

Características Demográficas e Intervalo para Atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual

Demographic Characteristics and the Interval between Occurrence and the Search for Attendance by Women Victims of Sexual Abuse

Rosires Pereira Andrade, Ana Cecília Pedriali Guimarães, Álvaro Fagotti Filho, Newton S. de Carvalho José Sória Arrabal, Denise Munhoz da Rocha, Juarez M. Medeiros

RESUMO

Objetivos: *analisar as características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência sexual, avaliar a experiência sexual prévia, pesquisar a utilização de métodos anticoncepcionais por ocasião da violência e observar o período de tempo desde a agressão até o atendimento hospitalar.*

Métodos: *foram analisados os dados de 117 fichas pré-codificadas, de um total de 134 atendimentos. As fichas foram utilizadas no atendimento de mulheres vítimas de violência sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba no período de agosto de 1998 até junho de 2000.*

Resultados: *a idade das mulheres variou de 5 a 49 anos, sendo que a metade era de jovens, com até 19 anos. A maioria tinha segundo grau completo ou incompleto, 41 (41,0%) eram estudantes e 82 (82,0%) eram solteiras. Na análise da experiência sexual prévia, constatou-se que cerca de um terço (32,4%) era virgem. Das mulheres que referiam ter vida sexual prévia, 35 (47,9%) usavam algum método anticoncepcional quando da agressão. Houve variação de 2 horas a 2 meses em relação ao tempo decorrido desde a violência sexual até a procura por atendimento.*

Conclusões: *o número de mulheres vítimas de violência sexual evidencia a importância de um atendimento especializado a estas pacientes. Há também necessidade de este atendimento ser multidisciplinar, já que dentre as vítimas existem grupos que necessitam de atenção diferenciada, como por exemplo as crianças. O intervalo entre a violência sexual e a procura do serviço pode ser considerado como indício de que a população deve ter acesso a mais informações em relação à prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a infecção pelo HIV.*

PALAVRAS-CHAVE: *Violência sexual. Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Anticoncepção de emergência.*

Introdução

A violência sexual contra a mulher tem sido, nos últimos tempos, uma preocupação por parte dos profissionais de saúde e da própria comunidade. Incluem-se aqui o próprio Ministério da Saú-

de¹ e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Questões a respeito de essas mulheres adquirirão doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)^{2,3}, incluindo o risco de transmissão do HIV^{4,5}, bem como estudos sobre profilaxias a serem tomadas para se evitar DSTs e gravidez decorrente da violência têm sido temas de algumas publicações científicas.

Algumas pesquisas têm avaliado determinados grupos de mulheres vítimas de estupro, como adolescentes, gestantes e idosas, ou ainda de violência doméstica, levando em consideração carac-

Departamento de Tocoginecologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná

Correspondência:

Ana Cecília Pedriali Guimarães

R. Dep. Mário de Barros, 752 - ap.81

80530-280 - Curitiba - PR

Fone: (41) 252-8704

terísticas da violência e sua repercussão em cada grupo^{6,7}.

No Brasil não se encontram estudos relacionados à caracterização da população feminina atendida em um determinado serviço, vítima de violência sexual. As características sociodemográficas dessas mulheres e o tempo desde a agressão até a procura por auxílio médico também não têm sido abordados.

Este trabalho, realizado num setor de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, tem os seguintes objetivos: conhecer as características sociodemográficas das mulheres violentadas que procuraram atendimento em unidade hospitalar terciária, avaliar a experiência sexual prévia dessas mulheres, pesquisar a utilização de métodos anticoncepcionais por ocasião da violência e observar o período de tempo desde a agressão até a procura do serviço.

Pacientes e Métodos

Este foi um estudo descritivo, retrospectivo, transversal, efetuado a partir de dados extraídos de ficha pré-codificada⁸, utilizada em todos os atendimentos para mulheres vítimas de violência sexual, na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba.

As fichas usadas incluíam dados de identificação da vítima e do acompanhante; avaliação das condições físicas, sociais e emocionais; avaliação da vida sexual pregressa; uso de contraceptivo; eventuais tratamentos sendo realizados; dados para identificação do agressor; avaliação de ameaças ou uso de armas pelo agressor; descrição minuciosa dos achados físicos e emocionais da vítima, e exames de laboratório solicitados visando detectar DSTs e gestação. Foram prescritos medicamentos para contracepção e prevenção de DSTs.

O atendimento sempre foi feito em primeiro lugar pela equipe médica de plantão, incluindo médicos residentes em Tocoginecologia e chefes de plantão, seguindo-se orientação às mulheres sobre os seus direitos legais e reprodutivos. Posteriormente as mulheres eram encaminhadas ao setor de psicologia e ao serviço social para acompanhamento.

Foram analisadas as fichas preenchidas desde o início do funcionamento do atendimento específico, em agosto de 1998, até junho de 2000.

Para este estudo foram coletados os seguintes dados: idade das vítimas (todas denominadas mulheres, independente da idade), escolaridade, profissão, estado civil, experiência sexual prévia,

utilização de métodos anticoncepcionais por ocasião da violência sexual e tempo decorrido desde a violência até a chegada ao hospital.

Resultados

Das 134 pacientes atendidas no período (média de 6 ao mês), em 117 houve o preenchimento da ficha pré-codificada, a partir da qual extraíram-se os dados. Em algumas fichas nem todos os itens foram preenchidos, ou por não terem sido indagados pelo médico atendente ou por a paciente não tê-los respondido. Nos 17 casos restantes o protocolo não foi preenchido.

A idade das pessoas atendidas variou de 5 a 49 anos, sendo que 3 (2,5%) tinham no máximo 9 anos, 14 (12,0%) entre 10 e 14 anos, 50 (42,8%) entre 15 e 19 anos, 32 (27,4%) de 20 a 29 anos, 15 (12,8%) 30 a 39 e apenas 3 mulheres (2,5%) tinham 40 anos ou mais (Tabela 1).

Tabela 1 - Idade das mulheres atendidas por violência sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba no período de agosto de 1998 a junho de 2000.

Idade (anos)	n	%
<10	3	2,5
10-14	14	12,0
15-19	50	42,8
20-29	32	27,4
30-39	15	12,8
≥40	3	2,5
Total	117	100

Quanto à escolaridade, em 82 fichas nas quais constava esta informação, observou-se que 2 (2,4%) eram analfabetas, 32 (39,0%) tinham o 1º grau completo ou incompleto, sendo que 36 (44,0%) tinham o 2º grau completo ou incompleto e 12 (14,6%) eram estudantes universitárias ou já formadas.

Quanto à profissão, 41 (41,0%) mulheres se distribuíram da seguinte forma: estudante, 8 (8,0%) profissões de curso técnico ou superior (3 professoras, 1 fisioterapeuta, 1 engenheira, 1 operadora de sistemas, 1 instrutora de computação e 1 psicóloga). Um pouco mais do que a metade, 51 (51,0%), exerciam outras profissões (balconista, doméstica, cozinheira, do lar, costureira, entre outras).

Nas fichas nas quais constava o estado civil das mulheres constatou-se que 82 eram solteiras (82%), 13 eram casadas (13%) e 5 estavam separadas (5%), num total de 100 questionários avali-

ados. Observou-se que no total de 102 questionários, 42 mulheres tinham parceiros fixos (41,2%).

Cerca de um terço das mulheres eram virgens (de 108 fichas nas quais esse dado estava presente). Entre as 35 pacientes que eram virgens a idade variou entre 5 e 22 anos de idade, sendo a média de 13,1 anos. Dessas, 3 (2,8% do total) tinham idade menor que 10 anos, 13 (12,0%) tinham idade entre 10 e 14 anos, 18 (16,7%) entre 15 e 19 anos, e apenas 1 (0,9%) com idade superior a 19 anos.

Por ocasião da violência sexual, das 73 mulheres que referiam ter vida sexual prévia, 35 (47,9%) usavam algum tipo de método anticoncepcional com o seu parceiro. Usavam anticoncepcional hormonal oral 16 (21,9%), condom masculino 11 (15,1%), ligadura tubária 2 (2,7%), dispositivo intra-uterino 1 (1,3%), condom feminino 1 (1,3%) e 1 paciente era hysterectomizada (1,3%) (Figura 1). Entre as 11 mulheres que adotavam o condom masculino como método contraceptivo, uma referiu que convenceu o agressor a usar o condom que ela tinha na bolsa dizendo a ele que era portadora do vírus HIV, embora não fosse. Outras 3 mulheres tiveram relações sexuais com o agressor usando condom masculino, sendo 2 pacientes virgens e outra usuária de pílula anticoncepcional. Nesses 3 casos a iniciativa foi do agressor. Uma outra referiu que o violentador utilizou um plástico tipo sacola de supermercado, como se fosse um condom.

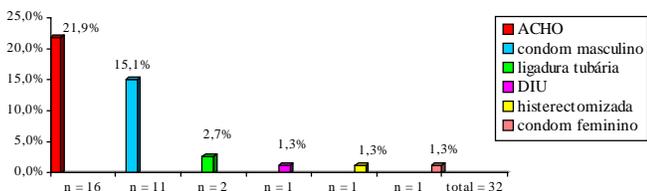


Figura 1 - Métodos anticoncepcionais utilizados pelas mulheres vítimas de violência sexual que referiam vida sexual prévia, atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba no período de agosto de 1998 a junho de 2000. ACHO: anticoncepcional hormonal oral; DIU: dispositivo intra-uterino.

Quanto ao tempo de chegada ao serviço hospitalar desde a violência, houve variação de 2 horas até 2 meses, excluindo-se as violências repetidas. A análise de 111 fichas mostrou que apenas 9 procuraram o serviço nas primeiras 6 horas (8,1%), 15 entre 7 e 12 horas após (13,5%), 25 entre 13 e 24 horas (22,5%), 6 entre 25 e 36 horas (5,4%), 20 entre 36 e 72 horas (18,0%) e aproximadamente um terço após 72 horas (36 mulheres) (Figura 2). Em seis casos o tempo não pôde ser relatado pois as pacientes referiam violência sexual repetida.

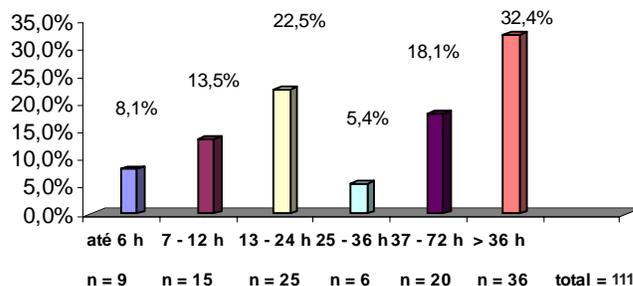


Figura 2 - Tempo decorrido desde a violência sexual até a chegada ao hospital das mulheres vítimas de violência sexual.

Discussão

O fato de termos atendido 134 vítimas de violência sexual num período de 23 meses, o que perfaz uma média de 6 por mês, já evidencia a importância e necessidade de um centro de atendimento especializado para estas pacientes, num hospital de assistência pública.

Dentre todas as pessoas do sexo feminino que sofreram violência sexual, a maioria era jovem, com menos de 20 anos de idade. Embora proporcionalmente um número pequeno, o fato de se encontrarem crianças sofrendo violência sexual e que procuram o serviço hospitalar mostra a importância do atendimento multidisciplinar envolvendo profissionais da área pediátrica. Do mesmo modo, é importante a participação de profissionais em formação, no sentido do aprendizado de identificação e conduta em face de possível violência sexual contra crianças. Em pesquisas anteriores realizadas no Instituto Médico Legal de Curitiba, constatou-se que cerca de 17% das vítimas de agressão sexual, do sexo feminino, tinham até 15 anos de idade, o que evidencia a importância de estudos e de programação de atendimento e prevenção nessa faixa etária. O que não se sabe é se estas crianças e jovens que procuram o IML estão sendo atendidas em outros serviços médicos, fato que merece por parte dos órgãos públicos uma preocupação e tomada de atitude. Pesquisas com estudantes secundaristas nos Estados Unidos revelaram que cerca de 20% já tinham tido um episódio de contato sexual forçado⁶.

A profissão das vítimas, embora também esteja obviamente relacionada à idade, mostrou que 40% delas eram estudantes. Poucas mulheres tinham profissões que exigiam maior escolaridade. Pode-se aventar a hipótese de que estas mulheres com profissões de menor escolaridade estavam mais expostas à agressão, pelo fato de morarem na periferia das cidades e necessitarem de maior tempo de locomoção e do sistema de

transporte coletivo. Porém, na população em geral também há predomínio das profissões que exigem menos qualificação.

A grande maioria das mulheres era solteira e já havia tido algum relacionamento sexual prévio. Entre as virgens que sofreram violência sexual, todas eram menores que 22 anos, sendo a metade menor que 15 anos de idade. Pode-se aventar que aqui está um grupo de pessoas que provavelmente terão maior repercussão negativa na sua vida futura, incluindo a sexual, pelo fato de serem jovens e a primeira relação sexual ter sido forçada e traumatizante, razão pela qual deve-se disponibilizar apoio psicológico e médico contínuos e acessíveis a essas jovens.

Embora a maioria tivesse experiência sexual prévia, apenas cerca da metade das mulheres estava usando algum tipo de método anticoncepcional por ocasião da violência sexual, o que demonstra a necessidade de imediata orientação para a prevenção de gravidez, além do atendimento psicológico, social e de prevenção e tratamento de DSTs.

Deve-se ressaltar a experiência pela qual passou uma das mulheres que usava condom que conseguiu fazer com que o seu agressor só mantivesse relação sexual com ela usando o condom que guardava consigo. Alguns relatos pessoais de médicos que atenderam mulheres violentadas têm mostrado que algumas poucas mulheres têm conseguido, a despeito da tensão e do medo, utilizar-se de artifícios para se proteger, como, por exemplo, masturbar o agressor ou fazê-lo usar o condom masculino.

Uma das razões para o atendimento o mais precocemente possível de mulheres violentadas é a possibilidade de se efetuar a anticoncepção de emergência. Esta deve ser feita nas primeiras 72 horas, preferencialmente no primeiro dia, como sugerido pelo Ministério da Saúde: recomenda-se o "Método de Yuzpe", que consiste no uso de anticoncepcional oral combinado, na dose total de 200 mg de etinilestradiol mais 100 mg de levonorgestrel, em duas doses, com intervalo de 12 horas, sendo a primeira até 72 horas após o estupro, ou o uso de levonorgestrel 750 mg em duas doses com intervalo de 12 horas, cuja melhor eficácia e menores efeitos colaterais foram recentemente relatados. O Ministério da Saúde não recomenda a inserção de dispositivo intra-uterino (DIU) pelo risco de facilitar a ascensão de microrganismos ao trato genital superior¹. Outra razão é para o uso de medicamentos preventivos contra DSTs.

A taxa de infecção por *Chlamydia trachomatis* após estupro varia de 1,5 a 16%^{2,3}. Para a vaginose bacteriana a taxa foi de 19,1%² e de 12,3% para infecção por *Trichomonas vaginalis*³. Segundo es-

tes últimos autores está indicado o uso de terapia profilática a todas as mulheres com história de violência sexual, visando a prevenção de vaginose bacteriana, infecção por clamídia, gonococo, sífilis e tricomonas. Este tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível. A posição do Ministério da Saúde é que se faça a prevenção das DSTs não-virais com: ofloxacina 400 mg, dose única, via oral (VO) (em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos usar cefoxima 400 mg, VO, dose única) mais azitromicina 1 g, VO, dose única (em gestantes e nutrizes usar amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias) mais penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular (IM), dose única, mais metronidazol 2 g, VO, dose única (em gestantes tratar somente após completado o primeiro trimestre; em nutrizes suspender o aleitamento por 24 horas).

Para hepatite B: gamaglobulina hiperimune (HBIG), 0,06 mL/kg de peso corporal, IM, dose única. Se a dose a ser utilizada for maior que 5 mL, dividir a aplicação em duas áreas diferentes. Há maior eficácia na profilaxia com o uso precoce da HBIG, dentre 24 a 48 horas após a violência sexual, sendo que não há benefício comprovado na utilização após uma semana. Se possível iniciar no mesmo tempo a vacinação com o esquema de 3 doses, sendo a segunda e terceira doses respectivamente em um e seis meses após a primeira¹.

Em relação à quimioprofilaxia contra o vírus HIV, não existem estudos sobre a sua eficácia ou sobre o tempo mínimo para sua instituição, inclusive do Ministério da Saúde, para que se obtenha uma indicação segura para seu uso em casos de estupro. Estima-se que o risco de transmissão no intercuro anal receptivo é de 0,5 a 3%, ao passo que na relação pênis-vagina o risco é de 0,1%, sendo mais provável a transmissão do homem para a mulher do que o contrário. No estupro estima-se ser maior o risco de transmissão devido ao fato de que com frequência há lesões e sangramento, exposição a múltiplos agressores, além de relações vaginais, orais e anais.

As orientações para a profilaxia após estupro são baseadas em dados de pesquisas envolvendo pessoas que tiveram exposição ocupacional a secreções, sangue ou tecidos contaminados por HIV. Nestes casos a recomendação é para se iniciar a profilaxia até 4 horas após a exposição ocupacional e mantê-la por mais 6 semanas, utilizando-se zidovudina 200 mg, 3 vezes ao dia, e lamivudina 150 mg, 2 vezes ao dia⁴. A orientação de vários autores⁵⁻⁸ é que a profilaxia anti-HIV deve ser feita o mais cedo possível nos casos de vítimas de estupro, com o mesmo esquema de drogas utilizadas na exposição ocupacional, pelo mesmo período de tempo ou até que seja possível se determi-

nar se o agressor era portador ou não do vírus. Apesar de o tempo de instituição do tratamento ser arbitrário, não é recomendada a profilaxia nos casos nos quais o intervalo é superior a 72 horas da violência sexual⁴. A quimioprofilaxia para o vírus HIV nas mulheres vítimas de violência sexual é importante, não só pelo aspecto médico, como também auxilia em diminuir a ansiedade das vítimas em relação à contaminação pelo vírus.

Em nossa experiência, apenas 8,1% das mulheres procuraram atendimento nas primeiras 6 horas, quando seria o período melhor para tratamento preventivo de DSTs, incluindo a infecção por HIV. Pouco mais da metade das mulheres só veio ao hospital com mais de 36 horas após a ocorrência. É possível que o desconhecimento de um local específico para este tipo de atendimento, bem como do risco de adquirir doenças, seja responsável por esta atitude. Talvez uma maior divulgação do serviço possa contribuir para que as mulheres que dele necessitem o procurem mais rapidamente após a violência.

Um hospital universitário atendendo mulheres que sofreram violência sexual veio cobrir uma lacuna existente nos hospitais públicos de Curitiba. No entanto, não se tem idéia de quantas mulheres deixam de ser atendidas após uma violência. Do mesmo modo, muitas vezes o atendimento é procurado muito tarde. Ao mesmo tempo em que se deve disponibilizar medidas para coibir a violência, sob todas as formas, é fundamental que sejam oferecidas mais informações à população em geral e que se tenha uma equipe de saúde sob a coordenação de um ginecologista, bem treinado e capaz de atender adequadamente as mulheres vítimas de violência sexual.

SUMMARY

Purpose: to investigate the social and demographic characteristics of women victims of sexual abuse; to evaluate their sexual experience before the abuse; to investigate the use of contraceptive methods at the time of the violence, and to observe the interval between the occurrence of the abuse and the search for a hospital attendance.

Methods: 117 encoded records were evaluated, of a total of 134, obtained regarding the attendance of women victims of sexual abuse at the Maternity of the Hospital de Clinicas, in Curitiba, in the period between August, 1998 and June, 2000. Results: the age of the women varied from 5 to 49 years and half of them were young, with 19 years at the most. The majority of them were graduates or attending high school, 41 (41,0%) were students and 82 (82,0%) were single. The sexual experience analysis showed that one third (32,4%) was

virgin. Among the women who reported sexual experience, 35 (47,9 %) were using a contraceptive method when they suffered abuse. There was a range from 2 hours to 2 months since the occurrence of the sexual violence until the search for attendance.

Conclusions: the number of women victims of sexual abuse showed the importance of specialized attendance and also the necessity of a multidisciplinary attendance, since among the victims there are children who need special attention. The period of time between the sexual abuse and the search for hospital attendance was large, showing that there should be more information available to the population in relation to the prevention of unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases, including HIV infection.

KEY WORDS: *Sexual abuse. Sexually transmitted diseases (STD). Emergency contraceptive measures.*

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de atendimento à mulher vítima de violência sexual. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/norvtol.html>
2. Jenny C, Hooton TM, Bowers A, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med* 1990; 322:713-6.
3. Glaser JB, Schachter J, Benes S, Cummings M, Frances CA, McCormack WM. Sexually transmitted diseases in postpubertal female rape victims. *J Infect Dis* 1991; 164:726-30.
4. Katz MH, Gerberding JL. Postexposure treatment of people exposed to the human immunodeficiency virus through sexual contact or injection-drug use. *N Engl J Med* 1997; 336:1097-100.
5. Gostin LO, Lazzarini Z, Alexander D, Brandt AM, Mayer KH, Silverman DC. HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. *JAMA* 1994; 271:1436-44.
6. Bechtel K, Podrazik M. Evaluation of the adolescent rape victim. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46:809-23.
7. Kuhn WF, Heape DE, Caudell MJ. Sexual assault: an annotated bibliography. *Am J Emerg Med* 1999; 17:726-34.
8. Andrade RP, Mello CR, Arrabal JS, et al. Atendimento à mulher vítima de estupro em um hospital universitário. *Femina* 1999; 27:449-51.