

Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil

Characteristics of women victims of sexual violence and their compliance with outpatient follow-up: time trends at a referral center in Campinas, São Paulo State, Brazil

Carlos Tadayuki Oshikata ^{1,2}
 Aloíso José Bedone ²
 Mariana de Sá Fonseca Papa ¹
 Gabriela Bezerra dos Santos ¹
 Caroline Damasceno Pinheiro ¹
 Ana Helena Kalies ¹

Abstract

Sexual violence is a crime against individual integrity and sexual freedom. It affects women of all socioeconomic levels, and the perpetrator does not choose the victim's color or age. It is a source of high financial cost and a serious public health problem in Brazil. The current study aimed to assess compliance with outpatient follow-up by women victims of sexual violence treated at the Center for Women's Comprehensive Healthcare at the State University in Campinas, São Paulo State, from January 2000 to December 2006. We observed a significant increase in the return for scheduled appointments. In 2000, 41% of the women completed the six-month follow-up, and by 2006 the proportion had increased to 70%. Some 70% of the women appeared for treatment within 24 hours after being raped. Sexual assault by perpetrators known to the victims tripled during this same period. There were changes in the forms of intimidation and a significant decreased in prescription of emergency contraception.

Rape; Sexual Violence; Violence Against Women

Introdução

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

Este crime assume uma característica multifacetada envolvendo a vítima, o agressor e o cenário onde acontece a violência, o que dificulta o seu diagnóstico, o seu entendimento e a organização de medidas preventivas. É definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como todo ato sexual ou tentativa em obtê-lo sem o consentimento da mulher, utilizando-se de atos coercivos e intimidatórios, como a força física, a grave ameaça, o uso de armas e a pressão psicológica ².

A casuística sobre a incidência e a prevalência da violência sexual contra as mulheres é

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.
² Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência
 C. T. Oshikata
 Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
 Av. John Boyd Dunlop s/n,
 Campinas, SP
 13060-904, Brasil.
 carlostadayuki@uol.com.br

variável na maioria dos estudos e dependente, entre outras coisas, da característica e costumes da população a ser estudada, da metodologia empregada no estudo, da idade da população, da situação política da região e da condição social da mulher⁴. Estima-se que 18% das mulheres da população em geral sofram pelo menos um episódio de violência sexual durante a sua vida⁵. No Brasil, essa violência atinge aproximadamente 8% das mulheres maiores de 16 anos da cidade do Rio de Janeiro e 18% das mulheres da cidade de Salvador, Bahia^{2,6}. Nos Estados Unidos, a incidência é de 200 casos por 100 mil habitantes, enquanto na Dinamarca o índice é de apenas 9,1; Finlândia, 21; Noruega, 37 casos^{7,8,9,10}.

Existem poucos estudos na literatura referentes à adesão ao seguimento médico após a violência sexual. Estima-se que essa taxa varie entre 10% e 31%¹⁰. Fatores associados à qualidade dos serviços de atendimentos, tais como presença de profissionais capacitados no local, existência ou não de protocolos e de áreas privativas para o atendimento e correta orientação sobre as consequências da violência sexual ao longo do tempo, interferem na adesão ao seguimento ambulatorial³. Outros fatores conhecidos que dificultam a procura de ajuda por parte da mulher e diminuem a taxa de seguimento ambulatorial são: receber exposição pública e represálias, ser conhecida do agressor, ter consumido álcool ou drogas antes da agressão e ser portadora de doença psiquiátrica^{5,11,12}. Em contrapartida, a adesão é significativamente maior quando as vítimas são adolescentes e quando a agressão aconteceu dentro de casa ou quando houve traumas físicos¹¹. Conforme Masho et al.¹³, avaliando 1.769 mulheres do Estado da Virgínia (Estados Unidos), 64% das mulheres que sofreram violência sexual não procuram ajuda médica para o tratamento físico ou mental. Em outro estudo, Herbert et al.¹⁴, avaliando 294 mulheres no Canadá, referem que a adesão ao seguimento médico por seis meses foi de apenas 21%, sendo as adolescentes as que mais aderiram ao acompanhamento.

Estudos demonstram que as agressões contra as mulheres são praticadas principalmente por pessoas íntimas ou conhecidas. Fatores como coabitar com o parceiro, ser adolescente ou mulher jovem, ser usuária de álcool ou drogas, ter antecedente de violência sexual e ter baixo poder socioeconômico aumentam o risco e a exposição à violência^{2,15}. Estima-se que aproximadamente 1,5 milhão de mulheres norte-americanas sofra violência sexual por ano¹⁶.

No Brasil, assim como em outros países, a denúncia às autoridades policiais e a procura por ajuda médica são baixas¹⁵. Apesar de existirem atualmente 397 delegacias especializadas no

atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e mais de 1.500 serviços de apoio, entre hospitais, organização não-governamental (ONG) e casa de abrigo, somente 20% das agredidas procuram esses serviços^{15,17}. Segundo Holmes et al.¹², ao analisar 389 mulheres, o principal motivo que inibe a denúncia policial, em 73% delas, é o medo de retaliações por parte dos agressores, muitos dos quais íntimos.

Nas duas últimas décadas, inúmeros estudos sobre violência sexual contra a mulher foram publicados em todo mundo, e a maioria avaliou as características sociodemográficas das vítimas, as características da agressão e as consequências físicas e mentais provocadas. Poucos trabalhos, porém, relataram a experiência dos serviços em relação ao seguimento ambulatorial dessas mulheres^{12,14}.

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), é um hospital terciário voltado para o atendimento específico à saúde da mulher, e desde 1999 é o centro de referência regional para o atendimento às mulheres que sofrem violência sexual. Anteriormente a essa data, o atendimento médico resumia-se à avaliação clínica da mulher e à prescrição da contracepção de emergência (AE). Por falta de protocolos universalmente aceitos, tanto para saúde mental das mulheres como para a profilaxia infecciosa, esses itens não eram abordados na sua totalidade. Com o surgimento de protocolos nacionais e internacionais no final dos anos 1990, como o do Ministério da Saúde, da ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) e do CDC (Centers for Disease Control and Prevention), houve uma significativa ampliação na abordagem a essas mulheres e, desde então, criou-se um serviço de assistência específica no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual^{7,15,18}. Atualmente o CAISM conta com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos ginecologistas, infectologistas e enfermeiras, que prestam atendimento de urgência e emergência durante 24 horas, além do atendimento ambulatorial. Os atendimentos das assistentes sociais e das psicólogas acontecem concomitantemente ao atendimento médico durante o período diurno; em outros horários, eles deverão ser realizados no dia seguinte ou no primeiro dia útil, caso a paciente procure o serviço no final de semana ou em feriados.

Neste estudo, avaliamos as tendências observadas na adesão ao seguimento ambulatorial durante os seis meses preconizados pelo protocolo do serviço, bem como algumas características da mulher e do atendimento observadas entre os anos de 2000 a 2006.

Sujeitos e métodos

Trata-se de um estudo longitudinal com 642 mulheres que sofreram violência sexual e foram atendidas no CAISM entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006. Foram incluídas neste estudo somente aquelas que optaram por fazer o seguimento ambulatorial, após passarem pelo serviço de urgência. Mulheres contra as quais a violência sexual não foi consumada ou constatada ou que não usaram preservativo nas relações sexuais posteriores a essa agressão foram excluídas do estudo. De acordo com o protocolo do serviço, o tempo de acompanhamento ambulatorial de cada paciente seria de seis meses, e os retornos deveriam acontecer em 15 dias (D15) após o atendimento inicial, depois em 45 (D45), 90 (D90) e 180 dias (D180).

A adesão foi considerada satisfatória quando as mulheres compareceram aos retornos preconizados e completaram o seguimento durante os seis meses. Considerou-se como abandono ambulatorial quando a mulher não retornou às consultas subsequentes ou retornou após um tempo superior a 90 dias entre as consultas, ou quando se recusou a passar por exame ginecológico.

O atendimento de urgência foi feito pelo médico de plantão durante as 24 horas do dia, e o seguimento ambulatorial foi realizado pelo próprio pesquisador, que, na época, atuava como médico responsável pelo atendimento no ambulatório. Este acompanhamento acontecia uma vez por semana, com uma média de 8 a 12 consultas, entre casos novos e retornos, durante os quase sete anos do estudo. O atendimento a casos novos variava de duas a quatro mulheres por semana.

Os dados foram coletados retrospectivamente de fichas próprias, anexadas ao prontuário, criadas especificamente para o atendimento. A ficha de urgência (Ficha 1) foi preenchida pelo médico plantonista e contemplava os seguintes dados: identificação, características sociodemográficas, hora da agressão, tipo de violência sexual sofrida, características do agressor, local da agressão, forma de intimidação, além da descrição do exame físico, dos tratamentos médico e psicológico realizados, das medicações prescritas e dos exames laboratoriais colhidos. A ficha de ambulatório (Ficha 2) foi preenchida pelo pesquisador principal durante todos os anos de estudo e abordava os seguintes dados: uso das medicações prescritas, aparecimento de doença sexualmente transmissível (DST), seguimentos sorológicos, gravidez, avaliação do perfil psicológico, avaliação das necessidades sociais e jurídicas. Essas duas fichas tiveram como referência as normas técnicas do Ministério da Saúde e da literatura médica internacional,

tendo sido criadas e organizadas pelo autor principal^{7,12,15}. Ambas foram pré-testadas e validadas pela equipe médica e pela Diretoria Clínica do CAISM em reunião departamental, onde todos receberam orientações quanto ao seu preenchimento.

Na urgência, avaliaram-se as características sociodemográficas, as condições clínicas e psicológicas da mulher e de seus acompanhantes; realizaram-se os exames físicos gerais e ginecológicos; coletaram-se materiais de provas médico-legais e sorologias para DST; prescreveram-se medicamentos profiláticos para o HIV e qualquer outra DST, além de se administrar a anticoncepção de emergência. De acordo com suas condições clínicas e psíquicas, as mulheres foram internadas para tratamento específico ou encaminhadas para seguimento ambulatorial.

A primeira consulta no ambulatório aconteceu, em média, 15 dias após o atendimento de urgência e consistia em avaliar o uso correto das medicações prescritas anteriormente, tratar eventuais efeitos colaterais e colher sangue periférico para avaliação renal e hepática. Nas consultas subsequentes, em D45, D90 e D180 dias, checaram-se os exames anteriores e coletaram-se novas sorologias. O exame ginecológico consistia em pesquisar alguma infecção genital, coletar bacterioscopia de secreção vaginal e culturas específicas endocervicais para clamídia e gonococo. A avaliação da psicologia e a da assistência social foram realizadas concomitantemente a essas consultas. Se, no 180º dia, as evoluções sorológica, psíquica e clínica das mulheres estivessem satisfatórias, elas recebiam alta do ambulatório.

Os materiais para exames de provas legais e biológicos foram coletados, na urgência, pelo médico de plantão. As coletas de sangue periférico foram realizadas pela enfermagem do CAISM na urgência e no ambulatório. Os materiais para exames de cultura vaginal e endocervical foram colhidos pelo pesquisador no D45 e repetidos no D90.

Neste trabalho, os dados para análise foram obtidos das Fichas 1 e 2; o banco de dados teve digitação dupla para evitar erros. Os dados foram estudados de maneira descritiva, utilizando-se média, desvio-padrão, frequências absolutas (n) e relativas (%). As tendências ao longo de cada ano foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado de tendência de Cochran-Armitage, e as demais associações, mediante o teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância foi assumido em 5%. Os programas utilizados na digitação e análise dos dados foram o Epi Info versão 6 (CDC, Atlanta, Estados Unidos) e o SAS versão 9 (SAS Inst., Cary, Estados Unidos).

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

Resultados

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

Com relação à cor das mulheres atendidas, manteve-se o predomínio da cor branca, notando-se aumento na sua incidência a partir de

2002. O uso de drogas ilícitas por parte das mulheres também aumentou neste período, assim como o de agressores conhecidos, que passou de 13% para 35%.

Quanto à hora da agressão, verificou-se tendência de aumento do número de ocorrências no período compreendido entre 6h e 18h, chegando a mais de 40% no ano de 2006.

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

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

Tabela 1

Análise das tendências observadas no atendimento às mulheres que sofreram violência sexual entre 2000 a 2006. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Variáveis	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Valor de p
	(n = 61)	(n = 87)	(n = 108)	(n = 76)	(n = 118)	(n = 118)	(n = 74)	
	%	%	%	%	%	%	%	
Adesão ao seguimento ambulatorial								
Abandono por período								< 0,0001
Após a primeira consulta ambulatorial	31,1	32,2	41,7	17,1	31,0	26,3	10,8	
Após D45	21,3	13,8	8,3	3,9	10,0	8,5	20,3	
Após D90	6,6	1,1	2,8	2,6	4,0	3,4	-	
Acompanhamento psicológico								< 0,0001
Sim	13,1	26,4	45,4	57,9	65,3	59,3	68,9	
Não	86,9	73,6	54,6	42,1	34,7	40,7	31,1	
Características sociodemográficas								
Idade (anos)								0,0964
Até 19	57,4	48,3	43,5	48,7	31,4	41,5	50,0	
20 ou mais	42,6	51,7	56,5	51,3	68,6	58,5	50,0	
Cor da paciente								0,0034
Branca	77,0	65,5	57,9	75,0	78,8	82,1	78,4	
Não branca	23,0	34,5	42,1	25,0	21,2	17,9	21,6	
Estado civil								0,0898
Sem companheiro	73,8	65,5	57,4	75,0	78,8	81,4	78,4	
Com companheiro	23,0	34,5	41,7	25,0	21,2	17,8	21,6	
Gestante								0,6613
Sim	1,6	1,1	1,9	5,3	4,2	0,8	2,7	
Não	98,4	98,9	98,1	94,7	95,8	99,2	97,3	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	2000 (n = 61) %	2001 (n = 87) %	2002 (n = 108) %	2003 (n = 76) %	2004 (n = 118) %	2005 (n = 118) %	2006 (n = 74) %	Valor de p
Comparecimento a delegacia e IML								
Realizou BO								0,6869
Sim	88,5	87,4	77,8	81,6	89,8	83,1	85,1	
Não	11,5	12,6	17,6	18,4	10,2	16,9	14,9	
Passou pelo IML								0,8593
Sim	70,5	66,7	61,1	77,6	77,1	62,7	64,9	
Não	29,5	33,3	38,9	22,4	22,9	37,3	35,1	
Característica da mulher								
Uso de drogas ilícitas								0,0438
Sim	-	3,4	2,9	5,3	4,2	6,8	5,4	
Não	100,0	96,6	97,1	94,7	95,8	93,2	94,6	
Uso de álcool								0,6264
Sim	3,3	8,0	6,5	9,2	4,2	8,5	6,8	
Não	96,7	92,0	93,5	90,8	95,8	91,5	93,2	
Característica da agressão								
Hora da agressão								< 0,0001
6h às 18h	24,6	17,2	35,8	37,0	30,5	46,1	43,2	
18h às 6h	75,4	82,8	64,2	63,0	69,5	53,9	56,8	
Tempo entre a violência e o atendimento								0,0471
Até 24 horas	80,3	78,2	76,9	64,9	72,0	70,9	68,9	
> 24 horas	19,7	21,8	23,1	35,1	28,0	29,1	31,1	
Tempo entre a violência e o atendimento								0,0693
Até 72 horas	93,4	93,1	85,2	75,0	86,4	88,1	81,1	
> 72 horas	6,6	6,9	14,8	22,4	13,6	11,0	18,9	
Chegada ao CAISM								0,0011
Por conta própria	21,3	13,8	17,6	13,2	10,2	5,1	9,5	
Não por conta própria	78,7	86,2	82,4	86,8	89,8	94,9	90,5	
Encaminhamento ao CAISM								0,1205 *
Por conta própria	21,3	13,8	17,6	13,2	10,2	5,1	9,5	
Policial	32,8	42,5	42,6	48,7	47,5	44,1	40,5	
Serviço de saúde	44,3	42,5	38,0	36,8	41,5	50,0	48,6	
Conselho tutelar	1,6	-	-	1,3	-	-	1,4	
Outra	-	1,1	1,9	-	0,8	0,8	-	
Local da abordagem ou agressão								0,7598
Vias públicas	49,2	55,2	63,0	60,5	47,5	55,9	54,1	
Não vias públicas	50,8	44,8	37,0	39,5	52,5	44,1	45,9	
Tipo de relação: vaginal								0,0578
Sim	95,1	94,3	91,3	87,1	90,5	88,1	88,2	
Não	4,9	5,7	8,7	12,9	9,5	11,9	11,8	
Tipo de relação: oral								0,0343
Sim	59,0	47,1	40,4	34,3	40,5	37,6	42,6	
Não	41,0	52,9	59,6	65,7	59,5	62,4	57,4	
Tipo de relação: anal								0,7462
Sim	29,5	25,3	33,7	18,6	23,3	27,5	29,4	
Não	70,5	74,7	66,3	81,4	76,7	72,5	70,6	
Preservativo								0,5456
Sim	8,2	3,7	3,3	10,0	3,6	6,2	9,1	
Não	91,8	96,3	96,7	90,0	96,4	93,8	90,9	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Valor de p
	(n = 61)	(n = 87)	(n = 108)	(n = 76)	(n = 118)	(n = 118)	(n = 74)	
	%	%	%	%	%	%	%	
Características gerais								0,9765
Traumas gerais								
Sim	29,5	35,6	29,0	27,9	36,0	32,1	28,6	
Não	70,5	64,4	71,0	72,1	64,0	67,9	71,4	
Procedimentos realizados na urgência								0,3381
Procedimento clínico-cirúrgico								
Não realizado	88,5	90,8	96,3	97,4	94,1	92,4	94,6	
Realizado	11,5	9,2	3,7	2,6	5,9	7,6	5,4	
Instituição de anticoncepção de emergência								0,0002
Levonorgestrel	82,0	72,4	73,1	57,9	73,7	62,7	51,4	
Não	18,0	27,6	26,9	42,1	26,3	37,3	48,6	0,7685
Profílixia para DST/hepatite B								0,2547
Sim	91,8	94,3	63,9	84,2	81,4	90,7	85,1	
Não	8,2	5,7	36,1	15,8	18,6	9,3	14,9	
Coleta de sorologias: HIV/sífilis/hepatite								0,2434
Sim	95,1	96,6	99,1	97,4	95,8	98,3	90,5	
Não	4,9	3,4	0,9	2,6	4,2	1,7	9,5	
Instituição de drogas ARV								
Sim	86,9	92,0	88,0	73,7	88,1	87,3	81,1	
Não	13,1	8,0	12,0	26,3	11,9	12,7	18,9	

ARV: antirretroviral; BO: boletim de ocorrência policial; D45: abandono após 45 dias do atendimento ambulatorial inicial; D90: abandono após 90 dias do atendimento ambulatorial inicial; DST: doença sexualmente transmissível; IML: Instituto Médico-Legal.

* Valor de p: coeficiente de correlação Pearson.

Notou-se tendência de aumento do uso da força física e diminuição do emprego de arma de fogo como forma de intimidação.

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

A prescrição da anticoncepção de emergência diminuiu de 82% para 50% durante o período analisado.

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

Discussão

Nossos resultados mostraram diminuição significativa na taxa de abandono ao seguimento ambulatorial durante os seis meses preconizados.

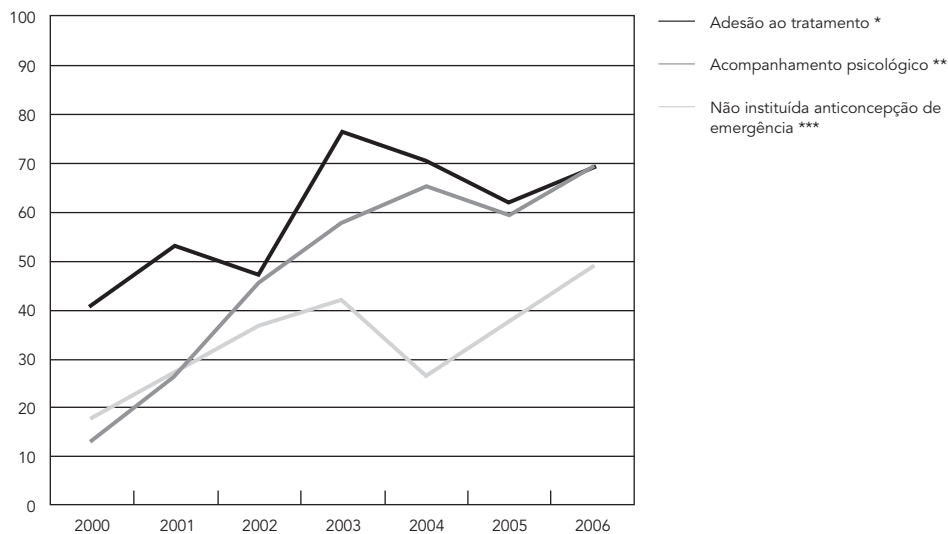
No último ano estudado, o índice de adesão foi de 70%, superior ao da maioria dos estudos encontrados na literatura.

A taxa de abandono diminuiu principalmente após a primeira consulta ambulatorial. Esse dado reforça a importância de uma orientação adequada no atendimento inicial para dar continuidade ao seguimento ambulatorial, principalmente focando as orientações sobre os direitos legais da mulher, os potenciais riscos de gravidez indesejada, de aquisição de DST e de problemas psicológicos e sexuais futuros^{3,5,19}. Segundo Littleton et al.²⁰, 95% das mulheres que recebem informações sobre a violência sexual em prontos-socorros sentem-se confortáveis e acham essas orientações bastante úteis. Entretanto, ainda conforme esses autores, 52% das mulheres que sofrem violência sexual não recebem nenhum tipo de informação, principalmente aquelas de baixo poder econômico e as de baixa escolaridade²⁰.

A taxa de adesão ao seguimento ambulatorial descrita na literatura depende dos protocolos

Figura 1

Tendências observadas em algumas características do atendimento, 2000-2006. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.



Teste de qui-quadrado de tendência de Cochran-Armitage:

* $p < 0,0001$, $\chi^2 = -4,19$;

** $p < 0,0001$, $\chi^2 = 8,25$;

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

adotados nos serviços. Avaliando 812 mulheres que compareceram a um serviço de urgência da Universidade de Washington, Ackerman et al. ¹¹ referem que 35,5% das mulheres atendidas aderiram ao seguimento ambulatorial de duas semanas. Neste mesmo estudo, a adesão ao seguimento ambulatorial foi de 39% quando elas foram agredidas por conhecidos, 35% quando os agressores eram desconhecidos e 23% quando o agressor foi seu próprio parceiro íntimo. Holmes et al. ¹², em um estudo retrospectivo de coorte, avaliando 389 mulheres, relatam que a adesão foi de 31% em um seguimento de seis semanas. Em um estudo brasileiro de 2003, Oshikata et al. ²¹, investigando um grupo de 166 pessoas, observaram que a adesão ao seguimento ambulatorial foi de 30% durante o período de seis meses. Mulheres que sofrem violência dentro de casa, perpetrada por conhecido ou não, aderem mais ao seguimento médico do que as que sofrem violência na casa do agressor ou que consumiram álcool ou drogas antes da violência sexual ¹².

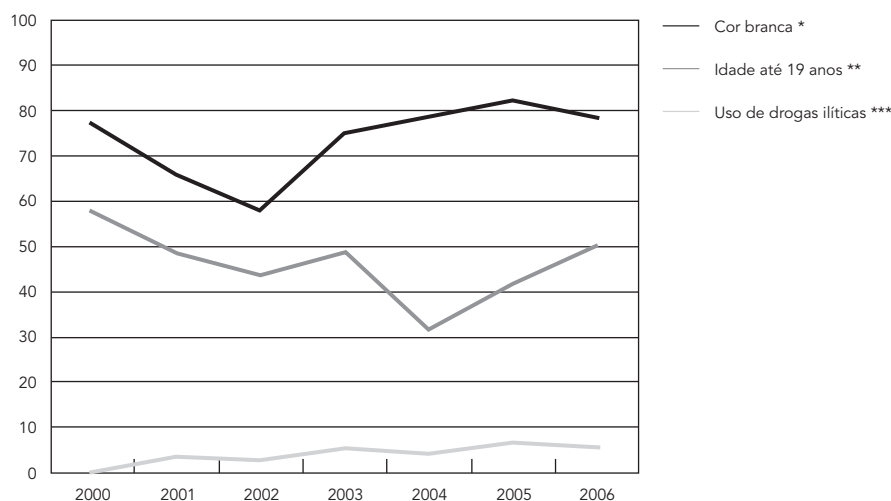
Houve um aumento significativo no seguimento psicológico ao longo dos anos. Enquanto, em 2000, o índice era de 13%, em 2006 chegou a

quase 70%. A mulher vitimada sexualmente, além do tratamento médico, necessita do acolhimento de um profissional habilitado para dar conforto e ouvir suas angústias e medos ²¹. Nos grandes centros de referência, o atendimento psicológico é realizado em conjunto com o atendimento médico, no próprio complexo hospitalar; contudo, para a realidade brasileira, apenas uma pequena parcela das mulheres tem a oportunidade de comparecer a esses centros. Portanto, é preciso redimensionar e definir o papel do atendimento psicológico, principalmente para o seguimento nas redes básicas de saúde, integrando-as à dinâmica do atendimento médico realizado nos hospitais. Isso facilitaria ainda mais o acesso dessas mulheres ao seguimento psicológico e diminuiria sensivelmente os custos financeiros para elas ²².

O uso da anticoncepção de emergência diminuiu consideravelmente e, em 2006, a sua prescrição ocorreu em menos da metade dos casos. Essa redução se deve, em parte, ao maior acesso à medicação, seja por conta própria, seja por uma maior oferta das unidades básicas de saúde, que a disponibilizam sem os entraves burocráticos que existiam até há pouco tempo. Outro fator

Figura 2

Tendências observadas em algumas características da mulher, 2000-2006. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.



Teste de qui-quadrado de tendência de Cochran-Armitage:

* $p = 0,0034$, $\chi^2 = 2,93$;

** $p = 0,0964$;

*** $p = 0,0438$, $\chi^2 = 2,01$.

associado é que provavelmente houve um aumento do uso de métodos contraceptivos eficazes pelas mulheres nos últimos anos. Estima-se que o uso da anticoncepção de emergência diminua o risco de aborto induzido ou provocado em 30% nos casos de relações sexuais desprotegidas ou após uma violência sexual²³. Dados de Holmes et al.¹², avaliando um grupo de mulheres com faixa etária média de 24,3 anos, indicam que 73% delas utilizaram a anticoncepção de emergência após sofrerem violência sexual. Estudos sugerem que 55% das mulheres entre 15 a 44 anos têm a sua fecundidade diminuída em alguma fase de suas vidas, e os motivos são variados: por usarem contraceptivos eficazes, por terem feito esterilização tubária, por estarem grávidas, por serem inférteis por alguma causa²³.

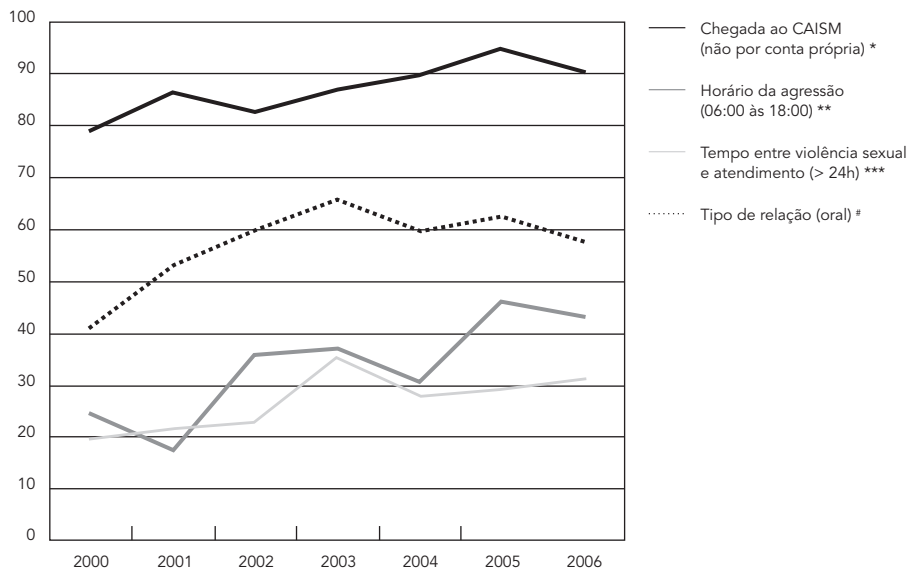
Em nosso estudo, verificamos que houve um aumento no número de mulheres brancas agredidas entre 2002 e 2006. A idade inferior a 19 anos manteve-se constante, no entanto houve um aumento do uso de drogas ilícitas neste grupo. O predomínio de mulheres brancas e jovens em nosso estudo não significa, necessariamente, que elas sejam os principais alvos dos agressores, nem mesmo que elas denunciem mais que

as mulheres não brancas. Devemos lembrar que os dados sociodemográficos variam entre as regiões, e esta investigação foi realizada em uma área abrangendo a Região Metropolitana de Campinas, onde 80% da população em geral, estimada em 5,3 milhões de habitantes, são pessoas brancas, principalmente mulheres (51%) e jovens entre 15 a 39 anos, segundo o *Censo Demográfico de 2000*²⁴. Um estudo de corte transversal americano avaliou dois grupos populacionais que reportaram ou não a violência sexual à polícia, e em ambos observou-se que aproximadamente 80% das mulheres eram brancas⁵. Holmes et al.¹² verificaram que 55% das mulheres atendidas em um ambulatório de referência eram brancas, com idades entre 15 e 19 anos. Este grupo também foi o que mais aderiu ao seguimento médico em relação ao de mulheres com mais de 50 anos.

As adolescentes e as mulheres jovens menores de 24 anos são mais suscetíveis à violência sexual cometida por pessoas conhecidas do que as mulheres adultas^{25,26}. A prevalência desse crime nessa faixa etária talvez esteja relacionada ao consumo maior de álcool e drogas ilícitas, maior frequência de relacionamento com outras pessoas, maior exposição à violência doméstica,

Figura 3

Tendências observadas em algumas características do atendimento de urgência, 2000-2006. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.



Teste de qui-quadrado de tendência de Cochran-Armitage:

* $p = 0,0011$, $\chi^2 = 3,26$;

** $p < 0,0001$, $\chi^2 = 3,96$;

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

$p = 0,343$, $\chi^2 = -2,12$.

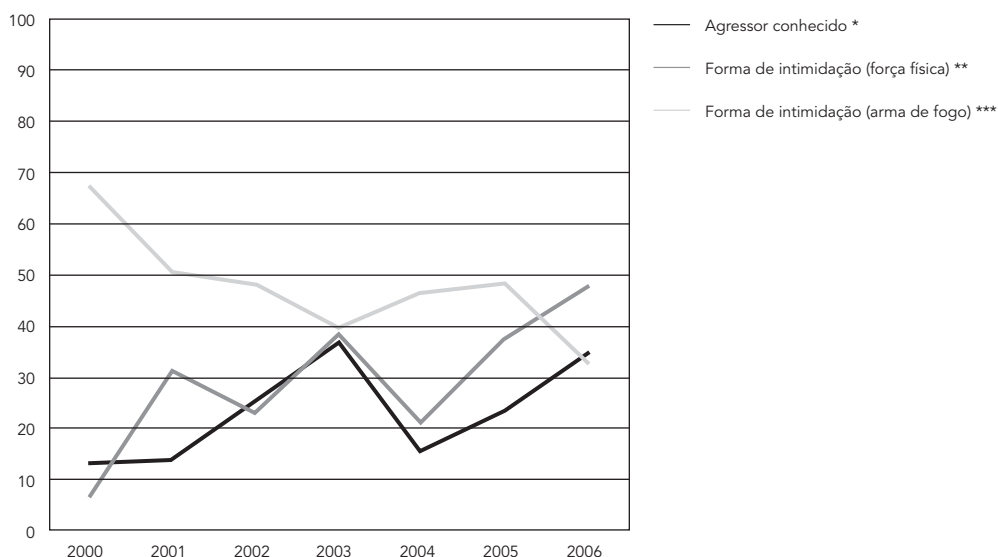
maior exposição pública e, finalmente, à precocidade do desenvolvimento sexual estimulado principalmente pela mídia ²⁷. Avaliando as características de 288 mulheres, de um total de 812, que aderiram ao seguimento ambulatorial após sofrerem violência sexual, Ackerman et al. ¹¹ referiram que 67% delas foram agredidas por pessoas conhecidas, 22% por estranhos e 12% pelos próprios parceiros; 79% deste total eram adolescentes ou mulheres jovens abaixo dos 39 anos. Em outro estudo randomizado realizado por meio de entrevista telefônica, Masho et al. ¹³ verificaram que, das 1.769 mulheres investigadas, 27,6% sofreram algum tipo de violência sexual em suas vidas. Destas, 78,1% foram vitimadas antes dos 18 anos, 16,3%, entre 18 e 24 anos, e 4,6%, após 25 anos, sendo a faixa etária média de 14 anos. O estupro, observado em 64% das vezes, é o principal tipo de violência sexual sofrido pelas adolescentes ¹¹. Aproximadamente 50% das adolescentes que sofrem violência sexual referem que, quando a violência ocorreu, estavam sem condições de oferecer resistência ao agressor por estarem drogadas ou alcoolizadas ¹³.

No presente estudo, observou-se, ao longo dos anos, um aumento no número de agressores conhecidos, mas ainda há um predomínio de agressores desconhecidos das mulheres em 65% das vezes. Esses números refletem que as mulheres atendidas no CAISM são vítimas da violência urbana e não da doméstica. Como se sabe, apesar do aumento verificado, as mulheres agredidas em ambiente doméstico são as que menos denunciam a violência às autoridades, já que a maioria é agredida por pessoas conhecidas ^{15,21}. A tendência observada neste trabalho mostra, por outro lado, que as mulheres estão ficando mais encorajadas a denunciar os agressores. Isso se deve, provavelmente, a um maior conhecimento de seus direitos e também à divulgação, por parte de autoridades em saúde pública e de setores da sociedade civil organizada, da *Lei Maria da Penha* (*Lei nº. 11.340*) ²⁸.

A *Lei Maria da Penha* foi promulgada pelo Governo Federal em 2006 e, entre as principais disposições apresentadas, criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, obrigando o Estado a desenvolver

Figura 4

Tendências observadas em algumas características da agressão, 2000-2006. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.



Teste de qui-quadrado de tendência de Cochran-Armitage:

* $p = 0,0124$, $\chi^2 = 2,50$;

** $p < 0,0001$, $\chi^2 = 4,73$;

*** $p = 0,0025$, $\chi^2 = 3,03$.

políticas de proteção e prevenção às mulheres em situação de violência. Além disso, a Lei criou Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher e, talvez a principal medida adotada, alterou o *Código Penal Brasileiro*, desburocratizando o juizado na aplicabilidade das punições²⁸. A criação e a adoção dessa lei teve como marco a luta da biofarmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes, que foi vítima do marido em repetidas agressões e duas tentativas de assassinato em 1983. Lutou por quase duas décadas para que seu agressor fosse punido, o que aconteceu em 2001²⁹.

O comparecimento ao CAISM por encaminhamento de outros serviços médicos e pela polícia reforça a atuação do serviço, que sempre foi de divulgar a sua experiência para outros segmentos da sociedade, difundindo à população a sua atuação neste tipo de atendimento. Dentre os órgãos de encaminhamento, houve o predomínio dos serviços de saúde, ratificando a percepção da mulher de que, inicialmente, a violência sexual é uma questão médica e, em segundo lugar, um problema de segurança pública. Apesar de

a polícia ter uma participação importante nesse tipo de atendimento, muitas se recusam a comparecer ao distrito policial para fazer a denúncia. O medo de retaliação por parte do agressor é referido, nesses casos, por 43% das mulheres que se recusam a fazer a denúncia policial^{5,12}. Outros motivos que dificultam as denúncias são os seguintes: 75% das mulheres estão preocupadas com a exposição pública, 60% sentem-se culpadas pela agressão sofrida e 74% têm vergonha do ocorrido⁵.

A violência sexual pode acontecer a qualquer hora do dia, mas o período noturno propicia a ação dos agressores, em virtude das características do momento, do fator surpresa e da dificuldade para se reconhecer o agressor³⁰. Em nosso estudo, observamos que a maioria dos casos se deu no período noturno, porém, ao longo dos anos, observamos um aumento significativo de casos ocorridos durante o dia. Este fato pode estar relacionado ao aumento das denúncias dos casos de violência praticada por conhecidos, principalmente em ambientes domésticos, pois a mulher, apesar do seu vínculo com o agressor,

está denunciando mais, provavelmente pelo aumento do conhecimento de seus direitos. A literatura mostra que 80% dos casos de violência sexual acontecem entre 18h e 6h da manhã, e mais da metade das ocorrências se dá após a meia-noite⁵.

A maioria das mulheres compareceu ao serviço de urgência nas primeiras 24 horas após a agressão, porém observamos um aumento no tempo de comparecimento além das 24 horas. Esse fato, preocupante, pode estar relacionado ao aumento dos casos de violência doméstica ou ao aumento do uso de drogas ou álcool por parte das mulheres, principalmente das mais jovens. Em estudo avaliando 892 mulheres acima de 15 anos, verificou-se que 77% delas compareceram ao serviço médico nas primeiras 24 horas, e a maioria, 62%, havia sido agredida por amigos ou conhecidos³¹. O atraso no comparecimento aos serviços médicos é mais comum entre mulheres jovens, entre as agredidas por pessoas conhecidas e entre as que consumiram álcool ou drogas³². Jones et al.³² relatam que as jovens procuram o serviço médico em média 18 horas após a violência, enquanto as mais velhas procuram em torno de 12 horas depois; os autores referem ainda que aquelas que não fazem denúncia policial comparecem ao serviço médico após 20 horas; já as que denunciam comparecem em média 11 horas após a violência sexual.

Verificamos um aumento no consumo de drogas ilícitas entre as mulheres. Determinadas drogas têm, sabidamente, uma ação euforizante e também entorpecente, podendo causar amnésia entre os usuários^{30,33}. Sugar et al.³¹, ao avaliarem 892 mulheres, verificaram que 52% tinham utilizado álcool ou drogas antes de sofrerem violência sexual, 40% referiram ter perdido a consciência, 15% sofreram amnésia e 8% suspeitaram haver sido drogadas propositalmente. Em outro estudo com 1.917 mulheres, demonstrou-se que, antes da violência sexual, 53% das adolescentes utilizam álcool e 23%, drogas⁵. Além do álcool, a principal droga utilizada pelo agressor, a fim de facilitar a violência sexual, são os benzodiazepínicos³³. Muitos agressores utilizam-se das drogas como estimulante sexual ou como meio para encorajá-los a praticar o crime. As principais drogas utilizadas para esses fins são: *crack/cocaína* (7,8%), opiáceos (3%), *ecstasy* (0,7%) e GHB (ácido gama hidroxibutírico)³³.

A violência sexual com penetração vaginal foi a mais praticada contra as mulheres, o que corrobora dados da literatura, contudo observamos uma diminuição na incidência de sexo oral. Dados observados por Jones et al.³² referem que 90% das mulheres jovens sofrem de intercurso vaginal durante a violência, contra 54% das em menopausa,

e aproximadamente 30% das mulheres jovens e em menopausa são submetidas ao sexo oral. Pei-pert & Domagalski²⁶ relatam que a penetração vaginal acomete 88% das mulheres sofrem violência sexual, e aproximadamente 20% das adolescentes e 34% das adultas são submetidas ao sexo oral.

O uso de arma de fogo foi a forma mais comum de coagir e intimidar a mulher, entretanto, ao longo dos anos, observou-se diminuição significativa do uso de armas e aumento do uso da força física. Uma das hipóteses para explicar essa tendência pode estar relacionada à diminuição da circulação das armas de fogo após 2005 e ao aumento da violência contra a mulher praticada por pessoas conhecidas, muitas vezes dentro do ambiente doméstico, onde há um predomínio da coação, chantagem emocional e força física^{15,21,32}. Segundo a literatura, as armas de fogo são utilizadas em 23% dos casos de violência sexual, forma de intimidação que provoca três vezes mais lesões físicas do que outros tipos de coação^{32,34}.

Ainda de acordo com a literatura, o primeiro retorno ambulatorial deve ser agendado duas semanas após a primeira consulta de urgência^{7,12}. No início dos anos de 1999 e 2000, essa recomendação era cumprida, todavia, com o aumento do número de casos novos e retornos, este prazo aumentou para 25,6 dias em média.

Conclusão

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

Este estudo teve como objetivo analisar algumas características das mulheres que sofreram violência sexual, principalmente no âmbito do seguimento ambulatorial. O ambulatório está localizado em uma das regiões mais desenvolvidas Brasil, portanto não podemos generalizar todos os dados encontrados neste estudo como sendo característicos da mulher brasileira. Sabemos que fatores como infraestrutura dos serviços de saúde, socioeconômicos e até culturais influenciam na procura de ajuda médica.

O Brasil é um país demograficamente jovem, de grandes dimensões e de culturas diversas,

onde prevalecem as desigualdades sociais e de gênero entre a população. Esse perfil, provavelmente, contribui para o pouco entendimento da violência sexual no País, assim como para a baixa procura nos atendimentos médicos. Portanto, o estímulo às pesquisas e inserção do tema nos meios acadêmicos, a reestruturação da rede assistencial, o aumento da capacitação dos pro-

fissionais da saúde, a sensibilização dos gestores de segurança pública, a desestigmatização do problema e a mobilização e o empoderamento da sociedade civil em geral garantirão melhorias no atendimento e na qualidade de vida destas mulheres, principalmente nos grupos menos privilegiados, pois elas contam com menos recursos e ficam mais expostas à violência.

Resumo

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

Estupro; Violência Sexual; Violência Contra a Mulher

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente na elaboração deste trabalho. C. T. Oshitaka e A. J. Bedone foram os principais organizadores e redatores do projeto, além de analisarem e interpretarem os dados. A. J. Bedone também colaborou na orientação da pesquisa. M. S. F. Papa, G. B. Santos, C. D. Pinheiro e A. H. Kalies participaram da correção da pesquisa, revisão da literatura e coleta dos dados.

Referências

1. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Agency for Healthcare Research and Quality. Medical examination and treatment for victims of sexual assault: evidence-based clinical practice and provider training. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
4. Watkeys JM, Price LD, Upton UP. The timing of sexual examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? Arch Dis Child 2008; 93:851-6.
5. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, Rossman L, Dunning C. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. J Emerg Med 2009; 36:417-44.
6. Silva IV. Violência contra as mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19 Suppl 2:S263-72.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Sexual assault. ACOG educational bulletin. Int J Gynaecol Obstet 1998; 60:297-304.
8. The United Nations Population Fund. Sexual violence against women and girls in War and its aftermath: realities, responses, and enquired resources. Brussels: The United Nations Population Fund; 2006.

9. Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Mpsych MK, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence – improving inquiries and prevention. *J Forensic Leg Med* 2009; 16:182-8.
10. Bang E. Who consults for rape? *Scand J Prim Health Care* 1993; 11:8-14.
11. Ackerman DR, Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1653-9.
12. Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:336-42.
13. Masho SW, Odor RK, Adera T. Sexual assault in Virginia: a population-based study. *Womens Health Issues* 2005; 15:157-66.
14. Herbert CP, Grams GR, Berkowitz J. Sexual assault tracking study: who gets lost to follow-up? *Can Med Assoc J* 1992; 147:1177-84.
15. Área Técnica Saúde da Mulher, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexuals contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
16. Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. The differential association of intimate partner. Physical, sexual psychological and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress* 2004; 17:413-21.
17. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Serviço de atendimento à mulher. http://sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/atendimento_mmulher.php (acessado em 10/Nov/2009).
18. Centers for Disease Control and Prevention. Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including consideration related to antiretroviral therapy. *MMWR Recomm Rep* 1998; 47(RR17):1-14.
19. Parekh V, Brown CB. Follow up of patients who have been recently sexually assaulted. *Sex Transm Infect* 2003; 79:345-52.
20. Littleton HL, Berenson AB, Breitkopf CR. An evaluation of health care provider's sexual violence screening practices. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:564e1-7.
21. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:192-9.
22. Porto M. Violência contra as mulheres e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicol Ciênc Prof* 2006; 26:426-39.
23. Population Council. *Frontiers in reproductive health. Research update*. New York: Population Council; 2005.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
25. Humphrey JA, White JW. Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *J Adolesc Health* 2000; 27:419-24.
26. Peipert JF, Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 867-71.
27. Irving CE, Rickert VI. Coercive sexual experience during adolescence and young adulthood: a public health problem. *J Adolesc Health* 2005; 36:359-61.
28. Decreto-Lei nº. 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, nos termos do 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 7 ago.
29. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. *Lei Maria da Penha: do papel para a vida. Comentários à Lei nº.11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário*. Brasília: Centro de Criação de Imagem Popular; 2007.
30. Drezzet JF. *Estudos de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [Tese de Doutorado]*. São Paulo: Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.
31. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 190:71-7.
32. Jones MD, Rossman L, Diegel R, Van Order P, Wynn BN. Sexual assault in postmenopausal women: epidemiology and patterns of genital injury. *Am J Emerg Med* 2009; 27:922-9.
33. Avegno J, Mills TJ, Mills LD. Sexual assault victims in emergency department: analysis by demographic and event characteristics. *J Emerg Med* 2009; 37:328-34.
34. Smikle CB, Santin AJ, Dellinger CL, Hankins GR. Physical and sexual abuse. *J Reprod Med* 1995; 40:347-50.

Recebido em 16/Mar/2010

Versão final reapresentada em 12/Nov/2010

Aprovado em 14/Fev/2011