

**PESQUISA**

Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas

Ana Isabela Morsch Passos¹, Daniela Angerame Yela Gomes², Carolina Lourenço Defilippi Gonçalves¹

1. Centro Universitário Salesiano de São Paulo (Unisal/Liceu Salesiano), Campinas/SP, Brasil. 2. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Hospital de Clínicas, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), Ambulatório de Atendimento Especial do Departamento de Tocoginecologia, Campinas/SP, Brasil.

Resumo

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil do atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, com ênfase nos aspectos jurídicos. Foi realizado estudo descritivo e retrospectivo, incluindo 41 mulheres com média etária de 31 anos que sofreram violência sexual no período. A maior frequência dos crimes ocorreu entre meia-noite e seis da manhã (n=17). Para os dados de “boletim de ocorrência” foi encontrada frequência de 56%. Os crimes encontrados na amostra foram de estupro (n=37) e violação sexual mediante fraude (n=4). Do total, 12,20% (n=5) completaram o atendimento proposto. As vítimas eram na maioria solteiras, sujeitas a estupro com violência e grave ameaça no local “rua”. Apesar de mais da metade da amostra relatar ter feito registro de boletim de ocorrência, não se pôde confirmar a veracidade dessa informação, pois as cópias dos boletins não foram encontradas nos prontuários médicos correspondentes.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Delitos sexuais. Assistência à saúde. Assistência ambulatorial.

Resumen**Perfil de la atención a víctimas de violencia sexual en Campinas**

El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil de la atención a mujeres que fueron víctimas de violencia sexual, con énfasis en los aspectos jurídicos. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, en el cual se incluyeron 41 mujeres de un promedio de 31 años, quienes fueron violentadas sexualmente en el periodo. La mayor frecuencia de los crímenes ocurrió entre la media noche y las seis de la mañana (n=17). Para los datos del “informe de eventos” se encontró una frecuencia del 56%. Los delitos que se hallaron en la muestra fueron violación (n=37) y violación por medio del engaño (n=4). Del total, el 12,20% (n=5) completó la atención propuesta. La mayoría de las víctimas eran solteras, sometidas a abusos sexuales con violencia y amenaza grave en la calle. A pesar de que más de la mitad de la muestra relató que hizo el registro en el informe de eventos, no se puede comprobar la veracidad de esa información, ya que no se encontraron las copias de los informes en los registros médicos correspondientes.

Palabras clave: Salud de la mujer. Delitos sexuales. Prestación de atención de salud. Atención ambulatoria.

Abstract**Profile of victims of sexual violence receiving care in Campinas**

The aim of this study was to characterize the profile of the care offered to female victims of sexual violence with an emphasis on legal aspects. A descriptive and retrospective study of 41 women with an average age of 31 years who had experienced sexual violence within the stipulated period was carried out. The highest frequency of the crimes occurred between 00h00min and 06h00min (n=17). There was a frequency of 56% for the data “police report”. The crimes found were rape (n=37) and rape by deception (n=4). A total of 12.20% victims (n=5) completed the proposed treatment. The majority of victims were single, and subjected to rape with violence or serious threat in the “street” location. Although more than half of the sample described completing a police report, the veracity of this information could not be confirmed as the reports were not found in their medical records.

Keywords: Women’s health. Sex offenses. Delivery of health care. Ambulatory care.

Aprovação CEP-Unicamp 1.253.355/2015

Declararam não haver conflito de interesse.

Desde os primórdios do convívio do homem em sociedade existem relatos de violência, seja interpessoal, de trabalho, de gênero, social, sexual, racial, física ou psicológica. A definição comumente utilizada é a da Organização Mundial de Saúde (OMS), que a descreve como *o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação*¹.

O convívio com a violência pode trazer sérios danos ao indivíduo. Estima-se que seja uma das principais causas de morte entre pessoas entre 15 e 44 anos de idade em todo o mundo². Quando não causa o óbito, a violência gera dor, sofrimento mental, transtorno psicológico e lesão corporal, afetando a saúde pública mundial³.

Em relação à violência de gênero, a frequência de insultos físicos, mentais e sexuais contra a mulher é alta e recorrente⁴. Em 1994, a Organização dos Estados Americanos se reuniu com a finalidade de discutir no âmbito internacional sobre a violência contra a mulher, na chamada *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher* ou Convenção de Belém do Pará⁵, ratificada pelo Brasil em 1995. O artigo 1 da convenção define violência contra a mulher como (...) *qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado*⁵.

A participação brasileira nessa convenção trouxe ao país a obrigação de se comprometer a instituir medidas preventivas e punitivas contra a violência de gênero, abrindo caminhos para a criação da Lei 11.340/2006, conhecida como “Lei Maria da Penha”⁶. Para a referida lei, considera-se “mulher” independentemente de sua orientação sexual, ou seja, o termo engloba lésbicas, travestis, transexuais e transgêneros⁷. A lei trouxe ainda importantes mudanças no Código Penal⁸, instituindo penas mais severas e extinguindo penas alternativas para aqueles que cometem crimes de violência contra a mulher.

Embora haja esforços internacionais para erradicar todos os tipos de violência, os índices são alarmantes. Um dos tipos de violência mais frequentes é a sexual, descrita no Código Penal⁸ como crime contra a liberdade sexual, na forma de estupro (artigo 213), violação sexual mediante fraude (artigo 215) e assédio sexual (artigo 216-A). A mulher ainda é a principal vítima desse tipo de agressão⁹, tanto por sua fragilidade física perante o gênero masculino como pela histórica submissão religiosa ligada

ao casamento. O agressor por muitas vezes já foi o agredido, e a violência gera ciclo em que há desestruturação da família e submissão da mulher à vontade do agressor, com medo de nova onda de violência e por vezes em nome da proteção dos filhos⁶.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da área de Saúde da Mulher, elaborou uma cartilha com as normas técnicas para prevenir e tratar agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes¹⁰, que deve ser seguida pelos serviços de saúde, garantindo a dignidade das mulheres vítimas de crimes sexuais. A cartilha contém normas gerais de atendimento, prevenção a doenças infecciosas, procedimentos em casos de gravidez e interrupção de gravidez, entre outros. Os cuidados às vítimas são interdisciplinares¹¹.

Sobre essas questões, este trabalho procurou obter dados concretos sobre o atendimento da mulher vítima de agressão sexual, enfatizando os aspectos jurídicos das normas regulamentadoras do MS para essas vítimas. O objetivo geral do estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico do atendimento dessas mulheres no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti.

Método

Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa de todas as mulheres que procuraram o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) em decorrência de violência sexual e foram atendidas no Ambulatório de Atendimento Especial do Departamento de Tocoginecologia desse centro, na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), entre 1º de maio e 31 de outubro de 2014.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, seguindo os princípios éticos enunciados na *Declaração de Helsinki*¹² e na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹³.

Foram incluídas pacientes adultas, do sexo feminino, atendidas no Ambulatório de Atendimento Especial do Caism no período estipulado, sendo o primeiro atendimento registrado queixa de violência sexual. Foram excluídas do estudo pacientes menores de 18 anos e aquelas que não apresentaram dados no prontuário necessários para o preenchimento da ficha de coleta de dados. Para coletar as variáveis de interesse para a pesquisa, foram utilizados os prontuários médicos das pacientes incluídas no estudo.

Foram registrados os seguintes dados obtidos pelos prontuários médicos dessas mulheres: idade; nível de escolaridade; estado civil; profissão; local da agressão/violência; existência de registro de violência sexual anterior; tempo decorrido (em horas) entre a violência sexual e o atendimento médico no Caism; procura de outro serviço de saúde antes do Caism; existência ou não de registro de boletim de ocorrência; gênero; idade do agressor; existência de vínculo familiar da vítima com o agressor; ocorrência de penetração (introdução parcial ou completa do órgão genital masculino no canal vaginal) ou ato libidinoso (qualquer ato diferente da penetração e que seja capaz de produzir excitação ou prazer sexual) na violência sexual; existência e gravidade de lesões corporais decorrentes da violência sexual (para esta variável foi seguido o determinado no artigo 129 do Código Penal brasileiro); ocorrência de gravidez pela violência sexual; doenças infecciosas causadas pela violência sexual e se foram seguidas as medidas protetivas de urgência; registro de transtorno psicológico ou psiquiátrico decorrente da violência sexual; se o agressor utilizou violência (força física) ou de grave ameaça (intimidação) para concretizar a violência sexual; se o agressor utilizou fraude para diminuir ou impedir a livre manifestação de vontade da vítima; se o agressor induziu a vítima em erro, mediante artifício, ardis ou qualquer outro meio de fraude que fosse capaz de diminuir ou eliminar a capacidade de resposta, desejo, intencionalidade da vítima e proceder com a violência sexual; se o agressor tinha alguma condição de superior hierárquico em relação à vítima; se o agressor obteve ou tentou obter alguma vantagem econômica; registro do tipo de atendimento recebido no período (médico, enfermagem, psicológico, assistência social, orientação legal/jurídica) ou outro que tenha existido.

Durante a pesquisa, os dados obtidos dos prontuários médicos das pacientes foram mantidos em anonimato. Para segurança e privacidade das participantes, os dados foram arquivados em banco digital, ao qual apenas os pesquisadores envolvidos tinham acesso. O banco de dados foi estruturado em Microsoft Excel 2010 e o perfil da amostra foi definido segundo as variáveis em questão com valores de frequência absoluta (n), percentual (%) e estatística descritiva das variáveis contínuas com valores de média e desvio-padrão.

Resultados

Foram selecionadas 72 pacientes vítimas de violência sexual no intervalo de tempo definido. Destas,

28 foram excluídas por serem menores de 18 anos; uma paciente foi excluída por ter havido apenas tentativa de violência sexual, e outras duas pacientes foram excluídas pelo fato de os prontuários médicos não terem sido localizados, impedindo, portanto, a coleta de dados. Sendo assim, o total de pacientes estudadas foi de 41 mulheres (n=41). Todos os agressores descritos foram do sexo masculino. Os dados sobre a idade dos agressores não foram encontrados nos prontuários médicos, em nenhum dos casos. Em cinco deles (n=5, 12%) foi relatada a presença de mais de um agressor no ato criminoso.

Entre os locais de ocorrência da violência sexual, 40% aconteceram na rua, enquanto 25% aconteceram na própria residência da vítima. Outros locais relatados foram bar, ponto de ônibus, boate, casa do namorado, casa de amigos, matagal, rodovia, terreno baldio e local de trabalho da vítima. A cidade mais frequente de ocorrência dos crimes foi Campinas (n=21). Para cinco vítimas, a cidade de ocorrência foi diferente da cidade de sua moradia, e para as demais o crime ocorreu na mesma cidade onde residem.

Em relação ao tempo decorrido entre a violência sexual e a procura por atendimento médico, a média encontrada foi de 3.894,79 ± 14.273,64 minutos, com mínima de 180 minutos (3 horas) e máxima de 86.400 minutos (60 dias). Quanto ao horário dos crimes, 42,50% ocorreram entre 0h e 6h (n=17) e 35% entre 18h e 24h (n=14).

A média de idade das participantes foi de 31,46 ± 11,01 anos, com mediana de 27 anos, mínima e máxima de 18 e 62 anos de idade, respectivamente. Os dados referentes à idade, escolaridade e estado civil das vítimas estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Características gerais da população estudada. Intervalo temporal de coleta de dados: 1º de maio a 31 de outubro de 2014. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Campinas, Brasil

	Frequência (n)	%
Idade por faixas (n=41)		
18 a 30 anos	22	54
31 a 40 anos	9	22
41 a 50 anos	7	12
51 a 60 anos	2	5
61 a 70 anos	1	2
Escolaridade (n=39)		
Fundamental completo	14	36
Médio completo	21	54
Superior completo	4	10
Estado civil (n=40)		
Casada	9	22,5
Solteira	31	77,5

Foram considerados dados da variável “profissão” em 38 casos. A profissão relatada em prontuário médico mais frequente foi estudante (13,16%), seguida de auxiliar de limpeza (7,9%). Quatro mulheres referiram situação de desemprego. Outras profissões descritas foram ajudante de cozinha, aposentada, assistente administrativa, atendente, auxiliar contábil, auxiliar de limpeza, auxiliar de produção, doméstica, do lar, balconista, cabeleireira, empacotadora, comerciante, enfermeira, florista, fotógrafa, monitora de abrigo, oficial de justiça, vendedora e operadora de telemarketing.

Os dados obtidos demonstram que das 41 mulheres, 19,50% (n=8) relataram já ter sofrido violência sexual anterior. A procura direta pelo Caism ocorreu em 73,17% dos casos (n=30), enquanto 26,83% (n=11) foram a outra unidade hospitalar antes do atendimento pelo centro de atenção. Foi confirmado vínculo afetivo do agressor com a vítima em 24,40% dos casos (n=10) e vínculo familiar em 7,32% dos casos (n=3).

Não foram encontradas descrições, nos casos avaliados, de relação hierárquica ou vantagem econômica nos crimes cometidos. Houve 9,75% relatos típicos de fraude (n=4) encontrados nos prontuários analisados. Dessa forma, 90,25% dos crimes encontrados na amostra (n=37) foram tipificados de acordo com o Código Penal como estupro e 9,75% (n=4) como violação sexual mediante fraude.

Dos 41 casos, houve conjunção carnal em 29 casos, ato libidinoso em 25 casos, uso de força física em 31 casos e grave ameaça em 15 casos – 46% (n=8) por arma de fogo e 44% (n=7) por arma branca.

Vinte e duas (54%) vítimas sofreram lesão corporal em decorrência da violência sexual, todas classificadas como lesões leves, a partir dos dados dos prontuários médicos. As lesões corporais relatadas foram laceração anal, edema anal, fissura anal, equimoses, hematomas, escoriações, hiperemia e circular em punhos.

Na amostra estudada apenas uma vítima referiu gravidez decorrente de violência sexual, porém esta paciente foi admitida no Caism já em processo de abortamento. Além disso, a procura pelo hospital se deu apenas nessa condição, já com 60 dias após a data da violência sexual, segundo informações dadas pela própria vítima. Das 41 vítimas, duas tiveram doenças infecciosas relacionadas ao ato de violência sexual. Em 10% dos casos (n=4) não houve relatos de recebimento das medidas de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e anticoncepção de emergência.

Um desses quatro casos evoluiu com doença infecciosa. O segundo caso de vítima que teve doença infecciosa recebeu as medidas de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e anticoncepção de emergência.

Para os dados de boletim de ocorrência (BO) foi encontrada frequência desse registro para 56% das vítimas (n=22); no entanto, apenas uma vítima anexou o BO ao prontuário médico e as 21 restantes apenas relataram terem feito o boletim. O exame de corpo de delito foi feito por 10,26% das vítimas (n=4) e orientações legais e/ou jurídicas foram dadas a 18 das 41 vítimas atendidas no Caism. Cabe apresentar, neste momento, o resultado do acompanhamento completo ou não no Caism, até a alta hospitalar. Apenas 12,20% (n=5) das vítimas completaram todo o atendimento proposto, e as demais 36 o abandonaram antes da alta.

Todas as 41 mulheres receberam atendimento médico e de enfermagem no Caism. Quanto à assistência social, 75,61% (n=31) das vítimas foram atendidas por profissionais da área. Houve ainda atendimento psiquiátrico para 75,61% das mulheres (n=31) e psicológico para 73,17% delas (n=30). Transtornos psicológicos foram diagnosticados em 90% das vítimas (n=37), enquanto transtornos psiquiátricos foram diagnosticados em 34% dos casos (n=14). As frequências e tipos de transtorno psicológico e psiquiátrico estão escritos nas Tabelas 2 e 3, respectivamente. Destaca-se a alta frequência (80%) da síndrome do trauma de estupro.

Tabela 2. Frequência de transtornos psicológicos (n=40). Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Campinas, Brasil

Transtorno psicológico	Frequência (n)	%
Angústia	2	5
Vergonha	6	15
Raiva	4	10
Medo de doenças	5	12,5
Nutrição desequilibrada	12	30
Sentimento de impotência	23	57,5
Isolamento social	22	55
Medo	17	42,5
Ansiedade	19	47,5
Náusea	4	10
Síndrome do trauma de estupro	32	80
Humilhação	4	10
Desamparo	3	7,5
Revolta	5	12,5
Culpa	6	15

Tabela 3. Frequência de transtornos psiquiátricos (n=14). Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Campinas, Brasil

Transtorno psiquiátrico	Frequência (n)	%
Depressão	4	28,57
Ideação suicida	1	7,14
Labilidade emocional	1	7,14
Reação aguda ao estresse	3	21,43
Reação de ajustamento	2	14,29
Síndrome depressiva e ansiosa	1	7,14
Transtorno do estresse agudo pós-violência	2	14,29

Discussão

Em se tratando das políticas e esforços públicos para implementar normas reguladoras e legislações sobre violência, Lima e Deslandes¹⁴ abordam a evolução do tema na década de 2000 e referem que, em 2002, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências inaugurou a discussão na década, embora não tratasse diretamente da violência contra as mulheres. Posteriormente, em 2004, foi elaborada a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), que reconhecia a violência contra a mulher como problema de saúde pública.

Nessa mesma época, ampliou-se a quantidade de delegacias especializadas no atendimento à mulher. Em 2005, foram lançados documentos de “Anticoncepção de Emergência”¹⁵ e a “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento”¹⁶, embora algumas redes municipais de saúde não tenham aceitado, de início, a questão do aborto legal. Em 2007 o governo federal lançou o “Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres”¹⁷, com importantes mudanças para as gestões estaduais e municipais, tratando a violência sexual contra a mulher de forma integrada e multidisciplinar.

Além do Brasil, há relatos em outros países do impacto de políticas públicas e legais na violência contra a mulher, que ressaltam a questão da pequena influência dessas medidas legais, uma vez que os agressores são registrados, mas a recidiva do crime continua alta¹⁸. Apesar da existência dessas medidas no Brasil, ainda há necessidade de mais conscientização social sobre o tratamento igualitário entre homens e mulheres, de diminuir todas as formas de violência social e aumentar a punição dos agressores e garantir o treinamento adequado dos trabalhadores da saúde sobre a questão em todo o país, e não somente nos centros de referência estaduais¹⁹.

Embora os casos de violência sejam mais comuns com mulheres²⁰, a Constituição Federal de 1988²¹ considera que homens e mulheres são iguais perante a lei, em direitos e deveres. A Carta Magna expressa ainda, em seu artigo 4º, inciso II, que o Brasil é regido em suas relações internacionais pela prevalência dos direitos humanos. Nesse mérito, encontra-se na mesma fonte a “dignidade da pessoa humana” como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (artigo 1º, Inciso III). Portanto, a violência contra a mulher certamente é violação de direito humano e manifesta também a desigualdade de gênero⁷.

A liberdade sexual caminha ao lado da dignidade sexual e ambas englobam o conceito de dignidade da pessoa humana. Não se pode falar em dignidade sem liberdade de escolha de parceiro sexual, atividade sexual, orientação sexual e expressão sexual livre²². Desde 1993, a violência contra as mulheres foi definida formalmente como violação aos direitos humanos⁶, que inclui, portanto, a violação da liberdade sexual por meio da violência. Nesse âmbito, o Ministério da Saúde, por meio da Área de Saúde da Mulher, desenvolveu uma cartilha com normas técnicas para prevenir e tratar agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes¹⁰, que deve ser seguida pelos serviços de saúde para garantir a dignidade das mulheres vítimas de crimes sexuais.

A cartilha contém normas gerais de atendimento, prevenção a doenças infecciosas, procedimentos em casos de gravidez e interrupção de gravidez, entre outros. Os cuidados às vítimas são fornecidos por profissionais de diferentes áreas de forma interdisciplinar¹¹. Em muitos casos, os serviços de saúde não conseguem adesão completa das vítimas ao tratamento, por sentimentos de medo, raiva e ansiedade, e por causa dos efeitos colaterais de medicamentos antirretrovirais usados na quimioprofilaxia do vírus da aids. Muitas vezes elas preferem não entrar em contato com situações que lembrem a violência sofrida, como consultas médicas ginecológicas e conversas com psicólogos para tratar do assunto, entre outras. Pode ser que os profissionais de saúde estejam despreparados para lidar com a situação, o que acaba gerando sentimento de culpa à mulher^{20,23}.

Para dar apoio jurídico aos profissionais da saúde em relação às vítimas de agressão sexual, o MS dispõe de cartilha com informações sobre boletim de ocorrência, aborto humanitário e exames médicos, entre outras situações legais²⁴. Embora a vítima seja estimulada a registrar BO, a decisão fica a

seu critério, já que não há obrigatoriedade de seguir esse procedimento.

Acerca desses dados, existem ainda outros dispositivos legais mais recentes que reiteram as normas do MS, os dispositivos o Decreto 7.958/2013²⁵ e a Lei 12.845/2013²⁶. Os artigos demonstram, respectivamente, que a vítima de violência sexual tem direito assegurado a atendimento multidisciplinar, a ser informada sobre as condutas que serão realizadas e sobre a importância do registro do BO e do exame do corpo de delito para identificar o agressor, embora, como informado, esses procedimentos não sejam obrigatórios.

Neste estudo, 56% das vítimas (n=22) relatam ter feito o BO. No entanto, apesar dos pedidos da equipe multidisciplinar, apenas um BO foi anexado ao prontuário de uma paciente. Estudo realizado anteriormente na mesma unidade hospitalar indicou que o índice de BO foi semelhante ao encontrado neste levantamento, sendo de 65,2% entre 2006 e 2008 e de 57,2% entre 2009 e 2010. Contudo, a pesquisa não menciona se os dados são provenientes de relatos das pacientes ou se os boletins de ocorrência estavam anexados aos prontuários médicos²⁷. Embora o registro do BO pelas vítimas possa facilitar as investigações policiais e alertar as autoridades de saúde pública e segurança sobre os agressores, os índices podem ser considerados baixos^{23,27,28}.

No caso de mulheres adultas que registram o BO, a maioria dos agressores é desconhecida²⁸. No estudo de Vargas²⁹ foram analisados 444 boletins de ocorrência de estupro de uma Delegacia de Defesa da Mulher na cidade de Campinas, entre 1988 e 1992. O autor caracterizou três tipos de agressores: o primeiro, de meia idade, casado e envolvido em estupro no meio familiar e com mulheres jovens; o segundo, jovem e conhecido da vítima, capaz de cometer o estupro na casa da vítima; e o terceiro, agressor jovem, desconhecido da vítima, esturador de mulheres jovens ou adultas, fora de casa e ameaçando com arma de fogo.

A comparação dos resultados do estudo de Vargas²⁹ com esta pesquisa leva a crer que 68,3% dos agressores se enquadrariam no terceiro tipo descrito, apesar de as vítimas não terem informado a idade de seus agressores. Isso porque apenas a minoria afirma conhecer o agressor, seja por vínculo afetivo (10 casos) ou familiar (3 casos). Considerando que o total da amostra estudada é de 41 mulheres, esses 13 casos perfazem 31,7% do total.

Além da consequência psicológica, a vítima pode ter gravidez resultante do ato de violência.

Neste caso, seu direito de abortar é garantido^{8,10,24}. Aborto, no sentido criminal, significa interrupção da gestação, que pode ocorrer desde a concepção até o início do parto²². Interromper uma gestação é considerado ato criminoso pelo Código Penal⁸, exceto quando em favor da saúde da mãe ou em casos de violência sexual.

O aborto é tido como “humanitário” ou “sentimental” quando há gestação como consequência do estupro. Nesse caso, não há ilicitude nesse ato e o médico não é punido, desde que cumpra dois requisitos: consentimento da gestante ou de seu representante legal (em caso de menor incapaz) e que a gravidez seja de fato resultante do estupro. Esse tipo de aborto é previsto no Código Penal no artigo 128⁸.

Cabe ao médico, que é o responsável pelo procedimento abortivo, certificar-se de que o aborto foi de fato resultante de ato de violência sexual, comparando o tempo de gestação com a data da violência sexual sofrida^{30,31}. De acordo com as normas técnicas já referidas^{10,24}, a interrupção legal da gravidez não é recomendada após 20 semanas gestacionais, embora as condições de saúde da gestante sempre devam ser consideradas³¹. Caso a gravidez esteja avançada e o aborto seja contraindicado, a mulher pode ser orientada quanto a procedimentos de adoção. De qualquer forma, a violência sexual segue fazendo vítimas e multiplicando consequências negativas.

Nesta pesquisa houve apenas um caso decorrente de gravidez por estupro, porém, a vítima deu entrada no hospital já em início de abortamento, relatando ter sido vítima de estupro 60 dias antes, na rua, por mais de um agressor. A vítima era moradora de rua e como não procurou o serviço hospitalar até 72 horas depois do estupro, não recebeu as medidas protetivas contra a gravidez. A falta de conhecimento da vítima de seus direitos de interrupção da gestação em caso de gravidez decorrente de estupro acaba por violar os direitos sexuais das mulheres, que por vezes só tomam conhecimento desses direitos ao procurar o serviço de saúde em decorrência da descoberta da gestação²⁰.

O desconhecimento dos profissionais quanto aos procedimentos de aborto legal e o medo de serem enganados pelas vítimas, cuja gravidez decorrente de estupro é muitas vezes questionada por eles, seja por motivos morais ou religiosos ou falta de treinamento e informação quanto a procedimentos legais oferecidos pelo serviço de saúde em que trabalham, também contribui para a violação desses direitos^{20,32,33}.

Estudo realizado por Duarte e colaboradores³⁴ constatou que dos 1.493 juízes e 2.614 promotores questionados no Brasil, 82% eram a favor do aborto em situação de estupro. Os autores encontraram ainda tendência dos pesquisados à ampliação legal das circunstâncias que permitem o aborto. Vale ressaltar que 69% dos participantes da pesquisa eram do sexo masculino.

Pesquisa semelhante foi desenvolvida por Meireiros e colaboradores³⁵, porém com estudantes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, concluintes dos cursos de medicina e direito. Sobre o conhecimento da existência de aborto legal em caso de estupro, a frequência para os alunos de medicina foi de 100% e para os alunos de direito foi de 87,5%.

Em estudos semelhantes, a maioria dos agressores também era desconhecida, as vítimas eram solteiras e o estupro ocorreu em horário noturno^{27,36}. Já em pesquisa realizada em unidade hospitalar de Sorocaba durante dois anos, com 920 vítimas de violência sexual, 76% relataram que o agressor era conhecido das vítimas, sendo as categorias “amigo”, “padrasto” e “pai” as mais frequentes³⁷. Entretanto, entrevistas domiciliares realizadas com 940 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, 28,9% residentes na cidade de São Paulo e 36,9% na zona da mata do estado de Pernambuco, tiveram ao menos um episódio na vida de violência sexual ou física por parte do parceiro íntimo³⁸.

Assim como em outros estudos nacionais, na maioria dos casos relatados nessa pesquisa as mulheres eram jovens, de baixa escolaridade e solteiras, o que nos leva à reflexão dos motivos que poderiam levar a esse fenômeno: mulheres mais jovens e com baixa escolaridade podem ainda não ter *status* profissional consolidado, gerando possível dependência financeira ao parceiro e, por sua vez, dependência emocional.

No caso das mulheres sem parceiros e que sofrem violência sexual por desconhecidos, a maior frequência de casos de estupro nessas categorias pode ser explicada pela maior vulnerabilidade em que se encontram devido a hábitos sociais das mulheres jovens, o que explicaria a maior frequência de estupros no local “rua” e durante a madrugada^{28,29,39,40}.

Em nosso estudo, 22 (54%) vítimas sofreram lesões corporais em decorrência da violência sexual, todas classificadas como leves, a partir dos dados obtidos dos prontuários médicos. A classificação da gravidade das lesões corporais baseou-se no artigo 129 do Código Penal⁸ que as define como leve, grave

ou gravíssima. Cabe salientar, todavia, que além da violência física definida no código como lesão corporal há outros tipos de sequelas, mormente de ordem psicológica, que causam grande impacto na saúde física e mental das vítimas^{41,42}.

O medo de sofrer novo episódio de violência leva a mulher ao isolamento social, e podem surgir sintomas depressivos que a afetarão durante toda a vida, dependendo da bagagem emocional da vítima e do atendimento recebido⁴². A vontade da vítima após a agressão pode ser a de não procurar atendimento médico, por medo e vergonha de divulgar o evento, além da necessidade de não repetir o ocorrido a fim de esquecer, apagar da memória todo o sofrimento²⁰.

A situação psicológica das vítimas é tão grave que mencionam alívio ao saber que o agressor foi preso ou morto. As sensações relatadas após o estupro são de nojo, medo de engravidar, de encontrar o agressor e de adquirir doenças infecciosas⁴³. No presente estudo, transtornos psicológicos foram diagnosticados para 37 (90%) das vítimas, enquanto transtornos psiquiátricos foram diagnosticados em 14 (34%) casos.

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) foi encontrado em 14,29% das mulheres. Nesse caso, a vítima se esquia e se afasta de tudo o que possa trazer lembranças do trauma sofrido e pode ter sintomas como insônia, irritabilidade e tensão muscular⁴⁴. O conceito de TEPT surgiu após as Grandes Guerras, especialmente depois do holocausto e indica, segundo Schestatsky e colaboradores, *quão ameaçador foi determinado evento traumático*⁴⁵.

Essa tentativa de se distanciar do evento traumático poderia explicar o alto índice de abandono do tratamento antes da alta, pois, em nosso estudo, apenas cinco das 41 vítimas completaram o atendimento proposto de seis meses (12,20%). A resistência dessas vítimas em buscar auxílio ou se manter em tratamento revela o quanto a atenção é negligenciada na prática médica ginecológica^{41,42}.

Na síndrome do trauma de estupro, condição bastante frequente na amostra, os danos psicológicos e emocionais podem ser duradouros. A duração desses danos pode estar associada ao primeiro atendimento que a vítima recebe, ou seja, uma melhor interação entre paciente e equipe de enfermagem é essencial para proporcionar um pouco do autocontrole que a vítima busca em sua reorganização emocional. A assistência à mulher vítima desse crime

precisa ser ampla e multiprofissional, incluindo auxílio psiquiátrico, psicológico, médico e de enfermagem, além de apoio religioso e familiar^{43,46-48}.

A violência sexual traz riscos à saúde física e mental das mulheres, deixando marcas que, por vezes, jamais se apagam e representam danos para a saúde pública mundial, que busca instituir medidas protetivas e preventivas em relação ao tema. No Brasil, o MS criou normas técnicas para prevenir e tratar os agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. As normas são seguidas e discutidas por todo o país, multidisciplinarmente. Apesar da luta mundial contra a violência e, especificamente, em favor das mulheres, ainda há altos índices de violência sexual, seja pelo aspecto cultural ou pelo aspecto legal, pela certeza da impunidade, pela morosidade do judiciário que leva o criminoso a acreditar que “tudo pode” e a vítima a crer que o crime nunca será resolvido.

O tema certamente engloba muitas áreas disciplinares e necessita maior aprofundamento científico e conhecimento minucioso de suas questões. O entendimento do comportamento da vítima, desde o primeiro atendimento até a alta, facilita os estudos e a compreensão de tão considerável assunto. Estima-se que esta pesquisa tenha contribuído científica e socialmente por seu conteúdo informativo em relação ao tema.

Outro fator importante a ser aperfeiçoado é a moralidade da população, que, por não ser estimulada a mudar sua mentalidade, tende a crer que o estupro é “normal”, que a “culpa é da mulher”, entre outros argumentos de cunho misógino amplamente divulgados em redes de notícias. Miguel⁴⁹ critica a divulgação sexista no humorismo e na propaganda, pois, segundo o autor, ajuda a perpetuar essas ideias

e a legitimar a violência sexual contra mulheres, tornando-a fato tido como “natural”.

Considerações finais

Considerando os objetivos propostos e os resultados encontrados nesta pesquisa, conclui-se que as mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Hospital Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti eram na maioria adultas jovens, solteiras, sujeitas a estupro com violência e grave ameaça no local “rua” na mesma cidade em que residiam. As ocorrências de violência sexual foram mais frequentes de madrugada.

O crime de estupro foi o mais frequente. Apesar de mais da metade da amostra relatar o registro de boletim de ocorrência, não se pode confirmar a veracidade dessa informação, pois as cópias dos boletins não foram encontradas nos prontuários médicos correspondentes. Em relação à gravidez decorrente da violência sexual, houve apenas um caso; no entanto, conforme descrito nos resultados, na maioria dos casos estudados, o atendimento proposto pelas normas técnicas para a prevenção e o tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes não foi completo, mesmo com a procura do serviço médico pelas pacientes para agendamento das consultas de retorno.

Como este estudo limita-se a um período de coleta de dados de seis meses, retrospectivamente, sugerem-se estudos complementares com amostra maior e tempo de coleta de dados mais abrangente. Estudos qualitativos também seriam úteis para compreender os motivos que levam as vítimas de violência sexual a não completar o atendimento proposto pelo Ministério da Saúde.

Referências

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. p. 5.
2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;11(Suppl):1163-78.
3. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(N Esp):112-20.
4. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB *et al*. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):797-807.
5. Souza MC, Mendes GFR, Lima SDLM, Santana JMAMP, Oliveira MBB, Silva JS. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha. *Rev Âmbito Jurídico [Internet]*. 2010 [acesso 8 fev 2015];13(77). Disponível: <http://bit.ly/2nJiHgp>
6. Dias MB. A lei Maria da Penha na justiça. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2008.
7. Bortoluzzi A. Comentários acerca da Lei 11.340 de 2006 “Lei Maria da Penha” [TCC]. Campinas: Unisal; 2012.

8. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 31 dez 1940 [acesso 12 dez 2015]. Disponível: <http://bit.ly/18KAH0G>
9. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do Sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(2):246-55.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Moraes SCR, Monteiro CFS, Rocha SS. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(1):155-60.
12. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama.* 2013;310(20):2191-4.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 12 dez 2012 [acesso 15 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/20ZpTyq>
14. Lima CA, Deslandes SF. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde Soc.* 2014;23(3):787-800.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento. Norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília: Presidência da República; 2007.
18. Bonnar-Kidd KK. Sexual offender laws and prevention of sexual violence or recidivism. *Am J Public Health.* 2010;100(3):412-9.
19. Calkins C, Jeglic E, Beatty Jr RA, Zeidman S, Perillo AD. Sexual violence legislation: a review of case law and empirical research. *Psychol Public Policy Law.* 2014;20(4):443-62.
20. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(2):345-53.
21. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 5 out 1988 [acesso 19 out 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1b1J9XW>
22. Silveira AB. Aborto legal: análise da ampliação de hipóteses proposta pelo Projeto de Lei do Senado nº 236/2012 [TCC]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
23. Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia anti-retroviral para a infecção por HIV em mulheres sexualmente vitimadas. *RBGO.* 1999;21(9):539-44.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
25. Brasil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 14 mar 2013 [acesso 15 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2kH5K5I>
26. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 2 ago 2013 [acesso 15 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1x5gFB9>
27. Facuri CA, 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 Saúde Pública.* 2013;29(5):889-98.
28. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(6):547-53.
29. Vargas JD. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo. *Rev Katál.* 2008;11(2):177-86.
30. Silva ED. O aborto e seus aspectos legais. *Ágora.* 2006;2(3):59-63.
31. Figueiredo LSG, Penteado MPS, Lacerda PE, Avellar PCB, Linhares RE, Salles RLA *et al.* Abortamento induzido e gestação decorrente de crime de violência sexual. *Rev Med Minas Gerais.* 2011;21(4 Suppl 6):S1-S143.
32. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.).* 2014;22(2):291-8.
33. Rocha WB, Silva AC, Leite SML, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev. bioét. (Impr.).* 2015;23(2):387-99.
34. Duarte GA, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(3):406-20.
35. Medeiros RD, Azevedo GD, Oliveira EAA, Araújo FA, Cavalcanti FJB, Araújo GL *et al.* Opinião de estudantes dos cursos de direito e medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(1):16-21.
36. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *RBGO.* 2004;26(2):111-6.
37. Campos MAMR, Schor N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. *Saúde Soc.* 2008;17(3):190-200.
38. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS *et al.* Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):299-310.

39. Moura LBA, Lefevre F, Moura V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):1025-35.
40. Rafael RMR, Moura ATMS. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(2):149-53.
41. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orosco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(2):126-35.
42. Labronici LM, Fegadolli D, Correa MEC. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):401-6.
43. Vianna LAC, Bomfim GFT, Chicone G. Autoestima de mulheres que sofreram violência. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(5):1-7.
44. Câmara Filho JWS, Sougey EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):221-8.
45. Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin LH, Abreu PBS, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(1 Suppl):S8-S11. p. 11.
46. Nicolau AIO, Aquino PS, Falcão Junior JSP, Pinheiro ABK. Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em ginecologia com prostitutas. *Rev Rene*. 2008;9(4):91-8.
47. Bastos CL. Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2008;11(2):195-207.
48. Barros LA, Albuquerque MCS, Gomes NP, Riscado JLS, Araújo BRO, Magalhães JRF. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):193-200.
49. Miguel LF. Discursos sexistas no humorismo e na publicidade: a expressão pública, seus limites e os limites dos limites. *Cad Pagu*. 2013;41:95-119.

Correspondência

Ana Isabela Morsch Passos – Universidade Estadual de Campinas. Hospital de Clínicas. Rodovia Professor Zeferino Vaz, 970, Cidade Universitária CEP 13083-970. Campinas/SP, Brasil.

Ana Isabela Morsch Passos – Doutoranda – anaisapassos@gmail.com
Daniela Angerame Yela Gomes – Doutora – yela@unicamp.br
Carolina Lourenço Defilippi Gonçalves – Mestre – carolina.defilippi@gmail.com

Participação dos autores

Ana Isabela Morsch Passos trabalhou na coleta de dados e pesquisa bibliográfica. Daniela Yela e Carolina Defilippi contribuíram com a revisão crítica. Todas as autoras colaboraram para elaboração e redação do projeto e aprovação da versão final do artigo.

