

Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil

Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina – Brazil

Carmem Regina Delziovo¹
Elza Berger Salema Coelho¹
Eleonora d’Orsi¹
Sheila Rubia Lindner¹

Abstract *This is a study on sexual violence against women in the Brazilian State of Santa Catarina notified to the Notifiable Diseases Information System (SINAN) in the period 2008-2013. It aimed to estimate pregnancy and sexually transmitted infections (STIs) resulting from sexual violence and to test the association between pregnancy, STIs and care provided in health services. In total, 1,230 pregnancy notifications and 1,316 STI notifications were analyzed. Variables were age, schooling, time to receive care, STI prophylaxis, emergency contraception, number of perpetrators and recurrent violence, which were analyzed using proportions and 95% confidence intervals. Associations were tested by adjusted and non-adjusted logistic regression with values expressed in odds ratio. The occurrence of pregnancy was 7.6%. Receiving care within 72 hours and emergency contraception were protective factors. The occurrence of STIs was 3.5%. Care within 72 hours and prophylaxis did not result in lower proportions of STIs. Further studies are required regarding this issue.*

Key words *Sexual violence, Women, Pregnancy, Sexually transmitted diseases, Health services*

Resumo *Estudo da violência sexual contra a mulher em Santa Catarina, notificada no Sistema de Informações de Agravos de Notificação entre 2008 e 2013. O objetivo foi estimar a ocorrência de gravidez e infecção sexualmente transmissível (IST) decorrente da violência sexual e testar associação entre gravidez, IST e o atendimento nos serviços de saúde. Para a gravidez foram analisadas 1.230 notificações e para IST 1.316 notificações. As variáveis foram idade, escolaridade, tempo de atendimento, profilaxias para IST, contracepção de emergência, número de agressores e violência de repetição. As variáveis foram analisadas por meio de proporções e intervalos de confiança de 95%. As associações foram testadas por regressão logística não ajustada e ajustada com os valores expressos em razão de chance. A ocorrência de gravidez foi de 7,6%. Ser atendida em 72 horas e receber a contracepção de emergência foram fatores de proteção. A ocorrência de IST foi de 3,5%. Ser atendida em 72 horas e receber profilaxias não resultou em menor proporção de IST, são necessários estudos que aprofundem esta questão.*

Palavras-chave *Violência sexual, Mulheres, Gravidez, Doenças sexualmente transmissíveis, Serviços de saúde*

¹ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. R. Pascoal Simone, Coqueiros. 88080-350 Florianópolis SC Brasil. carmemdelziovo@hotmail.com

Introdução

A violência sexual contra a mulher é uma agressão cruel e persistente, considerada uma violência de gênero, uma demonstração extrema de poder do homem sobre a mulher, na subjugação do seu corpo tornado objeto¹. A assimetria de poder é marca constitutiva das relações de gênero que no contexto da violência assume diferentes atos de dominação, entre estes a violência sexual². Compreendida como ato ou tentativa de obter um ato sexual, investidas ou comentários indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando a coerção³, este tipo de violência é predominantemente perpetrada por homens e afeta uma grande proporção de mulheres no mundo⁴. O Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre violência aponta que 35,0% das mulheres no mundo relatam ter sofrido violência física e (ou) sexual alguma vez na vida³. No Brasil, uma, em cada dez mulheres, tem uma ocorrência de violência sexual na vida, segundo estudo realizado com mulheres de 15 a 65 anos por Schraiber et al.⁵.

A violência sexual causa danos que podem durar a vida inteira e estar relacionados ao bem-estar físico, a questões sexuais, reprodutivas, emocionais, mentais e sociais das mulheres agredidas. Entre as consequências desta agressão, incluem-se gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo HIV/Aids⁴. O risco de uma gravidez decorrente da violência sexual varia de 0,5 a 5,0% e de adquirir uma IST varia de 16,0 a 58,0%⁶. Desta forma, o setor saúde, tem papel fundamental na atenção às mulheres agredidas sexualmente, minimizando os danos decorrentes dessas situações⁷. A anticoncepção de emergência em 72 horas da violência sexual impede em média três a cada quatro gestações que ocorreriam⁶. Da mesma forma, a profilaxia das IST nas primeiras 72 horas está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão⁸, reduzindo a soro conversão de HIV em até 81,0%⁹.

Faz parte do atendimento realizado pelo profissional de saúde identificar a violência, realizar as profilaxias, tratar os agravos resultantes desta, acompanhar pelo menos até seis meses da ocorrência, encaminhar para a rede intersetorial de acordo com a necessidade e notificar a violência⁶. As informações sobre a violência e o atendimento realizado no setor saúde são encaminhadas a vigilância epidemiológica por meio da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que tem por objetivo subsidiar a elaboração e execução de políticas públicas

para o enfrentamento da violência. A Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabeleceu a violência contra a mulher como agravo de notificação compulsória em todos os serviços públicos e privados de saúde do país.

Este sistema é relativamente novo e estudos que tem por base as informações do SINAN, de casos de violências com abrangência estadual, ainda são reduzidos^{10,11}, como são restritas as publicações sobre violência sexual contra mulheres utilizando essa base de dados.

Destaca-se a importância da utilização deste sistema como fonte de pesquisa, por possibilitar tanto apontar as necessidades de melhorias no preenchimento da ficha de notificação, quanto conhecer a violência informada pelas mulheres que acessam os serviços de saúde e os atendimentos realizados. As informações das violências sofridas fornecem importantes subsídios para ações de prevenção e proteção, podendo potencializar ainda a articulação, estruturação e integração dos serviços em rede de atenção.

Neste contexto, este estudo tem por objetivo estimar, a partir das informações do SINAN do estado de Santa Catarina, a ocorrência de gravidez e IST decorrente da violência sexual e testar associação entre gravidez, IST e o atendimento nos serviços de saúde.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, com base em dados secundários de violência sexual contra a mulher, inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN no estado de Santa Catarina. Situado na região sul do Brasil, tem uma população de 6.383.286 habitantes. As mulheres representam 50,4% da população: aquelas que têm 10 anos e mais correspondem a 43,7 % do total da população feminina¹². A notificação de violências no SINAN teve início no estado em 2007, com a vigilância contínua das violências doméstica, sexual e/ou outras violências, por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde, por meio da ficha de notificação/investigação¹³.

O banco de dados para este estudo foi cedido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. O estudo realizado tem por base as informações das notificações de violência sexual, onde a mulher pode estar representada por mais de um episódio de violência notificado. Foram incluídas as notificações de 2008 a 2013 de violências sexuais contra mulheres, a partir de 10 anos de

idade. A idade foi definida com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde¹⁴. Das 15.508 notificações de violências contra mulheres, 2.029 foram sexuais, destas foram excluídas 15 notificações de não residentes em Santa Catarina e 04 por duplicidade, resultando na inclusão de 2.010 notificações de violência sexual. Os dados foram coletados em 16.05.2014, a partir da exportação do banco de dados, utilizando-se o programa Tabwin. O programa estatístico utilizado foi o Stata (StataCorp College Station, Estados Unidos) versão 13.0.

Para a análise do desfecho gravidez foram excluídas as notificações de violência sexual de mulheres: com 50 anos ou mais (66 casos); que não tiveram penetração ou penetração somente oral (274 casos); não informavam tipo de penetração (244 casos); não informavam sobre gravidez (159 casos).

Permaneceram para análise 1.230 notificações de violência sexual. Para gravidez (sim ou não) a variável principal de exposição foi a combinação entre atendimento em 72 horas e contracepção de emergência, gerando quatro categorias: não receber atendimento em 72 horas e não receber contracepção de emergência; não receber atendimento em 72 horas e receber contracepção de emergência; receber atendimento em 72 horas e não receber contracepção de emergência; receber atendimento em 72 horas e receber contracepção de emergência. O motivo de agrupar as duas variáveis (atendimento em 72 horas e contracepção de emergência) é que o atendimento precoce é um modificador de efeito na relação entre a exposição (contracepção de emergência) e o desfecho (gravidez), uma vez que, se a mulher for atendida tardiamente, a eficácia da contracepção de emergência é reduzida.

As variáveis de ajuste foram idade (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 ou mais), escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 ou mais anos, ignorado) e violência de repetição (sim ou não). A análise ajustada foi realizada em dois níveis: o primeiro incluiu a idade e a escolaridade, e o segundo a combinação entre tempo de atendimento e contracepção de emergência e violência de repetição. Esta opção se deu pela influência diferenciada destas variáveis para a gravidez.

Para análise do desfecho IST, foram excluídas as notificações de violência sexual que não informaram penetração oral, anal ou vaginal, (210 casos); sem informação sobre penetração e negativas para IST (177 casos); sem informação sobre penetração com IST positivo (2 casos); sem informação tanto de penetração quanto de IST

(72 casos); com informação positiva de penetração e sem informação de IST (198 casos); as com informação negativa para penetração e sem informação para IST (34 casos); e 1 caso sem penetração com IST. Permaneceram para a análise: 1.316 notificações de violência sexual. Para IST (sim ou não), as variáveis de exposição foram: atendimento em 72 horas, receber profilaxia para hepatite B, HIV e IST bacteriana. As variáveis de ajuste foram idade (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 ou mais), escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 ou mais anos), número de agressores (um, dois ou mais) e violência de repetição (sim ou não). A análise ajustada foi realizada em dois níveis: no primeiro, idade e escolaridade e, no segundo, as demais variáveis.

As variáveis foram analisadas por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção (%) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). A associação entre as variáveis foi testada por meio da regressão logística não ajustada e ajustada com os valores expressos em razão de chance *Odds Ratio* (OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as variáveis entraram no modelo de análise ajustada e os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Foram selecionados para a análise de gravidez 1.230 notificações de violência sexual contra mulheres, entre os anos de 2008 e 2013, no estado de Santa Catarina, Brasil. A ocorrência de gravidez como consequência da violência sexual foi de 7,6%. Nesta amostra, a maioria possuía idade entre 10 e 14 anos (10,8%) e baixa escolaridade (13,3%). Quanto ao atendimento relacionado à saúde é importante destacar que o desfecho gravidez ocorreu, em maior número, nas mulheres que não foram atendidas em 72 horas e não receberam anticoncepção de emergência (14,2%). Entre as que foram atendidas em 72 horas e não receberam contracepção de emergência, a gravidez ocorreu em 8,4%. E quando o atendimento se realizou em 72h e houve a contracepção de emergência, a gravidez ocorreu em 1,6%. Cabe destacar ainda que, na violência sexual de repetição, a gravidez acontece em maior frequência quando comparada com os casos de violência de episódio único (Tabela 1).

Na Tabela 2, na análise não ajustada, houve associação entre idade das mulheres e gravidez. A chance para as adolescentes de 10 a 14 anos

Tabela 1. Gravidez decorrente de violência sexual em mulheres de 10 a 49 anos segundo covariáveis em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Variável	Distribuição na amostra		Gravidez		p*
	N	%	n	% IC95%	
Idade (n = 1230)					< 0,001
10 a 14 anos	546	44,3	60	10,8 (8,4-13,7)	
15 a 19 anos	297	24,1	20	6,7 (4,3-10,2)	
20 a 49 anos	387	31,4	14	3,8 (2,3-6,3)	
Escolaridade (n = 1230)					
0 a 4 anos	165	13,4	22	13,3 (8,9-19,4)	
5 a 8 anos	549	44,6	50	9,1 (6,9-11,8)	
9 ou mais	338	27,4	15	4,4 (2,6-7,2)	
Ignorado	178	14,4	7	3,9 (1,8-8,0)	
Violência de Repetição (n = 1174)					< 0,001
Sim	421	35,8	52	12,3 (9,5-15,8)	
Não	753	64,1	32	4,3 (3,1-6,1)	
Tempo de atendimento e uso de contracepção de emergência (n = 1230)					< 0,001
Não atendida em até 72 horas e não recebeu contracepção	387	31,4	55	14,2 (11,0-18,0)	
Não atendida em até 72 horas e recebeu contracepção	71	5,7	3	4,2 (1,3-12,3)	
Atendida em até 72 horas e não recebeu contracepção	343	27,8	29	8,4 (5,9-11,9)	
Atendida em até 72 horas e recebeu contracepção	429	34,8	7	1,6 (0,7-3,3)	

Fonte: SINAN/SC

*p valor $\leq 0,05$ estatisticamente significante.**Tabela 2.** Análise não ajustada e ajustada (*Odds Ratio*) dos fatores associados à gravidez em mulheres de 10 a 49 anos que sofreram violência sexual em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Variável	OR (IC95%) Não ajustada	p†	OR (IC95%) Ajustada*	p†
Idade				
20 a 49 anos	1,00		1,00	
10 a 14 anos	3,00(1,67-5,38)	< 0,001	2,00(0,98-4,67)	0,052
15 a 19 anos	1,79(0,90-3,56)	0,097	2,70(1,17-4,67)	0,002
Escolaridade				
9 ou mais	1,00		1,00	
5 a 8 anos	2,15(1,19-3,90)	0,011	1,47(0,76-2,86)	0,245
0 a 4 anos	3,31(1,66-6,57)	0,001	2,74(1,32-5,71)	0,007
Violência de Repetição				
Não	1,00		1,00	
Sim	3,07	< 0,001	1,69(1,03-2,76)	0,035
Tempo de Atendimento e Uso de Contracepção de Emergência				
Não atendida até 72h sem contracepção	1,00		1,00	
Não atendida até 72h com contracepção	0,26(0,08- 0,87)	0,029	0,26(0,62-1,15)	0,077
Atendida até 72 h sem contracepção	0,55(0,34-0,89)	0,016	0,63(0,37-1,07)	0,090
Atendida em até 72h com contracepção	0,10(0,04-0,22)	< 0,001	0,16(0,72-0,39)	< 0,001

Fonte: SINAN/SC.

*Análise ajustada com entrada no modelo em dois níveis. No primeiro nível, idade e escolaridade, no segundo, tempo de atendimento, violência de repetição e uso de contracepção de emergência. † p valor $\leq 0,05$ estatisticamente significante.

engravidarem foi três vezes maior ($p < 0,001$), quando comparadas com mulheres com 20 a 49 anos. A baixa escolaridade (> 4 anos de estudo) também se mostrou significativamente associada à gravidez ($p = 0,001$), representando chance três vezes maior de engravidar quando comparadas com as mulheres com escolaridade maior (9 ou mais anos de estudo). Ser atendida em até 72 horas e receber contracepção de emergência, foi fator de proteção significativo para gravidez.

Na análise ajustada (Tabela 2), idade entre 15 e 19 anos e baixa escolaridade (0 a 4 anos de estudo) se mantiveram significativamente associadas a maior chance de gravidez. Ser atendida em 72 horas e receber a contracepção de emergência implicou em chance 84% menor de gravidez. Mesmo não ser atendida em 72 horas, mas receber contracepção de emergência, diminuiu a chance de gravidez em 74,0%, quando comparada com a

referência de não ser atendida em 72 horas e não receber contracepção de emergência. A mulher que sofreu violência de repetição aumentou 1,69 vezes a chance de gravidez no modelo ajustado.

A ocorrência informada de IST como consequência da violência sexual foi de 3,5%. A Tabela 3 apresenta a análise descritiva das notificações demonstrando que a maior proporção de IST (5,8%) ocorreu com mulheres de 15 a 19 anos e escolaridade de 5 a 8 anos de estudo (4,1%). As que foram atendidas em 72 horas e receberam profilaxia para Hepatite B, HIV e IST bacterianas apresentaram maior proporção de IST quando comparadas as que não foram atendidas em 72 horas e não receberam estas profilaxias.

A proporção de IST foi de 6,3% quando a violência sexual ocorreu por dois ou mais agressores, significativamente maior quando comparada a um único agressor (3,0%).

Tabela 3. IST decorrente de violência sexual segundo covariáveis em mulheres de 10 anos e mais, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Variável	Distribuição na amostra		IST		IC95%	p*
	N	%	n	%		
Idade (n = 1316)						0,033
10 a 14 anos	561	42,6	17	3,0	1,8-4,8	
15 a 19 anos	308	23,4	18	5,8	3,7-9,0	
20 ou mais anos	447	33,9	11	2,4	1,3-4,3	
Escolaridade (n = 1129)						0,119
0 a 4 anos	194	14,7	5	2,5	1,0-6,0	
5 a 8 anos	572	43,4	23	4,1	2,8-6,1	
9 ou mais	363	27,5	7	1,9	0,9-3,9	
Numero de Agressores (n = 1296)						0,019
Um	1.091	84,1	33	3,0	2,1-4,2	
Dois ou mais	205	15,8	13	6,3	3,7-10,6	
Violência de Repetição (n = 1261)						0,512
Sim	457	36,2	18	3,9	2,4-6,1	
Não	804	63,7	26	3,2	2,2-4,7	
Atendimento em até 72 horas (n = 1316)						0,971
Sim	833	63,3	28	3,4	2,4-4,9	
Não	483	36,7	17	3,5	2,1-5,5	
Profilaxia Hepatite B (n = 1279)						0,094
Sim	442	34,5	20	4,5	2,9-6,9	
Não	837	65,4	23	2,7	1,8-4,1	
Profilaxia HIV (n = 1288)						0,207
Sim	670	52,0	27	4,0	2,7-5,8	
Não	618	47,9	17	2,7	1,7-4,3	
Profilaxia IST Bacteriana (n = 1286)						0,045
Sim	686	53,3	29	4,3	3,0-6,1	
Não	600	46,6	14	2,3	1,3-3,9	

Fonte: SINAN/SC.

* p valor $\leq 0,05$ estatisticamente significante.

Na Tabela 4, na análise não ajustada, mostrou-se significativamente associada à IST, idade entre 15 e 19 anos, ter essa idade aumentou em 2,46 vezes a chance de contrair uma IST quando comparadas as com 20 anos ou mais. A escolaridade intermediária, 5 a 8 anos de estudo, ampliou em 2,22 vezes a chance de IST quando comparadas às mulheres com 9 ou mais anos de estudo, enquanto que a violência sexual por dois ou mais agressores, ampliou em 2,17 vezes a chance de IST quando comparadas a um agressor único. Na análise ajustada mantiveram-se significativamente associados à maior chance de IST a idade 15 a 19 anos, a escolaridade de 5 a 8 anos e mais de um agressor envolvido.

Discussão

Os resultados do presente estudo demonstram que a gravidez ocorreu para 7,6% das mulheres, em maior proporção para as que não acessaram o serviço de saúde e não receberam a contracepção de emergência, as que sofreram violência de repetição e para as adolescentes de 10 a 14 anos. Quanto à IST, a ocorrência foi de 3,5%, sendo maior nas mulheres de 15 a 19 anos ou que tiveram mais de um agressor. Os resultados da presente investigação não demonstraram associação significativa para o acesso às profilaxias e desfecho IST.

A ocorrência de 7,6% (n = 94) de gravidez em decorrência da violência sexual, dentre as 1.230

Tabela 4. Odds Ratio (OR) não ajustada e ajustada dos fatores associados a IST em mulheres de 10 anos e mais que sofreram violência sexual em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Variável	OR (IC95%) Não ajustada	P†	OR (IC95%) Ajustada*	P†
Idade				
20 anos ou mais	1,00		1,00	
15 a 19 anos	2,46(1,14-5,28)	0,021	2,47(1,12-5,41)	0,024
10 a 14 anos	1,23(0,57-2,67)	0,585	0,91(0,40-2,06)	0,836
Escolaridade				
9 anos ou mais	1,00		1,00	
5 a 8 anos	2,22(0,94-5,22)	0,066	2,90(1,17-7,14)	0,021
0 a 4 anos	1,34(0,42-4,29)	0,616	1,94(0,58-6,42)	0,276
Ignorada	2,87(1,07-7,67)	0,035	3,57(1,31-9,71)	0,013
Numero de Envolvidos				
Um	1,00		1,00	
Dois ou mais	2,17(1,12-4,19)	0,021	2,39(1,16-4,89)	0,017
Ocorreu Outras Vezes				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,22(0,66-2,26)	0,513	1,39(0,67-2,89)	0,374
Atendimento em até 72hs				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,98 (0,53-1,81)	0,971	0,85(0,39-1,84)	0,689
Profilaxia Hepatite B				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,67(0,91-3,08)	0,097	1,39(0,62-3,13)	0,415
Profilaxia HIV				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,48(0,80-2,75)	0,209	0,60(0,20-1,83)	0,378
Profilaxia IST Bacteriana				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,91(1,00-3,64)	0,048	2,51(0,84-7,48)	0,096

Fonte: SINAN/SC.

*Análise ajustada com entrada no modelo em dois níveis. No primeiro nível, idade e escolaridade, no segundo, as demais variáveis.

† p valor ≤ 0,05 estatisticamente significante.

notificações de violência sexual de mulheres de 10 a 49 anos, encontrada no presente estudo, foi maior que a encontrada em São Paulo¹⁵ e Campinas¹⁶, que identificaram 5,0% e 2,3% de gravidez decorrente de estupro. O estudo em São Paulo envolveu mulheres na maioria adultas e o segundo, realizado em Campinas, 42,2% das mulheres tinham de 15 a 19 anos. É importante considerar a idade das mulheres, pela maior probabilidade de engravidar das adolescentes quando comparadas às mulheres com mais idade¹⁵, confirmado por pesquisa, sobre fertilidade com 782 casais, que analisou 5.860 ciclos menstruais que apontou que a probabilidade de gravidez diminui com a idade, com perda substancial para as mulheres, a partir dos 19 anos de idade (50,0%), chegando a 70,0% acima dos 35 anos¹⁷.

Quando observado o atendimento nos serviços de saúde relacionado ao número de gravidez em decorrência da violência sexual, chama a atenção no presente estudo a ocorrência de 14,2% (55 casos), de mulheres que não foram atendidas em 72 horas e não receberam anticoncepção de emergência. Como ainda, 8,4% (29 casos) foram atendidas no serviço de saúde e não receberam a contracepção.

O acesso em tempo oportuno para evitar a gravidez é uma ação da mulher a partir do reconhecimento da situação de violência vivenciada e do entendimento de que o serviço de saúde é capaz de acolher e intervir no enfrentamento das consequências da agressão. Segundo Vertamatti et al.⁷, um dos fatores apontados para a demora na procura pelo atendimento de saúde é o agressor ser conhecido da vítima, o que acontece frequentemente na violência sexual contra adolescentes. No presente estudo, as adolescentes tiveram mais notificações de violências, e apresentaram maior percentual de gravidez. Ressalta-se o agravante dessa situação para as menores de 14 anos, em fase inicial de desenvolvimento físico e sexual, muitas vezes ainda nem passaram pela menarca, ficam grávidas em decorrência da violência sexual, condição que acarreta sérias repercussões psicológicas, de saúde e sexualidade¹⁸.

Estudos internacionais^{19,20} apontam que, para as adolescentes, os agressores frequentemente são pessoas de seu círculo de relacionamento, amigos ou familiares. Da mesma forma no Brasil²¹, pesquisa realizada com base em notificações de violência aos Conselhos Tutelares, entre 2007 e 2008, para jovens de 10 a 18 anos de idade, identificou como agressor, o padrasto (32,0%), seguido pelo pai (17,0%) e a maior ocorrência da violência sexual foi na faixa etária de 10 a 14 anos (66,0%),

com a maior incidência de violência sexual no sexo feminino (91,0%) e no âmbito domiciliar. Esta condição amplia a possibilidade da violência de repetição, o que neste estudo aumentou em 1,69 vezes a chance de gravidez.

A violência de repetição pressupõe o convívio próximo com o agressor, muitas vezes familiar e na residência, o que pode contribuir para a demora da procura por serviços de saúde, ampliando as chances de ocorrer a gravidez decorrente da agressão. Para Viodres Inoues e Ristum²²: as famílias tendem a silenciar as violências que ocorrem no seu meio, por vezes até por implicações de ordem econômica e emocional estas temem pelo afastamento do agressor caso seja identificado. Ainda é preciso destacar que o constrangimento, o medo da humilhação e da incompreensão que faz com que muitas vezes a culpa recaia sobre a vítima, contribui para que a denúncia não ocorra ampliando as chances de recorrência da violência²³.

Em relação a gravidez e menor escolaridade a maior prevalência de gravidez neste grupo pode estar ligada a menor informação e menor acesso aos serviços de saúde em busca de medidas de profilaxia. Menor escolaridade pode ser uma consequência da violência sexual já que há um severo impacto da vitimização por violência sexual no desempenho e na vida acadêmica da vítima²².

O presente estudo demonstra a relevância da contracepção de emergência na prevenção da gravidez quando aponta menor proporção (1,6%) de gravidez para as mulheres que receberam contracepção de emergência em 72hs, período de maior eficácia do medicamento, seguidas por aquelas que procuraram o serviço após esse período e ainda receberam a anticoncepção, com 4,2% de gravidez. Estes achados corroboram em relação à eficácia da anticoncepção de emergência, tendo indicação de uso em até cinco dias após a agressão, com diminuição da proteção proporcional ao tempo decorrido²⁴. Importante considerar que a contracepção de emergência em 72 horas demonstrou ser o maior fator de proteção (84,0%) para a gravidez.

Neste sentido é preocupante que nos resultados encontrados na pesquisa atual somente 50,0% das mulheres que sofreram violência sexual receberam contracepção de emergência, 34,8% em 72 horas e 5,7% depois deste período. Destaca-se que esta é indicada nos contatos certo ou duvidoso com sêmen independente do ciclo menstrual da mulher, com exceção para as que utilizam método contraceptivo de elevada eficá-

cia⁶. A não indicação deste procedimento viola o direito das vítimas ao acesso a medicamento que tem alta eficácia na prevenção da gravidez, 92,9% a 94,7%, como demonstrado por Shohel et al.²⁵, em revisão sistemática. Além disso, é importante considerar, que apesar da interrupção da gravidez decorrente de violência sexual ser um direito, o acesso a este procedimento ainda não é uma realidade para muitas mulheres, fazendo com que a anticoncepção de emergência se constitua uma das ações mais importantes na assistência imediata após a violência sexual²³.

Como a gravidez, a IST, decorrente da violência sexual, se configura pela sobreposição de sofrimento imposto às mulheres, destruindo projetos de vida e deixando marcas para sempre, interferindo na vida pessoal e familiar. Quando as mulheres vítimas de violência sexual procuram os serviços de saúde o fazem na expectativa de encontrar medidas protetoras²³ que consigam, entre outras, evitar as IST, tendo em vista que uma das maiores preocupações destas é ser contaminada com o HIV²⁶.

No presente trabalho, a ocorrência de IST, informada como consequência da violência sexual, foi de 3,5%, não especificada a patologia, com maior proporção para as de 15 a 19 anos, que sofreram violência de repetição e por mais de um agressor. Dentre as variáveis analisadas no estudo, se manteve associada significativamente a IST, a idade de 15 a 19 anos, que aumentou a chance de IST em 2,47 vezes, e o número de envolvidos na agressão com maior chance de adquirir IST. Dois ou mais agressores, ampliou em 2,17 vezes a chance para IST, o que se explica pela maior exposição nestes casos. Esta situação é corroborada pela literatura, que aponta uma maior chance de IST relacionada a mais de um agressor envolvido na violência sexual²⁷. Com relação à idade, adolescentes de 15 a 19 anos têm como fatores associados a IST o uso infrequente do preservativo e o uso de drogas lícitas e ilícitas²⁸, estes fatores se ampliam num contexto de violência sexual podendo justificar maior número de casos neste grupo etário. Para a IST é importante considerar que a ficha de notificação não discrimina qual patologia ocorreu em decorrência da violência sexual.

Quanto a administração ou não de profilaxias para as IST esta depende da avaliação do risco para a doença em decorrência da agressão²⁵, no entanto, a recomendação para os serviços de saúde é de haja indicação de profilaxias para todos os casos com potencial risco para as mulheres de contrair uma IST²⁵, para as quais existem medi-

camentos de eficácia reconhecida, como Hepatite B, HIV, gonorreia, sífilis, infecção por clamídia e tricomoníase²⁹. Entre os fatores que expõem a maior ou menor risco estão o tipo de exposição sexual (penetração), a exposição a sangue e/ou secreção do agressor, a presença de IST prévia, a infectividade dos microrganismos, a susceptibilidade da vítima, o número de agressores e a violência de repetição⁸.

Um critério para indicação de profilaxia, em especial para o HIV, é ser atendido em 72 horas após a agressão, no presente estudo 63,3% das mulheres acessaram o serviço de saúde neste período, porém somente 52,0% receberam a profilaxia antirretroviral. Esta informação permite inferir que os profissionais de saúde podem estar selecionando as mulheres de acordo com maior risco para a infecção. Da mesma forma, a profilaxia para Hepatite B foi indicada para 34,5% das mulheres e 53,3% para infecções bacterianas. No caso da Hepatite B, as mulheres agredidas podem ter recebido anteriormente esquema vacinal completo para esta patologia, não necessitando a profilaxia.

Ainda é preciso considerar que os resultados encontrados apontam um menor percentual de mulheres que receberam profilaxia para IST, quando comparados a outros estudos^{16,27}. Facuri et al.²⁷, em serviço de referência de São Paulo, encontraram 87,6% dos atendimentos em 72 horas, com a prescrição de profilaxias para HIV para 84% dos atendimentos, 82,5% para hepatite B, 86,5% para IST bacteriana. Enquanto, Andalaft Neto et al.³⁰ apontaram que apenas metade dos estabelecimentos do país oferecia profilaxia para Hepatite B, 45% contra HIV e 8% dos serviços de saúde que atendiam vítimas de violência sexual faziam uso de protocolo baseado na norma técnica publicada pelo Ministério da Saúde em 2006. Isso demonstra uma grave situação, em que o acesso aos serviços não garante às mulheres o acesso às profilaxias.

Entre os resultados obtidos neste estudo, um inesperado: as mulheres que foram atendidas em 72 horas e receberam profilaxia para Hepatite B, HIV e IST bacterianas apresentaram maior proporção de IST quando comparadas as que não foram atendidas em 72 horas e não receberam estas profilaxias. Pode-se considerar que a indicação dos medicamentos não assegura que a mulher faça uso do mesmo. Revisão sistemática sobre a adesão da profilaxia pós exposição ao HIV para situações de violência sexual, encontrou um percentual de adesão de somente 40,2%, sendo menor entre adolescentes 36,6%²⁸. Os

medicamentos utilizados para a profilaxia, entre eles para o HIV, causam efeitos adversos: mais de 50% das pessoas que utilizam profilaxia antirretroviral apresentam estes efeitos, principalmente no sistema gastrointestinal⁶.

As emergências dos hospitais são, dentre os serviços de saúde, os locais que mais têm disponível atendimento as vítimas de violência sexual³⁰. Estas realizam o atendimento emergencial de anticoncepção e profilaxias, de maneira que quando não existe articulação em rede com ambulatórios que possibilitem o acompanhamento das mulheres, a sequência dos atendimentos é rompida³¹. O atendimento não pode limitar-se à emergência, visto que a violência sexual tem consequências em longo prazo que devem ser tratadas quando aparecerem, o seguimento não deve ser menor que seis meses³². O acompanhamento após o atendimento emergencial é importante para dar suporte a continuidade do tratamento pós exposição.

Nesta pesquisa, a ausência de informação sobre o abandono do tratamento pela mulher e qual IST esta teve em decorrência da violência são limitações que indicam a possibilidade para um futuro estudo complementar com base nos prontuários dos serviços de saúde. É importante considerar ainda as limitações relacionadas a subnotificação dos registros no banco do SINAN³³ e as informações não disponíveis, por preenchimento incompleto das fichas de notificação, o que não invalida os achados, mas indica cautela na interpretação dos dados.

Por outro lado, este trabalho permitiu conhecer a ocorrência de gravidez e IST informada pelos profissionais de saúde como decorrentes

da agressão sexual e analisar as ações informadas pelos serviços de saúde para a profilaxia destes agravos. É fundamental que os serviços de saúde garantam o acesso para as mulheres agredidas sexualmente às medidas de anticoncepção de emergência e as profilaxias de IST. Este acesso inicia-se com a estruturação dos serviços para o atendimento com protocolo estabelecido de acordo com as melhores evidências científicas e com a divulgação da existência do serviço à população, de forma que esta o acesse em tempo oportuno.

Este estudo apontou como significativamente associada à gravidez decorrente da agressão sexual, o atendimento pelo setor saúde em 72 horas e receber a contracepção de emergência. Ser atendida em 72 horas e receber a contracepção de emergência mostrou-se fator de proteção (84,0%) com menor ocorrência de gravidez nestes casos. As mulheres que tiveram acesso as profilaxias para Hepatite B, HIV e IST bacterianas não foram protegidas de IST. No entanto, são necessários estudos que aprofundem esta questão.

As instâncias de gestão do SUS precisam assumir a responsabilidade tanto da garantia de atendimento às vítimas de violência sexual como do registro das informações. Neste sentido as normatizações devem ser acompanhadas de processos de educação permanente, para os profissionais de saúde e gestores, a fim de que o direito à saúde seja realidade. Por fim, espera-se que os dados apresentados contribuam para a reflexão sobre o papel dos serviços de saúde na perspectiva de ampliar a resolutividade das ações de profilaxia, minimizando o sofrimento causado por este agravo.

Colaboradores

CR Delziovo e EBS Coelho foram responsáveis pelo design, descrição do método, análise, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. E d'Orsi participou do design, descrição do método, análise e aprovação da versão final a ser publicada. SR Lindner participou da redação do artigo, da análise, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado* 2014; 29(2):449-469.
2. Chacham AS, Jayme JG. Violência de gênero, desigualdade social e sexualidade: as experiências de mulheres jovens em Belo Horizonte. *Civitas - Rev de Ciências Sociais* 2016; 16(1):e1-e19.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Genebra: OMS; 2012.

5. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca Junior I. Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(Supl. 1):127-137.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3ª ed. Brasília: MS; 2012.
7. Vertamatti MAF, Abreu LC, Drezett J, Valenti VE, Barbosa CP. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2013; 23(1):46-51.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: MS; 2015.
9. Myles JE, Yles JE, Bamberger J. *Offering prophylaxis following sexual assault*. San Francisco: Department of Public Health/The California HIV PEP after Sexual Assault Task Force. Sacramento: The California State Office of AIDS; 2001.
10. Driessen RM, Philippi JMS, Cruz EF. *O sistema de notificação / investigação sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências em Santa Catarina - de 2008 a maio de 2010*. Florianópolis: Diretoria de Vigilância Epidemiológica; 2010.
11. Cervantes GV, Trevisol FS, Jornada LK. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. *Rev Bras Clin Med São Paulo* 2013; 11(2):145-149.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais 2012 - Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011*. Brasília: MS; 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2004.
15. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(2):126-135.
16. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MdSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. 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. *Cad Saude Publica* 2011; 27(4):701-713.
17. Dunson DB, Colombo B, Baird DD. Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Human Reprod* 2002; 17(5):1399-1403.
18. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2010; 20(45):123-131.
19. Macdowall W, Gibson LJ, Tanton C, Mercer CH, Lewis R, Clifton S, Field N, Datta J, Mitchell KR, Sonnenberg P, Erens B, Copas AJ, Phelps A, Prah P, Johnson AM, Wellings K. Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382(9907):1845-1855.
20. González AE, Montero VA, Martínez NV, Leyton MC, Luttgés DC, Molina GT. Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(6):413-422.
21. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MAS, Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Gaúch Enferm* 2011; 32(4):781-787.
22. Viødres Inoue SR, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 2008; 25(1):11-21.
23. Drezett J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. *Rev de Psicologia da UNESP* 2003; 2(1).
24. Choi DS, Kim M, Hwang KJ, Lee KM, Kong TW. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. *Clin Exp Reprod Med*. 2013; 40(3):126-130.
25. Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MMN, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Women's Health*. 2014; 14:54.
26. Madi SRC, Knob LF, Lorencetti J, Marcon NO, Madi JM. Violência sexual: experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. *Rev AMRIGS* 2010; 54(1):13-18.
27. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(5):889-898.
28. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2004; 37(3):210-214.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV*. Brasília: MS; 2015.
30. Andalaft Neto J FA, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *FEMINA* 2012; 40(6).
31. Cavalcanti LF, Flach RMD, Farias RS. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *O social em questão* 2012; XV(28).
32. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):465-469.
33. Kind L, Orsini MdLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GAd, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1805-1815.

Artigo apresentado em 31/03/2016

Aprovado em 21/08/2016

Versão final apresentada em 23/08/2016