

**Violência Sexual: vulnerabilidade e a conduta em serviço de saúde do Rio Grande do Sul***Sexual violence: vulnerability and conduct in health service in Rio Grande do Sul, Brazil.**Violencia Sexual: vulnerabilidad y la conducta en servicio de salud de Rio Grande do Sul, Brasil.*Marina da Costa Magalhães¹, Gabriela Hochscheidt Mahl¹, Letícia Lanzarin Gehm¹, Cristiane Pimentel
Hernandes¹

1. Universidade de Santa Cruz do Sul. Departamento de Medicina, Santa Cruz do Sul - RS, Brasil

ABSTRACT

Objective: To analyze vulnerability factors of victims of sexual violence and the conduct of a reference service for the treatment of sexually transmitted infections (STIs) in the interior of Rio Grande do Sul. **Methods:** The study has a cross-sectional, retrospective, secondary records, obtained through the review of medical records for the period from 1994 to 2014 at a referral service in the state of Rio Grande do Sul. **Results:** Twenty-four victims of sexual violence were found in the period, of which 91.6% were female. The mean age was 19.3 years. 12.5% of the victims received emergency contraception and 29.1% received prophylaxis against STIs. **Conclusion:** Our data corroborate those found in the literature regarding the profile of sexual violence victims, however, the prophylaxis against STIs was low, demonstrating the need to plan public policies aimed at this profile, with the objective of harm reduction and construction of conditions of protection and autonomy of the people in this situation.

Descriptors: Sexual violence; Sexually Transmitted Disease, Surveillance, Epidemiology.

RESUMO

Objetivo: Analisar fatores de vulnerabilidade de vítimas de violência sexual e a conduta tomada em um serviço de referência para o atendimento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) no interior do Rio grande do Sul. **Métodos:** O estudo possui caráter transversal, retrospectivo, com dados secundários, obtidos através da revisão de prontuários referentes ao período de 1994 a 2014 em um serviço de referência no interior do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** constatou-se 24 vítimas de violência sexual no período, das quais 91,6% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 19,3 anos. 12,5% das vítimas receberam anticoncepção de emergência e 29,1% receberam profilaxia contra ISTs. **Conclusão:** Nossos dados corroboram os encontrados na literatura em relação ao perfil das vítimas de violência sexual, porém, a realização de profilaxia contra IST foi baixa, demonstrando a necessidade de planejamento de políticas públicas voltadas para esse perfil, com o objetivo de redução de danos e construção de condições de proteção e autonomia das pessoas nessa situação.

Descritores: Violência sexual; Doença Sexualmente Transmissível, Vigilância, Epidemiologia.

RESUMÉN

Objetivo: Analizar factores de vulnerabilidad de víctimas de violencia sexual y la conducta tomada en un servicio de referencia para la atención de infecciones sexualmente transmisibles (IST) en el interior del Río Grande do Sul. **Métodos:** El estudio tiene carácter transversal, retrospectivo, con datos secundarios, obtenidos a través de la revisión de prontuarios referentes al período de 1994 a 2014 en un servicio de referencia en el interior del estado de Rio Grande do Sul. **Resultados:** se constataron 24 víctimas de violencia sexual en el período, de las cuales el 91,6% eran del sexo femenino. El promedio de edad fue de 19,3 años. El 12,5% de las víctimas recibieron la anticoncepción de emergencia y el 29,1% recibieron profilaxis contra IST. **Conclusión:** Nuestros datos corroboran los encontrados en la literatura en relación al perfil de las víctimas de violencia sexual, pero la realización de profilaxis contra IST fue baja, demostrando la necesidad de planificación de políticas públicas orientadas hacia ese perfil, con el objetivo de reducción de daños y la construcción de condiciones de protección y autonomía de las personas en esa situación.

Descriptores: Violencia sexual; Enfermedad Sexualmente Transmisible, Vigilancia, Epidemiología.

Como citar este artigo:

Magalhães MC, Mahl GH, Gehm LL, Hernandez CP. Violência Sexual: vulnerabilidade e a conduta em serviço de saúde do Rio Grande do Sul. Rev Pre Infec e Saúde[Internet].2017;3(1):23-28. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/5848>

INTRODUÇÃO

A violência sexual, grave problema de saúde atualmente, é um ato maléfico, utilizado pelos agressores como meio de degradar, aterrorizar, humilhar e dominar suas vítimas. Esse crime traz sérios prejuízos mentais e físicos aos agredidos, podendo ocorrer em qualquer faixa etária. As consequências desencadeadas por esse tipo de violência trazem reflexos prejudiciais que podem repercutir por toda a vida do indivíduo.¹²³

Dessa forma, devem ser implementadas ações voltadas para a destruição do ciclo da violência, para a redução de danos e para a construção de condições de proteção e de autonomia das vítimas. Além disso, uma intervenção muito relevante são os testes de triagem, com a finalidade de identificar e tratar casos de contaminação pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), bem como uma análise clínica geral e a utilização de métodos anticoncepcionais de emergência.²⁴⁵

O presente estudo justifica-se devido à gravidade da situação em que se encontram as vítimas de abuso sexual, pois, estão expostas às infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, estão suscetíveis à ocorrência de uma gestação associada ao ato sexual não consentido, o que aumenta o trauma físico e psicológico.

Para isso, buscou-se analisar os fatores de vulnerabilidade das vítimas de violência sexual e a conduta tomada no serviço de referência para o atendimento de IST na cidade de Santa Cruz do Sul - RS.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo possui caráter transversal, retrospectivo, com dados secundários, obtidos através da revisão de prontuários do serviço de saúde. Identificou-se a prevalência, os fatores

de risco e a conduta tomada pelos profissionais no atendimento às vítimas de abuso sexual atendidas no Centro Municipal de Atendimento à Sorologia (CEMAS/SAE/CTA) de Santa Cruz do Sul-RS. As variáveis analisadas foram sexo, idade, procedência, profissão, doenças associadas, local da agressão, agressor conhecido, além de dados laboratoriais e medicamentos prescritos.

Os dados foram coletados durante o período de maio a dezembro de 2014, em prontuários datados desde 1994, de pacientes que sofreram violência sexual e foram atendidos no CEMAS/SAE/CTA. Foram consideradas vítimas de abuso sexual todos aqueles pacientes que relataram ter sofrido qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Foram incluídos no estudo todos os prontuários preenchidos com o relato de algum tipo de violência sexual e, portanto, foram excluídos os prontuários que não se enquadraram nas definições de vítima de abuso sexual e que não tiveram descritos os dados necessários.

Os dados foram compilados em tabelas de Excel® 2010, e as análises estatísticas foram efetuadas utilizando o SPSS 17.0 *for Windows*.

Os integrantes da pesquisa assinaram um Termo de Confidencialidade, no qual se comprometeram a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados foram coletados e que estas informações foram e serão utilizadas Única e exclusivamente para execução do presente artigo. O presente protocolo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o número CAAE: 32453814.2.0000.5343.

RESULTADOS

Durante o período analisado, de 1994 a 2014, foram encontrados 24 prontuários de vítimas de violência sexual, atendidas pelo serviço de referência. Destes, 22 (91,6%) eram do sexo feminino, e 2 (8,3%) do sexo masculino. A idade das vítimas de violência sexual variou entre 2 e 55 anos, sendo a média de idade de 19,3 anos e a mediana 16 anos. Dois (8,3%) dos pacientes analisados possuíam algum grau de deficiência mental, sendo ambos do sexo feminino. Foram encontrados dados sobre procedência em 16 (66,6%) dos 24 prontuários analisados, sendo que, destes, 2 (12,5%) pacientes eram do meio rural, e 14 (87,5%) do meio urbano. Do total de prontuários incluídos no estudo, 14 (58,3%) contavam a profissão dos indivíduos analisados, sendo 8 (57,1%) estudantes, 1 (7,1%) safrista, 1 (7,1%) empregada doméstica, 1 (7,1%) servente de limpeza, 1 (7,1%) militar, e 2 (14,2%) profissionais do lar.

O local onde as vítimas sofreram violência sexual constava em 18 (75%) dos 24 prontuários. Destes, 4 (22,2%) eram ambientes familiares e 14 (77,7%) ambientes públicos. Informações referentes ao indivíduo que praticou a violência sexual foram encontradas em 15 (62,5%) prontuários. Destes, 10 (66,6%) eram pessoas desconhecidas, 2 (13,3%) conhecidos das vítimas, 1 (6,6%) vizinho e 3 (20%) familiares.

O tempo para procura do atendimento após o ocorrido foi encontrado em 19 (79,1%) prontuários, e variou de 0 a 365 dias, sendo 0 o mesmo dia de ocorrência da violência. A média de tempo para procura do serviço de saúde foi de 20,7 dias e a mediana foi de 1 dia.

Em relação à profilaxia realizada após o atendimento, nenhum paciente recebeu profilaxia para tétano e a notificação compulsória foi realizada para 2 (8,3%) pacientes. Três (12,5%) pacientes realizaram anticoncepção de emergência. Sete (29,1%)

pacientes receberam profilaxia para ISTs, tendo 1 (14,2%) deles utilizado azitromicina, 1 (14,2%) ciprofloxacino + azitromicina, 1 (14,2%) ciprofloxacino + azitromicina + metronidazol e 1 (14,2%) ciprofloxacino + azitromicina + metronidazol + penicilina G cristalina. No prontuário de 3 (42,8%) pacientes que receberam profilaxia não estavam descritas as medicações utilizadas. A profilaxia para hepatites B foi realizada em 4 pacientes (16,6%).

Dos 24 pacientes, 18 (75%) realizaram profilaxia para HIV. Destes, 8 (44,4%) pacientes fizeram uso de zidovudina + lamivudina + Lopinavir/ritonavir, 4 (22,2%) pacientes usaram lamivudina + zidovudina, 1 (5,5%) zidovudina + lamivudina + Indinavir e 1 (5,5%) zidovudina + lamivudina + Efavirenz. No prontuário de 2 (11,1%) pacientes que realizaram profilaxia para HIV, não estavam discriminadas as medicações. Oito (44,4%) das pacientes realizaram a profilaxia por 28 dias. Um (5,5%) não teve adesão e 1 (5,5%) não consta a informação de tempo de uso no prontuário. Nenhum dos pacientes testados para HIV apresentou teste positivo durante o acompanhamento neste serviço.

DISCUSSÃO

O conceito de violência sexual passa por uma gama de definições, pode ser definido como, ato sexual consumado ou tentado sem o consentimento da vítima ou contra alguém que é incapaz de consentir ou recusar. Inclui, tentativa forçada ou facilitado por álcool/drogas; coerção psicológica a penetração indesejada; contato sexual indesejado que não seja penetração; ou atos sem contato de natureza sexual. A violência sexual também pode ocorrer quando existe a coerção de uma vítima a se envolver em atos sexuais com terceiros.⁶

Além disso, outras formas descritas como violência sexual incluem experiências sexuais não consentidas que não envolvam contato, como exposição de partes sexuais do corpo, masturbação na frente da vítima, forçar a vítima a mostrar partes do seu corpo ou a participar de filmagens ou fotos sexuais.⁷

A prevalência de ocorrência de estupro estimada pelo “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC) nos EUA no ano de 2010 através do projeto “National Intimate Partner and Sexual Violence Survey” (NIPSVS) foi de 1 a cada 5 mulheres e 1 a cada 71 homens, enquanto a prevalência de contato sexual indesejado foi de 27,2% para mulheres e 11,7% para homens. Em média, 20 pessoas por minuto são vítimas de violência física por parceiro íntimo nos Estados Unidos.⁷

Além disso, 51,1% das vítimas de estupro que participaram do projeto NIPSVS reportaram que o agressor foi um parceiro atual ou um ex-parceiro íntimo, enquanto 40,8% afirmaram ter sido um conhecido. 13,8% declaram ter sido vítimas de um desconhecido.⁷

Muitos estudos demonstram aumento do risco de prejuízo mental, físico e reprodutivo para vítimas de parceiros íntimos.^{7,8,9} Encontramos em nosso estudo, maior prevalência de vítimas que sofreram abuso sexual de desconhecidos (66,6%), contrário ao descrito na literatura, possivelmente devido às características da população e pelo tamanho pequeno da amostra, não sendo representativa.

Com relação à idade, no projeto NIPSVS, 79,6% das vítimas afirmaram ter sido estupradas antes dos 25 anos, sendo 42,2% antes mesmo dos 18 anos. 27,8% sofreram o abuso com 10 anos ou menos. A Pesquisa de Criminalidade da Inglaterra (*The British Crime Survey*), fez uma estimativa de que uma em cada dez mulheres já foi sexualmente vitimada

até a idade de 16 anos. Nosso estudo vai ao encontro desses estudos, em relação à idade com que a vítima sofreu a violência, com média de 19,3 anos, enfatizando a necessidade de cuidados e investimento em prevenção e educação nesta faixa etária.

Condições de saúde física e mental desfavoráveis mostraram influenciar significativamente a prevalência de mulheres vítimas de violência sexual.^{7,8}

Nossos resultados encontraram prevalência de deficiência mental em 8,3% dos pacientes que sofreram abuso sexual. Estima-se que metade das mulheres com deficiência mental passe por, pelo menos, uma situação de violência sexual ao longo de suas vidas e a violência, nesses casos, é praticada em sua maioria por pessoas próximas da vítima.¹⁰

A particularidade deste grupo é que essas mulheres, apesar de conseguirem, por vezes, reconhecer situações de risco de violência sexual, não apresentam condições necessárias para que consigam recusar e sair dessa situação ou mesmo recorrer a algum tipo de assistência. Ao mesmo tempo em que vivem isoladas socialmente, são mais dependentes e precisam de mais cuidados a longo prazo.^{11,12,13} Como na maioria das vezes a violência sexual é praticada por uma pessoa próxima da vítima, estão acompanhadas dos seus agressores mais recorrentes, quais sejam os familiares, os cuidadores ou profissionais da área da saúde.¹⁴

Em 1998, foi criada a primeira norma técnica brasileira sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual considerando homens, crianças, adultos ou adolescentes. Já a última norma técnica publicada traz informações a respeito de apoio psicossocial, anticoncepção de emergência (AE), indicações e cuidados fundamentais para IST não virais, hepatites virais, infecção pelo HIV e alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual.²

Como podemos observar, os prontuários não estavam devidamente preenchidos com a história da violência que compreende local, dia e hora aproximada da violência sexual, tipo(s) de violência sexual sofrido(s), forma(s) de constrangimento utilizada(s), tipificação e número de autores da violência. Praticamente em 100% dos casos os pacientes vítimas de violência passam por outros serviços antes de consultar no Cemas/SAE/CTA, como por exemplo, passam pelo médico do pronto-socorro, e muitas vezes também pelo médico legista, gerando um desgaste emocional e físico.

Em relação à conduta prescrita, a AE é desnecessária se a mulher, em idade fértil, após primeira menstruação e antes da menopausa, estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia, como por exemplo, anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU. Verificamos ausência da informação sobre o uso ou não de AE em alguns prontuários.²

A profilaxia das IST não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e visa os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante, como, *Chlamydia trachomatis*; *Neisseria gonorrhoeae*; *Trichomonas vaginalis*; *Treponema pallidum*. O registro sobre estas profilaxias na população estudada foi baixo.²

A imunoprofilaxia contra a hepatite B está indicada em casos de violência sexual nos quais ocorra exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. A abordagem da condição sorológica da vítima e a interpretação dos resultados são de suma importância na conduta médica. Apesar disso, não deve-se condicionar a decisão de iniciar a imunoprofilaxia contra a hepatite B à solicitação ou realização de exames

complementares. As sorologias solicitadas são HBsAG e Anti-Hbc IgM. Quando ambos forem positivos, trata-se de uma infecção aguda (há pelo menos 15 dias) e deve-se repetir HBsAG e Anti-Hbc IgM em seis meses. HbsAG positivo e Anti-Hbc IgM negativo sugerem infecção aguda precoce (há menos de 15 dias) ou hepatite crônica; realizar em 15 dias Anti-Hbc IgM: se positivo infecção aguda e repete-se HBsAG e Anti-Hbc IgM em seis meses; se negativo fazer Anti-Hbc total, positivo indica infecção crônica. HbsAG negativo e Anti-Hbc IgM positivo Infecção aguda, repetir HBsAg e Anti-Hbc IgM em seis meses. Ambos negativos, realizar vacinação e dose única de imunoglobulina humana anti hepatite B.²

Em relação à infecção pelo HIV, a quimioprofilaxia pós-exposição sexual não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência. Ela é recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência. Em nosso estudo, a quimioprofilaxia para HIV foi amplamente utilizada e devidamente registrada.

CONCLUSÃO

O perfil das pacientes vítimas de violência sexual atendidas por este serviço de referência caracterizou-se por uma maioria de mulheres jovens, em atividade profissional ou estudantes.

O reconhecimento da gravidade da situação de violência sexual e planejamento de políticas voltadas para essa situação ocorreu tardiamente no Brasil e ainda está muito aquém do necessário para ser combatido, reduzir danos e de construir condições de

proteção e de autonomia das pessoas nessa situação.

A violência sexual, e de gênero como um todo, não será resolvida apenas com a normatização dos procedimentos, que é também necessária para que os profissionais da saúde se organizem de modo eficiente, atendendo as necessidades destes pacientes e prevenindo desenvolvimento de patologias. Faz-se necessário também ampliar as informações sobre o tema, procurando associar os conhecimentos científicos e históricos com as estratégias e as ações de enfrentamento à violência sexual adotadas pelo país.

O reconhecimento da gravidade da situação de violência sexual e planejamento de políticas voltadas para essa situação ocorreu tardiamente no Brasil e ainda está muito aquém do necessário para combater um ciclo de violência, reduzir danos e para a construção de condições de proteção e de autonomia das pessoas nessa situação.

REFERÊNCIAS

1. Facuri CO, Fernandes MAS, Oliveira KD, Andrade TS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. saúde publica.* 2013; 29(5):889-898.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Série A - Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n° 6. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Costa AM, Moreira KAP, Henriques ACPT, Marques JF, Fernandes AFC. Violência contra a mulher: caracterização de casos

Violência sexual: vulnerabilidade e condutas atendidos em um centro estadual de referência. *Rev. Rene.* 2011;12(3):627-35.

4. De Sousa LC, De Carvalho ML, Miranda ACPT. Perfil sociodemográfico e epidemiológico das vítimas de violência sexual no Estado de Sergipe. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente.* 2013 1 (3): 21-33
5. Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS de. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina,* 2012; 40(6): 301-306.
6. Basile KC, Smith SG, Breiding MJ, Black MC, Mahendra RR. *Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0.* Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
7. BLACK, Michele C. et al. *National intimate partner and sexual violence survey.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, v. 75, 2011.
8. Basile, K.C., & Smith, S.G. Sexual violence victimization of women: Prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine,* 5, 407-417; 2011.
9. Davis, K.E., Coker, A.L., & Sanderson, M. (2002). Physical and mental health effects of being stalked for men and women. *Violence and Victims,* 17, 429-443.
10. POWERS, Laurie E. et al. *Interpersonal Violence and Women With Disabilities Analysis of Safety Promoting Behaviors.* *Violence Against Women,* v. 15, n. 9, p. 1040-1069, 2009.
11. CASTELÃO, T. B. Schiavo, MR. Jurberg, P. Sexualidade da pessoa com síndrome de Down. *Rev. Saúde Pública.*[periódico na Internet], 2003.
12. MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Reflexões sobre a educação sexual da pessoa com deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial,* v. 7, n. 1, p. 35-46, 2001.

13. THARINGER, Deborah; HORTON, Connie Burrows; MILLEA, Susan. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse & Neglect*, v. 14, n. 3, p. 301-312, 1990.

14. BARROS, Roberta Dias de; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albulquerque; BRINO, Rachel de Faria. Habilidades de auto proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. *Rev. bras. educ. espec*, v. 14, n. 1, p. 93-110, 2008.

COLABORAÇÕES

Magalhães MC, Mahl GH, Gehm LL e Hernandes CP contribuíram na coleta e interpretação dos resultados obtidos e ainda, na elaboração e organização das ideias e nas revisões sucessivas até a aprovação final.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse a declarar

CORRESPONDENCIA

Cristiane Pimentel Hernandes

Universidade de Santa Cruz do Sul, Av. Independência, 2293 - Universitário, Santa Cruz do Sul - RS.

E-mail: crisphm@gmail.com