestrel, foi indicada para 23,9% das vítimas, ocorrendo, predominantemente, na faixa etária entre 12 e 20 anos, conforme mostra a **tabela 17**. Observou-se

recusa para uso desse medicamento por uma vítima de 31 anos, que foi agredida pelo ex-marido. Para 75,7% dos atendimentos não houve indicação dessa prevenção. Observa-se a maior frequência em vítimas com idades abaixo dos 14 anos, podendo a conduta de não indicação estar justificada por vários motivos, como o fato de a vítima não ser do sexo feminino, a violência não se caracterizar por contato que trouxesse esse risco, a ausência da menarca, ou mesmo, pelo comparecimento estar fora do prazo possível para essa conduta. Encontrou-se um caso isolado, em que a vítima, de 31 anos de idade, agredida pelo ex-marido, recusou-se a submeter-se a essa profilaxia.

Tabela 17. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo indicação de profilaxia da gravidez e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

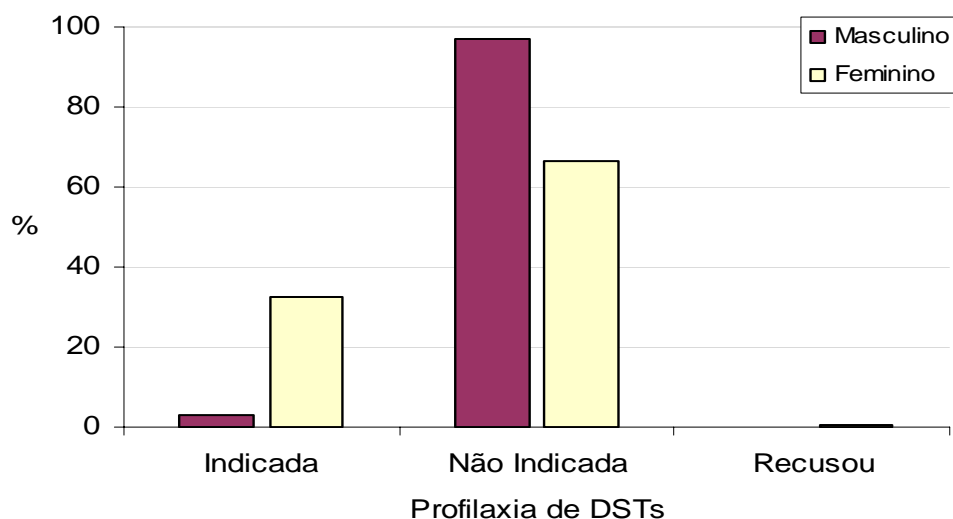
Faixa etária*	Profilaxia da gravidez						Total	
	Indicada		Não indicada		Recusou		N	%
< 3	-	-	14	100,0	-	-	14	100,0
				6,1				4,6
3 - 5	-	-	33	100,0	-	-	33	100,0
				14,3				10,8
6 - 8	-	-	33	100,0	-	-	33	100,0
				14,3				10,8
9 - 11	-	-	39	100,0	-	-	39	100,0
				16,9				12,8
12 - 14	14	22,6	48	77,4	-	-	62	100,0
		19,2		20,8				20,3
15 - 17	16	32,0	34	68,0	-	-	50	100,0
		21,9		14,7				16,4
18 - 20	16	69,6	7	30,4	-	-	23	100,0
		21,9		3,0				7,5
21 - 24	8	80,0	2	20,0	-	-	10	100,0
		11,0		0,9				3,3
25 - 29	2	22,2	7	77,8	-	-	9	100,0
		2,7		3,0				3
30 - 39	9	50,0	8	44,4	1	5,6	18	100,0
		12,3		3,5		100,0		5,9
40 - 49	5	50,0	5	50,0	-	-	10	100,0
		6,8		2,2				3,3
50 - 59	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0
		4,1						1
> 59	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
				0,4				0,3
Total	73	23,9	231	75,7	1	0,3	305	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

Nota: Não indicada: incluem-se pessoas do sexo masculino e do sexo feminino com ausência de menarca.

Referente à profilaxia das DSTs, verifica-se, na **figura 10**, que, para ambos os sexos, houve maior freqüência para não indicação dessa conduta e a indicação da terapêutica profilática ocorreu, predominantemente, para pessoas do sexo feminino. A recusa ao uso da terapêutica profilática foi feita por duas pessoas, do sexo feminino.

Figura 10. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e indicação da profilaxia das DSTs. CHS julho/2003 – junho/2004.



Observa-se, ainda, na **tabela 18**, que essa conduta não foi indicada em 69,8% dos atendimentos, podendo-se interpretar o fato pela razão de o comparecimento da vítima estar fora do prazo adequado para conduta, ou mesmo, pelo fato de a exposição não oferecer risco para essa contaminação, como ocorre em situações de toques ou voyerismo.

Verifica-se que houve recusa dessa prevenção por duas pessoas, o que representa 0,7% do total de atendimentos. As vítimas que recusaram essa prevenção tinham idades de 31 e 27 anos, sendo um caso de agressão pelo ex-marido e no outro, a vítima informou não conseguir ingerir os medicamentos e recusou-se a tomá-los injetáveis. A violência havia sido praticada por conhecido do bairro.

Tabela 18. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo indicação da profilaxia de DSTs e faixa etária CHS, julho/2003 – junho/2004.

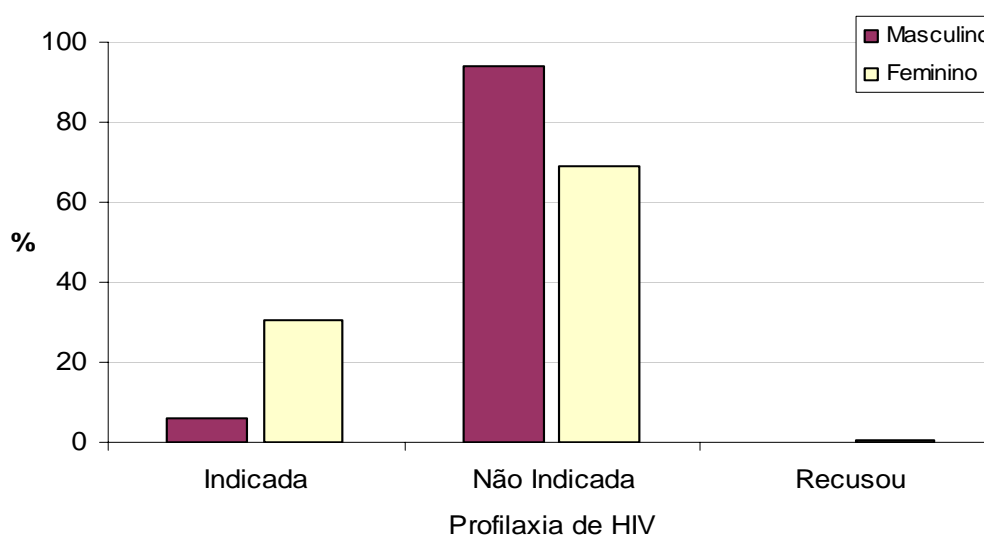
Faixa etária*	Profilaxia de DSTs						Total	
	Indicada		Não indicada		Recusou		N	%
	N	%	N	%	N	%		
< 3	-	-	14	100,0	-	-	14	100,0
				6,6				4,6
3 a 5	1	3,0	32	97,0	-	-	33	100,0
		1,1		15,0				10,8
6 a 8	3	9,1	30	90,9	-	-	33	100,0
		3,3		14,1				10,8
9 a 11	1	2,6	38	97,4	-	-	39	100,0
		1,1		17,8				12,8
12 a 14	17	27,4	45	72,6	-	-	62	100,0
		18,9		21,1				20,3
15 a 17	19	38,0	31	62,0	-	-	50	100,0
		21,1		14,6				16,4
18 a 20	17	73,9	6	26,1	-	-	23	100,0
		18,9		2,8				7,5
21 a 24	8	80,0	2	20,0	-	-	10	100,0
		8,9		0,9				3,3
25 a 29	3	33,3	5	55,6	1	11,1	9	100,0
		3,3		2,3		50,0		3,0
30 a 39	11	61,1	6	33,3	1	5,6	18	100,0
		12,2		2,8		50,0		5,9
40 a 49	7	70,0	3	30,0	-	-	10	100,0
		7,8		1,4				3,3
50 a 59	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0
		3,3						1,0
> 59	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
				0,5				0,3
Total	90	29,5	213	69,8	2	0,7	305	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

A indicação de uso dos medicamentos anti-retrovirais está associada ao risco de adquirir o vírus HIV, por meio da violência sexual, avaliando-se, para tanto, fatores, como o tipo de violência, a idade da vítima, a presença de DST ou úlcera genital prévia, o número de agressores e a presença de traumatismos genitais. Vários estudiosos relatam que, ainda, não existem dados que estabeleçam a eficácia da administração profilática de ARV nos casos de violência sexual, entretanto, para DREZETT (2002a), também, não há estudos que afastem essa possibilidade.

Na **figura 11**, observa-se a predominância da não indicação desse uso em ambos os sexos, o que pode ser compreendido pelas razões expostas anteriormente, quanto à ausência de fatores para esse risco na maioria de violências em idades inferiores a 12 anos. Entre as indicações dessa profilaxia, 97,6% (n=83) eram vítimas do sexo feminino e 2,4% (n=2) do sexo masculino. Apenas uma pessoa, do sexo feminino, recusou-se a fazer uso da quimioprofilaxia.

Figura 11. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e indicação da profilaxia do HIV. CHS julho/2003 – junho/2004.



Ainda na **tabela 19**, observa-se que essa terapia foi indicada para 85 vítimas, o que representa 27,9% dos atendimentos, com maior frequência nas faixas etárias entre 12 e 20 anos. O predomínio da não indicação dessa prevenção representou 71,8% entre os atendimentos feitos.

Enquanto que, em pesquisas realizadas por GARCIA et al. (2005) e DREZETT et al. (1999), todas as vítimas aceitaram iniciar a quimioprofilaxia anti-retroviral, quando esta foi indicada, encontrou-se neste estudo, um caso de recusa ao uso da terapia anti-retroviral, o que significou 0,3% do total de atendimentos. A razão dessa recusa deu-se pelo fato de a vítima, com idade de 27 anos, não conseguir ingerir os medicamentos. Esta mesma pessoa

recusou os medicamentos preventivos das DSTs, entretanto, aceitou os medicamentos preventivos da gravidez.

Todos os programas de atendimento a vítimas de violência sexual priorizam o aconselhamento dessas pessoas, antes de serem oferecidos os medicamentos antiretrovirais, entretanto, BAMBERGER et al. (1999) e WIEBE et al. (2000) relatam que a violência sexual causa angústia emocional extrema, sendo que a pessoa pode ser influenciada por essas sensações, tornando muito difícil para a vítima tomar decisão sobre a possibilidade de iniciar ou não a profilaxia pós exposição.

Tabela 19. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo indicação da profilaxia do HIV e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

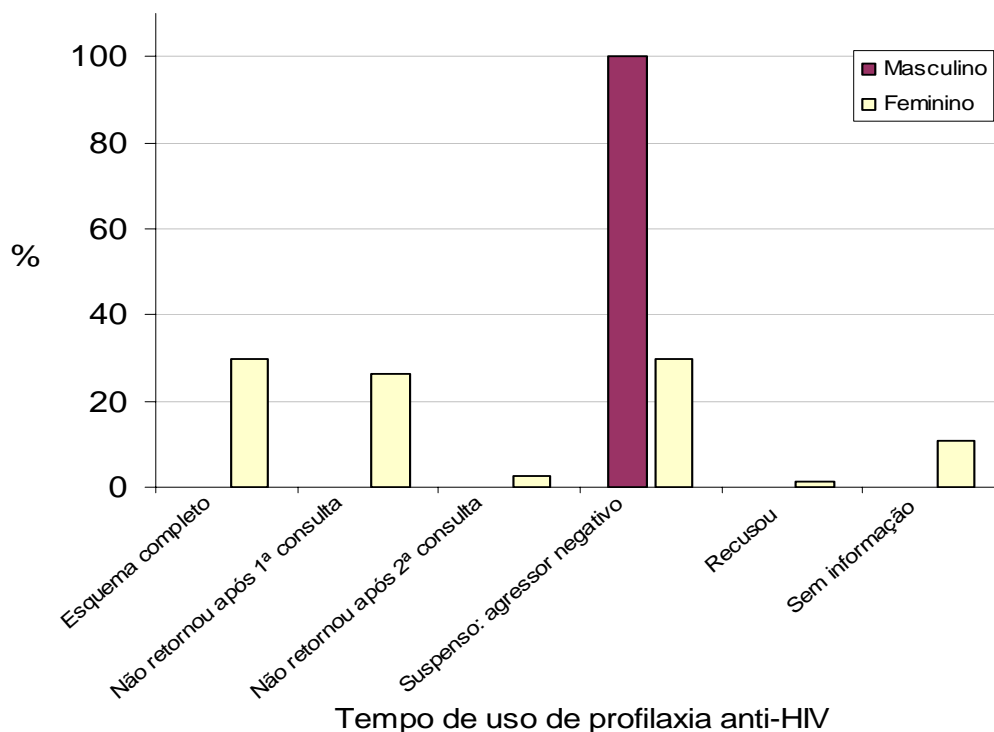
Faixa etária*	Profilaxia do HIV						Total	
	Indicada		Não indicada		Recusou		N	%
	N	%	N	%	N	%		
< 3	1	7,1	13	92,9	-	-	14	100,0
		1,2		5,9				4,6
3 - 5	2	6,1	31	93,9	-	-	33	100,0
		2,4		14,2				10,8
6 - 8	3	9,1	30	90,9	-	-	33	100,0
		3,5		13,7				10,8
9 - 11	3	7,7	36	92,3	-	-	39	100,0
		3,5		16,4				12,8
12 - 14	15	24,2	47	75,8	-	-	62	100,0
		17,6		21,5				20,3
15 - 17	16	32,0	34	68,0	-	-	50	100,0
		18,8		15,5				16,4
18 - 20	16	69,6	7	30,4	-	-	23	100,0
		18,8		3,2				7,5
21 - 24	7	70,0	3	30,0	-	-	10	100,0
		8,2		1,4				3,3
25 - 29	1	11,1	7	77,8	1	11,1	9	100,0
		1,2		3,2		100,0		3,0
30 - 39	12	66,7	6	33,3	-	-	18	100,0
		14,1		2,7				5,9
40 - 49	6	60,0	4	40,0	-	-	10	100,0
		7,1		1,8				3,3
50 - 59	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0
		3,5						1,0
> 59	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
				0,5				0,3
Total	85	27,9	219	71,8	1	0,3	305	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

Referente ao tempo de uso da quimioprofilaxia anti-retroviral, ao analisar-se o uso dessa profilaxia, segundo o sexo das vítimas, a **figura 12** mostra que, para as duas vítimas do sexo masculino, para as quais houve indicação desse esquema, representando 6% da população masculina atendida, o mesmo foi suspenso, em seguida, em razão de ter-se conseguido localizar os agressores, detectando-se resultados negativos de sorologias para o vírus HIV em seus exames laboratoriais.

Entre as pessoas do sexo feminino, para quem foi prescrita essa terapia, 30,6% da população feminina atendida, verifica-se que, em sua maioria, houve aceitação dessa indicação, visto terem utilizado o esquema completo, ou interrompido, em razão de conhecer-se a sorologia negativa para o vírus HIV do agressor. Considerando-se a dificuldade de uso dos medicamentos, em face de seus efeitos colaterais, a possibilidade de suspensão segura, mediante conhecimento da sorologia anti-HIV do agressor, é um fator relevante nos serviços que prestam esse atendimento (CAMPOS et al., 2005b). Estudo recente apresenta a suspensão dessa profilaxia para 27,8% das mulheres atendidas no ano de 2005, no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, após conhecer-se a sorologia dos agressores, por meio da busca ativa dos mesmos (CAMPOS et al., 2006).

Figura 12. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e tempo de uso da profilaxia do HIV. CHS julho/2003 – junho/2004.



A busca do agressor, feita pela equipe de Vigilância Epidemiológica da Instituição, não encontrou, entre esses denunciados, nenhuma sorologia positiva para o vírus HIV. Para os agressores não detidos, o convite para comparecimento e coleta de amostra de sangue foi realizado via telefone, a partir das informações prestadas pelas vítimas. OSHIKATA (2003) refere o índice de 17,9% de conhecimento das sorologias dos agressores, em razão de que os mesmos encontravam-se detidos. Em outro estudo, encontrou-se sorologia anti-HIV positiva em 23,1% dos agressores localizados (GARCIA et al., 2005).

Em estudo realizado no sul da África, BATEMAN et al. (1999) referem índice de 82% de adesão à terapêutica. WIEBE et al. (2000) relatam que, no Vancouver General Hospital Emergency Department, Canadá, das 71 pessoas que aceitaram iniciar a profilaxia, somente oito delas (11,3%) completaram o esquema de quatro semanas. MOE & GRAU (2001),

apontam, em Vancouver, um índice de adesão de 10%. OSHIKATA (2003) refere que, no Hospital Universitário de Campinas – SP, das mulheres para as quais se instituiu a quimioprofilaxia, 81,2% delas a utilizaram corretamente.

Neste estudo, considerou-se conveniente considerar, também, como esquema completo, os casos em que o uso da quimioprofilaxia foi suspenso, após conhecimento de sorologia anti-HIV negativa no agressor.

Assim, entre as 86 pessoas, para as quais houve essa indicação (85 indicados + 1 recusa, vide tabela 15), o esquema completo foi apresentado por 52 (60,5%) das vítimas, conforme apresentado na **tabela 20**. No Brasil, pesquisa realizada no Estado de São Paulo, envolvendo oito centros de atendimento, apontou 77% de pacientes aderentes ao tratamento completo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Tabela 20. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo tempo de uso da profilaxia anti-HIV e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Tempo de uso da profilaxia anti-HIV												Total	
	Esquema completo		Não retornou após 1ª consulta		Não retornou após 2ª consulta		Suspensão: agressor negativo		Recusou		Sem informação			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 3	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
3 - 5	-	-	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	2	100,0
6 - 8	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0
9 - 11	-	-	1	33,3	-	-	2	66,7	-	-	-	-	3	100,0
12 - 14	5	33,3	3	20,0	-	-	6	40,0	-	-	1	6,7	15	100,0
15 - 17	6	37,5	6	37,5	2	12,5	1	6,3	-	-	1	6,3	16	100,0
18 - 20	6	37,5	4	25,0	-	-	4	25,0	-	-	2	12,5	16	100,0
21 - 24	2	28,6	3	42,9	-	-	2	28,6	-	-	-	-	7	100,0
25 - 29	1	50,0	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	2	100,0
30 - 39	3	25,0	1	8,3	-	-	4	33,3	-	-	4	33,3	12	100,0
40 - 49	-	-	3	50	-	-	2	33	-	-	1	17	6	100
50 - 59	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0
Total	25	29,1	22	25,6	2	2,3	27	31,4	1	1,2	9	10,5	86	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

* em anos completos.

Conforme citado anteriormente, a vítima que faz uso dessa terapia, recebe, no atendimento imediato, medicação em quantidade suficiente para consumo de uma semana, e deve retornar em primeira consulta até o 8º dia, quando recebe o restante dos medicamentos. Observa-se que 27,9% (n= 24) das pessoas não retornaram à primeira consulta; 10,5% (n=9) permaneceram sem informações e 1,2% (n=1) recusou-se a tomar os medicamentos, permanecendo, portanto, 39,6% com esquema profilático incompleto, sujeitas ao risco de infectarem-se pelo HIV. Este resultado

aproxima-se ao encontrado por DREZETT (1999), quando, no primeiro estudo realizado no Brasil para avaliar a aceitabilidade, tolerância e adesão de mulheres sexualmente vitimadas ao tratamento, observou taxa de abandono/interrupção de 24,2%.

WIEBE et al. (2000) citam a adesão às drogas ARV, como a maior barreira para implantação do programa, por isso, o Children's & Women's Health Centre of British Columbia recomenda que a profilaxia somente seja oferecida para pacientes com alto risco de adquirirem a infecção.

Muitas podem ser as razões que levam as pessoas atendidas a interromperem ou abandonarem o tratamento iniciado, sendo referido por BAMBERGER et al. (1999) o fato de que, em razão do limite de tempo para iniciar a profilaxia, as pessoas podem sentir-se encorajadas a iniciarem o tratamento e, após um detalhamento e uma avaliação posterior, quererem interrompê-lo. BAMBERGER et al. (1999) mostram que, das 500 pessoas atendidas em San Francisco, em 1997, somente 30 retornaram, apesar de a disponibilidade do acompanhamento e tratamento não ter custo. BALB et al. (2000) descrevem, em um hospital escola universitário, em Boston, que, de oito pacientes que iniciaram a quimioprofilaxia, somente 2 completaram o tratamento de quatro semanas. Estudo recente, realizado por GARCIA et al. (2005) mostra a freqüência de 30% para vítimas que não tomaram esquema completo e não retornaram para seguimento.

A toxicidade dos medicamentos anti-retrovirais é considerada, por vários autores, como o maior motivo para interrupção/abandono, sendo o desconforto digestivo o efeito mais citado nos estudos (GARCIA et al., 2005; DREZETT, 1999; OSHIKATA, 2003). ALMEIDA (2004) relata que o uso da terapia anti-retroviral provoca sentimentos contraditórios em mulheres, pois, ao mesmo tempo em que elas demonstravam gratidão pela existência desses medicamentos, elas, também, os repudiaram, pelas sensações desagradáveis que experimentaram, ao ingeri-los. Essa autora refere que *“seguir a terapêutica oferece a sensação de segurança e tranqüilidade, é como se uma das preocupações fosse eliminada”*. Cita, ainda, que alguns fatores que influenciam a adesão ao tratamento estão relacionados ao

próprio medicamento, sendo atribuídos aos seus efeitos adversos, às lembranças do episódio violento, a cada momento de ingeri-los, ao fato de as vítimas terem que se medicar sem estarem doentes, assim como a influência desses medicamentos na rotina diária, além da grande quantidade de comprimidos a serem ingeridos.

A recusa para essa prevenção foi citada, novamente, na tabela 20, com a intenção de analisá-la, relacionando-a com outras variáveis. Entre os casos indicados, a recusa ao uso desses medicamentos representou 1,2%.

4.5. Quanto aos retornos ambulatoriais

A coleta dos dados de retornos ambulatoriais encerrou-se em julho de 2005, respeitando-se o prazo de um ano após o final do período de estudo, em razão de considerar-se que algumas pessoas, ainda, poderiam estar sendo acompanhadas nas diversas clínicas.

Ao se analisarem os prontuários dos pacientes, verificou-se que as anotações nas evoluções ambulatoriais dos atendimentos médicos nem sempre eram completas. Assim, utilizou-se o Sistema Informatizado da Instituição - HOSPUB, para coleta de dados que possibilitassem o conhecimento dos casos em que a pessoa não havia comparecido.

Observou-se o inter-relacionamento de profissionais que efetuam o atendimento imediato, com outros serviços relacionados, como Delegacias de Polícia, Presídios, Casa de Detenção Provisória, Instituto Médico Legal, Conselhos Tutelares, Vigilâncias Epidemiológicas Municipais e ONG de apoio. Diversas vezes encontrou-se relato de ações de busca e localização do agressor para coleta de sua amostra de sangue, a fim de conhecer sua sorologia anti-HIV e suspender o uso da quimioprofilaxia pela vítima, no caso de resultados negativos.

Foi observado, ainda, que, nas situações em que a violência envolveu manipulação física, toques, voyeurismo, não foram colhidos exames laboratoriais, em razão de a exposição não oferecer risco para DSTs e para

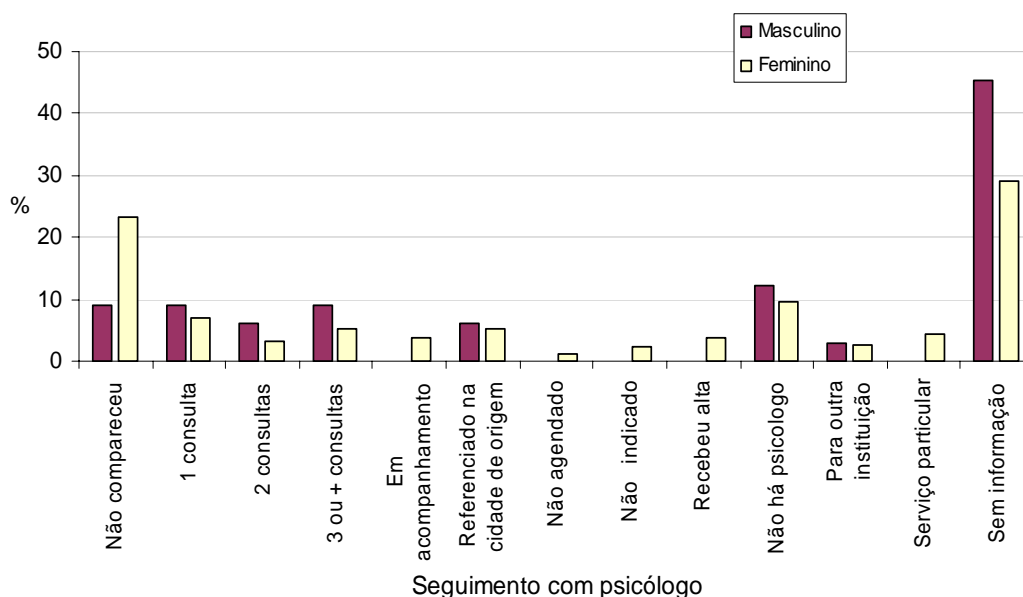
contaminação pelo vírus HIV. Em sua maioria, esse tipo de ocorrência envolvia crianças e, portando, não foram agendados retornos com infectologistas, nem com ginecologistas.

Verificou-se, também, que a Instituição, campo de estudo, não possuía psicólogo para atendimento ou acompanhamento ao programa implantado. O encaminhamento era feito para unidades de apoio, conveniadas, como a ONG “Centro de Integração da Mulher”, que atende pessoas do sexo feminino e masculino, independentemente da cidade de origem, e a “Policlínica Municipal”, que presta atendimento a pessoas residentes no município de Sorocaba, ambas localizadas na cidade de Sorocaba. Crianças e adolescentes foram encaminhadas para acompanhamento psicológico pelos Conselhos Tutelares dos municípios, onde residiam.

Verifica-se, na **figura 13**, que o predomínio da categoria “sem informação”, em ambos os sexos, prejudica a compreensão do atendimento em serviços de psicologia. Esta situação pode ser compreendida, pelo fato de que, apesar de várias solicitações escritas e pessoais desta pesquisadora, não houve respostas de alguns Conselhos Tutelares sobre esse atendimento. Ao se realizarem visitas aos Conselhos Tutelares da região, verificou-se que, em sua maioria, essas Instituições também não possuíam psicólogo em seu quadro de pessoal e, diante da necessidade de serviços desse profissional, as crianças ou adolescentes eram encaminhados ao Serviço Municipal, para acompanhamento. Em alguns Conselhos Tutelares, foi identificado o atendimento voluntário por profissionais dessa especialidade, caracterizando, assim, a informalidade da assistência à saúde mental.

Os dados apresentados na figura 13 possibilitam observar que os critérios “em acompanhamento”, “recebeu alta” e “acompanhamento em serviço particular” são representados, exclusivamente, por pessoas do sexo feminino.

Figura 13. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e seguimento com psicólogo. CHS julho/2003 – junho/2004.



Relacionado às idades, observa-se, na **tabela 21**, que, para as faixas etárias entre 0 e 17 anos há predomínio das categorias “sem informações” (92,6%) e “não há psicólogo” (100%). Observa-se que a categoria “não compareceu” apresenta freqüência de 46,9% nas faixas etárias entre 18 e 59 anos. Esta situação pode ser compreendida, entre outros fatores, pelo fato de que a pessoa adulta, que possui vínculo empregatício, necessita ausentar-se do serviço para comparecer às consultas, fato que pode não ser compreendido pelo empregador. Esse tipo de tratamento, que envolve vários retornos em diferentes especialidades, várias coletas de exames laboratoriais, pode sofrer interferência da dinâmica de trabalho dos indivíduos. Assim, fica evidente a necessidade de os serviços de saúde oferecerem horários alternativos, incluindo início da manhã, final da tarde ou aos finais de semana. Encontrou-se registro em que a vítima informava que trabalhava e não poderia se afastar para comparecer ao psicólogo, durante o expediente.

Além da falta de recurso financeiro para deslocamentos, que pode prejudicar esse comparecimento, a necessidade desse acompanhamento

também precisa ser valorizada pela vítima, pois o número de consultas é determinado, considerando as necessidades que surgem durante os atendimentos.

Entre crianças e adolescentes, o “não comparecimento” apresentou-se com frequência de 53,1%, ocorrendo, em maior proporção, nas faixas etárias entre 9 e 17 anos. É sabido, também, que esse comparecimento está relacionado à sensibilidade dos pais para a importância do seguimento, e, principalmente, ao fator financeiro, que possibilite o transporte necessário. GOBBETTI E COHEN (2002) descrevem que, na maioria dos casos, as pessoas não conhecem a função de um atendimento em saúde mental, uma vez que há outras necessidades presentes e não reconhecem a sua necessidade, chegando ao Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual – CEARAS, “*porque o FÓRUM mandou*”, havendo concretamente carências primárias para a subsistência, decorrentes da baixa inserção sócio-econômica. Sobre essa questão, encontrou-se registro de relato de uma mãe que, por residir distante do Centro, referiu que utilizaria o pouco dinheiro que possuía, para comprar um botijão de gás e não poderia gastá-lo com passe de ônibus. Para SEIXAS (1999), a dificuldade de aderir ao tratamento psicológico pode estar associada a um enorme desconhecimento e preconceito sobre o trabalho de profissionais dessa área. Há que se ressaltar, ainda, que, entre crianças, a maioria dos agressores está entre seus familiares, o que pode ser um fator agravante para autorização para esse seguimento. Para DREZETT et al. (1999), as conseqüências psicológicas da violência sexual tendem a se tornarem mais graves após os sete anos, idade em que a criança passa a compreender os valores morais e sociais relacionados ao sexo. Outro fator, que pode prejudicar esse retorno, é o vínculo de trabalho dos pais, visto que a dispensa das atividades para acompanhar o filho (a) nem sempre é compreendida pelos patrões.

Tabela 21. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento com psicólogo e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Seguimento psicológico																												Total	
	Não compareceu		1 consulta		2 consultas		3 ou + consultas		Em acompanh		Ref. à cidade de origem		Não agendado		Não indicado		Recebeu alta		Não há psicólogo		Para outra instituição		Serviço particular		Sem informação		N	%		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			N	%
< 3	3	21,4	1	7,1	-	-	-	-	-	-	1	7,1	-	-	4	28,6	-	-	1	7,1	-	-	-	-	4	28,6	14	100,0		
		4,5		4,5								6,3			66,7				3,3					4,3			4,6			
3 - 5	6	18,2	1	3,0	1	3,0	2	6,1	1	3,0	1	3,0	-	-	-	-	-	-	6	18,2	-	-	-	-	15	45,5	33	100,0		
		9,1		4,5		9,1		11,8		10,0		6,3							20,0						16,0		10,8			
6 - 8	1	3,0	2	6,1	4	12,1	2	6,1	1	3,0	2	6,1	-	-	-	-	1	3,0	6	18,2	1	3,0	1	3,0	12	36,4	33	100,0		
		1,5		9,1		36,4		11,8		10,0		12,5					10,0		20,0		12,5		8,3		12,8		10,8			
9 - 11	8	20,5	2	5,1	-	-	1	2,6	-	-	3	7,7	-	-	-	-	-	-	6	15,4	1	2,6	2	5,1	16	41,0	39	100,0		
		12,1		9,1				5,9				18,8							20,0		12,5		16,7		17,0		12,8			
12 - 14	7	11,3	5	8,1	2	3,2	4	6,5	3	4,8	1	1,6	2	3,2	-	-	3	4,8	6	9,7	3	4,8	2	3,2	24	38,7	62	100,0		
		10,6		22,7		18,2		23,5		30,0		6,3		66,7			30,0		20,0		37,5		16,7		25,5		20,3			
15 - 17	10	20,0	4	8,0	3	6,0	1	2,0	-	-	2	4,0	-	-	2	4,0	3	6,0	5	10,0	1	2,0	3	6,0	16	32,0	50	100,0		
		15,2		18,2		27,3		5,9				12,5				33,3	30,0		16,7		12,5		25,0		17,0		16,4			
18 - 20	11	47,8	3	13,0	-	-	3	13,0	1	4,3	1	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,3	3	13,0	23	100,0		
		16,7		13,6				17,6		10,0		6,3											8,3		3,2		7,5			
21 - 24	5	50,0	-	-	-	-	1	10,0	1	10,0	1	10,0	-	-	-	-	2	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100,0		
		7,6						5,9		10,0		6,3					20,0										3,3			
25 - 29	3	33,3	2	22,2	-	-	-	-	-	-	1	11,1	1	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11,1	1	11,1	9	100,0		
		4,5		9,1								6,3		33,3									8,3		1,1		3,0			
30 - 39	9	50,0	-	-	-	-	1	5,6	2	11,1	2	11,1	-	-	-	-	1	5,6	-	-	2	11,1	-	-	1	5,6	18	100,0		
		13,6		0,0				5,9		20,0		12,5					10,0				25,0				1,1		5,9			
40 - 49	2	20,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20,0	1	10,0	10	100,0		
		3,0		4,5		9,1		5,9		10,0		6,3											16,7		1,1		3,3			
50 - 59	1	33,3	-	-	-	-	1	33,3	-	-	0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	3	100,0		
		1,5						5,9				0,0													1,1		1,0			
> 59	0	0,0	1	100,0	-	-	-	-	-	-	0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0		
		0,0		4,5								0,0															0,3			
Total	66	21,6	22	7,2	11	3,6	17	5,6	10	3,3	16	5,2	3	1,0	6	2,0	10	3,3	30	9,8	8	2,6	12	3,9	94	30,8	305	100,0		
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		

*Em anos completos.

LERNER (2002) relata que, muitas vezes, a principal demanda da família que procura um serviço de saúde, com suspeita de uma situação de abuso sexual, é, simplesmente, constatar a integridade ou não da membrana himenal, como se esta fosse o único fator a ser considerado nas ações de saúde e na avaliação do sofrimento dos envolvidos. O maior valor atribuído à perda da virgindade, do que à experiência violenta, é citado por SEIXAS (1999), que relata como fato não incomum entre mães e adolescentes vítimas de violência sexual, pertencentes à população de classes menos favorecidas da sociedade. Portanto, para LERNER (2002), cabe ao profissional de saúde esclarecer a família a respeito da abrangência do fenômeno e orientá-la quanto às demais medidas cabíveis ao caso.

Somando-se os números de pessoas que passaram por uma ou mais consultas, e que já obtiveram alta, e aquelas que, ainda, constam na categoria “em acompanhamento”, encontra-se a frequência de 23% sobre o total de vítimas que receberam atendimento imediato. Assim, verifica-se que, apesar das dificuldades em garantir esse acompanhamento, um quarto das vítimas passaram, em algum momento, por orientação psicológica. Considera-se, ainda, o fato de algumas vítimas não retornarem aos seguimentos, em razão de terem se mudado para outra cidade.

Nesta pesquisa, observou-se que, para alguns atendimentos, havia registro de convite para que o denunciado comparecesse para consulta psicoterapêutica, mesmo que ainda não tivesse sido julgado. Encontrou-se um caso, em que a criança, do sexo masculino, de quatro anos, foi submetida à violência sexual, sob relação oral e anal, por outra criança de sete anos. Há registro de que, tanto a vítima, quanto o denunciado, foram encaminhados ao serviço de psicologia, para acompanhamento.

Referente ao seguimento com infectologista, na **tabela 22**, verifica-se que em 29,2% dos atendimentos não houve indicação de retorno nessa especialidade médica. Esse seguimento, que é preconizado pelo tempo de seis meses, após a violência, não esteve vinculado somente ao uso de terapia anti-retroviral, e, sim, à presença de qualquer fator de risco para infecção para todas DSTs, inclusive AIDS.

Tabela 22. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento com infectologista e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

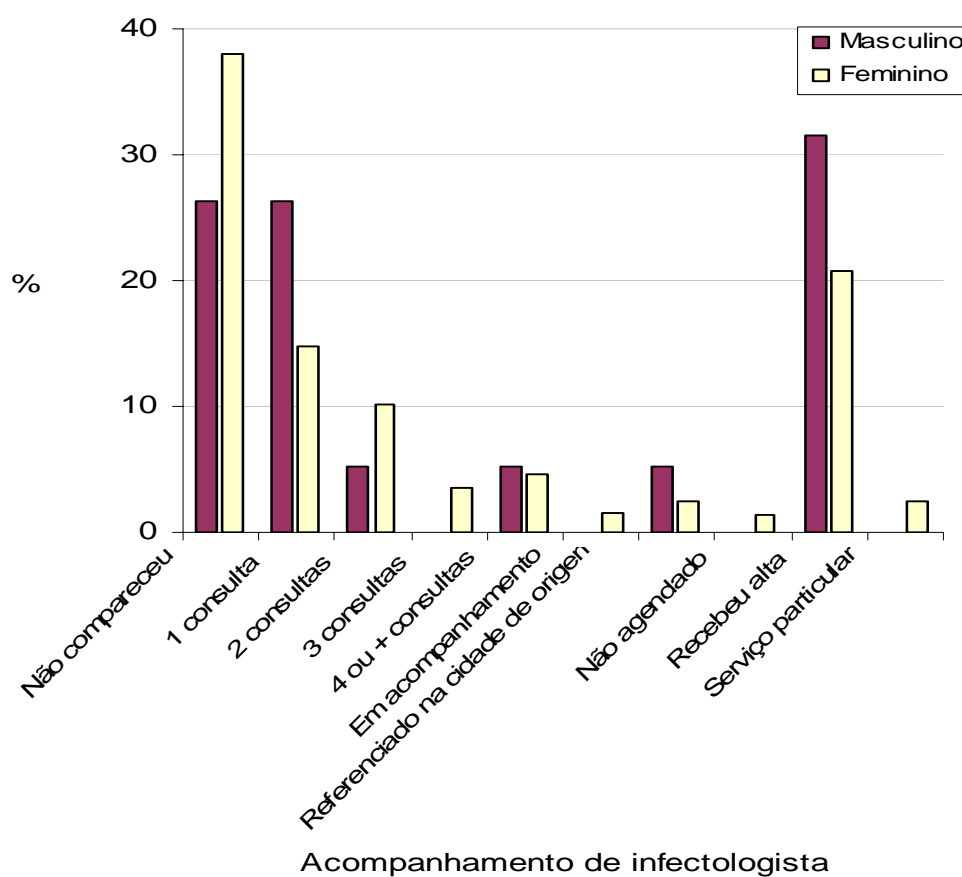
Faixa etária*	Seguimento com infectologista				Total	
	Indicado		Não indicado			
	N	%	N	%	N	%
< 3	4	28,6	10	71,4	14	100,0
		1,9		11,2		4,6
3 - 5	18	54,5	15	45,5	33	100,0
		8,3		16,9		10,8
6 - 8	19	57,6	14	42,	33	100,0
		8,8		15,7		10,8
9 - 11	24	61,5	15	38,	39	100,0
		11,1		16,9		12,8
12 - 14	44	71,0	18	29,0	62	100,0
		20,4		20,2		20,3
15 - 17	39	78,0	11	22,0	50	100,0
		18,1		12,4		16,4
18 - 20	21	91,3	2	8,7	23	100,0
		9,7		2,2		7,5
21 - 24	10	100,0	-	-	10	100,0
		4,6				3,3
25 - 29	7	77,8	2	22,2	9	100,0
		3,2		2,2		3,0
30 - 39	18	100,0	-	-	18	100,0
		8,3				5,9
40 - 49	8	80,0	2	20,0	10	100,0
		3,7		2,2		3,3
50 - 59	3	100,0	-	-	3	100,0
		1,4				1,0
> 59	1	100,0	-	-	1	100,0
		0,5				0,3
Total	216	70,8	89	29,2	305	100,0
		100,0		100,0		100,0

* Em anos completos.

Assim, na figura 14, verifica-se, entre as 216 pessoas para as quais foram indicados acompanhamentos, que pessoas do sexo masculino, em sua maioria, compareceram às consultas e receberam alta.

Entre as pessoas do sexo feminino, o não comparecimento assemelhou-se ao retorno em uma e mais consultas. Em relação às altas recebidas, constata-se que, enquanto para o sexo masculino a alta foi efetivada para 30% dessas pessoas, para o sexo feminino esse procedimento foi verificado em 20% dos seguimentos .

Figura 14. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e seguimento com infectologista. CHS julho/2003 – junho/2004.



Entre as pessoas para quem foram indicados os seguimentos (n=216), na **tabela 23**, observa-se que a frequência de pessoas que foram referenciadas para cidade de origem apresentou-se em 2,8% e, visto não haver retorno de informações, desconhece-se a proporção de seguimento nesse município.

O acompanhamento em serviço particular ou de Convênio, foi informado como opção por 2,3% das pessoas, entretanto, desconhece-se se houve seguimento nesses locais. Das cinco pessoas que preferiram esse tipo de acompanhamento, todas eram do sexo feminino, residentes na cidade de Sorocaba, com ocupações informadas, sendo duas delas “desempregadas”, uma “do lar”, uma “estudante” e uma “arquiteta”. A quimioprofilaxia anti-retroviral estava indicada apenas para esta última.

Neste estudo, considerou-se “abandono” o não comparecimento ao seguimento, após a consulta imediata. Para cálculo da taxa de abandono, foram excluídas 14 pessoas, sendo aquelas para as quais não foram agendados retornos (n=3), as que foram referenciadas para cidade de origem (n=6) e as que acompanharam em serviço particular (n=5), em razão da não disponibilização de informações acerca dos retornos.

Observa-se, assim, que, das 202 (93,5%) pessoas para as quais foram agendados seguimento com infectologista no serviço de referência, 122 (60,4%) retornaram a, pelo menos, uma consulta, e 80 (39,6%) não compareceram em seguimentos. Verificou-se, ainda, que dessas 202 pessoas, 23,2% receberam alta, 1,5% continuavam em acompanhamento e 35,6% compareceram de 1 a 4 consultas.

Para GARCIA et al. (2005), a variável relatada como alto risco para infecção pelo HIV foi significativa na adesão ao retorno.

Observou-se, com base em anotações nos prontuários, que, nas consultas de seguimento, alguns profissionais não restringiram sua atenção somente para avaliação das conseqüências decorrentes do episódio da violência, mas efetuaram avaliações gerais na pessoa atendida, conforme encontrado com criança de três anos que, em consulta com a infectologista,

recebeu tratamento para dermatite atópica em abdômen e acompanhamento por quadro de alergia e tosse.

O retorno às consultas agendadas permite a detecção precoce da contaminação pelo HIV pois, apesar da alta prevalência de violência sexual na população, têm sido documentados poucos casos de transmissão de HIV nessa situação (BAMBERGER et al., 1999).

Tabela 23. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento com infectologista e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Seguimento com infectologista																						
	Não comparecimento		1 consulta		2 consultas		3 consultas		4 ou + consultas		Em acompanhamento		Referência do na cidade de origem		Não agendado		Recebeu alta		Serviço particular		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
< 3	3	75,3,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,2,1	-	-	4	100,0
3 - 5	6	33,3,7,5	3	16,7,8,8	2	11,1,9,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	38,9,14,9	-	-	18	100,0
6 - 8	4	21,1,5,0	3	15,8,8,8	1	5,3,4,8	-	-	1	5,3,10,0	1	5,3,33,3	1	5,3,16,7	-	-	8	42,1,17,0	-	-	19	100,0	
9 - 11	7	29,2,8,8	4	16,7,11,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,2,16,7	-	-	12	50,0,25,5	-	-	24	100,0	
12 - 14	16	36,4,20,0	6	13,6,17,6	6	13,6,28,6	2	4,5,28,6	3	6,8,30,0	1	2,3,33,3	1	2,3,16,7	-	-	8	18,2,17,0	1	2,3,20,0	44	100,0	
15 - 17	16	41,0,20,0	5	12,8,14,7	8	20,5,38,1	2	5,1,28,6	2	5,1,20,0	-	-	1	2,6,16,7	2	5,1,66,7	2	5,1,4,3	1	2,6,20,0	39	100,0	
18 - 20	7	33,3,8,8	4	19,0,11,8	2	9,5,9,5	-	-	2	9,5,20,0	1	4,8,33,3	1	4,8,16,7	1	4,8,33,3	2	9,5,4,3	1	4,8,20,0	21	100,0	
21 - 24	6	60,0,7,5	1	10,0,2,9	-	-	1	10,0,14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	20,0,4,3	-	-	10	100,0	
25 - 29	5	71,4,6,3	-	-	-	-	-	-	1	14,3,10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14,3,20,0	7	100,0	
30 - 39	8	44,4,10,0	4	22,2,11,8	2	11,1,9,5	1	5,6,14,3	1	5,6,10,0	-	-	-	-	-	-	2	11,1,4,3	-	-	18	100,0	
40 - 49	2	25,0,2,5	3	37,5,8,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,5,2,1	1	12,5,20,0	8	100,0	
50 - 59	-	-	1	33,3,2,9	-	-	1	33,3,14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3,2,1	-	-	3	100,0	
> 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0,2,1	-	-	1	100,0	
Total	80	37,0,100,0	34	15,7,100,0	21	9,7,100,0	7	3,2,100,0	10	4,6,100,0	3	1,4,100,0	6	2,8,100,0	3	1,4,100,0	47	21,8,100,0	5	2,3,100,0	216	100,0,100,0	

* Em anos completos.

Para análise do seguimento com ginecologista, foram excluídas as 33 pessoas, do sexo masculino, atendidas na Instituição, conforme apresentado na **tabela 24**. Assim, para o total de 272 pessoas do sexo feminino, 58,8% tiveram acompanhamentos indicados. Verifica-se, ainda, que esse acompanhamento não foi indicado para 112 (41,2%) vítimas, em razão do tipo de exposição ocorrida.

Tabela 24. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento com ginecologista e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Seguimento com ginecologista				Total	
	Agendado/ Encaminhado		Não indicado		N	%
	N	%	N	%		
< 3	2	15,4	11	84,6	13	100,0
		1,3		9,8		4,8
3 - 5	2	8,7	21	91,3	23	100,0
		1,3		18,8		8,5
6 - 8	4	20,0	16	80,0	20	100,0
		2,5		14,3		7,4
9 - 11	13	38,2	21	61,8	34	100,0
		8,1		18,8		12,5
12 - 14	36	60,0	24	40,0	60	100,0
		22,5		21,4		22,1
15 - 17	36	75,0	12	25,0	48	100,0
		22,5		10,7		17,6
18 - 20	21	91,3	2	8,7	23	100,0
		13,1		1,8		8,5
21 - 24	10	100,0	-	-	10	100,0
		6,3				3,7
25 - 29	7	77,8	2	22,2	9	100,0
		4,4		1,8		3,3
30 - 39	18	100,0	-	-	18	100,0
		11,3				6,6
40 - 49	8	80,0	2	20,0	10	100,0
		5,0		1,8		3,7
50 - 59	3	100,0	-	-	3	100,0
		1,9				1,1
> 59	-	-	1	100,0	1	100,0
				0,9		0,4
Total	160	58,8	112	41,2	272	100,0
		100,0		100,0		100,0

* Em anos completos.

Entre as pessoas, para as quais houve indicação de seguimento com ginecologista, 64 (40%) não retornaram às consultas, conforme mostrado na **tabela 25**.

O atendimento ginecológico na Instituição, campo de estudo, realizou-se, inicialmente, com médico pertencente ao quadro de funcionários, entretanto, o mesmo desligou-se dessa atividade fundamental para o programa. Após alguns meses, outro profissional, não lotado na Instituição, passou a prestar esse atendimento, na condição de voluntário. Nesse interstício, houve uma demora nos agendamentos, o que, provavelmente, interferiu no acompanhamento ginecológico, no período estudado, podendo, alguns casos estarem constando como abandono. Observou-se que pessoas atendidas nos meses de dezembro de 2003 tiveram agendamentos para consulta ginecológica, com intervalo de 9 a 10 meses após o comparecimento inicial. Esta demora no agendamento foi motivada em razão de não existir agenda específica e o atendimento ter sido interrompido.

Como já relatado anteriormente, é fundamental a presença da assistência ginecológica, para detecção e acompanhamento de possível contaminação pelo Papilomavírus Humano, uma vez que não há profilaxia disponível nos serviços de Saúde. A importância da detecção precoce da presença do HPV é citada por REIS et al (2001), pois a ausência de lesões condilomatosas externas não exclui a presença do HPV intravaginal.

Em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, com mulheres em idades entre 15 e 49 anos, para se conhecerem fatores associados à realização do teste de Papanicolaou, PINHO (2002) encontrou associação entre mulheres que sofreram violência sexual por parceiros ou ex-parceiros e a menor realização do teste de Papanicolaou, refletindo, segundo a autora, *“um grande impacto no cuidado de si e na busca por assistência clínico-ginecológica”*.

Também nesta verificação, considerou-se “abandono” os casos em que não houve comparecimento ao seguimento após a consulta imediata. Para efeito do conhecimento da taxa de abandono, foram excluídas 52

peçoas, sendo aquelas para as quais não foram agendados retornos (n=27), as que foram referenciadas para cidade de origem (n=19) e as que acompanharam em serviço particular (n=6), em razão da não disponibilização de informações acerca dos retornos, conforme citado anteriormente.

Encontrou-se, então, o total de 108 (67,5%) pessoas que seriam acompanhadas no serviço de referência. Destas, 44 (40,7%) retornaram a pelo menos uma consulta e 64 (59,3%) não compareceram nos seguimentos.

Entre os retornos, passaram por uma consulta 21 pessoas (19,4%), por 2 consultas, 9 pessoas (8,3%); por 3 consultas, 3 pessoas (2,7%); receberam alta, 8 pessoas (7,5%) e continuavam em acompanhamento, 3 pessoas (2,7%). As proporções obtidas nos retornos (40,7%) aproximam-se das referidas por OSHIKATA (2003) que, em seu estudo, encontrou retorno de 53,6% das vítimas a, pelo menos, uma consulta. Para esse autor, a principal razão dessa freqüência foi a recusa das mulheres em se submeterem aos exames físico e ginecológico, e comenta, ainda, que muitas delas abandonam o acompanhamento, logo após a primeira menstruação, demonstrando, assim, a preocupação que as cercam quanto à possibilidade de uma gravidez indesejada.

O encaminhamento para a cidade de origem foi observado com freqüência de 11,8% e o acompanhamento em serviço particular informado como preferencial, apresentou-se com freqüência de 3,7%. Nestes casos, não se encontrou registro de informações sobre atendimento efetivo, dada a inexistência de sistema de referência e contra-referência, envolvendo o serviço e municípios da região.

Observa-se que não houve agendamento para 27 pessoas (16,8%), podendo este fato também estar relacionado com o período em que o serviço não possuía profissional para esse atendimento. Para esse grupo, encontrou-se registro em prontuários, de que foram efetuadas orientações para as pacientes passarem por consulta ginecológica na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

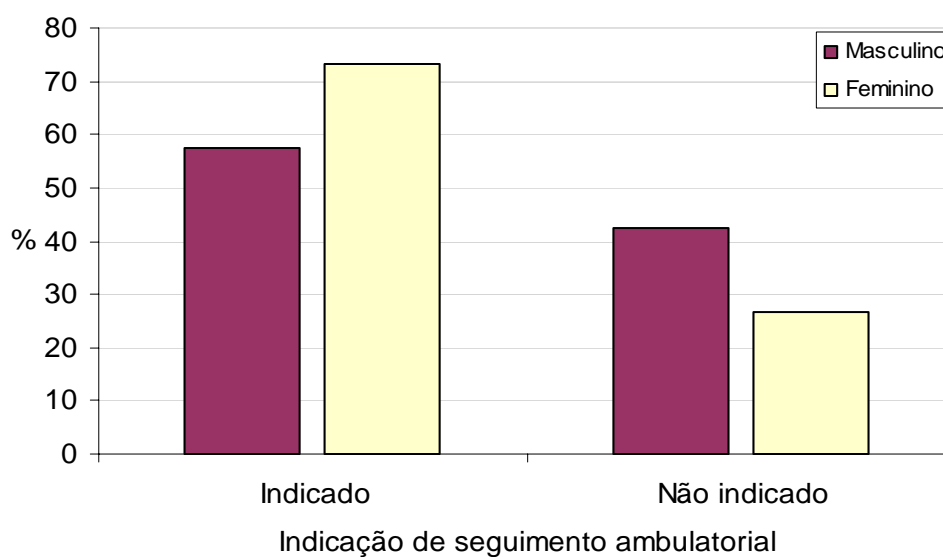
Tabela 25. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual segundo seguimento com ginecologista e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Seguimento com ginecologista																		Total	
	Não retornou		1 consulta		2 consultas		3 consultas		Em acompanhamento		Referenciado para cidade de origem		Não agendado		Recebeu alta		Serviço particular		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
< 3	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
3 - 5	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
6 - 8	2	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	1	25,0	-	-	4	100,0
9 - 11	5	38,5	1	7,7	1	7,7	-	-	-	-	1	7,7	3	23,1	2	15,4	-	-	13	100,0
12 - 14	14	38,9	7	19,4	2	5,6	-	-	1	2,8	4	11,1	5	13,9	2	5,6	1	2,8	36	100,0
15 - 17	12	33,3	5	13,9	2	5,6	1	2,8	-	-	5	13,9	7	19,4	2	5,6	2	5,6	36	100,0
18 - 20	8	38,1	2	9,5	1	4,8	1	4,8	-	-	3	14,3	4	19,0	1	4,8	1	4,8	21	100,0
21 - 24	6	60,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10,0	3	30,0	-	-	-	-	10	100,0
25 - 29	5	71,4	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14,3	7	100,0
30 - 39	8	44,4	1	5,6	2	11,1	-	-	1	5,6	2	11,1	4	22,2	-	-	-	-	18	100,0
40 - 49	4	50,0	1	12,5	1	12,5	-	-	-	-	1	12,5	-	-	-	-	1	12,5	8	100,0
50 - 59	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	2	66,7	-	-	-	-	-	-	3	100,0
Total	64	40,0	21	13,1	9	5,6	3	1,9	3	1,9	19	11,9	27	16,9	8	5,0	6	3,8	160	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

* Em anos completos

No que diz respeito à indicação de seguimento ambulatorial nas especialidades de infectologia e ginecologia, verifica-se, na **figura 15**, que, para o sexo feminino, a proporção de indicação foi três vezes superior à de não indicação.

Figura 15. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e indicação de seguimento ambulatorial. CHS julho/2003 – junho/2004.



Verifica-se, na **tabela 26**, que, para 87 (28,5%) das pessoas atendidas, não foi indicada nenhuma consulta para acompanhamento em retorno ambulatorial.

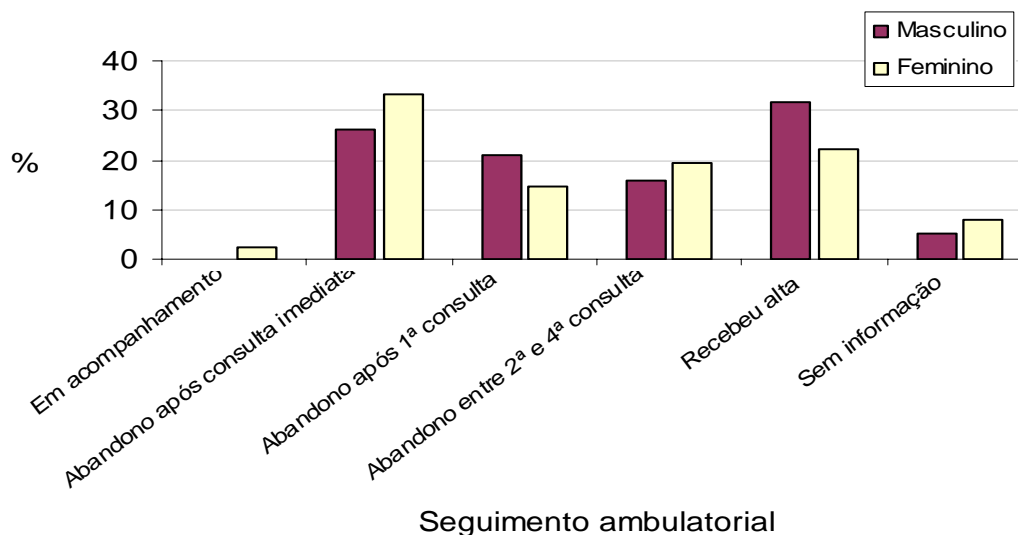
Tabela 26. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo indicação de seguimento ambulatorial com infectologista e/ou ginecologista e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Indicado		Não indicado		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 3	4	28,6	10	71,4	14	100,0
		1,8		11,5		4,6
3 - 5	18	54,5	15	45,5	33	100,0
		8,3		17,2		10,8
6 - 8	19	57,6	14	42,4	33	100,0
		8,7		16,1		10,8
9 - 11	25	64,1	14	35,9	39	100,0
		11,5		16,1		12,8
12 - 14	45	72,6	17	27,4	62	100,0
		20,6		19,5		20,3
15 - 17	39	78,0	11	22,0	50	100,0
		17,9		12,6		16,4
18 - 20	21	91,3	2	8,7	23	100,0
		9,6		2,3		7,5
21 - 24	10	100,0	-	-	10	100,0
		4,6				3,3
25 - 29	7	77,8	2	22,2	9	100,0
		3,2		2,3		3,0
30 - 39	18	100,0	-	-	18	100,0
		8,3				5,9
40 - 49	8	80,0	2	20,0	10	100,0
		3,7		2,3		3,3
50 - 59	3	100,0	-	-	3	100,0
		1,4				1,0
> 59	1	100,0	-	-	1	100,0
		0,5				0,3
Total	218	71,5	87	28,5	305	100,0
		100,0		100,0		100,0

* Em anos completos.

Assim, procedeu-se à análise do seguimento ambulatorial, no serviço de referência, para o total de 218 pessoas, para as quais houve indicação de algum seguimento em ambas especialidades, ou em somente uma delas. Entre estas, na **figura 16**, verifica-se que, para ambos os sexos, houve semelhança na taxa de abandono, após a consulta imediata.

Figura 16. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e seguimento ambulatorial. CHS julho/2003 – junho/2004.



Em análise mais detalhada, observa-se, na **tabela 27**, que 32,6% das vítimas não compareceram ao retorno, após a consulta imediata, sendo considerados casos de abandono.

Somando-se as pessoas que receberam alta (22,9%) e aquelas que continuavam em acompanhamento (2,3%), observa-se que 25,2% (n=55) completaram o seguimento. Estes resultados assemelham-se ao encontrado por OSHIKATA (2003), em que somente 30% das mulheres completaram o seguimento proposto por seis meses. Holmes et al. (1998), citado por GARCIA et al. (2005), também, constataram proporção semelhante (31%) em retornos para consultas. Considerando-se os retornos esporádicos, caracterizados por abandono antes da alta médica, observam-se as freqüências de 15,1% de abandono após a primeira consulta ambulatorial e de 19,3% para os abandonos entre a segunda e quarta consulta.

Tabela 27. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo seguimento ambulatorial e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Seguimento ambulatorial												Total	
	Em acompanhamento		Abandono após consulta imediata		Abandono após 1ª consulta		Abandono entre 2ª e 4ª consulta		Recebeu alta		Sem informação			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 3	-	-	2	50,0	-	-	2	50,0	-	-	-	-	4	100,0
			2,8				4,8						1,8	
3 - 5	1	5,6	6	33,3	2	11,1	1	5,6	8	44,4	-	-	18	100,0
		20,0	8,5		6,1		2,4		16,0				8,3	
6 - 8	1	5,3	3	15,8	4	21,1	2	10,5	8	42,1	1	5,3	19	100,0
		20,0	4,2		12,1		4,8		16,0		5,9		8,7	
9 - 11	-	-	6	24,0	4	16,0	2	8,0	12	48,0	1	4,0	25	100,0
			8,5		12,1		4,8		24,0		5,9		11,5	
12 - 14	2	4,4	14	31,1	7	15,6	11	24,4	9	20,0	2	4,4	45	100,0
		40,0	19,7		21,2		26,2		18,0		11,8		20,6	
15 - 17	-	-	14	35,9	6	15,4	11	28,2	2	5,1	6	15,4	39	100,0
			19,7		18,2		26,2		4,0		35,3		17,9	
18 - 20	1	4,8	6	28,6	3	14,3	5	23,8	3	14,3	3	14,3	21	100,0
		20,0	8,5		9,1		11,9		6,0		17,6		9,6	
21 - 24	-	-	6	60,0	1	10,0	-	-	3	30,0	-	-	10	100,0
			8,5		3,0				6,0				4,6	
25 - 29	-	-	4	57,1	1	14,3	1	14,3	-	-	1	14,3	7	100,0
			5,6		3,0		2,4				5,9		3,2	
30 - 39	-	-	7	38,9	3	16,7	5	27,8	2	11,1	1	5,6	18	100,0
			9,9		9,1		11,9		4,0		5,9		8,3	
40 - 49	-	-	2	25,0	2	25,0	1	12,5	1	12,5	2	25,0	8	100,0
			2,8		6,1		2,4		2,0		11,8		3,7	
50 - 59	-	-	1	33,3	-	-	1	33,3	1	33,3	-	-	3	100,0
			1,4				2,4		2,0				1,4	
> 59	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
									2,0				0,5	
Total	5	2,3	71	32,6	33	15,1	42	19,3	50	22,9	17	7,8	218	100,0
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

* Em anos completos.

Considera-se que os abandonos ou não comparecimentos podem ter sido motivados por questões sócio-econômicas, visto terem sido encontradas anotações em prontuários sobre a dificuldade que pessoas encontravam para aquisição de passe de ônibus para os retornos. Algumas delas, residentes em municípios distantes, até seis a oito horas de viagem, dependiam do transporte intermunicipal, somando-se à falta de disponibilidade financeira e ao tempo prolongado para esse deslocamento.

OSHIKATA (2003) atribui que, além do aspecto sócio-econômico, a interferência do estado emocional da vítima pode prejudicar a assimilação das informações de retorno. Para BABL et al. (2000), as razões pelas quais há afastamento dos retornos podem incluir efeitos colaterais dos medicamentos e dificuldades financeiras.

Entre as variáveis associadas com completa adesão, GARCIA et al. (2005) apresentam que as vítimas, com nível de educação de ensino médio (maior que oito anos de estudo), mostraram maior aderência ao seguimento, provavelmente, porque elas tinham um melhor entendimento sobre os riscos envolvidos.

A mudança de cidade, após a violência sofrida, também, é considerada, pois encontrou-se registro de onze pessoas que referiram estarem se mudando pois, entre outros fatores, permanecia o receio de represálias do agressor, em decorrência da denúncia efetuada. Estes resultados assemelham-se ao encontrado por HOLMES, HESNICK e FRAMPTON (1998), os quais citam ter sido extremamente difícil fazer contato com vítimas de violência sexual, porque elas, freqüentemente, mudam de endereço, ou número de telefone, ou, temporariamente, deixam a moradia.

Observou-se que, no ano de 2003, as comunicações sobre as datas de retorno eram feitas via telefone, sendo feitas, muitas vezes, em forma de recado deixado com parente ou vizinhos, cujos nomes e números telefônicos tinham sido informados no atendimento inicial. A partir de 2004, essas comunicações passaram a ser feitas via Correios, em forma de carta, com informação sobre a data dos retornos. Procurou-se, com isso, eliminar a possibilidade de que a pessoa tenha recebido informação errada, ou mesmo, que não tenha recebido o recado. As correspondências foram enviadas, somente, para endereços autorizados e anotados na ficha do atendimento imediato.

Foram encontradas várias correspondências devolvidas à Instituição, com o carimbo “não procurada” e “endereço inexistente”. Cabe esclarecer que, em regiões de área rural, a postagem fica retida em local conveniado

com os Correios, aguardando ser retirada pelo destinatário. Assim, as pessoas que não a procuraram, não se inteiraram das datas agendadas, o que pode ter contribuído para o não retorno. Sobre o “endereço inexistente”, considera-se que algumas pessoas não tenham fornecido seu verdadeiro endereço, no momento do preenchimento de fichas do atendimento imediato, o que prejudicou sua posterior localização.

BAMBERGER et al. (1999) mostram que de 500 pessoas atendidas em San Francisco, em 1997, somente 30 (6%) retornaram, apesar de a disponibilidade do acompanhamento e tratamento não implicar custo para o interessado.

HOLMES, HESNICK e FRAMPTON (1998), em seu estudo, envolvendo vítimas de violência sexual adolescentes e adultas, do sexo feminino, constataram que somente 31% delas compareceram ao retorno agendado, conforme orientação, apesar de esforços efetuados para encorajar o retorno e de reagendamentos terem sido realizados. Nesse sentido, compreende-se que o retorno de crianças e de alguns adolescentes, permanece, entre outros fatores, na dependência da disponibilidade e empenho de seus pais para essa conduta.

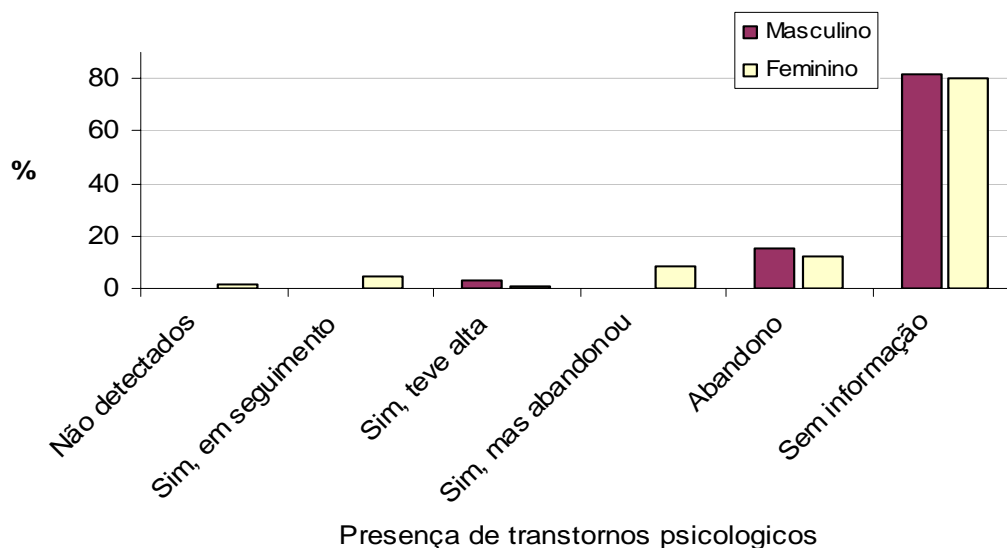
Para LERNER (2002), no termo abuso sexual estão incluídas práticas, que diferem completamente entre si, em termos de gravidade do risco para a saúde, e que interferem na adesão da família ao tratamento. Ainda, para esse autor, em casos de abuso sexual crônico de crianças, pais ou responsáveis apresentam grande resistência à adesão ao seguimento, podendo necessitar, muitas vezes, de intervenção judicial, a fim de garantir o atendimento às vítimas, no caso, crianças.

4.6. Quanto à presença de conseqüências à saúde

Sobre a presença de transtornos psicológicos, conseqüentes à violência sexual, observa-se, na **figura 17** que, para ambos os sexos, houve predomínio da categoria “sem informação”, que pode ser compreendido pelo

fato de os atendimentos, nessa especialidade, serem feitos em outras Instituições.

Figura 17. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e presença de transtornos psicológicos. CHS julho/2003 – junho/2004.



Ainda, na **tabela 28**, verifica-se a maior frequência (80%) para a categoria “sem informação”. O abandono do seguimento (12,5%) não possibilita afirmar se havia, ou não, a presença desses transtornos.

Não foram detectados transtornos psicológicos para 1,3% das pessoas, estando estas situadas nas faixas etárias abaixo dos 17 anos.

Entre as pessoas que apresentaram transtornos psicológicos n=19 (6,2%), observa-se que 13 delas (68,4%) continuavam em acompanhamento. Encontrou-se um registro referente a uma vítima, de 43 anos, que foi violentada por estupro, praticado pelo filho. Esta paciente suicidou-se três dias após a violência. Não constavam informações se ela havia recebido alguma consulta psicológica imediata, apesar de ter sido encaminhada, para acompanhamento, no município de origem. CAMARGO (2000) refere que um dos primeiros estudos relacionados à violência sexual, conduzido por Lisbeth Bang, em 1986, em Oslo, na Noruega, indicava que

80% das pessoas que haviam sofrido esse tipo de violência, apresentaram sintomas de stress pós-traumático.

Tabela 28. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo presença de transtornos psicológicos e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Presença de transtornos psicológicos												Total		
	Não detectados		Sim, em seguimento		Sim. Teve alta Sim, mas abandonou		Abandonado		Sem informação						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
< 3	2	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	85,7	14	100,0
3 - 5	-	-	-	-	1	3,0	-	-	2	6,1	30	90,9	33	100,0	
6 - 8	-	-	2	6,1	-	-	-	-	4	12,1	27	81,8	33	100,0	
9 - 11	-	-	-	-	1	2,6	-	-	2	5,1	36	92,3	39	100,0	
12 - 14	1	1,6	4	6,5	-	-	-	-	9	14,5	48	77,4	62	100,0	
15 - 17	1	2,0	-	-	2	4,0	1	2,0	7	14,0	39	78,0	50	100,0	
18 - 20	-	-	1	4,3	-	-	-	-	6	26,1	16	69,6	23	100,0	
21 - 24	-	-	2	20,0	-	-	-	-	1	10,0	7	70,0	10	100,0	
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22,2	7	77,8	9	100,0	
30 - 39	-	-	3	16,7	-	-	-	-	-	-	15	83,3	18	100,0	
40 - 49	-	-	1	10,0	-	-	1	10,0	3	30,0	5	50,0	10	100,0	
50 - 59	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
> 59	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	
Total	4	1,3	13	4,3	4	1,3	2	0,7	38	12,5	244	80,0	305	100,0	
		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	

* Em anos completos.

ALMEIDA (2004), em sua pesquisa, apresenta relatos de mudanças/alterações de comportamento das vítimas: "... meu ritmo de vida

mudou, eu não saio mais de noite,..., eu machuco as pessoas que não têm nada a ver com o que aconteceu”.

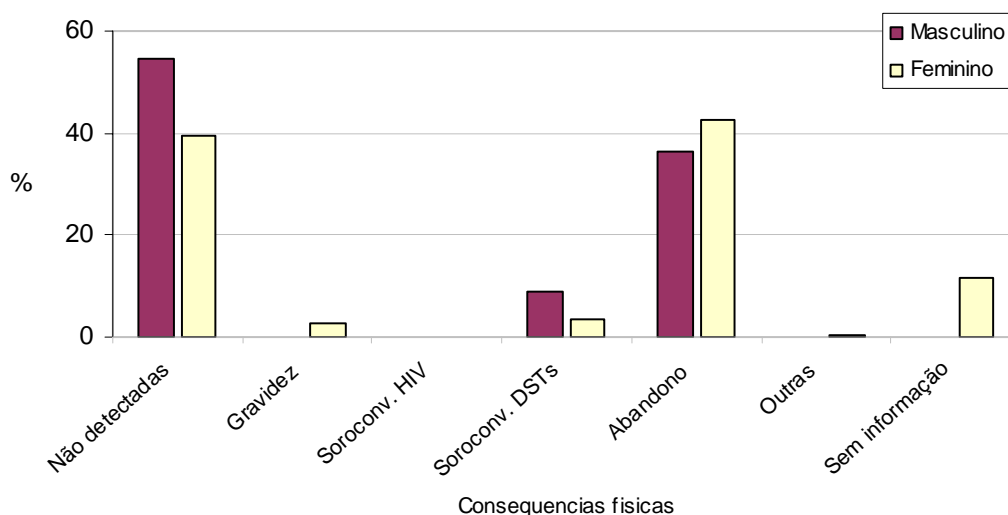
Verifica-se que as vítimas, nem sempre, compreendem o apoio psicológico como terapia; para ilustrar, é apresentado o registro da fala de uma vítima que, residindo em município distante, ao ser informada sobre o acompanhamento com psicóloga, respondeu *“Olhe dona, essa coisa de psicólogo é só pra quem pode! Eu tenho que tratar de trabalhar e esquecer mesmo...”*.

Assim, a presença de transtornos psicológicos pode passar despercebida para a vítima, que pode não se dar conta de sua conseqüência.

Mc Ewen, citado por TEICHER (2002), recentemente, teorizou que a superativação dos sistemas de reação ao estresse aumenta o risco de obesidade, diabetes tipo 2 e hipertensão; leva a um grande número de problemas psiquiátricos, incluindo um alto risco de suicídio e acelera o envelhecimento e a degeneração das estruturas de cérebro. Relata, ainda, que, como o abuso infantil ocorre durante o período formativo crítico, em que o cérebro está sendo fisicamente esculpido pela experiência, o impacto do extremo estresse pode deixar uma marca indelével em sua estrutura e função.

No que diz respeito à presença de conseqüências físicas à saúde, encontrou-se, para ambos os sexos, que, abandonos aos seguimentos impossibilitam avaliar-se a presença desses agravos, conforme apresentado na **figura 18**.

Figura 18. Distribuição proporcional (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e presença de conseqüências físicas. CHS julho/2003 – junho/2004.



Na **tabela 29**, observa-se que, entre vítimas com idades entre 0 e 11 anos, a maior freqüência apresentou-se para a não detecção desse agravo, havendo percentagem semelhante em todas as faixas etárias. Entre adolescentes e adultas, a freqüência mais observada ocorreu em casos de abandono do seguimento, não possibilitando esse conhecimento.

Entre pessoas do sexo feminino (n= 272) observa-se a presença da gravidez em 2,6% (n =7) dos atendimentos, verificando-se sua maior incidência (42,9%) para a faixa etária entre 15 e 17 anos.

Entre os casos em que as vítimas já chegaram grávidas ao atendimento imediato, foram localizadas duas adolescentes, uma delas com 15 anos, grávida do padrasto, e com idade gestacional de 20 semanas. A outra, com 12 anos, compareceu com idade gestacional de 30 semanas, tendo, como agressor, o tio, com idade de 65 anos.

Entre as que compareceram grávidas, três delas optaram pela interrupção da gravidez, e as outras estavam com tempo de gestação já avançado para esse procedimento, portanto, tal opção não lhes foi apresentada. OSHIKATA (2003) apresenta, em seu estudo, que três mulheres engravidaram, mesmo usando a anticoncepção de emergência.

Nesta pesquisa, não se verificou a ocorrência de gravidez entre aquelas que usaram esse anticoncepcional.

Sobre a infecção pelo vírus HIV, não se encontrou presença de soroconversão sorológica entre as vítimas acompanhadas e que receberam a quimioprofilaxia. DREZETT (2002 a) relata estudo realizado em 1995, em que a conversão sorológica de 2,7% ocorreu em vítimas que não utilizaram a quimioprofilaxia anti-retroviral e, entre aquelas que utilizaram a profilaxia, não houve a presença de conversão sorológica. Estudo realizado por GARCIA et al. (2005) mostra que nenhuma soroconversão para HIV foi observada entre as vítimas que usaram a profilaxia pós-exposição e completaram o seguimento, por 6 meses. LIMB, KAWSAR e FORSTER (2002) referem que não houve soroconversão para HIV em nenhum paciente acompanhado por 6 meses, após o início da TARV, mesmo entre aquelas (37,5%) que não completaram 28 dias de terapia. HOLMES, HESNICK e FRAMPTON (1998) relatam que não houve soroconversão entre 108 vítimas que retornaram aos seguimentos. OSHIKATA (2003) refere não ter encontrado soroconversão para o HIV em nenhuma das mulheres que completaram o seguimento ambulatorial.

Verificou-se a presença de DSTs, como consequência da violência sofrida, em 3,9% das pessoas atendidas, estando a maior incidência nas faixas etárias de 12 a 14 anos (33,3%), de 6 a 8 anos (25%) e de 15 a 17 anos (16,7%). Entre as pessoas, nas quais se observou lesão por Papilomavirus Humano – HPV, foram localizados, no grupo do sexo masculino, uma criança de sete anos e um adolescente de 15 anos, este último, com deficiência cognitiva acentuada; e, no grupo do sexo feminino, uma criança de dois anos. REIS et al. (2001 a) encontraram três (1,4%) casos de condilomatose entre adolescentes e crianças atendidas, com referência de violência sexual. Beck-Sagué e Salomon (1999), citados por REIS et al. (2001 a), apontam que *“apenas uma minoria de crianças sexualmente abusadas apresenta o papilomavirus na forma de verrugas anogenitais”*.

DREZETT (2002a) relata a frequência de 50,9% de DST entre 327 mulheres atendidas. Neste estudo, foram encontrados cinco diagnósticos de leucorréia, o que representa a frequência de 1,6% sobre o total de pessoas atendidas. Em sua pesquisa, OSHIKATA (2003) refere frequência de 17,4% de leucorréia em vítimas de violência sexual.

Tabela 29. Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo conseqüências físicas e faixa etária. CHS, julho/2003 – junho/2004.

Faixa etária*	Conseqüências físicas																	
	Não detectadas		Gravidez		Sorocon versão HIV		Presença DSTs		Abandono		Outra + abandono		Outras		Sem informação		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - 2	9	64,3	-	-	-	-	1	7,1	1	7,1	2	14,3	1	7,1	-	-	14	100,0
		7,9						8,3		1,3		4,1		5,0				4,6
3 - 5	22	66,7	-	-	-	-	1	3,0	3	9,1	6	18,2	1	3,0	-	-	33	100,0
		19,3						8,3		3,8		12,2		5,0				10,8
6 - 8	21	63,6	-	-	-	-	3	9,1	5	15,2	3	9,1	1	3,0	-	-	33	100,0
		18,4						25,0		6,3		6,1		5,0				10,8
9 - 11	22	56,4	-	-	-	-	1	2,6	9	23,1	2	5,1	1	2,6	4	10,3	39	100,0
		19,3						8,3		11,4		4,1		5,0		16,7		12,8
12 - 14	17	27,4	1	1,6	-	-	4	6,5	23	37,1	5	8,1	4	6,5	8	12,9	62	100,0
		14,9		14,3				33,3		29,1		10,2		20,0		33,3		20,3
15 - 17	11	22,0	3	6,0	-	-	2	4,0	19	38,0	5	10,0	2	4,0	8	16,0	50	100,0
		9,6		42,9				16,7		24,1		10,2		10,0		33,3		16,4
18 - 20	4	17,4	1	4,3	-	-	-	-	7	30,4	6	26,1	4	17,4	1	4,3	23	100,0
		3,5		14,3						8,9		12,2		20,0		4,2		7,5
21 - 24	3	30,0	-	-	-	-	-	-	2	20,0	4	40,0	1	10,0	-	-	10	100,0
		2,6								2,5		8,2		5,0				3,3
25 - 29	0	0,0	2	22,2	-	-	-	-	1	11,1	3	33,3	2	22,2	1	11,1	9	100,0
		0,0		28,6						1,3		6,1		10,0		4,2		3,0
30 - 39	2	11,1	-	-	-	-	-	-	6	33,3	9	50,0			1	5,6	18	100,0
		1,8								7,6		18,4				4,2		5,9
40 - 49	2	20,0	-	-	-	-	-	-	2	20,0	3	30,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0
		1,8								2,5		6,1		10,0		4,2		3,3
50 - 59	1	33,3	-	-	-	-	-	-	1	33,3	1	33,3	-	-	-	-	3	100,0
		0,9								1,3		2,0						1,0
> 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
														5,0				0,3
Total	114	37,4	7	2,3	-	-	12	3,9	79	25,9	49	16,1	20	6,6	24	7,9	305	100,0
		100,0		100,0				100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

* Em anos completos.

Em relação à presença de outras conseqüências físicas, encontrou-se o registro de uma vítima, de 43 anos, e que foi violentada por estupro, praticado pelo filho, tendo sido atendida com hematoma periorbital, derrame conjuntival, edema de nariz e equimoses múltiplas. Essa paciente suicidou-se três dias após a violência. HOLMES, HESNICK e FRAMPTON (1998) relatam um caso de tentativa de suicídio ocorrido no período entre a violência e as consultas de retorno, também, como conseqüência da agressão sofrida. Nesta pesquisa, encontrou-se, também, um caso de tentativa de suicídio, em que a vítima era uma jovem de 22 anos de idade.

A evidência de traumas, em exames periciais, tem, segundo vários autores, uma baixa confirmação em exames realizados pela perícia forense. DREZETT et al. (1999) apresentam a freqüência de 5,7% de vítimas com traumatismos genitais, sendo mais observada a rotura de hímen (63,6%). REIS (2001) cita que somente 22% de casos atendidos, por violência sexual, foram confirmados pela perícia forense.

Nesta pesquisa, em que houve busca de informações no Instituto Médico Legal, encontrou-se, entre 305 pessoas atendidas, o registro de 82 (26,8%) lesões recentes. Verificou-se a freqüência de 8,8% de escoriações; 7,5% de rágades e/ou fissuras anais; 6,5% de equimoses; 1,6% de rotura recente de hímen; 1% de laceração de períneo; 0,6% de rotura de esfíncter anal e 0,6% de arranhões pelo corpo. CAMPOS et al. (1994), em pesquisa junto ao IML de Belo Horizonte, encontraram freqüência 13,6% em evidências de violência, como equimoses, escoriações, lacerações vaginais, feridas incisas e mordeduras. OSHIKATA (2003) relata ter encontrado, entre os traumas extragenitais, maior prevalência de escoriações, edemas e equimoses. O autor refere, ainda, que, dos traumas genitais, a fissura himenal foi o mais encontrado. Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002b), a evidência de traumas, em exames periciais, foi observada em apenas 10% dos casos de estupro. REIS et al. (2001) citam que, somente 15% das vítimas atendidas apresentaram lesões genitais ou anais, no momento do exame no atendimento imediato, em que foi feito registro do laudo pericial.

Dentre os traumas identificados, há registro de duas situações que demandaram procedimentos cirúrgicos, uma de vítima de 51 anos, que foi submetida à suturas por lesões perineal, vulvar e anal. Há referência que dois agressores (sobrinhos) introduziram corpo estranho em ânus e vagina da vítima. Ao exame, a vítima apresentava medo em confirmar os fatos e o agressor. Em outra situação, a vítima de 40 anos submeteu-se à rafia de esfíncter anal, em razão da violência. OSHIKATA (2003) refere a frequência de 4,2% de suturas em região genital, causadas pela violência sexual.

Os dados revelam, de uma maneira geral, que as pessoas atendidas, nem sempre comparecem aos seguimentos ambulatoriais em consultas de retorno, cabendo, portanto, à Instituição de Saúde a responsabilidade em conhecer sua demanda e os fatores que interferem nesse comparecimento, estabelecendo, ao mesmo tempo, ações que possibilitem a adesão ao acompanhamento proposto.

5. CONCLUSÕES

Os resultados do estudo permitem concluir que:

- As vítimas de violência sexual eram, predominantemente, do sexo feminino, com cor de pele branca, crianças e adolescentes solteiras.
- A residência foi o local de abordagem com maior frequência, sendo a maioria dos agressores identificáveis pelas vítimas.
- Os comparecimentos na Unidade de Saúde ocorreram em metade dos atendimentos, no prazo até 72 horas após a violência e as pessoas foram encaminhadas, predominantemente, pelas Delegacias de Polícia. O uso da força física foi citado como intimidação mais freqüente.
- Sobre a indicação das profilaxias, verificou-se que, para prevenção da gravidez, essa conduta foi adotada para um quarto das pessoas atendidas e as profilaxias para DSTs e HIV foram indicadas para um terço das pessoas atendidas.
- Entre as vítimas, para as quais houve indicação de quimioprofilaxia anti-retroviral, 60% delas utilizaram o esquema completo.
- Nos retornos ambulatoriais, não havendo uma referência articulada, verificou-se uma informalidade do encaminhamento para a saúde mental. Todas as pessoas atendidas foram encaminhadas para acompanhamento com psicólogos, entretanto, necessitaram deslocar-se para outros serviços da rede, pois a Unidade de Referência não possuía profissionais dessa especialidade para prestar atendimento.
- Entre os seguimentos indicados na especialidade de Infectologia, quando somados os usuários que tiveram retorno em algum tipo de consulta, obteve-se a proporção de 60,4%. Entre estes, incluem-se aqueles que apresentaram retorno a pelo menos uma consulta, até quatro ou mais consultas, inclusive os que tiveram alta ou estavam em acompanhamento.
- Para o acompanhamento com ginecologista, verificou-se que fatores organizacionais internos à Instituição campo de pesquisa podem ter interferido nessa adesão, observando-se proporção de 40,7% para

esses retornos. Compreende-se que fatores sócio-econômicos individuais, também, podem ter interferido nessa adesão ao seguimento.

- Entre as conseqüências à saúde, verificou-se que, quanto à presença de transtornos psicológicos, não seria possível fazer inferências, em razão do predomínio da categoria “sem informação”. Referente às conseqüências físicas, entre pessoas do sexo feminino, a presença da gravidez foi verificada em 2,6% dos atendimentos. Para ambos os sexos a presença de DSTs foi verificada em 3,9%. Não se encontrou soro-conversão para o vírus HIV entre as pessoas que retornaram aos seguimentos, entretanto, esses retornos nem sempre foram completados no prazo de seis meses. Esse dado não foi controlado pela janela imunológica.

6.CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DE UMA ATENÇÃO INTEGRAL

O presente estudo teve, como objeto principal, caracterizar a atenção de primeiro atendimento e do seguimento em consultas ambulatoriais, de vítimas de violência sexual, atendidas em serviço de saúde, cadastrado como Centro de Referência para essa demanda.

O presente estudo permitiu reconhecer que a violência sexual é um agravo que ocorre, tanto no espaço público, quanto no espaço privado, acometendo, principalmente, mulheres, crianças e adolescentes em diferentes idades. Apesar de ter sido sempre relacionada como problema da sociedade, e que deve ser atendida nas áreas da segurança pública e da justiça, essa violência passa, agora, a ser reconhecida, também, como problema de Saúde Pública. Disso, decorre a necessidade de profissionais de serviços de saúde estarem capacitados para acolhimento e para iniciar, o mais cedo possível, a prevenção de conseqüências físicas e psicológicas para as vítimas, orientando-as e a seus responsáveis, sobre a importância do seguimento ambulatorial, em casos que requerem acompanhamento.

Levantar essas questões foi como abrir a caixa de Pandora¹³, mas entendemos isto como o passo inicial, necessário para diminuir situações de abandono de terapia iniciada. É mister que profissionais da saúde, que atuam nesse tipo de atendimento, conheçam os vários fatores que estão envolvidos na situação da violência sexual, de modo a assegurar a continuidade ao acompanhamento proposto.

Ao chegarem a serviços de saúde, pessoas vitimizadas buscam apoio e respostas para a solução de seu problema, e o atendimento realizado terá maiores chances de êxito, quando o profissional da saúde adotar uma postura de acolhimento, conforme destaca o Ministério da Saúde

¹³ A Caixa de Pandora é um mito que se presta a várias interpretações. Na versão mais corrente, Pandora, um dos nomes da deusa-mãe grega Rhea, teria se tornado um equivalente, na Antigüidade Clássica, da Eva da cultura judaico-cristã, ou seja, a mulher curiosa que por sua desobediência condena a humanidade a todos os males, ao abrir uma caixa onde estes males estão guardados: no fundo da caixa resta a esperança. Numa interpretação menos misógina do mito, Pandora (literalmente a doadora de todas as coisas), teria apenas reconhecido os problemas e as soluções sendo culpabilizada por explicitar a complexidade dos fatos humanos (Walker citado por DINIZ 1999, p. 386).

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b), em que se torna relevante considerar os aspectos afetivos, cordiais e holísticos, como bem assinala BATEMAN (2000).

Consideramos fundamental repensar e modificar a concepção sobre violência, predominante na área da saúde, que, por vezes, a rejeita como questão de saúde, e outras vezes a trata como doença, pois reforça a idéia de que mulheres, nessas situações, seriam sujeitos incompletos, que necessitariam de uma tutela especializada, devendo entregar-se em mãos profissionais e seguir corretamente todas as prescrições, como lembram SCHRAIBER e D'OLIVEIRA (1999).

Nessa linha de raciocínio, concordamos com CHARAM (1997), para quem, cabe à pessoa atendida tomar as decisões, em vez de entregar-se passivamente. Compreende-se que a pessoa que passou por essa violência está fragilizada e procura, na instituição de saúde, uma resposta ao seu problema e, nem sempre, estará segura para a tomada de decisões. Assim, o serviço de saúde deve efetuar orientações sobre medidas necessárias, do ponto de vista médico, psicológico, social e policial e sobre a importância de cada conduta.

Adolescentes, nessa situação, necessitam de cuidados redobrados, pois estão vivendo um período curto de suas vidas, caracterizado, em sua maioria, por conflitos e dificuldades. É preciso considerar, conforme análise de SEIXAS (1999), que, nessa fase de grande fragilidade, está-se construindo uma identidade própria, e uma situação traumática, como o abuso sexual, pode refletir em uma paralisação no desenvolvimento psíquico, trazendo prejuízo para toda sua vida.

São por essas razões que profissionais da área de saúde que, de forma predominante, *“atuam sob a racionalidade biomédica da intervenção”* (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999), necessitam voltar suas ações para a tomada de decisão compartilhada, buscando compreender a integralidade da pessoa e percebendo-a como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, implicando um movimento de mudança paradigmática nos mesmos.

A reflexão que desenvolvemos, em todo o processo de trabalho, propiciou perceber que o acolhimento da vítima de violência sexual, pela equipe de saúde, por ocasião do primeiro atendimento, é fundamental para estabelecer o primeiro elo de confiança entre a vítima e o serviço. Assim, é preciso que profissionais da área da saúde estejam sensibilizados para compreenderem que essa demanda possui necessidades próprias, devendo-se criar alternativas disponíveis, em termos de acolhimento e de intervenções individuais, em lugar de limitar-se a prescrever o que SCHRAIBER e D'OLIVEIRA (1999) denominam *“um conjunto de procedimentos e ações que a mulher deve seguir para poder “curar-se” do problema”*.

Com esses cuidados, no momento do primeiro atendimento, já poderá ser avaliada a possibilidade de adesão ao acompanhamento e tratamento proposto, momento em que se torna possível conhecer e respeitar a opinião ou a recusa da vítima sobre algum procedimento informado. A capacitação apropriada de profissionais de saúde para esse atendimento é um grande desafio, que deve ser priorizado mediante políticas institucionais.

Infelizmente, tem havido pouca atenção para detecção de possíveis características ou fatores que interferem nos retornos às consultas de acompanhamento. Barreiras financeiras, como a falta de recursos para deslocamento, ou a impossibilidade de ausentar-se do emprego; barreiras geográficas, como a localização do serviço de saúde e sua distância em relação ao local de moradia do usuário e barreiras organizacionais, como a ausência de vagas, ou demora para agendamentos em consultas de seguimento, podem ser fatores preponderantes nas adesões, indicando a importância de serem estudados, em maior profundidade, para aprimoramento do processo.

Outro problema que este estudo aponta e que HOLMES, HESNICK e FRAMPTON (1998) relatam acerca da possível falta de entendimento das vítimas de violência sexual – sobre a necessidade do retorno às consultas médicas, ou das conseqüências que podem ser evitadas –, comprometendo

o seguimento/acompanhamento (perda de cerca de 60%), está a requerer uma revisão/avaliação de todo atendimento prestado, não por uma determinada área profissional específica, mas dentro de um esforço interprofissional, intersetorial e interdisciplinar, abordando o problema violência sexual em sua complexidade, visando à formulação de políticas e ações articuladas entre profissionais e serviços necessários. Tal avaliação deve contemplar o reestudo de mecanismos de referência e de contra-referência, avaliações contínuas, além de educação permanente de profissionais envolvidos, que os tornem capazes de propiciar um trabalho efetivo de atendimento às necessidades que essa população apresenta.

Urge, portanto, estabelecer compromissos de Referência e Contra-referência entre a Unidade de Referência, os municípios de residência das vítimas e os diversos serviços da rede, para garantir o atendimento nas especialidades de psicologia e ginecologia, com disponibilização de horários alternativos para atendimento ou coletas de exames, de forma a não afetar a rotina de trabalho das pessoas a serem atendidas.

Diante da constatação de que maior incidência de violência sexual tem, como vítimas, pessoas do sexo feminino, há que considerar, também, que os programas de atendimento devem ter seu foco na saúde integral da mulher, sem perder de vista que essa violência é, antes de mais nada, uma questão da violação dos direitos humanos e da cidadania.

De qualquer forma, não restam dúvidas de que o retorno aos seguimentos oferece importante oportunidade para se efetuarem orientações e cuidados em educação à saúde, voltados à prevenção de riscos e promoção da saúde, em seu sentido amplo, na direção do resgate da condição de sujeitos integrais de pessoas na situação estudada e da construção da cidadania, em um esforço compartilhado de fortalecimento dos mesmos.

7. REFERÊNCIAS

Adorno RCF, Alvarenga AT. Aids e doenças sexualmente transmissíveis: problemas públicos e demandas sociais. In: Santos TF, coordenador. Saúde sexual e reprodutiva: uma abordagem multidisciplinar. Recife: Fundação Joaquim Nabuco; 2001. p. 11-33.

Almeida SS. Femicídio – algemas (in)visíveis do público-privado. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.

Almeida LCG. Violência sexual e quimioprofilaxia do HIV: percepção de mulheres [dissertação de mestrado]. Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2004.

Andrade RP, Guimarães ACP, Fagotti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM, et al. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. Rev Bras Ginecol Obstetr. 2001;23(9):583-7.

Babl FE, Cooper ER, Damon B, Louie T, Kharasch S, Harris JA. HIV postexposure prophylaxis for children and adolescents. Am J Emerg Med [periódico na internet]. 2000 [acesso em 11 abr 2003];18(3):282-7. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

Bamberger JD, Waldo CR, Gerberding JL, Katz MH. Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency (HIV) infection following sexual assault. Am J Med [periódico na internet]. 1999 [acesso em 11 abril 2003];106(3):323-326. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

Bateman C. If you were raped, would you ask for HIV antiretroviral treatment? S Afr Med J [periódico na internet]. 2000 [acesso em 11 abril 2003];90(12):1168-9. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

Bergamo W, Gebrim LH, Almeida M, Lima GR, Bacarat EC. Papel do ginecologista diante da paciente vítima de estupro. *Femina*. 2000;28(8):419-23.

Brasil. Código Penal: Decreto lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. 34. ed. São Paulo: Saraiva; 1996.

Bueno EM. Implantação do Programa no Estado de São Paulo [apresentado no III Encontro Regional de Prevenção das DST/AIDS às vítimas de violência sexual] Guarujá; 2002.

Camargo M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. *J Redesaúde*. 2000;22:6-8.

Campos JR, Nascimento LG, Almeida Junior WJ, Vaintraub MT, Silva HMS, Lopes GP. Violência sexual em Belo Horizonte: pesquisa no Instituto Médico-Legal. *J Bras Ginecol*. 1994;104(7):227-30.

Campos MAMR, Schor N, Anjos RMP, Laurentiz JC, Santos DV, Peres F. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde Soc*. 2005a;14(1):101-9.

Campos MAMR, Anjos RMP, Schor N, Santos DV. Violência sexual: busca ao denunciado como questão de Saúde Pública. In: *Anais do 9. Congresso Paulista de Saúde Pública*; 2005; Santos, BR. São Paulo: Saúde Soc. 2005b;14(supl.1):290.

Campos MAMR, Anjos RMP, Schor N, Santos DV, Paula LFB. Violência sexual: busca pelo agressor como determinante na suspensão do uso da quimioprofilaxia na vítima. [resumo] In: *Anais do Seminário Nacional de Experiências na Atenção à Violência Doméstica e Sexual*; 2006; Curitiba, BR. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; 2006. p. 84.

Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4. ed. São Paulo: Makron Books; 1996.

Charam I. O estupro e o assédio sexual: como não ser a próxima vítima. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997.

Chaui M. Sobre o medo. In: Cardoso S, organizador. Os sentidos da paixão. São Paulo: Schwarcz; 1991. p. 35-75.

Conselho Regional de Medicina. Associação Paulista de Medicina. Sindicatos Médicos. A epidemia da violência. São Paulo; 1998.

Diêgoli CA, Diêgoli MSC, Lerner T, Ramos LO. Abuso sexual na infância e adolescência. Rev Ginecol Obstet. 1996;7(2):81-5.

Diniz SG. Violência de gênero. In: Araujo MSO, Souza MJ, Verardo MT, Francisquetti PPSN, Morais RR, Bonciani RDF, et al. Saúde das mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista e Saúde; 2000.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. J Redesaúde. 1999;19:3-4.

Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimizadas. Rev Bras Ginecol Obstetr. 1999;21(9):539-44.

Drezett J. Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [tese de doutorado]. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000a.

Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. J Redesaúde. 2000b;22:9-12.

Drezett J. Profilaxia pós-infecçiosa. In: Livro de resumos da 4. Conferência Internacional sobre infecção pelo HIV em mulheres e crianças; 2002; Rio de Janeiro, BR. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002a.

Drezett J. Aspectos médicos do abuso sexual contra crianças e adolescentes. In: Vasconcelos MGOM, Mallak LS, organizadores. Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar. Carapicuíba: Fundação Orsa Criança e Vida; 2002b. p. 50-66.

Faúndes A, Andalaf Neto JA. IV Fórum interprofissional sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual. Femina. 2000;28(8):515-9.

Faúndes A, Leocádio E, Andalaf Neto JA. V Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. Femina. 2001;29(2): 107-12.

Faúndes A, Leocádio E, Andalaf Neto JA. VI Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual: relatório final. Femina. 2002;30(7): 489-93.

Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(6):659-65.

Fontana M, Santos SF. Violência contra a mulher. In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo; 2001. p. 101-28.

França Junior I. Abuso sexual na infância: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2003;7(12):23-38.

Fundação SEADE. Indicadores de desigualdade racial. Estado de São Paulo – 2004 [mapas na internet]. São Paulo; 2006 [acesso em 06 out 2006]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/idr/apresentacao.php>

Garcia MT, Figueiredo RM, Moretti ML, Resende MR, Bedoni AJ, Papaiordanou PMO. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sex Transm Dis.* 2005;32(4):214 -9.

Gobbetti GJ, Cohen C. Saúde mental e justiça: o atendimento a famílias incestuosas. In: Vasconcelos MGOM, Mallak LS, organizadores. *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar.* Carapicuíba: Fundação Orsa Criança e Vida, 2002. p. 91–105.

Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstetr Gynecol.* 1998;179 (2):336-42.

Hungria N, Lacerda RC. *Comentários ao Código Penal.* 4. ed. Rio de Janeiro: Forense; 1959.v.8.

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo. *Direitos da criança e do adolescente: estatuto da criança e do adolescente.* São Paulo; 1993.

Krug EG, Dahlber LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *WHO report on violence and health: Capítulo 1.* Genebra: World Health Organization, 2002.

Lerner T. Tratamento em situações de abuso sexual de crianças e adolescentes. *J Redesaúde.* 2000;22:15-6.

Lerner T. A atuação do profissional de saúde frente a situações de abuso sexual. In: Vasconcelos MGOM, Mallak LS, organizadores. Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar. Carapicuíba: Fundação ORSA Criança e Vida; 2002. p. 67- 73.

Lima CA. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: as conquistas, os desafios e as proposições no panorama nacional. In: Anais do Seminário Nacional de Experiências na Atenção à Violência Doméstica e Sexual; 2006; Curitiba, BR. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; 2006. p. 3.

Limb S, Kawsar M, Forster GE. HIV post-exposure prophylaxis after sexual assault service in London. *Int J Std AIDS*. 2002;13:602-5.

Lippi JRS. O momento e a oportunidade da criação da ABTOS. *J Bras Prev Trat Ofensas Sex*. 2002;1(1):1-4.

Maia CAT, Mondaca ADCA, Duarte CS, Lima JA, Colodo M, Lemos TM, et al. Mulheres vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. *Femina*. 2000;28(3):155-61.

Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Cienc Saúde Manguinhos*. 1997;1(1):513 -31.

Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir da saúde pública. *Cienc Saúde Coletiva*. 1999;4(1): 7-32.

Ministério da Justiça. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. Com saúde – sem violência. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo/Instituto Brasileiro de Estudos e Apoio Comunitário; 1990.

Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 11 out 1996.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília:(DF) 2002a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes [norma técnica]. 2. ed. Brasília(DF): 2002b.

Moe K, Grau A. HIV prophylaxis within a treatment protocol for sexual assault victims: rationale for the decision. J Emerg Nurs [periódico na internet]. 2001 [acesso em 11 abr 2003]; 27(5): 511-5. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

Oliveira J, organizador. Organização dos textos, notas remissivas e índices: Código Penal. 30. ed. São Paulo: Saraiva; 1992.

Oshikata CT. Violência sexual: características da agressão, das mulheres agredidas e do atendimento recebido em um hospital universitário de Campinas – SP [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Pinho AA. Fatores associados à realização do teste de Papanicolaou entre mulheres em idade reprodutiva no município de São Paulo [tese de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. Rev Saúde Pública. 2003;37(1):8-14.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Tradução de Garcez RM. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Pompeu F. O direito de tratar da dor. J Redesaúde. 2000;(22):3-5.

Portella A.P. Abordagem social sobre violência e saúde das mulheres. J Redesaúde. 2000;(22):17-9.

Reis JN. Violência sexual contra mulheres: análise de dados relacionados ao estupro e atentado violento ao pudor legalmente registrados em Ribeirão Preto [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.

Reis JN, Martin CCS, Bueno SMV. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2001;13(4):40-5.

Saffiotti HIB. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: Kupstas M, organizador. Violência em debate. São Paulo: Editora Moderna; 1987.

Saffiotti HIB. Violência contra a mulher: agressão, vitimização e padrões culturais. In: Seminário Nacional Violência contra a Mulher. Forum Nacional de Presidentas de Conselhos da Condição e Direitos da Mulher; 1994; São Paulo, BR. São Paulo: Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher – UNIFEM; 1994.p. 30-4.

Saffiotti HIB, Almeida SS. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

Saffiotti HIB. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: Madeira FR., organizador. Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos/UNICEF; 1997.

Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Rev Saúde Pública. 2003,37(1):15-23.

São Paulo (Estado). Lei nº 10.291, de 07 de abril de 1999. Obriga os servidores das Delegacias de Polícia a informarem às vítimas de estupro sobre o direito de aborto legal. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 8 abr 1999; Seção I.

São Paulo (Estado). Lei nº 10.920, de 11 de outubro de 2001. Obriga as Delegacias de Polícia a informar às vítimas de crimes contra a liberdade sexual o direito de tratamento preventivo contra a contaminação pelo vírus HIV. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 12 out 2001. Seção I.

Schor N, Alvarenga AT, Tanaka ACD'A, Siqueira AAF, Unglert CVS, Moron AF. Mulher, violência e morte. In: Anais do 4. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1994; Recife, BR. p.19-23.

Schraiber LB, D'Oliveira AFP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface Comunic Saúde Educ. 1999;3(5):11-27.

Schraiber LB, D'Oliveira AFL, França Junior I, Strake SS, Oliveira E. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saúde Soc. 2000;9(1-2):3 -15.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, coordenadores. Violência contra a mulher e saúde no Brasil: estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de São Paulo/Organização Mundial de Saúde; 2001.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. São Paulo: Fundação Ford; 2002.

Schraiber L, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2003;6(10):41-54.

Seixas AH. Abuso sexual na adolescência. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VC, organizadores. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.* Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1999.v. 1, p. 117-35.

Soares G. Um breve olhar sobre os programas de atenção à violência sexual: a experiência da Paraíba. *J Redesaúde.* 2000;(22):13-4.

Sociedade Brasileira de Infectologia. EUA aprovam vacina contra HPV. *Bol Atual Soc Bras Infec.* 2006;3:5.

Takiuti AD. A saúde da mulher adolescente – 1993. In: Madeira FR, organizador. *Quem mandou nascer mulher?* Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos/UNICEF; 1997.

Teicher MH. Feridas que não cicatrizam: a neurobiologia do abuso infantil. *Scien Am Brasil.* [periódico na internet]. 2002 [acesso em 30 junho 2004]; (1).Disponível em: www2.uol.com.br/sciam/conteúdo/matéria/mateira_2.html

Unbehaum S, Cavasin S, Silva V. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva: contribuições para o debate sobre políticas públicas de saúde para rapazes. In: Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcelos MPC, organizadores. *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos.* São Paulo: Fapesp/Editora da Universidade de São Paulo; 2005. p. 219–40.

União de Mulheres de São Paulo. Projeto: implantação do serviço de atendimento aos casos de violência doméstica, relato sobre a experiência do Hospital Pérola Byington. São Paulo: Graffis; 2000.

União de Mulheres de São Paulo. Violência doméstica e sexual: conheça seus direitos. 2. ed. São Paulo; 2001.

Vargas, JD Familiares ou desconhecidos?: a relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal. Rev Bras Cienc Soc. 1999,14(40):63–82.

Viesi VMO, Trad MFDJ, Campos MAMR, Ferro MC, Palma MR, Calado ET. Plano diretor do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Sorocaba: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo; 2001.

Villela W. Mulher e AIDS. In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo; 2001. p. 73-100.

Wiebe ER, Comay SE, McGregor M, Ducceschis. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 month's experience in a sexual assault service. CMAJ. [periódico na internet]. 2000 [acesso em 11 abril 2003];162(5):641-5. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

ANEXOS

- ANEXO I. FICHA ATENDIMENTO IMEDIATO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
- ANEXO II. FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL
- ANEXO III. FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS
- ANEXO IV. TERMO DE AUTORIZAÇÃO

ANEXO I – FICHA DE ATENDIMENTO A PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Nº Notificação: _____	Ficha de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual		1-Data do Atendimento: ____/____/____
2-Nome: _____			3-Prontuário: _____
4-Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. <input type="checkbox"/> 2-Fem.	5-Data nascimento: ____/____/____ idade: _____	6-Estado Civil: <input type="checkbox"/> 1-Solteiro 3-Menor <input type="checkbox"/> 2-Casado 4-Outro	7-Ocupação: _____
8-Escolaridade(em anos de estudo concluídos): <input type="checkbox"/> 1- Nenhuma 2 - de 1 a 3 3 - de 4 a 7 4 - de 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - de 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado			9-Local de Trabalho: _____
10-Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 3-Parda 9-Ignorada <input type="checkbox"/> 2-Negra 4-Amarela		11-Tempo decorrido ao atendimento: <input type="checkbox"/> 1-menos de 24 h 3-de 72 h até 10 dias <input type="checkbox"/> 2- de 24 h até 72 h 4-mais de 10 dias	
12-Endereço Residencial (rua, nº, bairro): _____		Telefone: _____	13-Município: _____
14-Encaminhamento: <input type="checkbox"/> 1-Espontâneo 2-Pela Delegacia/IML <input type="checkbox"/> 3- Por outra unidade de Saúde		15-Reincidência: <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	16-Data da Ocorrência: ____/____/____
17-Local de Ocorrência: <input type="checkbox"/> 1-Rua 3-Outro <input type="checkbox"/> 2-Residência	18-Bairro: _____	19-Município: _____	20-Horário: _____
21-Agressor: <input type="checkbox"/> 1-Conhecido 2-Desconhecido <input type="checkbox"/> 3-Múltiplos 4-Sob Investigação		22-Agressor é parente: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Sob Investigação	23-Grau de relacionamento: _____
24- Agressor: feito teste rápido para HIV: <input type="checkbox"/> 1- Sim 3- Não conhecido <input type="checkbox"/> 2- Não (Motivo _____)		25-Resultado do teste rápido do agressor: <input type="checkbox"/> 1- Positivo 3- Sob investigação <input type="checkbox"/> 2- Negativo 4- Não realizado 5- Agressor desconh	
26-Cor do Agressor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 3-Parda 5-Sob Investigação <input type="checkbox"/> 2- Negra 4-Amarela 9-Ignorada		27-Tipo de Relação: <input type="checkbox"/> 1-Vaginal 3-Anal 5-Não Houve <input type="checkbox"/> 2-Oral 4-Múltipla 6-Sob Investigação	
28-Intimidação: <input type="checkbox"/> 1-Força Física 3-Ameaça <input type="checkbox"/> 2-Arma (_____) 4-Não houve		29-Trauma Físico: <input type="checkbox"/> 1-Sim _____ <input type="checkbox"/> 2-Não _____	
30-Vítima ingeriu álcool ou drogas: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 9-Ignorado Tipo: _____		31-Agressor ingeriu álcool ou drogas: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Sob Investigação 9-Ignorado Tipo: _____	
32-Breve Relato da Ocorrência: _____ _____ _____			
33-Atividade Sexual Antes: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica		34-Sinais Vitais: PA _____ P _____ R _____ T _____	35-Lesões Genitais: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não
36-Estado Físico Geral: _____		37-Outras Lesões: _____	
38-Uso de Anticoncepção Antes: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica Tipo: _____		39-Uso de Medicação Após: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica Tipo: _____	40-Data última menstruação: ____/____/____
41-Gestações anteriores: <input type="checkbox"/> 1-Sim (Gesta _____ para _____)3-Não se aplica <input type="checkbox"/> 2-Não		42-Abortos Anteriores: <input type="checkbox"/> 1-Sim (espontâneo) 3-Não <input type="checkbox"/> 2-Sim (induzido) 4-Não se aplica	

IDENTIFICAÇÃO

OCORRÊNCIA

MULHERES

(ANEXO III - Verso)

43-Exames Laboratoriais Solicitados: 1-Sim 2-Não			
<input type="checkbox"/> Sorologia Hepatite C	<input type="checkbox"/> AST (TGO)	<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Clamídia
<input type="checkbox"/> Sorologia Hepatite B	<input type="checkbox"/> ALT (TGP)	<input type="checkbox"/> Sorologia Anti HIV	<input type="checkbox"/> Esfregaço em lâmina (pesq. de gonococo)
<input type="checkbox"/> Sorologia Sífilis			
44-Medicamentos Prescritos: 1-Sim 2-Não 3-Não Indicado			
<input type="checkbox"/> Levonorgestrel	<input type="checkbox"/> Secnidazol	<input type="checkbox"/> Ofloxacina/Ceftriaxone	<input type="checkbox"/> Azitromicina
<input type="checkbox"/> Penicilina G Benzatina/Eritromicina		<input type="checkbox"/> Vacina Hepatite B	<input type="checkbox"/> HAIGHB
<input type="checkbox"/> AZT/3TC	<input type="checkbox"/> Nelfinavir	<input type="checkbox"/> Outros Especificar:	Peso: _____ Kg
45- Colhido Sêmen/Sangue em papel filtro?(DNA)	46-Encaminhada ao Ambulatório?	47-Orientada para registro policial?	48- Orientada sobre Direitos Legais?
<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Já fez	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 3-Já fez <input type="checkbox"/> 2-Não	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não
49- Se necessário podemos procurá-la (o) em sua residência, por carta ou telefonema? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não			
50- Declaro que recebi orientações para o uso das medicações profiláticas anti-HIV. Concordo em tomar todos os medicamentos : <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não Assinatura: _____			
51- Realizado exame de corpo de delito pelo IML no CHS ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não ⇒ Motivo: _____			

OS CAMPOS ABAIXO DEVEM SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDOS NO CASO DE PACIENTE MENOR DE 18 ANOS:
--

Nome do Responsável:		Grau de Parentesco
Conselheiro e Conselho Tutelar Notificado:		
ATENDIMENTO		
Nome do Medico (a)	CRM	Assinatura
Acolhimento	Função/Conselho	Assinatura
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO / CONDUTA		
<p>- Todos os itens deverão ser preenchidos.</p> <p>- Em qualquer situação, todos os pacientes ou seus responsáveis, deverão ser informados sobre o que será realizado em cada atendimento, e a importância de cada conduta, respeitando a opinião e/ou recusa em relação a algum procedimento.</p> <p>- O reforço à auto-estima, no sentido de contribuir para a reestruturação emocional do paciente, é um componente que deverá ser observado por todos os membros da equipe, em todas as fases do atendimento.</p> <p>- Medicamentos Padronizados:</p> <p>. Anticoncepção de Emergência: levonorgestrel (Postinor-2 ® ou Pozato®) 02 doses, com intervalo de 12 horas, sendo a primeira ingestão até 72 horas após o estupro. A ação esperada desse produto pode ser alterada pela interação do uso associado dos antiretrovirais (ARVs), ficando a critério do profissional médico assistente, postergar o início dos ARVs até o prazo máximo estabelecido (até 72h da ocorrência).</p> <p>. Prevenção do HIV: Zidovudina (AZT) 300mg, VO + Lamivudina (3TC) 150mg, VO, 1cp cada 12 horas; Nelfinavir (Viracept) 250mg, 5cp VO, de 12/12horas.</p> <p>A quimioprofilaxia deve ser iniciada nas primeiras 72 horas após a violência e mantida por 04 semanas. Avaliar uso concomitante com levonorgestrel., de acordo com o Protocolo (os ARV podem interferir na ação desejada do levonorgestrel).</p> <p>Crianças: seguir recomendação do Protocolo.</p> <p>. Prevenção de DST: se crianças ajustar as doses, conforme Protocolo. Ofloxacina, 400mg, dose única, VO; Azitromicina, 1g, dose única, VO; Penicilina G. Benzatina 2400000 UI, IM, dose única; Secnidazol, 2g, dose única, VO (em gestantes tratar somente depois de completado o 1º trimestre, em nutrízes suspender o aleitamento por 24 horas).</p> <p>. Prevenção da Hepatite B: Imunoglobulina hiperimune (HAIGHB), 0,06 ml/kg de peso corporal, IM, dose única. Utilizar o mais precoce possível, e no máximo até 14 dias após a exposição e somente se nenhuma dose de vacina contra a hepatite B anterior; Vacina contra a Hepatite B - via IM na região do deltóide, 1,0 ml para adultos, e 0,5 ml para menores de 19 anos. A segunda e a terceira doses devem ser administradas respectivamente, 01 e 06 meses após a primeira dose. Nos casos de não disponibilidade da HAIGHB fazer o esquema rápido de vacinação: 0, 1, 2 e 12 meses da primeira dose.</p>		

ANEXO II – FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nº NOTIFICAÇÃO	FICHA DE ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (VVS)		Ambulatório
1-Nome:		2-Prontuário	
3-Data de Nascimento: ____/____/____	4-Idade:	5-Estado civil: <input type="checkbox"/> 1- Solteiro 3-Menor <input type="checkbox"/> 2- Casado 4-Outros	6-Ocupação:
7-Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1- Analfabeto 3-1º Grau (5ª à 8ª série) 5- Superior <input type="checkbox"/> 2- 1º Grau (1ª à 4ª série) 4- 2º Grau 6- Ignorado		8-Local de Trabalho:	
9-Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 3-Amarela <input type="checkbox"/> 2-Negra 4-Parda		10- Município de residência:	
11-Data da Violência: ____/____/____	12- Violência <input type="checkbox"/> 1-Consumada 3-Não Esclarecido <input type="checkbox"/> 2-Tentativa		13-Tipo de relação <input type="checkbox"/> 1-Vaginal 2-Oral <input type="checkbox"/> 3-Anal 4- Múltipla
14-Use de preservativo: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Não sabe informar		15-Use de anticoncepção antes da violência: 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Tipo:.....	
17-Data do Atendimento Na Unidade de Referência: ____/____/____		16-Data última Menstruação: ____/____/____	
18- Iniciado contracepção de emergência: 1-Sim, tipo..... 2-Não realizada (>72h) 3- Não necessária <input type="checkbox"/> 4- Recusou contracep.		19- Iniciado profilaxia Para HIV <input type="checkbox"/> Para outras DSTs <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não realizada (>72h) 3-Não necessária 4-Recusou quimioprof	
20-Medicamentos Prescritos/Administrados: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Levonorgestrel <input type="checkbox"/> Vacina HepatiteB <input type="checkbox"/> Ofloxacina <input type="checkbox"/> Azitromicina <input type="checkbox"/> Secnidazol <input type="checkbox"/> HIGHB <input type="checkbox"/> AZT+3TC Conjugado <input type="checkbox"/> Nelfinavir <input type="checkbox"/> PenicilinaG Benzatina/Eritromicina <input type="checkbox"/> Outros:.....			
21-Exames Laboratoriais solicitados: 1-Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Sorologia sífilis <input type="checkbox"/> Sorologia Hepatites B/C <input type="checkbox"/> Sorologia anti-HIV <input type="checkbox"/> Cultura secreção (Vaginal/Canal Cervical/Retal) <input type="checkbox"/> Outro.....			
22- Data do 1º retorno Ambulatorial: ____/____/____		23- Em relação à profilaxia da gravidez: 1-Tomou o medicamento corretamente <input type="checkbox"/> 2- Não tomou o medicamento corretamente 3-Recusou a contracepção	
24-Em relação à profilaxia DSTs: 1- Tomou medicamento corretamente 2- Continua com o esquema <input type="checkbox"/> 3- Abandonou o tratamento 4- Recusou iniciar a profilaxia		25-Data de início ARV ____/____/____	26-Tempo total de uso dos anti-retrovirais Dias <input type="text"/>

I
D
E
N
T
I
F
I
C
A
Ç
Ã
O

O
C
O
R
R
Ê
N
C
I
A

P
R
O
C
E
D
I
M
E
N
T
O
S

N
A

U
R
E

A
C
O
M
P
A
N
H
A
M
E
N
T
O

(ANEXO II – Verso)

27-Acompanhamento sorológico para HIV			1. Positivo	A C O M P A N H A M E N T O A M B U L A T O R I A L
Resultado da 1ª Sorologia	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	2. Negativo	
Resultado coleta após 6 semanas	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	3. Inconclusivo	
Resultado coleta após 3 meses	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	4. Em andamento	
Resultado coleta após 6 meses	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	8. Não realizado	
		<input type="checkbox"/>	9. Ignorado	
28-Acompanhamento sorológico para Hepatite B			1. Positivo	
Resultado da 1ª Sorologia	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	2. Negativo	
		<input type="checkbox"/>	3. Inconclusivo	
Resultado da coleta após 6 meses	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	4. Em andamento	
		<input type="checkbox"/>	8. Não realizado	
		<input type="checkbox"/>	9. Ignorado	
29-Acompanhamento sorológico para Hepatite C			1. Positivo	
Resultado da 1ª Sorologia	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	2. Negativo	
		<input type="checkbox"/>	3. Inconclusivo	
Resultado da coleta após 6 meses	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	4. Em andamento	
		<input type="checkbox"/>	8. Não realizado	
		<input type="checkbox"/>	9. Ignorado	
30-Acompanhamento sorológico para Sífilis			1. Positivo	
Resultado da 1ª Sorologia	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	2. Negativo	
		<input type="checkbox"/>	3. Inconclusivo	
Resultado da coleta após 6 meses	Data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	4. Em andamento	
		<input type="checkbox"/>	8. Não realizado	
		<input type="checkbox"/>	9. Ignorado	
31-Datas da vacina Hepatite B				
1ª Dose ___/___/___	2ª Dose ___/___/___	3ª Dose ___/___/___	4ª Dose ___/___/___	
32-Evolução do caso:		1- Sim	2-Não	9-Ignorado
<input type="checkbox"/>	Alta sem conversão sorológica		Data ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	Alta com conversão sorológica. Qual agente?		Data ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	Transferência – Local		Data ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	Abandono		Data ___/___/___	
<input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/> Outro. Qual?.....		Data ___/___/___	
OBSERVAÇÕES:				
1º Retorno – Nome do médico		Data ___/___/___	CRM	Assinatura
2º Retorno – Nome do médico		Data ___/___/___	CRM	Assinatura
3º Retorno – Nome do médico		Data ___/___/___	CRM	Assinatura
33-Está sendo realizado acompanhamento psicológico?	1. Sim 2. Não 3. Recusou	<input type="checkbox"/>	34-Data de Início ___/___/___	35- Evolução 1. Alta cura 2. Alta seqüela 3. Transferência 4. Abandono 5. Outro. Qual?
Nome do Psicólogo		CRP		Assinatura
				P S I C Ó L O G O

ANEXO III – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Nº Notificação:		FICHA DE COLETA DE DADOS		1- Data compare URE ____/____/____	2- Nº da ficha no Epi-Info:
3- Iniciais (Nome):	4-Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. <input type="checkbox"/> 2- Fem.	5-Idade em anos completos:	6- Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0- Sem informação <input type="checkbox"/> 1- nenhuma <input type="checkbox"/> 2- 1 a 3 anos		
7- Estado Civil: <input type="checkbox"/> 0- S/ infor. <input type="checkbox"/> 1- Solteiro <input type="checkbox"/> 2- Casado		8- Ocupação: 3- < 12 anos 4- Outro	9- Local violência: <input type="checkbox"/> 0- Sem inform. <input type="checkbox"/> 1- Rua <input type="checkbox"/> 2- Residência		10- Debilidade mental: <input type="checkbox"/> 0- Sem informação <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Prejudicado
11 – Cor: <input type="checkbox"/> 0- S/ inf. <input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Negra		12-Município de residência: 3- Parda 4- Amarela 9- Ignorada	13- Fluxo de Encaminhamento: <input type="checkbox"/> 0- S/ inform <input type="checkbox"/> 1- Espontâneo <input type="checkbox"/> 2-Delegacia, IML, CT		3- Outro (UBS,S. Casa):
14- Mês/ano da violência: 09 – Ignorado 00 – S/ inform ____/____		15 – Intimidação: <input type="checkbox"/> 0- S/ inform. <input type="checkbox"/> 1- Força física <input type="checkbox"/> 2- Ameaça		3- Arma de fogo 4- Arma branca 5- Não houve / consensual 8- Não se aplica (<12 a) 10- Coação 12- Sob investigação 15- Perda de consciência 34- Revolver e faca	
16- Agressor: <input type="checkbox"/> 0- Sem informação <input type="checkbox"/> 1- Identificável <input type="checkbox"/> 2- Não identificável <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 12- Sob investigação		17 – Relacionamento com agressor identificável: <input type="checkbox"/> 1- Parente:..... <input type="checkbox"/> 2- Namorado <input type="checkbox"/> 3- Vizinho <input type="checkbox"/> 4- Cônjuge ou companheiro <input type="checkbox"/> 5- Colega da escola <input type="checkbox"/> 6- Colega do trabalho <input type="checkbox"/> 7- Ex-cônjuge ou ex-companheiro <input type="checkbox"/> 8- Ex-namorado <input type="checkbox"/> 12- Sob investigação <input type="checkbox"/> 14- Outro:..... <input type="checkbox"/> 19- Padrasto			
18-Tipo de exposição referida/ocorrida: <input type="checkbox"/> 1-Vaginal <input type="checkbox"/> 2-Oral <input type="checkbox"/> 3- Anal		4- Múltipla 5- Outro ato libininoso 6- Manipulação física (toques)		7- Voyerismo (sem contato físico) 12- Sob investigação	
20-Profilaxia anti- HIV: <input type="checkbox"/> 1- Indicada <input type="checkbox"/> 11- Não indicada <input type="checkbox"/> 14- Recusou iniciar		21- Profilaxia DSTs: <input type="checkbox"/> 1- Indicada <input type="checkbox"/> 11- Não indicada <input type="checkbox"/> 14- Recusou iniciar		22 – Profilaxia gravidez: <input type="checkbox"/> 1- Indicada <input type="checkbox"/> 11- Não indicada <input type="checkbox"/> 14- Recusou iniciar	
23-Tempo de uso da profilaxia ARV: <input type="checkbox"/> 1- Usou esquema completo <input type="checkbox"/> 2- Iniciou esquema e não retornou após 1ª consulta <input type="checkbox"/> 3- Iniciou esquema e não retornou após 2ª consulta		4- Suspenso após resultado anti-HIV do agressor 11- Não indicada 14- Recusou iniciar 0- Sem informação			
24-Acompanhamento psicológico: <input type="checkbox"/> 1-Não aceitou acompanhamento <input type="checkbox"/> 2-Passou em 1 consulta <input type="checkbox"/> 3- Passou em 2 consultas		4- Passou em 3 ou + consultas 6- Em acompanhamento 7- Referenciado p/ cidade de origem 10- Não agend. retorno pela instituição 11-Não indicado		13- Recebeu alta psicológica 16- Inst. não tem psicólogo 17-Encaminhado p/ outra inst 18-Acomp. em serviço particular 0- Sem informação	
25- Acompanhamento com infectologista: <input type="checkbox"/> 1-Não retornou para consulta <input type="checkbox"/> 2-Passou em 1 consulta <input type="checkbox"/> 3-Passou em 2 consultas		4- Passou em 3 consultas 5- Passou em 4 consultas 6- Em acompanhamento 7- Referenciado p/ cidade de origem 10-Não agend ret pela inst		11- Não indicado 13- Recebeu alta 0- Sem informação 18- Acomp em serviço particular	
26- Acompanhamento com ginecologista: <input type="checkbox"/> 1-Não retornou para consulta <input type="checkbox"/> 2-Passou em 1 consulta <input type="checkbox"/> 3- Passou em 2 consultas		4- Passou em 3 consultas 6- Em acompanhamento 7- Referenciado p/ cidade origem 8- Não se aplica		10- Não agend. retorno pela inst. 11- Não indicado 13- Recebeu alta 18-Acomp em serviço particular	
27- Seguimento ambulatorial: <input type="checkbox"/> 1-Em acompanhamento <input type="checkbox"/> 2- Abandono após consulta imediata <input type="checkbox"/> 3- Abandono após 1ª cons ambulat		4- Abandono entre 2ª a 4ª consulta ambulatorial 11- Não indicado 13- Recebeu alta. Tempo acomp.:.....meses 0- Sem informação			
28- Presença de conseqüências físicas à saúde: <input type="checkbox"/> 1-Não foram detectadas <input type="checkbox"/> 2-Gravidez		3- Soroconversão para o HIV 4- Soroconversão para outras DSTs		15- Abandono não permitiu identificar 5- Outras :..... 0- Sem informação	
29- Presença de transtornos psicológicos: <input type="checkbox"/> 1-Não foram detectados <input type="checkbox"/> 2-Sim, continua seguim/ psicológico		3- Sim, teve alta 4- Sim, mas abandonou seguim/ 15- Abandono não permitiu identificar 0- Sem informação			
30- Observações:					

**ANEXO IV –
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE
FICHAS/PRONTUÁRIOS DE PACIENTES DE CENTRO DE REFERÊNCIA.**

**Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica
em serviço de saúde**

O presente estudo tem por objetivo avaliar o índice de retorno ao tratamento profilático de seqüelas, entre as pessoas atendidas no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, pós-violência sexual.

O desenvolvimento deste estudo contribuirá para propiciar a integralidade do atendimento às pessoas em situação de violência sexual, prevenindo possíveis seqüelas resultantes desse agravo.

Os dados serão integralmente coletados dos prontuários das pessoas atendidas após violência sexual, no período de 1º de julho de 2003 a 30 de junho de 2004.

A colaboração solicitada consiste na autorização do responsável legal pelo Conjunto Hospitalar de Sorocaba, para que sejam consultados os referidos prontuários, a fim de que, dentre eles, sejam selecionados para pesquisa aqueles que estiverem em conformidade com o critério de inclusão adotado neste estudo.

Em qualquer etapa da pesquisa, qualquer representante do hospital campo de estudo terá acesso ao profissional responsável pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas ou acatamento de alguma observação.

Esta pesquisadora compromete-se a utilizar os dados coletados, unicamente para fins desta pesquisa. Será mantida absoluta confidencialidade dos dados utilizados, assim como o anonimato da população em estudo.

A pesquisadora é a enfermeira Maria Angela Mirim da Rosa e Campos, que poderá ser encontrada à Rua Júlio Augusto Pasquotto,77 – Jardim Isaura, cidade de Sorocaba, fone (15) 32334824. Em caso de qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa, ou se houver alguma consideração a fazer, o representante legal da instituição participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

É garantida ao representante da instituição, a liberdade de, a qualquer momento, retirar seu consentimento para que esta pesquisa seja realizada na instituição sob sua direção.

Em momento algum haverá qualquer risco ou desconforto para o representante da instituição participante, seja no âmbito físico, seja no moral ou ético. Por outro lado, a participação neste estudo não evidencia benefícios diretos ao participante. Não haverá despesas para a instituição participante em nenhuma fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Acredito ter sido suficientemente informado, pelo que li ou pelo que me foi lido, sobre os objetivos e a metodologia do estudo “Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde”.

Discuti com a enfermeira Maria Angela Mirim da Rosa e Campos a minha decisão, na posição de representante legal da instituição campo do estudo, em participar no estudo acima. Ficaram bem claros os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, bem como a garantia de confidencialidade e acesso a esclarecimentos permanentes. Ficou bem claro também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em autorizar coleta de dados para o referido estudo, estou ciente de que poderei a qualquer momento retirar meu consentimento, antes de seu início ou durante sua realização, sem quaisquer penalidades ou prejuízo.

Local e data:

Representante legal da instituição

Assinatura da testemunha

Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Autorização do representante legal da instituição campo de estudo para a participação nesta pesquisa.

Local e data:

Assinatura da pesquisadora:

1ª via – Pesquisadora

2ª via – Responsável pela Instituição

“Este é um documento em duas vias, uma pertence ao pesquisado e a outra deve ficar arquivada com o pesquisador”.