

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NATHALIA LIMA PEREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES DO PROGRAMA DE
ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Porto Alegre

2019

Nathalia Lima Pereira

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES DO PROGRAMA DE
ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Letícia Becker Vieira

Co-orientadora: Ms. Dda. Michelle Dornelles Santarem

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Gerson e Vera por todo carinho, apoio, estímulo e confiança na pessoa ao qual meu tornei. Minha eterna gratidão a vocês. Obrigada por acreditarem em mim até quando eu não acreditava. Essa vitória é nossa!

À minha avó Egínia por toda ternura e acolhida em todos os momentos da vida como também da graduação. Eu te amo muito.

Ao meu companheiro Guilherme pela ajuda, paciência, amor e cumplicidade. Obrigada pela companhia das noites durante a escrita do trabalho, às privações diante do meu cansaço dos estágios e aulas, superamos mais essa. Tu me apoiaste muito.

Aos meus amigos de academia e luta da vida diária Bárbara, Priscila, Gabriela, Rodrigo e Diego pelas conversas constantes das nossas inquietações de mundo e vida. O apoio de vocês foi essencial nesse trajeto concluído.

À minha orientadora Letícia Becker Vieira e Co-orientadora Michelle Santarem por todo auxílio, paciência, cumplicidade e apoio no encerramento final da minha vida acadêmica, não me esquecerei de toda ajuda, muito obrigada.

Ao restante da minha família e amigos pela força dispensada durante os 5 e meio da graduação, desde a minha entrada através da aprovação do vestibular, até a tão chegada colação.

“Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”

Simone de Beauvoir

RESUMO

Introdução: Acerca da magnitude e consequências do problema reconhecido, violência sexual contra a mulher, tem-se como propósito de saúde pública a melhoria do atendimento pós evento às vítimas como também políticas públicas as quais visam condutas de prevenção. **Objetivo:** caracterizar o perfil sócio epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um hospital universitário da região sul do Brasil. **Método:** Estudo transversal descritivo com análise quantitativa de atendimentos por violência sexual entre janeiro de 2000 a dezembro de 2017. As análises estatísticas foram obtidas com o auxílio do software SPSS versão e software Prism 8. **Resultados:** Atendidas 711 vítimas de violência sexual, sendo a maioria mulheres jovens com idade (média) de 24,4 anos, brancas (77,4%) solteiras (75,9%), cerca de 42,1% da amostra apresentam entre 10 a 12 anos de estudo. Quanto à violência sexual 67,2% foi por agressor desconhecido, único (87,1%), na residência (23,3%), cerca de 15,5% intimidadas por ameaça física com arma, 48,4% sucedeu a ejaculação e 72,4% realizaram boletim de ocorrência policial. Iniciado o cuidado multiprofissional e medidas profiláticas de maneira precoce 95,93% em menos de 24 horas. A Area Under the ROC Curve (AUC) para uso de anticoncepcional oral para mulheres vítimas de violência sexual menores de 19 anos foi de 0,67. **Conclusão:** Espera-se que os resultados deste estudo auxiliem na construção de políticas públicas para enfrentamento e prevenção da violência sexual e gestão de modelos de atendimento.

Descritores: Delitos sexuais; Estupro; Delitos sexuais; Violência contra a mulher.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos.....	12
3 MÉTODO	13
3.1 Tipo de estudo	13
3.2 Campo de estudo	13
3.3 Participantes do estudo	13
3.4 Coleta dos dados	14
3.5 Análise dos dados	15
3.6 Aspectos éticos	15
4 RESULTADOS.....	16
Artigo Caderno de Saúde Pública.....	16
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICES	41
Apêndice A – Instrumento de coleta de dados	41
ANEXOS.....	42
Anexo A – Parecer de Aprovação do CEP/HCPA	42
Anexo B - Normas Editoriais da Revista Escolhida (Cadernos de Saúde Pública)	45

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo busca conhecer as variáveis segundo a caracterização de mulheres vítimas de violência sexual, as quais foram atendidas sob o Programa de Atendimento à Violência Sexual em um hospital universitário. Diante a magnitude do problema e sua perpetuação há séculos na sociedade, têm-se estimulado pesquisas multiprofissionais as quais possam constatar como também aprimorar as condutas específicas, de assistência sejam eles médicos ou de maneira jurídica/legal às vítimas de violência sexual.

Há questionamentos sobre a perpetuação da violência contra a mulher em todas as regiões do mundo, uma vez que já se sabe sobre sua incidência e consequências de morbidade e mortalidade das vítimas. Os dados da Organização Mundial da Saúde trazem como diretrizes na violência sexual contra a mulher às taxas e dados de levantamento nacional ou regiões menores, sendo assim estimulando as pesquisas no assunto onde também visam planos de ação, políticas, leis e programas para os múltiplos tipos de violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Além do mais, a temática delineada, configura-se como Prioridade de Pesquisa em Saúde, apontando para questões relacionadas à saúde da mulher, magnitude e compreensão dos problemas de saúde pública a violência de gênero seja ela sexual, doméstica, institucional, entre outras (BRASIL, 2008). Está em curso a discussão de diversos setores profissionais, o que embasa e possibilita a construção de relatórios, conferências e políticas na intenção de tornar coletivo um problema de grande repercussão social, sendo a vida das mulheres que está em jogo (VENIS; HORTON, 2002).

A Organização das Nações Unidas (ONU), na Convenção de Belém do Pará de 1994 definiu a violência contra a mulher como “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada”. Em 1999 a ONU intitula o dia vinte cinco (25) de novembro como sendo o Dia Mundial da Não-violência contra a Mulher (ORGANIZATION UNITED NATIONS, 1994). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência sexual como: “Qualquer ato sexual, ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou direcionados, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção. Pode ser praticada por qualquer pessoa, independentemente da relação com a vítima, e em qualquer cenário, incluindo a casa e o trabalho” e considera a violência como um problema de saúde pública (KRUG et al, 2002).

A violência sexual feminina é um fenômeno complexo que pode ser compreendido a partir de fatores sociais, históricos, culturais e subjetivos, mas não deve ser limitado por nenhum

deles. Além da ideia social, que favorece a invisibilidade dessa violência, como: um problema que só pode ser resolvido pelos agentes envolvidos, subestima a magnitude e suas implicações na vida social das vítimas e suas adjacências (BARALDI, 2012).

Temos no Brasil, em vigor, a Lei nº 11.340 (BRASIL, 2006), mais conhecida socialmente como Lei Maria da Penha, por sua vez, descreve em seu sétimo artigo, alínea três, a violência sexual cometida em contexto de violência doméstica e familiar - ou seja, cometida por alguém da rede social da vítima:

“Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; Que a induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; Que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; Ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006, p. 1).

Essa lei visa também criar mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Por meio da lei houve a complementação também das políticas públicas que visam garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Das formas de violências contra a mulher citadas estão a física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde padronizou o atendimento multidisciplinar para as vítimas de violência sexual por meio da Norma Técnica que orienta a atenção e atendimento no Sistema Único de Saúde dos casos de violência sexual contra mulheres. Está previsto em norma o atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência em que se preconiza o acolhimento e administração de anticoncepção de emergência e a profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis – IST's, doenças virais e bacterianas. Também prevê atendimento às mulheres que solicitam interrupção legal da gestação nos casos de gravidez decorrente de estupro, situação prevista no Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2015; BRASIL, 1940).

A violência contra a mulher, além de ser um grave problema social e de saúde, está associada à vulnerabilidade em relação à saúde sexual e reprodutiva da mulher. A violência contra a mulher é um problema de saúde pública a partir do momento em que as desigualdades baseadas no gênero, como na educação, renda e emprego, criam limites na capacidade das

mulheres protegerem a sua saúde e alcançarem o estado de saúde pleno/completo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A OMS apresenta em sua recente publicação sobre prevenção da violência contra a mulher, fatores de riscos de diferentes esferas da sociedade como um todo os quais corroboram as pesquisas realizadas em países em desenvolvimento. Um fator de risco social apresentado foram os baixos níveis de educação e trabalho, os quais favorecem a sucessão de fatos como: altos níveis de pobreza, normas as quais compactuam com as desigualdades de gênero e a conservação de homens os quais perpetuam com a violência contra a mulher (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A desigualdade econômica, uso indevido de bebidas alcoólicas e práticas parentais inadequadas aumentam a probabilidade de violência sexual contra a mulher, criança, adolescente e violência praticada por parceiro íntimo. De modo que os diferentes tipos de violência compartilham fatores de risco subjacentes e inter-relações importantes. Ainda a posição desigual das mulheres em relação aos homens e o uso normativo da violência para resolver conflitos estão associados tanto violência sexual cometida por não parceiros quanto à violência dos parceiros. Muito embora países venham implantando estratégias para modificar tais normas sociais e culturais, considera-se que é preciso maior investimento em estratégias eficazes para promoção de políticas públicas de gênero equitativas e no aumento do poder da mulher, para prevenir violência sexual contra a mulher (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No que tange a magnitude do problema, cita-se que há poucos estudos de base populacional, que limita a percepção das prevalências de violência sexual no mundo. A violência sexual em países da África e Ásia apresenta-se nas pesquisas com maiores prevalências que na Europa, EUA e Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Globalmente em torno de $\frac{1}{3}$ da população feminina já passaram por experiências físicas e/ou de violência sexual por um parceiro íntimo durante toda a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Em estudo brasileiro, a prevalência foi de 3,1 % de violência sexual contra mulheres ao longo da vida (MONDIN et al, 2016).

Segundo o Mapa da Violência de 2015, as taxas de homicídio contra a mulher no Brasil tem aumentado progressivamente desde 2007, chegando a 4,8 casos de homicídios femininos/100.000 habitantes em 2013 (WAISELFISZ, 2015). Dentre as diferentes formas de violência contra a mulher, o estupro apresenta uma incidência média diária de 21,9 mulheres

procurando atendimentos em serviços de saúde por violência sexual e 14,2 mulheres/dia notificadas como vítimas de estupro (FACURI et al, 2013).

Um estudo no Rio de Janeiro apresenta que embora a subnotificação de casos de violência sexual seja elevada, a prevalência e as consequências individuais e coletivas são graves assim tornando-a um problema de saúde pública mundial, mas que vem sendo continuamente negligenciado. Considerando isso, este estudo traz o perfil sociodemográfico de mulheres com prevalência de idade superior à 19 anos, raça branca, solteiras, sem filho e empregadas, como também relacionado à violência sexual e ao primeiro atendimento de 691 mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um serviço universitário (FACURI et al, 2013).

Estudo publicado por Sandalowski et al. revelou que o número de ocorrências policiais contra as mulheres, em Santa Maria, Erechim e Santana do Livramento, variaram entre 66 a 361 casos , entre os anos de 2005 e 2009 (SANDALOWSKI et al, 2017). Esses autores relataram que, apesar das leis existentes, existe uma dificuldade em operacionalizar os direitos sociais às mulheres.

O relatório sobre a violência no mundo publicado pela OMS descreve que de 20 a 60% das mulheres não contam a ninguém ou não procuram ajuda institucional, para informar a violência causada por parceiro íntimo, o que gera um risco favorável a desenvolver problemas com o alcoolismo, depressão e tentativas de suicídio, quando comparadas com mulheres que não sofreram violência pelo parceiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A violência sexual atinge diversas fases da vida do gênero feminino como a infância, adolescência, adulta e idosa produzindo traumas para quem sofre. Além de atravessar as diversas faixas etárias também perpassa fronteiras territoriais e nações permeando as mulheres independente de raça-etnia, classe social ou religiões (BRASIL, 2012).

As vítimas de violência sexual podem sofrer consequências comportamentais, sociais e de saúde mental, além dos agravos à saúde sexual e reprodutiva como transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, abortos ilegais, perda da libido, sangramento vaginal, irritação vaginal, infecção do trato urinário, dor pélvica e gravidez indesejada (BAIGORRIA et al, 2017). No que tange os problemas emocionais a curto ou longo prazo, destaca-se o risco de suicídio, depressão e abuso e dependência de substâncias psicoativas (MONDIN et al, 2016).

Os profissionais de saúde têm papel importante tanto no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual como também na identificação desses casos não notificados, para isso há a necessidade de conhecimento crítico e reflexivo das desigualdades de gênero,

legitimadas na nossa sociedade. Conforme pesquisas sejam realizadas, com intuito de caracterizar as mulheres as quais foram vítimas de violência sexual, haverá maior possibilidade de reflexão interprofissional do atendimento e condutas designadas as mesmas nos diversos níveis de atenção à saúde (BARALDI, 2012; DUARTE et al, 2015).

Todavia, em serviços de saúde os quais aderem de maneira majoritária os protocolos e normas de organização do atendimento e as condutas a serem tomadas junto às vítimas de violência sexual, com a preparação prévia de acolhimento das demandas clínicas e não clínicas por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, se demonstrou favorável no contato das pacientes com os profissionais (MELCHIORS et al, 2015).

Do ponto de vista do manejo clínico, o atendimento humanizado realizado por profissionais da saúde capacitados deve seguir protocolos que garantam o tratamento clínico de possíveis lesões, cuidados preventivos contra infecções por doenças sexualmente transmissíveis, avaliação para risco de gravidez e o acesso rápido à assistência psicológica e abordagem social.

Desenvolvimento de estratégias de prevenção e protocolos de tratamento eficientes que atendam às diferentes necessidades e características das vítimas de violência sexual em nossa população, partem do conhecimento das prevalências e do perfil sociodemográfico (MASSARO et al, 2019).

Nesse sentido, ao considerar a magnitude da violência sexual e os significativos impactos à saúde das mulheres e nas relações de gênero estudos deste cunho são relevantes a fim de dar visibilidade a este agravo e subsidiar políticas públicas que contemplem a diminuição e enfrentamento deste tipo de violência contra as mulheres. Pretende-se, neste estudo, produzir o conhecimento de caracterizar e analisar o perfil sócio epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um hospital universitário da região sul do Brasil, serviço de saúde este, referência para o atendimento de vulneráveis expostos à violência sexual desde abril de 2000 até os dias atuais. Como também, conseqüentemente, explorar o atendimento dispensado às mesmas, o qual contribuirá na discussão acerca de abordagens e ações do problema violência sexual no âmbito dos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os perfis das mulheres vítimas de violência sexual atendidas em hospital universitário da Região Sul do Brasil entre 2000 e 2017.

2.2 Específicos

- Identificar as características das vítimas de violência.
- Identificar as características da violência.
- Identificar o atendimento dispensado às vítimas em um hospital de referência.
- Analisar a variável uso de anticoncepção oral como fator de proteção de gravidez decorrente de violência.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal descritivo analítico, realizado entre abril de 2000 a dezembro de 2017, na Unidade de Emergência Ginecológica em um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

Este delineamento de estudo buscou contribuir como um retrato real da população alvo da pesquisa, pois, por meio do estudo da frequência e da distribuição de algum evento a partir das variáveis ligadas à pessoa, lugar e tempo permite descrever um perfil epidemiológico das populações sob o problema escolhido, possibilitando intervenções de saúde de maneira coletiva (NETO et al, 2013).

Autores apontam diferentes classificações de pesquisas quanto aos seus objetivos, dentre estas encontram-se as descritivas e exploratórias, sendo a primeira quando há um levantamento de dados e o porquê dos mesmos como no caso do estudo apresentado, e a segunda quando há a necessidade de uma investigação do objeto de estudo pois o assunto escolhido apresenta pouca quantidade de informações (BOENTE; BRAGA, 2004; RAUP; BEUREN, 2006)

A realização da coleta de dados com busca em prontuários conta com vantagens, sendo a principal de ser uma fonte rica e estável de dados, não necessita do contato com a amostra estudada, apresenta baixo custo e subsistência ao longo do tempo, porém, entre as limitações deste tipo de pesquisa encontram-se a pouca qualidade quando grande falta de registro de informações nos prontuários (GIL, 2008).

3.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade de Emergência Ginecológica de um hospital universitário da região Sul do Brasil. O local conta com o Programa de Atendimento à violência Sexual desde o ano de 2000, sendo disponibilizado o atendimento de maneira holística às vítimas de violência sexual, uma vez que conta com equipe multiprofissional de: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social entre outras categorias profissionais.

3.3 População e Amostra

Pacientes femininas, com 11 anos de idade ou mais, com registro e prontuário, que foram atendidas em caráter de urgência na Unidade de Emergência Ginecológica de um hospital

universitário. As vítimas foram divididas em dois subgrupos: subgrupo 1 pacientes de idade até 24 anos e subgrupo 2 pacientes a partir de 25 anos. Essa separação deu-se pelo resultado da análise da média de idades entre as mulheres da amostra. Vítimas masculinas e as que não aguardaram o atendimento foram excluídos. Para mulheres que foram vítimas em mais de um evento de violência sexual neste período, foi considerado apenas o primeiro atendimento.

3.4 Coleta dos dados

Os dados foram obtidos a partir dos prontuários das pacientes que foram atendidas na Emergência Ginecológica a partir de um instrumento elaborado para esse fim (APÊNDICE 1) e foram armazenados e analisados em um banco de dados no Excel. A amostra foi por conveniência e incluiu todos os casos atendidos num período de 18 anos.

Os dados foram digitados no programa Excel® por dois digitadores diferentes (MM e MDS), sendo estes posteriormente comparados para o controle de possíveis erros de digitação a fim de reduzir vieses de informação.

As variáveis escolhidas para serem analisadas foram: idade (em anos), raça /cor (por auto declaração), estado civil, escolaridade (anos de estudo), ocupação, uso de método contraceptivo, dados relacionados com a caracterização da violência sexual (local de ocorrência da violência, características do agressor, existência ou não de relacionamento prévio entre o agressor e a vítima, número de agressores, forma de intimidação, tipo da agressão, existência ou não de ejaculação, primeira agressão ou repetida, existência do registro de ocorrência policial, faixa etária presumida do agressor) foram avaliados como variáveis do estudo. Os dados do atendimento da emergência, tempo transcorrido entre o evento e o primeiro atendimento, profilaxias fornecidas, encaminhamentos para vacinação para hepatite B e para acompanhamento ambulatorial, também foram avaliados.

3.5 Análise dos dados

As variáveis quantitativas foram avaliadas por média e desvio-padrão se tivessem uma distribuição Gaussiana, verificada através do teste de Kolmogorov–Smirnov. Caso contrário, os dados seriam apresentados como mediana e intervalo de confiança de 95%. A média da idade das vítimas foi comparada entre as que estavam ou não usando contraceptivos quando sofreram a violência.

A análise estatística foi descritiva utilizando porcentagem e intervalo de confiança de 95%, média com desvio padrão. Por ser um estudo transversal, a razão de prevalência foi calculada para as associações. A identificação da idade com maior probabilidade de não estar utilizando algum método contraceptivo foi verificado através da curva ROC (*receiver operator characteristics*). As análises estatísticas foram realizadas com o programa *SPSS* e *Prism 8*, para Mac, GraphPad Software, San Diego, Califórnia USA.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número CAAE = 84939318000005327. Os autores do projeto se comprometem a seguir as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Resolução 466/12 e a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados HCPA. Concordam, igualmente, que estas informações foram utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações estão sendo divulgadas de forma anônima, visando evitar a possibilidade de quebra de confidencialidade.

Este estudo foi conduzido metodologicamente conforme as diretrizes STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) e conforme a lista de verificação que contém 22 itens, denominada STROBE Statement.

4. RESULTADOS

Violência sexual contra a mulher em um Hospital Universitário em uma região do Sul do Brasil: perfil epidemiológico*¹

Michelle Dornelles Santarem¹

Mariane Marmontel²

Nathalia Lima Pereira³

Letícia Becker Vieira⁴

Ricardo Francalacci Savaris⁵

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS e Enfermeira Assistencial do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA.

² Médica Ginecologista do Serviço de Emergência e Coordenadora do Programa de Atenção Multiprofissional às pessoas vítimas de violência Sexual do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA.

³ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS.

⁵ Médico Ginecologista. Doutor em Medicina. Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFRGS e Chefe do Unidade de Emergência Ginecológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA.

Correspondência:

Michelle Dornelles Santarém

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - Faculdade de Medicina - Campus Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

R. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Porto Alegre/RS CEP: 90035003

Telefone: +55 (51) 33085620

Email: michesantarem@gmail.com

¹ Artigo a ser submetido ao Caderno Saúde Pública (CSP).

RESUMO

Introdução: Acerca da magnitude e consequências do problema reconhecido, violência sexual contra a mulher, tem-se como propósito de saúde pública a melhoria do atendimento pós evento às vítimas como também políticas públicas as quais visam condutas de prevenção. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sócio epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um hospital universitário da região sul do Brasil. **Método:** Estudo transversal analítico com atendimentos por violência sexual entre janeiro de 2000 a dezembro de 2017. As análises estatísticas foram obtidas com o auxílio do software SPSS. **Resultados:** Atendidas 711 mulheres vítimas de violência sexual, sendo a maioria mulheres jovens com idade (média) de 24,4 anos, brancas (77,4%) solteiras (75,9%), cerca de 42,1% da amostra apresentam entre 10 a 12 anos de estudo. Quanto à violência sexual 67,2% foi por agressor desconhecido, único (87,1%), na residência (23,3%), cerca de 15,5% intimidadas por ameaça física com arma, 48,4% sucedeu a ejaculação e 72,4% realizaram boletim de ocorrência policial. Iniciado o cuidado multiprofissional e medidas profiláticas de maneira precoce 95,93% em menos de 24 horas). A AUC para uso de anticoncepcional oral para mulheres vítimas de violência sexual menores de 19 anos foi de 0,67. **Conclusão:** Espera-se que os resultados deste estudo auxiliem na construção de políticas públicas para enfrentamento e prevenção da violência sexual e gestão de modelos de atendimento às vítimas de violência sexual com suas demandas agudas e não agudas.

Palavras-Chaves: Violência sexual; Estupro; Delitos sexuais; Violência contra a mulher.

INTRODUÇÃO

A violência sexual, uma das formas de abuso e agressão contra a população do sexo feminino, é considerada uma violência de gênero, reconhecida como uma grave violação de direitos humanos e um problema de saúde pública (1). É definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS como ato ou tentativa de obter um ato sexual, investidas ou comentários indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando a coerção, este tipo de violência é predominantemente perpetrado por homens e afeta uma grande proporção de mulheres no mundo (2,3). Pode ser praticada por qualquer pessoa, independentemente da relação com a vítima, e em qualquer cenário, incluindo a casa e o trabalho (4).

No que tange a magnitude do problema, cita-se que há poucos estudos de base populacional, que limita a percepção das prevalências de violência sexual no mundo. A violência sexual em países da África e Ásia apresenta-se nas pesquisas com maiores prevalências que na Europa, EUA e Brasil (5). Em estudo brasileiro, a prevalência foi de 3,1 % de violência sexual contra mulheres ao longo da vida (6).

As vítimas de violência sexual podem sofrer consequências comportamentais, sociais e de saúde mental, além dos agravos à saúde sexual e reprodutiva como transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, abortos ilegais, perda da libido, sangramento vaginal, irritação vaginal, infecção do trato urinário, dor pélvica e gravidez indesejada (5). No que tange os problemas emocionais a curto ou longo prazo, destaca-se o risco de suicídio, depressão, abuso e dependência de substâncias psicoativas (6).

A desigualdade econômica, uso indevido de bebidas alcoólicas e práticas parentais inadequadas aumentam a probabilidade de violência sexual contra a mulher, criança ou adolescente e violência praticada por parceiro íntimo. De modo que os diferentes tipos de violência compartilham fatores de risco subjacentes e inter-relações importantes. Ainda a posição desigual das mulheres em relação aos homens e o uso normativo da violência para resolver conflitos estão associados tanto a violência sexual cometida por não parceiros quanto à violência dos parceiros. Muito embora países venham implantando estratégias para modificar tais normas sociais e culturais, considera-se que é preciso maior investimento em estratégias eficazes para promoção de normas de gênero equitativas e no aumento do poder da mulher, para prevenir violência sexual contra a mulher (7).

No Brasil, o Ministério da Saúde padronizou o atendimento multidisciplinar para as vítimas de violência sexual por meio da Norma Técnica que orienta a atenção e atendimento no Sistema Único de Saúde dos casos de violência sexual contra mulheres. Está previsto em norma

o atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência em que se preconiza o acolhimento e administração de anticoncepção de emergência e a profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis – IST's, doenças virais e bacterianas. Também prevê atendimento às mulheres que solicitam interrupção legal da gestação nos casos de gravidez decorrente de estupro, situação prevista no Código Penal Brasileiro (8).

Do ponto de vista do manejo clínico, o atendimento humanizado realizado por profissionais da saúde capacitados deve seguir protocolos que garantam o tratamento clínico de possíveis lesões, cuidados preventivos contra infecções por doenças sexualmente transmissíveis, avaliação para risco de gravidez e o acesso rápido à assistência psicológica e abordagem social. O desenvolvimento de estratégias de prevenção e protocolos de tratamento eficientes que atendam as diferentes necessidades e características das vítimas de violência sexual em nossa população, partem do conhecimento das prevalências e do perfil sociodemográfico (9).

Nesse sentido, ao considerar a magnitude da violência sexual e os significativos impactos à saúde das mulheres e nas relações de gênero estudos deste cunho são relevantes a fim de dar visibilidade a este agravo e subsidiar políticas públicas que contemplem a diminuição e enfrentamento deste tipo de violência contra as mulheres. O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil sócio epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um hospital universitário da região sul do Brasil, serviço de saúde este, referência para o atendimento de vulneráveis expostos à violência sexual desde abril de 2000 até os dias atuais.

MÉTODOS

Este estudo foi conduzido metodologicamente conforme as diretrizes STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) (10) e conforme a lista de verificação que contém 22 itens, denominada STROBE Statement.

Desenho e Localização do estudo

Estudo transversal analítico, o período de estudo foi realizado entre abril de 2000 a dezembro de 2017, na Unidade de Emergência Ginecológica em um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

População e Amostra

Pacientes femininas, com 10 anos de idade ou mais, com registro e prontuário, que

foram atendidas em caráter de urgência na Unidade de Emergência Ginecológica. As vítimas foram divididas em dois subgrupos: subgrupo 1 pacientes de idade até 24 anos e subgrupo 2 pacientes a partir de 25 anos. Essa separação deu-se pelo resultado da análise da média de idades entre as mulheres da amostra. Vítimas masculinas e as que não aguardaram o atendimento foram excluídos. Para mulheres que foram vítimas em mais de um evento de violência sexual neste período, foi considerado apenas o primeiro atendimento.

Variáveis

Idade (em anos), raça /cor (por auto declaração), estado civil, escolaridade (anos de estudo), ocupação, uso de método contraceptivo, dados relacionados com a caracterização da violência sexual (local de ocorrência da violência, características do agressor, existência ou não de relacionamento prévio entre o agressor e a vítima, número de agressores, forma de intimidação, tipo da agressão, existência ou não de ejaculação, primeira agressão ou repetida, existência do registro de ocorrência policial, faixa etária presumida do agressor) foram avaliados como variáveis do estudo. Os dados do atendimento da emergência, tempo transcorrido entre o evento e o primeiro atendimento, profilaxias fornecidas, encaminhamentos para vacinação para hepatite B e para acompanhamento ambulatorial, também foram avaliados.

Fonte dos dados/medidas

Os dados foram coletados a partir dos prontuários eletrônicos das pacientes e de um banco de dados eletrônico, desenvolvido especificamente para esse fim pela unidade de emergência ginecológica.

Vieses

Os dados foram digitados no programa Excel® por dois digitadores diferentes (MM e MDS), sendo estes posteriormente comparados para o controle de possíveis erros de digitação a fim de reduzir vieses de informação.

Tamanho da amostra

A amostra foi por conveniência e incluiu todos os casos atendidos num período de 18 anos.

Variáveis quantitativas

As variáveis quantitativas foram avaliadas por média e desvio-padrão se tivessem uma distribuição Gaussiana, verificada através do teste de Kolmogorov–Smirnov. Caso contrário, os dados seriam apresentados como mediana e intervalo de confiança de 95%. A média da idade das vítimas foi comparada entre as que estavam ou não usando contraceptivos quando sofreram a violência.

Métodos estatísticos

A análise estatística foi analítica utilizando porcentagem e intervalo de confiança de 95% (95 IC), média com desvio padrão. Por ser um estudo transversal, a razão de prevalência foi calculada para as associações. A identificação da idade com maior probabilidade de não estar utilizando algum método contraceptivo fsetoi verificado através da curva ROC (*receiver operator characteristics*). As análises estatísticas foram realizadas com o programa SPSS e Prism 8, para Mac, GraphPad Software, San Diego, Califórnia USA.

Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número CAAE = 84939318000005327.

RESULTADOS

Participantes

Entre 18 abril de 2000 e 31 dezembro de 2017, 711 vítimas de violência sexual foram triadas para consulta. Não houve exclusões.

Dados descritivos

A média de idade (desvio padrão) foi de 24,4 (10) anos (mínima: 11, máxima: 68 anos), mediana de 21,6 anos. Dessas 77,4% brancas, 75,9% solteiras, em 42,1% das vítimas possuíam entre 10 a 12 anos de estudos. Em relação a atividade laboral, 31,4% ativas. Dentre as vítimas de violência sexual 60,5% não utilizavam nenhum método contraceptivo. Os métodos contraceptivos mais prevalente no restante da amostra foram: 26,3% anticoncepcional oral, seguido de 3,4% ligadura tubária, 1,4% dispositivo intrauterino. 1,8% das vítimas encontravam-se gestantes na ocasião da violência (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das vítimas de violência sexual no período estudado.

Características	Total	Até 24 anos		25 anos ou mais		Valor p
	N (%)	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	
Idade	711(100)	455 (64,8)		247 (35,2)		<0,001*
Média/ DP	24,4 (10,0)	18,5 (3,1)	18,2-18,7	35,1 (9,2)	33,9 – 36,2	
Mediana / AIQ	21,6 (12)	18,4 (5)		32,3 (12)		
Mín-Máx.	11-68	11-24		25-68		
Raça						0,485**
Branca	550 (77,4)	351 (77,1)	73,0-80,9	199 (77,7)	72,1-82,7	
Negra e parda	154 (21,7)	98 (21,5)	17,8-25,6	56 (21,9)	17-27,4	
Ignorado	7 (1)	6 (1,3)	0,5-2,8	1 (0,4)	0,0-2,2	
Estado Civil						<0,001**
Solteira	540 (75,9)	408 (89,7)	86,5-92,3	132 (51,6)	45,3-57,8	
Casada	100 (14,1)	35 (7,7)	5,4-10,5	65 (25,4)	20,2-31,2	
Separada	55 (7,7)	6 (1,3)	0,5-2,8	49 (19,1)	14,5-24,5	
Viúva	9 (1,3)	0 (0)	0,0-0,0	9 (3,5)	0,1-6,6	
Ignorado	7 (1)	6 (1,3)	0,5-2,8	1 (0,4)	0,0-2,2	
Escolaridade						<0,001**
10 - 12 anos	299 (42,1)	197 (43,3)	38,7-48,0	102 (39,8)	33,8-46,1	
≤ 9 anos	256 (36)	178 (39,1)	34,6-43,8	78 (30,5)	24,9-36,5	
13 anos ou mais	87 (12,2)	35 (7,7)	5,40-10,5	52 (20,3)	15,6-25,8	
Ignorado	60 (8,4)	40 (8,8)	6,40-11,8	20 (7,8)	0,48-11,8	
Analfabeta	9 (1,3)	5 (1,1)	0,4-2,5	4 (1,6)	0,4-4,0	
Ocupação						<0,001**
Empregada***	223 (31,4)	89 (19,6)	16,0-23,5	134 (52,3)	46,0-58,6	
Estudante	218 (30,7)	204 (44,8)	40,2-49,5	14 (5,5)	0,3-9,0	

Ignorado	199 (28,0)	128 (28,1)	24,0-32,5	71 (27,7)	22,3-33,7
Outras ****	71 (9,9)	34 (7,5)	0,5-10,3	37 (14,5)	10,4-19,4
Método					<0,001**
Contraceptivo					
Nenhum	430 (60,5)	304 (66,8)	62,3-71,1	126 (49,2)	42,9-55,5
ACO	187 (26,3)	125 (27,5)	23,4-31,1	62 (24,2)	19,1-29,9
Ignorado	37 (5,2)	23 (5,1)	3,2-7,5	14 (5,5)	3,0-9,0
LT	24 (3,4)	1 (0,2)	0-1,2	23 (9)	5,8-13,2
Menopausa	18 (2,5)	0 (0)	0-0	18 (7)	4,2-10,9
DIU	10 (1,4)	2 (0,4)	0,1-1,6	8 (3,1)	1,4-6,1
Outro	5 (0,7)	0 (0)	0-0	5 (2,0)	0,6-4,5

*Mann-Whitney ** Teste qui-quadrado de Pearson *** Incluídas todas as ocupações

**** Aposentada, desempregada, dona de casa.

ACO: Anticoncepcional oral / LT: Ligadura Tubária/ DIU: Dispositivo intrauterino

No que diz respeito à caracterização da violência sexual, 23,3% ocorreu na residência, seguido de via pública 12,2% e 2,7% no trabalho, aproximadamente 55,6% não caracterizou o local de ocorrência da violência. Com relação ao tipo de intimidação à vítima 15,5% abordadas com arma (fogo ou arma branca). A forma de agressão mais frequente foi à física 19,5%, verbal 6,8% e mista 2,3%. A violência foi praticada por agressor desconhecido em 67,2% dos casos, agressor único 87,1%, 48,4% sucedeu a ejaculação em 48,4% dos casos. O boletim de ocorrência policial foi realizado por 72,4% mulheres (tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das violências sexuais à população estudada

Características	Total	Até 24 anos		25 anos ou mais		Valor p
	N (%)	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	
Primeira ocorrência deste tipo	711(100)					0,143**
Sim	525 (73,8)	347 (76,3)	72,1-80,1	178 (69,5)	63,5-75,1	
Não	37 (5,2)	22 (4,8)	3,1-7,2	15 (5,9)	3,3-9,5	
Ignorado	149 (21)	86 (18,9)	15,4-22,8	63 (24,6)	19,5-30,4	
Local da Ocorrência						0,036**
Ignorado	395 (55,6)	263 (57,8)	53,1-62,4	132 (51,6)	45,3-57,8	
Residência	166 (23,3)	108 (23,7)	19,9-27,9	58 (22,7)	17,7-28,3	
Via Pública	87 (12,2)	55 (12,1)	9,2-15,4	32 (12,5)	8,7-17,2	
Outros	44 (6,2)	21 (4,6)	2,9-7,0	23 (9)	5,8-13,2	
Trabalho	19 (2,7)	8 (1,8)	0,8-3,4	11 (4,3)	2,2-7,6	

Tipo de Abordagem						0,236**
Ignorado	508 (71,4)	334 (73,4)	69,1-77,4	174 (68)	61,9-73,6	
Com Arma	110 (15,5)	68 (14,9)	11,8-18,6	42 (16,4)	12,1-21,5	
Sem Arma	93 (13,1)	53 (11,6)	8,8-15,0	40 (15,6)	11,4-20,7	
Forma de Agressão						0,037**
Ignorado	508 (71,4)	334 (73,4)	69,1-77,4	174 (68)	61,9-73,6	
Física	139 (19,5)	81 (17,8)	14,4-21,6	58 (22,7)	17,7-28,3	
Verbal	48 (6,8)	34 (7,5)	5,2-10,3	14 (5,5)	3,0-9,0	
Mista	16 (2,3)	6 (1,3)	0,5-2,8	10 (3,9)	1,9-7,1	
Sucedeu a Ejaculação						0,500**
Sim	344 (48,4)	216 (47,5)	42,8-52,2	128 (50)	43,7-56,3	
Ignorado	342 (48,1)	225 (49,5)	44,8-54,1	117 (45,7)	39,5-52	
Não	25 (3,5)	14 (3,1)	1,7-5,1	11 (4,3)	2,2-7,6	
Número de Agressores						0,095**
Único	619 (87,1)	397 (87,3)	83,8-90,2	222 (86,7)	81,9-90,6	
Múltiplos	73 (10,3)	42 (9,2)	6,7-12,3	31 (12,1)	8,4-16,7	
Ignorado	19 (2,7)	16 (3,5)	2,0-5,6	3 (1,2)	0,2-3,4	
Relação com o Agressor						0,840**
Desconhecido	478 (67,2)	304 (66,8)	62,3-71,1	174 (68)	61,9-73,6	
Conhecido	207 (29,1)	133 (29,2)	25,1-33,6	74 (28,9)	23,4-34,9	
Ignorado	26 (3,7)	18 (4)	2,4-6,2	8 (3,1)	1,4-6,1	
Idade presumida do agressor						0,163**
Ignorado	553 (77,8)	360 (79,1)	75,1-82,8	193 (75,4)	69,6-80,5	
21-30 anos	79 (11,1)	50 (11)	8,3-14,2	29 (11,3)	7,7-15,9	
31 anos ou mais	40 (5,6)	21 (4,6)	2,9-7,0	19 (7,4)	4,5-11,3	
Até 20 anos	21 (3)	10 (2,2)	1,1-4,0	11 (4,3)	2,2-7,6	
41 anos ou mais	18 (2,5)	14 (3,1)	1,7-5,1	4 (1,6)	0,4-4,0	
Realizou registro policial?						0,145**
Sim	515 (72,4)	336 (73,8)	69,6-77,8	179 (69,9)	63,9-75,5	
Ignorado	157 (22,1)	91 (20)	16,4-24,0	66 (25,8)	20,5-31,6	
Não	39 (5,5)	28 (6,2)	4,1-8,8	11 (4,3)	2,2-7,6	

** Teste qui-quadrado de Person

Das características do atendimento de emergência dispensado às mulheres na primeira consulta destaca-se que 86,1% receberam a profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis – IST's

e 87,3% para HIV 85,7% prescrição de vacina para hepatite B, 16,3% prescrição de imunoglobulina para hepatite B, 54,7% anticoncepção de emergência. Após a avaliação médica apenas 1,8% apresentaram lesão física (tabela 3). Em relação ao tempo da ocorrência da violência e a provimento do primeiro na emergência 59,3% ocorrem em até 24 horas, 34% ocorreram entre 24 a 72 horas e por fim 6,6% receberam atendimento após 72 horas do ocorrido. Foi realizado encaminhamento para acompanhamento psiquiátrico ou psicológico em 36,4% dos casos e retorno ambulatorial para avaliação em 69,9% vítimas.

Tabela 3 - Descrição do atendimento de emergência dispensado às vítimas após a violência sexual

Características	Total N (%)	Até 24 anos		25 anos ou mais		Valor p
		n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	
Presença de Lesões Físicas						0,237**
Sim	13 (1,8)	7 (1,5)	0,6-3,1	6 (2,3)	0,9-5	
Não	527 (74,1)	330 (72,5)	68,2-76,6	197 (77)	71,3-82	
Ignorado	171 (24,1)	118 (25,9)	22-30,2	53 (20,7)	15,9-26,2	
Profilaxia para IST's						0,130**
Sim	612 (86,1)	399 (87,7)	84,3-90,6	213 (83,2)	78-87,6	
Não	10 (1,4)	4 (0,9)	0,2-2,2	6 (2,3)	0,9-5	
Ignorado	89 (12,5)	52 (11,4)	8,7-14,7	37 (14,5)	10,4-19,4	
Profilaxia para HIV						0,150**
Sim	621 (87,3)	404 (88,8)	85,5-91,5	217 (84,8)	79,8-88,9	
Não	40 (5,6)	20 (4,4)	2,7-6,7	20 (7,8)	4,8-11,8	
Ignorado	50 (7)	31 (6,8)	4,7-9,5	19 (7,4)	4,5-11,3	
Profilaxia Hepatite B						0,404**
Sim	609 (85,7)	395 (86,8)	83,4-89,8	214 (83,6)	78,5-87,9	
Não	52 (7,3)	29 (6,4)	4,3-9	23 (9)	5,8-13,2	
Ignorado	50 (9,7)	31 (6,8)	4,7-9,5	19 (7,4)	4,5-11,3	
Imunoglobulina Hepatite B						0,258**
Sim	116 (16,3)	82 (18)	14,6-21,9	34 (13,3)	9,4-18,1	
Não	50 (7)	342 (75,2)	70,9-79,1	203 (79,3)	73,8-84,1	
Ignorado	545 (76,7)	31 (6,8)	4,7-9,5	19 (7,4)	4,5-11,3	
Anticoncepção no SE						<0,0001**
Sim	389 (54,7)	278 (61,1)	56,4-65,6	111 (43,4)	37,2-49,7	
Não	272 (38,3)	146 (32,1)	27,8-36,6	126 (49,2)	42,9-55,5	
Ignorado	50 (7)	31 (6,8)	4,7-9,5	19 (7,4)	4,5-11,3	
Gestação na ocasião						0,157**
Sim	13 (1,8)	11 (2,4)	1,2-4,3	2 (0,8)	0,1-2,8	
Não	454 (63,9)	282 (62)	57,3-66,5	172 (67,2)	61,1-72,9	
Ignorado	244 (34,3)	162 (35,6)	31,2-40,2	82 (32)	26,4-38,1	
Uso de Anticoncepcional						<0,0001**
Sim	244 (34,3)	128 (18)	24-32,5	116 (45,3)	39,1-51,6	
Não	430 (60,5)	304 (66,8)	62,3-71,1	126 (49,2)	42,9-55,5	
Ignorado	37 (5,2)	23 (5,1)	3,2-7,5	14 (5,5)	3-9	
Encaminhamento psiquiátrico						0,791**
Sim	259 (36,4)	164 (36)	31,6-40,6	95 (37,1)	31,2-43,3	

Não	272 (38,3)	172 (37,8)	33,3-42,4	100 (39,1)	33-45,3	
Ignorado	180 (25,3)	119 (26,2)	22,2-30,4	61 (23,8)	18,7-29,5	
Retorno ambulatorial ginecológico						0,344**
Sim	497 (69,9)	311 (68,4)	63,9-72,6	186 (72,7)	66,8-78	
Não	208 (29,3)	139 (30,5)	26,3-35	69 (27)	21,6-32,8	
Ignorado	6 (0,8)	5 (1,1)	0,4-2,5	1 (0,4)	0-2,2	

** Teste qui-quadrado de Pearson

Principais resultados/Outras análises

A mediana da idade das vítimas em uso de contraceptivos (n=215) foi significativamente maior, quando comparada com as que não estavam utilizando (n=496) nenhum método (24 vs. 20; $P < 0,0001$ - Mann Whitney test.). Na análise da curva ROC (Figura 1), o ponto de corte para identificar mulheres sem o uso de contraceptivo foi de 19 anos. Dos dados disponíveis, somente 70 de 386 com menos de 19 anos estava em uso de algum método contraceptivo, enquanto que mulheres com ≥ 19 anos, 111 de 131 estavam usando algum método contraceptivo (Razão de Prevalência= 1,65; Risco Relativo=2,5 95%IC=1,96 a 3,2). A força da acurácia prognóstica do uso de anticoncepcional oral para pacientes vítimas de violência menores de 19 anos foi confirmada com uma AUC de 0,67 (IC95%: 0,63-0,71; $p < 0,0001$).

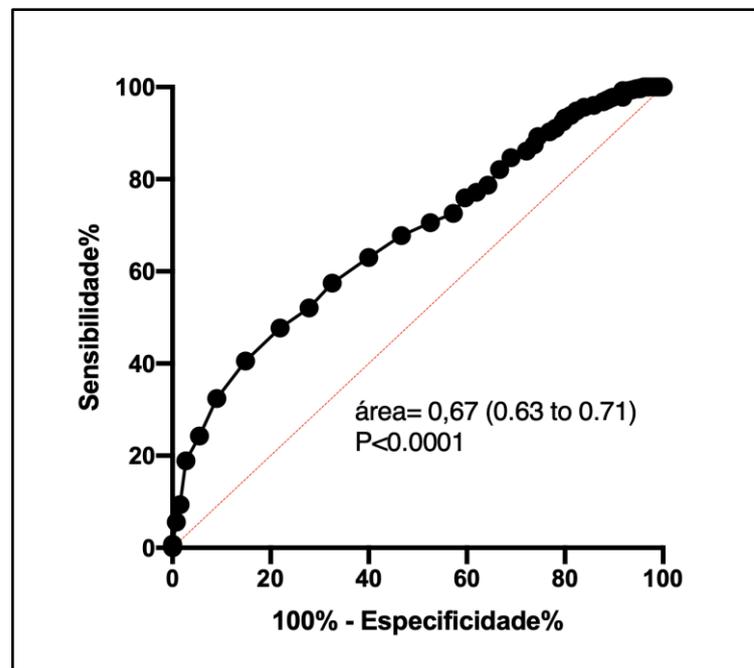


Figura 1: Curva ROC do uso de anticoncepcional oral em vítimas de violência sexual em menores de 19 anos.

DISCUSSÃO

No que tange o perfil sociodemográfico composto por mulheres jovens, solteiras, com escolaridade compatível com a média nacional (10,1 anos). Neste estudo, a maioria das mulheres que sofreram violência sexual, são brancas, condição esta que pode estar relacionada à predominância na população do estado (81,5%), mas também deve-se observar as condições de vida das mulheres negras e conseqüentemente o acesso das mesmas aos serviços de saúde(11). O racismo pode ser analisado através de três dimensões sociais: a pessoal através da imersão do sentimento de inferioridade ou superioridade de raças, o interpessoal uma vez em que há omissões e negligências quanto à raça/cor e o institucional onde há evidências de menor acesso à informação, participação social e recursos à saúde. Em relação aos subgrupos, aquelas menores de 24 anos eram estudantes e as acima de 25 anos a maioria estava empregada. Os achados são compatíveis com demais estudos nacionais e internacionais (12, 13, 14, 15, 16). Estudo aponta que entre os fatores associados à violência sexual sofridas pelas mulheres, estão os sociodemográficos, como a idade, a escolaridade e o emprego. Ter acesso à educação e renda, são fatores de enfrentamento e proteção às violências de gênero, sendo 60 % menor a chance de sofrerem violência sexual nesses casos(17).

O episódio da violência sexual pode se dar de duas maneiras: em um ato ou de maneira mais agravante, a mulher pode ser exposta mais de uma vez, por repetição. Das mulheres atendidas no estudo em tela, 5,2% já haviam sofrido algum episódio de violência sexual em outro momento da vida, dado inferior ao encontrado em estudos nacionais e internacionais. Estes apresentam resultados superiores, variando entre 20% - 95% da amostra analisada (12, 18, 19, 20). Outro estudo exploratório de violência sexual com desfecho de gravidez, no estado de Santa Catarina, indicam a característica violência de repetição em 12% dos casos (21). Um estudo americano, apresenta dados estimativos onde 35% das mulheres as quais vivenciaram violência sexual na adolescência sofreram revitimização durante a vida adulta (22).

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 (21).

Os resultados do presente estudo demonstram que 1,8% das mulheres estavam grávidas na ocorrência da violência sexual, o que diverge de estudo nacional, o qual caracteriza mulheres vítimas de violência e aponta que cerca de 10% da amostra estão gestantes no momento da agressão (18). A partir disso faz-se a reflexão de quais as condutas específicas quando prestação de atendimento e manejo clínico das intervenções às mulheres vítimas de violência sexual, uma

vez que mulheres gestantes não estão contempladas com uma secção exclusiva na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (8).

Quanto às características da violência, os achados deste estudo corroboram com dados nacionais, os quais apontam predominância quanto ao agressor único, desconhecido, com intimidação física, seguido de abordagem com arma, contato via vaginal, seguido de ejaculação, provável idade do agressor entre 21 e 30 anos e local de agressão em residência, seguido de via pública (12, 13, 14, 16, 23, 24). Não foi possível analisar relação entre o tipo de agressor e o local onde o estupro foi perpetrado. A violência sexual, se apresenta como uma das maiores transgressões dos direitos humanos das mulheres, essa a qual justifica suas condutas perante a construção de gênero, uma vez que enfatiza a violência e dominação na sexualidade masculina como naturais (25). O último relatório de violências apresentado pela Vigilância de Violência e Acidentes apresenta resultados de violência contra a mulher, as quais 33% são violentadas em suas residências com estupro vaginal isolado em 50,2% (26).

Sobre o atendimento emergencial dispensado às vítimas foram identificadas que: não apresentavam lesões físicas que necessitaram intervenção (cirúrgica e reparativa), já haviam iniciado atividade sexual anteriormente, não estavam gestando, não faziam uso de método anticoncepção no momento da violência, o atendimento se sucedeu de maneira precoce, isto é, antes de 72h da violência, o qual favorece com que as intervenções profiláticas e de anticoncepção sejam seguras e efetivas. Os achados corroboram aos estudos nacionais e internacionais, contestando que a procura da mulher aos serviços de saúde, de maneira precoce, se dá por vezes quando a mesma se sente segura e acolhida no momento pós-violência, essa conduta é protagonizada muitas vezes pela família da vítima. A partir do atendimento precoce, de modo holístico e eficiente como o preconizado pela Norma Técnica (2012) mesmo que apresente limitações de implementação quanto a estruturação e organização dos serviços terciários, percebe-se potencialidades quanto à restauração da integridade física e psíquica desta vítima, sejam elas de maneira medicamentosa profilática ou de acolhida e acompanhamento psicológico e psiquiátrico (12, 19, 20, 21, 27, 24, 28).

O atendimento dispensado no hospital universitário apresenta conformidade ao preconizado segundo a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. A mesma apresenta que a anticoncepção de emergência (AE) têm eficácia que oscila conforme o número de horas, quando apresenta falha seis vezes superior quando administrada 72 horas após o ato. Quanto a profilaxia de Infecções

Sexualmente Transmissíveis (IST's) não virais, não requer urgência clínica, entretanto a Profilaxia Pós-exposição para HIV (PEP) têm como recomendação início inferior à 72 horas. A Imunoglobulina Humana Anti Hepatite B pode ser administrada até 14 dias após violência, mas com recomendação nas primeiras 48 horas, como também iniciar esquema vacinal da Hepatite B. A partir das recomendações, percebe-se que o atendimento prestado pelos profissionais de saúde de um serviço de saúde do SUS possibilitam no atendimento às vítimas o acolhimento, a segurança e os manejos clínicos efetivos e seguros, quando iniciados o mais breve possível (8).

Contribuindo com a continuidade do atendimento qualificado, os dados revelam que vítimas receberam encaminhamentos nos ambulatórios de trauma da ginecologia e da psiquiatria. Infere-se que o acompanhamento de profissionais os quais possam identificar e intervir transtornos psicológicos e psiquiátricos pós violência, os quais apresentam risco de serem desenvolvidos, como: síndrome do trauma de estupro, sentimento de impotência, depressão e transtorno de estresse agudo pós-violência. Esses transtornos repercutem na saúde física e mental do segmento feminino exposto a situações de violência sexual (8, 19, 28, 29, 30).

Sobre o registro do boletim de ocorrência policial destaca-se a prática em 72,4% dos casos apresentados neste estudo, mas outros trabalhos apontam percentual inferior ao encontrado. Estudo nacional realizado com 41 mulheres de média idade na cidade de Campinas, apresentou frequência de 56% de registro de boletim de ocorrência (20). Trata-se de uma informação a qual não se pode verificar a veracidade, uma vez que esse documento não está disponível nos prontuários eletrônicos das instituições analisadas. Embora não seja obrigatório a ocorrência do Boletim de Ocorrência policial para o atendimentos, percebe-se que grande parte das mulheres exploradas puderam-se perceber enquanto vítimas de agressão e assim buscar acesso a outros pontos da rede de atenção e acolhimento à mulher.

Em relação ao uso do anticoncepcional, 60,5% das mulheres no momento da agressão não estavam em uso deste método contraceptivo, sendo que a porcentagem aumenta nas pacientes com idade igual ou inferior a 24 anos para 66,8%. Em estudo realizado no município de São Paulo com adolescentes de 15 a 19 anos, mostrou que 90% das adolescentes tinham conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, entretanto são citadas principalmente fontes informais, sendo irrisória a contribuição de profissionais e instituições de saúde (23). Das mulheres participantes da pesquisa, cerca de 26% estava fazendo uso de método contraceptivo anticoncepcional oral hormonal (ACO). Esse resultado é inferior ao encontrado na literatura

nacional, o qual indica que cerca de 1/3 da população feminina utiliza ACO (31). O mesmo estudo apresenta que a maioria das mulheres entre a faixa etária de 15 a 49 anos as quais faziam uso de ACO com desembolso próprio referiram a tentativa de retirada do medicamento no SUS. Isto, representa uma necessidade não atendida pelo serviço público, o qual corrobora com o risco de gravidez proveniente de uma violência sexual. A partir disso, permita-se discutir a promoção e acesso da anticoncepção orientada em mulheres jovens, não somente com vistas a diminuir os índices de gravidez indesejada, mas também de gravidez decorrente de violência sexual, uma vez que esta foi a faixa etária mais atingida.

A partir da magnitude da violência sexual na sociedade atual, observada e analisada no artigo e outros estudos, perante os avanços conquistados no atendimento à saúde da mulher, para que este seja prestado de maneira acolhedora e holística veem direção oposta a luta feminista, discursos conservadores o qual se materializa no Projeto de Emenda Constitucional 29/2015 o qual altera a legalização do aborto nos casos já previstos em lei. O que poderá resultar na redução dos direitos sexuais da mulher como também na estagnação de investimento nas políticas públicas que visem a redução dos casos e o atendimento específico à violência de modo humanizado, como a prática do aborto legal, já previsto no Código Penal Brasileiro desde 1940 (32)

Entende-se que o delineamento transversal retrospectivo, por si só, possui limitações, a validade e confiabilidade dos dados de 18 anos, pode haver viés de informação, em função do tempo transcorrido da coleta dos dados. Além disso, verificou-se que os registros da equipe multiprofissional no prontuário eletrônico dos pacientes, por vezes são sucintos, dificultando a busca de detalhes da violência em si, para o preenchimento adequado e fidedigno dos dados.

Políticas públicas de proteção e atenção aos direitos da mulher vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos, em especial com o aprimoramento da legislação pertinente e de normas e princípios para o enfrentamento da violência contra a mulher. No tangente às atribuições dos serviço de saúdes reforça-se a importância de realização de estudos com maior abrangência nos serviços não só de referência, mas de toda a rede de atendimento integrante do SUS, em prol da melhor notificação dos casos, minimização dos danos às vítimas, possibilitando-se assim a punição dos culpados (33).

CONCLUSÃO

A partir da contextualização do estudo sobre a violência sexual contra a mulher, considerada um problema de saúde pública pelas circunstâncias geradas após o ato, seus danos físicos, psicológicos e psicossociais, realizou-se a busca e análise dos dados sociodemográficos, às características da violência e do primeiro atendimento, buscando contribuir para um possível retrato social do problema coletivo que é a violência sexual e o aperfeiçoamento das políticas de saúde voltadas a essa situação.

Reitera-se assim, a necessidade da expansão e aperfeiçoamento de políticas públicas voltadas para a prevenção da violência sexual, relacionando-as com o atendimento de urgência, acolhimento, seguimento psicossocial territorializado a partir das demandas crônicas e/ou não agudas das mulheres vítimas.

O entendimento da gravidade da situação reforça algumas necessidade de condutas do setor público, para que se possa, enquanto políticas públicas e serviços de saúde, trabalhar no atendimento de urgência de modo ágil, humanizado, acolhedor, com seguimento médico e psicossocial das demandas posteriores não agudas, como também na prevenção deste ato de grande expressão de quebra dos direitos humanos das mulheres.

O presente estudo demonstra a relevância do uso de método contraceptivo em mulheres jovens e em idade fértil para a prevenção da gestação decorrente de violência sexual. Políticas públicas devem ser fomentadas para estímulo precoce de uso de anticoncepção, para evitar gestações não programadas a estas vítimas alinhadas a mobilização da sociedade para o enfrentamento à violência sexual na construção de uma nova cultura de proteção e respeito aos direitos humanos de meninas e mulheres.

Por fim, reforçamos a importância de serviços e programas de saúde voltados a essa temática, como o disponibilizado pelo serviço de saúde o qual foi campo da pesquisa, na oferta de um atendimento de qualidade e seguro às mulheres ao longo destes dezoito anos.

Considera-se como limitação do estudo a fonte dos dados, prontuários de saúde, conhecidamente como uma fonte passível de subnotificação, o que dificulta a obtenção de estimativas fidedignas deste evento.

Conflitos de Interesses:

Os autores da pesquisa não possuem potenciais conflitos de interesse com relação à pesquisa, autoria, e/ou publicação deste artigo.

Financiamento

Não há.

REFERÊNCIAS

1. DELZIOVO, Carmem Regina ; NAZÁRIO, Nazaré Otília ; COELHO, Elza Berger Salema ; BOLSONI, Carolina Carvalho . Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil . Cad. Saúde Pública [online]. 2017, vol.33, n.6 [citado 2019-06-12], e00002716. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/139/caractersticas-dos-casos-de-violencia-sexual-contra-mulheres-adolescentes-e-adultas-notificados-pelos-servios-pblicos-de-sade-em-santa-catarina-brasil>. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00002716>.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
3. 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.
4. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review [Internet]. Vol. 383, The Lancet. 2014. p. 1648–54. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62243-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62243-6).
5. Baigorria J, Warmling D, Neves CM, Delziovo CR, Coelho EBS. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática [Internet]. Vol. 19, Revista de Salud Pública. 2017. p. 818–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n6.65499>
6. Mondin TC, de Azevedo Cardoso T, Jansen K, Konradt CE, Zaltron RF, de Oliveira Behenck M, et al. Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study [Internet]. Vol. 21, Ciência & Saúde Coletiva. 2016. p. 853–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.10362015>
7. World Health Organization. United Nations Development Programme and the United Nations Office on Drugs and Crime. Global Status Report on Violence Prevention, 2014. Available from: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Massaro LTS, Adesse L, Laranjeira R, Caetano R. Estupros no Brasil e relações com o consumo de álcool: estimativas baseadas em autorrelato sigiloso. Cad. Saúde Pública 2019; 35(2):e00022118. doi: 10.1590/0102-311X00022118
10. *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-Contínua), 2016 (acessado em 19/jun/2019).
12. Facuri C de O, Fernandes AM dos S, Oliveira KD, Andrade T dos S, Azevedo RCS de. Sexual violence: a descriptive study of rape victims and care in a university referral center in São Paulo State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2013;29(5):889–98.
13. Mutta D dos S, dos Santos Mutta D, Yela DA. Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study [Internet]. Vol. 135, Sao Paulo Medical Journal. 2017. p. 363–368. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2017.0048150317>.
14. Sousa, MMM, Silva NC. Análise das ocorrências de violência sexual contra mulheres atendidas em um serviço de referência[Internet]. Vol. 20, Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2019. p. 195-199. Available from: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i4a3>.
15. Barbero BS, Pereira PL, Barrio G, Vives-Cases C. Intimate partner violence against young

- women: prevalence and associated factors in Europe [Internet]. Vol. 72, Journal of Epidemiology & Community Health. 2018. p. 611-616. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2017-209701>.
16. Jessel L, Mateu-Gelabert P, Guarino H, Vakharia SP, Syckes C, Goodbody E et al. Sexual Violence in the Context of Drug Use Among Young Adult Opioid Users in New York City [Internet]. Vol. 32, Journal of Interpersonal Violence. 2015. p. 2929-2954. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260515596334>.
17. Puri M, Frost M, Tamang J, Lamichhane P, Shah I. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal [Internet]. BMC Res Notes. 2012; 5: 291. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-5-291>
18. Sinimbu RB, Mascarenhas MDM, Silva MMA da, Carvalho MGO de, Santos MR dos, Freitas MG. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014 [Internet]. Vol. 1, Revista Saúde em Foco. 2016. p. 03-16. Available from: <http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/19>.
19. Passos AIM, Gomes DAY, Gonçalves CLD. Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas [Internet]. Vol. 26, Revista Bioética. 2018. p. 67-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261227>.
20. Amaral LB de M, Vasconcelos TB de, Sá FE de, Silva ASR da, Macena RHM. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção [Internet]. Vol. 24, Revista Estudos Feministas. 2016. p. 521-540. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>.
21. Delziovo CR, Coelho EBS, d'Orsi E, Lindner SR, . Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil [Internet]. Vol. 23, Ciência e Saúde Coletiva. 2018 Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>.
22. Merrick MT, Basile KC, Zhang X, Smith SG, Kresnow M. Characterizing Sexual Violence Victimization in Youth: 2012 National Intimate Partner and Sexual Violence Survey [Internet]. Vol. 54, American Journal of Preventive Medicine. 2018. p. 596-599. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.014>
23. Souto RMCV, Rayone Moreira Costa, Barufaldi LA, Nico LS, de Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014 [Internet]. Vol. 22, Ciência & Saúde Coletiva. 2017. p. 2811–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>
24. Cerdas L, Arroyo C, Gómez A, Holst I, Angulo Y, Vargas M et al. Epidemiology of rapes in Costa Rica: Characterization of victims, perpetrators and circumstances surrounding forced intercourse [Internet]. Vol. 242, Forensic Science International. 2014. p. 204-209. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2014.06.006>.
25. Giffin K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. Vol. 10, Caderno de Saúde Pública [Internet]. 1994. p. 146-155. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500010>.
26. Ministério da Saúde. Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014. 2017 [Internet]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf
27. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil [Internet]. Vol. 24, Cadernos de Saúde Pública. 2008. p. 2551–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008001100010>.

28. Paquette G, Martin-Storey A, Bergeron M, Dion J, Daigneault I, Hebert M et al. Trauma Symptoms Resulting From Sexual Violence Among Undergraduate Students: Differences Across Gender and Sexual Minority Status [Internet]. Vol. 42, Journal of Interpersonal Violence. 2019. p. 1-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260519853398>.
29. Costa MS, Sefarim MLF, Nascimento ARS do. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012 [Internet]. Vol. 24, Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015. p. 551-558. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300022>
30. Xu Y, Olfson M, Villegas L, Okuda M, Wang S, Shang-Min L et al. A Characterization of Adult Victims of Sexual Violence: Results From the National Epidemiological Survey for Alcohol and Related Conditions[Internet].Vol. 76, Journal Psychiatry Interpersonal and Biological Processes. 2013. p. 223-240. Available from: <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2013.76.3.223>.
31. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi, AD et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil [Internet]. Vol. 50, Revista de Saúde Pública. 2016. p. 1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006176>.
32. Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [Internet]. 1940. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm.
33. Pinto LSS, Oliveira IMP de, Pinto ESS, Leite CBC, Melo A do N, Deus MCBR de. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual [Internet]. Vol. 22, Revista de Ciência saúde coletiva. 2017. p. 1501-1508. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>.
34. Werneck, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade [online]. 2016, v. 25, n. 3 [Acessado 18 Julho 2019] , pp. 535-549. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAIGORRIA, Judizeli et al . Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. **Rev. salud pública**, Bogotá , v. 19, n. 6, p. 818-826, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000600818&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n6.65499>.> Acessado em: 20 set. 2018.
- BARALDI, Ana Cyntia Paulin et al . Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 12, n. 3, p. 307-318, Sept. 2012 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300010&lng=en&nrm=iso> . Acessado em 16 jun 2017.
- BOENTE, A; BRAGA, G. Metodologia científica contemporânea. Rio de Janeiro: Brasport, 2004
- BRASIL, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe também sobre a criação dos juzizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e altera o código penal **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2006.
- BRASIL, Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. 1 ed. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2015.
- BRASIL, Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. 3 ed. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL, Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 1 ed. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acessado em: 25 jun 2018.
- Convenção de Belém do Pará, **ONU**, jun 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>> . Acesso em 28 maio 2017.
- DUARTE, Maiara Cardoso et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 68, n.2, p. 325-332, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200325&lng=en&nrm=iso> . Acessado em 06 jun. 2017.
- FACURI, Cláudia de Oliveira et al . 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**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, p. 889-898, May 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Oct. 2017.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- KRUG, Etienne G et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1> Acessado em 15 out. 2018.

MASSARO, Luciana Teixeira dos Santos et al . Estupros no Brasil e relações com o consumo de álcool: estimativas baseadas em autorrelato sigiloso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, e00022118, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000205014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 abr. 2019. Epub 14-Mar-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022118>

MELCHIORS, Luciane et al. Análise da experiência de mulheres atendidas em um serviço de referência para vítimas de violência sexual e aborto previsto em lei, Caxias do Sul, Brasil. **Reprodução & Climatério**, Caxias do Sul, v. 30, n. 2, p.54-57, maio 2015.

MONDIN, Thaíse Campos et al . Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 853-860, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300853&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.10362015>.

NETO, A. S. L. et al Epidemiologia descritiva: características e possibilidades de uso. In: ROUQUAYROL, M.Z., GURGEL M. (Org.). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

RAUPP, Fabiano Maury. Metodologia da Pesquisa Aplicada às Ciências Sociais. In: BEUREN, Ilse Maria. **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade. Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 2006. p. 20-42. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33863767/metodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_ciencias_sociais.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMetodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_cie.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190620%2Fus-east-1%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190620T224013Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=796b4a9ac46b3df824740f7e0b0a33ed4b9100f53a4ff1fcf135fd654db14a10>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SANDALOWSKI, Marie Cleise et al. Violência contra mulheres no Brasil e no Uruguai: As experiências da Lei Maria da Penha e da Lei de Violência doméstica. **Século Xxi - Revista de Ciências Sociais**, Santa Maria, n. 1, p.235-262, jan. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/view/25580>>. Acesso em: 08 maio 2019.

Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. Disponível em: <<https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>> Acessado em 01 jun.2019.

VENIS, Sarah; HORTON, Richard. Violence against women: a global burden. **The Lancet**, London, v. 359, n. 1, p.1172-1172, abr. 2002. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08251-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08251-X.pdf)>. Acesso em: 08 nov. 2018.

WAISELFISZ, Julio. Jacobo. **Mapa da Violência 2015**. Homicídio de Mulheres no Brasil. Instituto Flacso, São Paulo, 2015. Disponível em:<www.mapadaviolencia.org.br> . Acesso em 01 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children**. Geneva, 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>> Acessado em: 02 out 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência.** Geneva, 2014. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086>> Acessado em: 01 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Respect Women: Preventing violence against women.** Geneva, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1>> Acessado em 05 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Understanding and addressing violence against women.** Geneva, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1>. Acessado em 20 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence prevention in the South-East Asia Region.** India, 2015. Disponível em: <http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5178.pdf>. Acessado em 15 out. 2018.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- 1- Idades: < 14 () 14-20 () 20-30 () 30-40 () 40-50 ()
50-60 () >60 () não descrito ()
- 2- Etnia: branca () preta () mista () oriental () não descrito ()
- 3- Escolaridade: não alfab () 1º grau inc () 1º grau completo ()
2º grau inc () 2º grau compl 3º grau inc ()
3º grau compl () não descrito ()
- 4- Registrou ocorrência policial? Sim () Não () não descrito ()
- 5- Realizou exame de corpo de delito? Sim () Não () não descrito ()
- 6- Tempo até o atendimento: <24h() até 72h() depois de 72h() não descrito()
- 7- Local da abordagem (próximo a): residência () trabalho () escola ()
atividade de lazer () outro () não descrito ()
- 8- Nº de agressores:1() 2() 3() + de 3() não descrito() ou só único ou múltiplo?
- 9- Agressor: desconhecido() conhecido mas sem relacionamento() familiar ()
ex- parceiro () conhecido com algum relacionamento ()
autoridade () não descrito ()
- 10- Tipo de intimidação:com arma()força física()ameaça verbal() não descrito ()
-
- 11- Atividade sexual anterior? Sim () Não () não descrito ()
- 12- Gestante no momento da violência? Sim () Não () não descrito ()
- 13- Contato sexual: vaginal () anal () oral () 2 ou mais () não descrito ()
- 14- MAC: nenhum () ACO/hormonal () DIU () LT () menopausa ()outro
() não descrito () Ou apenas sim ou não?
- 15- Medicação fornecida: anticoncepção de emergência ()
profilaxia ARV () profilaxia DST ()
- 16- Atendimento psicológico? Sim () Não () não descrito ()
- NO SEGUIMENTO:
- 17- Aderência : apenas 1ª consulta () apenas 2 consultas ()
3 ou mais consultas () teve alta ()
- 18- Usou ARV? Sim () corretamente? () parcialmente ? ()
Não () por ordem médica () por efeito colateral ()
- 19- Gestação resultante: sim () não ()
- 20- Positivação de exame: anti HIV sim () não ()
anti HCV sim () não ()
HbsAg sim () não ()

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO CEP UFRGS/HCPA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.607.641

Clínicas de Porto Alegre (HCPA) vítimas de violência sexual, entre 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2017. Espera-se, com isso, revisar 730 prontuários institucionais. Estudo descritivo. Os dados serão obtidos a partir dos prontuários das pacientes que foram atendidas na Emergência do HCPA a partir de um instrumento elaborado para esse fim e serão armazenados em um banco de dados no Excel para posterior análise.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dispensa TCLE.

TCUD em conformidade.

Recomendações:

Corrigir o objetivo geral no registro do projeto na Plataforma Brasil, pois somente foi corrigido no projeto em pdf.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.565.794 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 03/04/2018. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto de 03/04/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para consulta aos registros de prontuários de 730 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) Para que possa ser realizado, o projeto deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.
- c) O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.
- d) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.
- e) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- f) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico das pacientes do Programa de Atendimento à violência Sexual no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Pesquisador: Letícia Becker Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84939318.0.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.607.841

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo que analisará os casos de violência sexual contra a mulher atendidas na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Realizar uma análise descritiva dos perfis das mulheres vítimas de violência sexual atendidas em hospital universitário de referência de Porto Alegre entre anos e ano.

Objetivos Secundários:

Identificar as características (local, nº. agressor/es) da violência.

Identificar o atendimento dispensado às vítimas em um hospital de referência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por ser um projeto retrospectivo, com consulta a prontuários, existe sempre o risco de quebra de confidencialidade.

Como possíveis benefícios identifica-se a potencial contribuição para o estudo do tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo revisará os dados de prontuários dos pacientes atendidos na Emergência do Hospital de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7840

Fax: (51)3359-7840

E-mail: caphcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.607.841

Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1078196.pdf	03/04/2018 14:47:07		Aceito
Outros	carta.docx	03/04/2018 14:45:33	Leticia Becker Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ppesquisa.pdf	03/04/2018 14:44:48	Leticia Becker Vieira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	form.pdf	12/03/2018 08:25:37	Leticia Becker Vieira	Aceito
Outros	tud.pdf	28/02/2018 12:37:17	Leticia Becker Vieira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	delegacao.pdf	28/02/2018 12:36:34	Leticia Becker Vieira	Aceito
Folha de Rosto	folhar.pdf	19/02/2018 13:35:58	Leticia Becker Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Abril de 2018

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3350-7840 Fax: (51)3350-7840 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO B – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 **Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 **Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 **Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 **Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 **Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
- 1.6 **Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.7 **Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

- 2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
- 2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.
- 3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](http://www.anzctr.nz.gov/)
- b) [ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov/)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](http://www.isrctn.com/)
- d) [Nederlands Trial Register \(NTR\)](http://www.trialregister.nl/)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](http://www.umin.ac.jp/ctr/)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](http://www.ictpr.com/)

4. Fontes de financiamento

- 4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

- 5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

- 6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](http://www.icmje.org/), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:
 - 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
 - 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
 - 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

- 7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

- 8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).
- 8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- 8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.