

ARTIGO ORIGINAL**Perfil de mulheres vítimas de abuso sexual atendidas em hospital de ensino***Profile of abused women attended at a teaching hospital*

Ana Maria Guimarães Cabral¹, Ana Carolina R. Buissa¹, Carolina C. Carnier¹, Eliane Tiemi Miyazaki², Delzi Vinha Nunes de Gongora³, Eliane R. Lucânia⁴, Carla Giovanna Belei Martins⁵, Eduardo Santos Miyazaki⁵, Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki⁶.

¹Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

²Psicóloga do Projeto Acolher do Hospital de Base-FUNFARME, Mestranda em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

³Médica, Coordenadora do Projeto Acolher do Hospital de Base-FUNFARME, Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

⁴Psicóloga do Hospital de Base-FUNFARME, Mestranda em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

⁵Psicólogos, Aprimorandos do Serviço de Psicologia do Hospital de Base-FUNFARME, mestrandos em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

⁶Psicóloga, Livre Docente do Laboratório de Psicologia e Saúde e Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

Resumo

Introdução: A violência é hoje um importante problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. **Objetivo:** Caracterizar vítimas de violência sexual atendidas pelo Projeto Acolher do Ambulatório de Doenças Infecto-Parasitárias do Hospital de Base de São José do Rio Preto no período de 2001 a 2012. **Casuística e Método:** estudo descritivo retrospectivo, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, cujos dados foram colhidos a partir das fichas de atendimento. **Resultados:** Foram atendidas no período de onze anos 260 vítimas: a maioria era do sexo feminino (91,15%), com idade entre 1 e 73 anos (média: 18,27). Os agressores eram conhecidos em 50,77% dos casos e 28,47% tinham parentesco com a vítima. As agressões ocorreram na rua (33,08%), na residência da própria vítima (30,77%) ou na residência do agressor (15,77%). A maioria das vítimas atendidas (52,3%) realizou profilaxia para HIV; 52,69% abandonaram o seguimento ambulatorial; 32,7% receberam alta; e 13,06% ainda estão em seguimento. **Conclusão:** As vítimas foram principalmente mulheres jovens e metade dos agressores eram pessoas conhecidas. A maioria dos episódios de violência ocorreu na rua e nas residências da vítima e do agressor. Mais da metade abandonou o acompanhamento ambulatorial, embora este seja considerado altamente relevante para a saúde de vítimas de violência. Conhecer as características das vítimas e as situações em que ocorre a agressão auxilia no delineamento de propostas preventivas e de intervenção.

Descritores: Violência Sexual; Prevalência; Mulheres Maltratadas.

Abstract

Introduction: Violence is an important public health concern, especially in developing countries. **Objective:** Was to describe victims of sexual violence treated by the "Projeto Acolher" at the Infectious Disease Medicine Outpatient Clinic, Hospital de Base, São José do Rio Preto, São Paulo, during the period of 2001-2012. **Patients and Methods:** retrospective descriptive study, approved by an Ethics Committee, with data collected from medical records. **Results:** A total of 260 victims were assisted in the 11 years period: the majority was female (91.15%), 1 to 73 years old (mean: 18.27). Aggressors were known to the victims in 50.77% of the cases and 28.47% were related to the victim. Aggressions occurred on the streets (33.08%), at the victims' home (30.77%) or at the aggressor's home (15.77%). More than half of the victims (52.3%) received prophylaxis for HIV; 52.69% abandoned treatment; 32.7% were discharged; and 13.06% are still in treatment. **Conclusion:** To know victims' characteristics and circumstances where abuse occurred helps designing prevention and intervention programs. Victims were mostly women, especially young women and half of the aggressors were known to the victims. The majority of the violent acts occurred on the streets, on the victims' or the aggressors' home. More than half of the victims abandoned their treatment although it is considered highly relevant to victims' health.

Descriptors: Sexual abuse; Prevalence; Battered Women.

Recebido em 22/04/2015

Aceito em 18/08/2015

Não há conflito de interesse

Introdução

Inserida num contexto histórico-social e com profundas raízes culturais em estruturas hierárquicas patriarcais,⁽¹⁾ a violência sexual atinge todas as faixas etárias, classes sociais e sexos. Dados da UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women) 35% a 70% das mulheres já sofreram violência física e/ou sexual⁽²⁾. Entretanto, o problema ainda é subnotificado. Na América Latina, estima-se que apenas 5% das vítimas adultas denunciem a agressão, frequentemente por terem um sistema de suporte social inadequado, temerem retaliações, sentirem vergonha e medo do descrédito⁽³⁾. Embora qualquer pessoa possa ser vítima desse tipo de violência, o sexo feminino é o mais atingido, sendo adolescentes e mulheres jovens as mais vulneráveis⁽⁴⁻⁵⁾.

A violência sexual é geralmente praticada contra pessoas em situações de vulnerabilidade física, emocional e social. “Abrange ampla gama de comportamentos, que vão do abuso verbal ao estupro, e inclui diferentes tipos de coerção, como pressão social, intimidação e força física”⁽⁶⁾. Caracteriza-se como “qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais indesejados, ou ações para comercializar ou utilizar de qualquer outra forma a sexualidade de uma pessoa por coerção, por qualquer pessoa, independentemente da relação com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo a casa e o local de trabalho”⁽⁷⁾. De acordo com o contexto de ocorrência a violência sexual é classificada como intra ou extrafamiliar e institucional. Na primeira, a vítima convive no mesmo ambiente que o agressor, que é frequentemente um membro da família nuclear (pai, mãe, padrasto, madrasta) ou da família extensiva (avós, tios, primos). Este tipo de violência é subnotificado, por existir um vínculo afetivo ou hierárquico entre os agressores e a vítima. Além disso, pode ocorrer contra crianças, mulheres e idosos no mesmo contexto familiar. Quando se trata de abuso infantil, a maioria é do tipo intrafamiliar e a maioria das vítimas é do sexo feminino⁽⁸⁻¹¹⁾. A violência extrafamiliar, por outro lado, ocorre quando o abuso é cometido por pessoa que não faz parte da família, embora possa ser conhecida da vítima (vizinho), sendo este o tipo de violência sexual com maior número de notificações^(8,12). A violência sexual institucional, ocorre em instituições sociais que deveriam proteger os direitos dos indivíduos⁽¹³⁾.

Quando ocorre na infância, a violência sexual está associada a problemas de comportamento ao longo do desenvolvimento. Estes incluem, por exemplo, comportamentos sexuais em idade precoce, depressão, ideação suicida, transtorno de estresse pós-traumático, suicídio, abuso de substâncias, revitimização na idade adulta e dificuldade para cuidar adequadamente dos próprios filhos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Trata-se de um problema grave de saúde pública que influencia sobremaneira não apenas a vida das vítimas diretas da violência, mas também a de seus familiares e de outras pessoas de seu convívio social⁽⁹⁻¹¹⁾. As consequências imediatas e tardias incluem gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, doenças sexualmente transmissíveis (inclusive HIV/AIDS), depressão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), entre outros⁽¹⁷⁾. Vista como uma violação dos direitos humanos, a violência sexual acarreta consequências imediatas ou tardias sobre a saúde mental, física, sexual e reprodutiva da vítima^(9,11,18). Tanto num contexto

onde há intimidade entre os envolvidos, quanto em ambientes de conflito familiar ou na comunidade, a violência sexual é uma experiência dolorosa, uma violação que deve ser abordada por profissionais preparados da área da saúde, numa tentativa de minimizar os possíveis danos.

No Brasil, os dados sobre violência sexual são fundamentalmente baseados em relatos oficiais de entidades governamentais e em amostras parciais, que em geral não consideram o testemunho ou a convivência com as vítimas⁽¹⁹⁾. Consequentemente, o número de notificações é reduzido de forma significativa em decorrência de diversos fatores, como culpa, vergonha, medo de vingança por parte do agressor ou ignorância das vítimas e cuidadores⁽²⁰⁾. Em 2014, mais de 91.342 denúncias relativas a violações de direitos de crianças e adolescentes foram feitas ao Disque-Denúncia Nacional, um Serviço da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. A violência sexual ocupou o quarto lugar (25%), precedida por violência física (43%), psicológica (49%) e negligência (74%). É preciso considerar, entretanto, que a violência sexual não ocorre de forma isolada. Quando ocorre, a vítima já sofreu outros tipos de violência, como negligência, violência psicológica e violência física. A maior parte das vítimas foram meninas (65%), na faixa etária entre oito e 14 anos, que sofreram abuso de familiares (65%), na casa da própria vítima ou do suspeito (72%). As denúncias foram principalmente de abuso (75%), seguidas por exploração sexual (25%)⁽¹⁹⁾.

Dados do município de São José do Rio Preto foram computados por Pires⁽⁸⁾. a partir de notificações de suspeita de maus tratos contra crianças e adolescentes. Foram identificados como mais frequentes a negligência (51%), seguida por abuso físico (25%) e violência sexual (14%). A faixa etária mais atingida foi entre cinco a nove anos e as principais vítimas eram do sexo feminino. No quesito sexo e faixa etária, esses dados estão de acordo com os encontrados por Pelisoli e colaboradores⁽²¹⁾. que observaram predominância de atendimento nas faixas etárias de 5-8 anos e 9-12 anos. Por outro lado, estudo de Habigzang e colaboradores⁽⁹⁾ encontrou predominância de denúncias de abuso sexual na adolescência (entre 12 e 18 anos). A violência sexual tem sido relatada também em serviços de atendimentos a adolescentes e mulheres adultas. Facuri e colaboradores⁽⁵⁾ avaliaram 687 mulheres, cuja média de idade foi 23,7 anos, atendidas em um serviço universitário de referência. A maior parte das vítimas sofreu violência com intercurso sexual genital (penetração vaginal) com intimidação na rua, por agressor desconhecido e Embora o tema seja altamente relevante, estudos caracterizando vítimas da violência sexual ainda são necessários no Brasil, pois os dados podem auxiliar no planejamento de estratégias que podem prevenir não só a gestação e DSTs nas vítimas, mas a própria situação de violência. Conhecer pessoas em situação de vulnerabilidade e educar a população sobre o problema, bem como sobre estratégias para lidar com o mesmo (ex. identificar, procurar auxílio, denunciar) são importantes formas de prevenção⁽²²⁾.

O Hospital de Base, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), realiza atendimentos de média e alta complexidade. Em 2001, foi criado na instituição o Projeto Acolher, formado por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistente social)

com o objetivo de atender vítimas de violência sexual. A vítima é encaminhada ao projeto pelas equipes médicas do Hospital de Base (emergência, enfermarias, ambulatório), a partir do momento em que existe suspeita ou confirmação de violência sexual. A equipe médica fornece atendimento de emergência (DST/AIDS e gravidez) e a equipe multidisciplinar é acionada. Além do atendimento emergencial, um acompanhamento ambulatorial é realizado para monitorizar e prevenir as consequências físicas, psicológicas e sociais da violência. Conforme a necessidade de cada caso, encaminhamentos são feitos para delegacias especializadas, Instituto Médico Legal (IML), conselho tutelar, entre outros⁽²³⁾. Considerando que conhecer e divulgar informações sobre o problema da violência sexual auxilia na sua prevenção e no aumento no número de notificações⁽²³⁾ foi elaborado o objetivo deste estudo: caracterizar as vítimas de violência sexual atendidas pelo Projeto Acolher do Ambulatório de Doenças Infecto-Parasitárias do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP no período entre 2001 e 2012.

Casuística e Método

Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, realizado a partir da análise de 260 fichas de atendimento de pacientes atendidos pelo Projeto Acolher durante os anos de 2001 a 2012. As fichas eram arquivos físicos do Serviço de Doenças Infecto-Parasitárias do ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto até o ano de 2010. A partir de 2010, os dados dos atendimentos passaram a ser arquivadas no sistema digital da instituição e podem ser acessados mediante a utilização de uma senha especial. As informações contidas nas fichas foram inseridas em Planilha Excell para análise descritiva das características demográficas das vítimas, características da agressão sofrida, atendimento e

acompanhamento junto ao Projeto Acolher.

Dentre as características sócio demográficas, foram analisadas sexo, idade, escolaridade e profissão da vítima. A análise das características da agressão incluiu: período do dia e local em que a violência ocorreu (rua, residência da vítima, residência do agressor); uso de álcool ou outra droga (por parte do agressor e/ou da vítima); uso de intimidação (força física, ameaça, arma branca, sedução, arma de fogo); trauma físico (lesão local proveniente de um agente vulnerante) ou espancamento; relação sexual; se o agressor era conhecido da vítima; se a violência foi intra ou extrafamiliar; relação de parentesco entre agressor e vítima. A análise dos atendimentos realizados incluiu intervalo de tempo para realização do atendimento após a violência, uso preventivo de terapia antirretroviral e evolução dos atendimentos ambulatoriais (alta, transferência, abandono ou manutenção do tratamento).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (Parecer N° 78663 de 15/08/2012).

Resultados

As características sócio demográficas das vítimas estão apresentadas na Tabela 1. Os dados indicam que elas eram principalmente do sexo feminino (91,15%). A faixa etária predominante foi até 18 anos (66,15%), mais da metade (57,69%) eram estudantes e ainda não haviam concluído o ensino fundamental (42,3%). Os dados apontaram que a violência ocorreu principalmente no período da noite (44,61%). Os locais mais frequentes foram rua (33,08%), residência da própria vítima (30,77%) e residência do agressor (15,77%). Locais como escola, mata, praça (5%) e residência de amigos e parentes (5%) também foram elencados como cenários de abuso.

Tabela 1. Características das vítimas de violência sexual atendidas no Projeto Acolher do Hospital de Base no período entre 2001 e 2012.

Características	N	%	Características	N	%
Sexo					
Feminino	23	91,15			
Masculino	07	8,85			
Faixa etária					
0 a 18 anos	17	66,15			
19 a 73 anos	02	33,85			
Profissão					
Sem informação	2	0,77			
Do lar	20	7,70			
Doméstica	7	2,69			
Estudante	150	57,69			
Inativo	11	4,23			
Menor	22	8,46			
Vendedor	4	1,53			
Faxineira	2	0,77			
Cabeleireiro	2	0,77			
Outros	40	15,38			
			Escolaridade		
			Ainda não ingressou escola	08	3,00
			Nenhuma	13	5,00
			Pré-escola	15	5,72
			Alfabetizada	01	0,30
			APAE	07	2,30
			Sem informação	09	3,46
			Ensino fundamental incompleto	11	42,30
			Ensino fundamental completo	28	10,76
			Ensino médio incompleto	26	10,00
			Ensino médio completo	26	10,00
			Curso técnico	01	0,30
			Ensino superior incompleto	03	1,15
			Ensino superior completo	13	5,00

Dados sobre uso de álcool e/ou drogas pelo agressor e vítima, a forma de intimidação utilizada e se a violência resultou ou não em trauma físico estão apresentados na Tabela 2. Em mais da metade dos casos (53,46%) nem abusador nem vítima fizeram uso de substâncias como álcool e drogas. As formas de intimidação foram principalmente força física (40,77%), ameaças (16,92%) e uso de arma branca (10,38%) e arma de fogo (5%), embora sedução da vítima também tenha sido relatada (8,46%). Houve trauma em 8,85% dos casos, principalmente por espancamento (11,54%).

Tabela 2. Características da agressão sofrida por vítimas de violência sexual atendidas no Projeto Acolher do Hospital de Base no período entre 2001 e 2012.

Características	N	%
Uso de drogas e/ou álcool		
Ambos utilizaram	34	13,07
Apenas o agressor utilizou	56	21,54
Apenas a vítima utilizou	11	4,23
Não	139	53,46
Sem informação	20	7,69
Intimidação da vítima		
Força física	106	40,77
Ameaça Arma	44	16,92
branca Sedução	27	10,38
Não houve intimidação	22	8,46
Arma de fogo	17	0,77
Vítima estava desacordada	13	5,00
Sem informação	02	6,54
Trauma		
Sim		
Espancamento	23	8,85
Não	30	11,54
Sem informação	186	71,54
	21	8,07

Os dados apontaram que os agressores eram conhecidos em mais da metade dos casos (50,77%) e 28,47% tinham parentesco com a vítima. O tipo de relacionamento incluiu, por exemplo, avô, avó, bisavô, enteado da mãe, ex-namorado, marido da tia, filho, irmão, marido, marido da prima, namorado, namorado da prima, padrasto, padrasto da mãe, padrinho do irmão, pai biológico, pai do namorado, primo, tio e tio avô. Dentre os agressores com parentesco com a vítima, a figura do padrasto foi apontada com maior frequência (8,08%). Os abusos ocorreram com intercursos sexual completo em 64,23 % dos casos.

Os atendimentos foram feitos, em sua maioria (75,77%), em menos de setenta e duas horas após o evento e 52,3% das vítimas realizaram profilaxia para HIV. A Tabela 3 apresenta dados da evolução do atendimento. Mais da metade (52,7%) dos atendidos abandonaram o acompanhamento.

Tabela 3. Evolução do atendimento de vítimas de violência sexual atendidas no Projeto Acolher do Hospital de Base no período entre 2001 e 2012.

Evolução	N	%
Alta	85	32,70
Abandono	137	52,70
Em acompanhamento	34	13,06
Transferida	02	0,77
Sem informação	02	0,77

Discussão

O Projeto Acolher conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais para atender vítimas de violência sexual. Os encaminhamentos são feitos por várias instituições, como delegacia da mulher, plantão policial, hospitais da rede pública, organizações não governamentais, entre outras. O primeiro passo do atendimento ocorre na Emergência do Hospital de Base. É realizado pelo plantonista da unidade pediátrica (atendimento de crianças) ou da emergência (atendimento de adolescentes e adultos), que utiliza um protocolo específico para vítimas de violência sexual. Após esse atendimento inicial, a equipe do Projeto Acolher é acionada, assim como outras equipes quando necessário⁽²³⁾.

O perfil das vítimas indica que, assim como encontrado em outras pesquisas brasileiras e internacionais, o sexo feminino é o mais vulnerável à agressão sexual^(1,5-6,19,21,24). Isso indica que a questão de gênero é fundamental para a compreensão do fenômeno⁽²⁵⁾.

É estimado que uma em cada quatro meninas e um em cada seis meninos vivenciaram alguma forma de abuso sexual antes dos 18 anos⁽²⁶⁾. Nesse tipo de violência, o autor impõe à vítima atividades de natureza sexual, na maior parte das vezes mediante coerção^(6,24,27). As vítimas, portanto, são pessoas em situação de vulnerabilidade, que tem sua vontade anulada por outra pessoa com maior poder.⁽²⁴⁾ Neste estudo, força física foi a forma de intimidação utilizada com maior frequência pelos agressores. É possível compreender este dado a partir da faixa etária principal das vítimas: mulheres, com idade inferior a 18 anos, portanto mais vulneráveis ao uso da força física.

É preciso considerar que este estudo trata de uma parcela específica e limitada de vítimas de violência sexual. Como os dados foram obtidos em um hospital, o número de vítimas que sofreu violência física associada à sexual pode ser maior, uma vez que sedução e ameaças verbais, por exemplo, são também utilizadas na violência sexual. Porém, como em casos de sedução e ameaças verbais o trauma pode não estar evidente, é menos provável que as vítimas sejam encaminhadas para atendimento em serviços de emergência. Além disso, é preciso também pensar na exploração sexual infantil e na pedofilia, outros tipos de violência sexual, cujas vítimas não são habitualmente encaminhadas para serviços de emergência hospitalar⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Em relação ao nível social das vítimas, apenas 5% tem Ensino Superior completo, o que sugere que classes economicamente desfavorecidas estariam mais sujeitas a esse tipo de violência. A amostra estudada, entretanto, não representa todos os segmentos

da população de São José do Rio Preto, uma vez que o Projeto Acolher do Hospital de Base faz parte do Serviço Único de Saúde (SUS), que sabidamente não é utilizado usualmente pelas classes econômicas mais elevadas.

Neste estudo, embora as vítimas tivessem entre um e 73 anos de idade, a maioria era jovem, isto é, com até 18 anos de idade. Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde estimou que a prevalência de violência sexual no mundo é de 27% entre meninas e de 14% entre meninos⁽³¹⁾. A violência contra jovens é um fenômeno complexo, que impõe vários desafios às pesquisas, à prevenção e estratégias de intervenção. A utilização de um modelo ecológico tem sido útil para compreender a interação entre diversos fatores na perpetuação da violência. Estes incluem: 1) fatores individuais e de relacionamento (ex.: uso de substâncias, personalidade antissocial, exposição à violência familiar, baixa escolaridade); e 2) comunitários e sociais (ex.: poucas sanções contra o comportamento violento, normas sociais relacionadas ao gênero)⁽⁶⁾.

Apesar de inúmeras pesquisas indicarem uma forte tendência de inserção de álcool e droga no universo da violência doméstica, as fichas de atendimento analisadas na presente pesquisa mostraram que, em mais da metade dos casos, as vítimas relataram não ter ocorrido o consumo de drogas e/ou álcool, nem por parte do agressor quanto nem por parte da própria vítima. É possível que este dado, que difere da literatura, esteja relacionado às características da amostra incluída no estudo, isto é, vítimas atendidas em serviço de emergência hospitalar. Pode-se observar que na maioria dos casos analisados (71,54%) não houve trauma físico aparente. Estes achados estão de acordo com a literatura e coincidem com o observado em serviços que realizam atendimento semelhante. Ainda que a vítima não apresente evidências ou relate abuso físico, durante o atendimento deve-se questionar sobre atos sexuais forçados ou sob pressão⁽³²⁾.

Em relação à identificação dos agressores, a literatura aponta que conhecidos fora da família e padrastos são os principais agressores contra crianças, ^(6,8,24) e, entre adolescentes, predominam agressores conhecidos fora da família⁽³³⁾. No presente estudo, a maioria das vítimas com menos de 18 anos teve como agressor alguém conhecido. Nessa faixa etária também estão incluídas as fichas de atendimento que indicavam o padrasto uma das figuras do agressor mais citadas com algum grau de parentesco. Nesse aspecto, esta pesquisa está de acordo com a literatura.^(8,24) Entretanto, a alta proporção de agressores desconhecidos pelas vítimas leva a crer que a agressão por conhecidos, sobretudo por familiares, ainda é subnotificada⁽²⁴⁾.

A agressão sexual mais comum entre as vítimas analisadas neste estudo foi o estupro. Esse ato evidencia a gravidade da agressão, justifica o atendimento em serviço de emergência, aumenta as chances de infecções sexualmente transmissíveis e é compatível com a literatura⁽³⁴⁾. Dados mundiais indicam que 35% das mulheres sofrem violência sexual, inclusive do próprio parceiro, durante a vida⁽²⁵⁾. Fatores que colocam as mulheres em risco para violência sexual incluem baixa escolaridade, presença de violência nas relações parentais, aceitação da violência e desigualdade de gênero⁽²⁵⁾.

A maioria das vítimas foi atendida menos de setenta e duas ho-

ras após o ocorrido. Isso sinaliza o fato das mulheres estarem preocupadas com a sua saúde e terem conhecimento da necessidade desse tipo de atendimento. Ainda assim é preocupante o fato de vítimas se consultarem após setenta e duas horas do ocorrido, uma vez que a profilaxia para HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis tem pouca efetividade se iniciada além das 48 horas após a contaminação⁽³⁴⁾. Das vítimas atendidas, mais da metade realizou profilaxia para HIV. Entretanto, 90 foram atendidas 72 horas após o ocorrido, quando a profilaxia já é pouco eficiente.

Observou-se uma baixa proporção de casos com seguimento e altos índices de abandono antes do término do tratamento. Holmes e colaboradores relataram que 24,0% das mulheres retornaram após seis semanas, enquanto no presente estudo apenas 13,06% continuaram em seguimento⁽³⁵⁾. A taxa de não adesão no estudo de Facuri e colaboradores⁽⁵⁾ foi de 24,5% e as que não aderiram tinham menor escolaridade, antecedente pessoal de violência e doenças crônicas. Esse é um dado relevante e aponta a necessidade de identificar e intervir sobre as variáveis que aumentam a probabilidade do abandono do tratamento ocorrer.

Conclusão

As vítimas eram predominantemente do sexo feminino, menores de 18 anos, estudantes, com o ensino fundamental incompleto. Os agressores eram conhecidos das vítimas em metade dos casos, na maioria das vezes sem parentesco. Os abusos ocorreram com conjunção carnal. Metade das vítimas completaram profilaxia para HIV e apenas um terço completou atendimento ambulatorial, sendo que metade das vítimas abandonam o tratamento. É da competência da área da saúde o atendimento de vítimas de agressão sexual para atender as suas necessidades imediatas, como a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Entretanto, é necessário também tratar das consequências psicológicas da violência, tratamento esse que deve ser continuado em longo prazo. Fica claro que é necessário aprimorar os esforços para prevenir a violência. Além disso, esforços também são necessários para aumentar as notificações e a adesão das vítimas ao tratamento.

Referências

1. Merlo JJT. Violência sexual. *Rev Obstet Ginecol*. 2013;73(4):217-20.
2. UN Women [homepage na Internet]. New York: Un Women; 2014 [acesso em 2014 Nov 10]. Facts and figures: ending violence against women. Disponível em: <http://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
3. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: a desk review [monografia na Internet]. 2010 [acesso em 2014 Nov 10]. Disponível em: <http://www.svri.org/SexualViolenceLACaribbean.pdf>
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Temático prevenção de violências e cultura de paz III. [monografia na Internet]. Brasília (DF): OPAS/OMS; 2008 [acesso em 2014 Nov 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf

5. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98.
6. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women. Sexual violence [monografia na Internet]. 2012 [acesso em 2014 Nov 10]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf?ua=1
7. Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Direitos Humanos [homepage na Internet]. Lisboa: GDDC [acesso em 2014 Nov 10]. Instrumentos internacionais de direitos humanos. Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres; [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: http://direitoshumanos.gddc.pt/3_4/IIPAG3_4_7.htm
8. Pires ALD. Avaliação das notificações compulsórias de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes do município de São José do Rio Preto (maio/2002 a novembro 2003) [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.
9. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psic: Teor e Pesq*. 2005;21(3):341-8.
10. Hohendorff JV, Habigzang, LF, Koller SH. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicol USP*. 2012;23(2):395-416.
11. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Injury Prevention & Control: Division of Violence Prevention [homepage na Internet]. Atlanta: CDC; 2015 [acesso em 2015 Set 5]. Towards a violence-free generation. Using science to fuel action and end violence against children; [aproximadamente 7 telas]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/vacs/>
12. Childhood. Pela proteção da infância [homepage na Internet]. São Paulo; 2012 [acesso em 2015 Set 5]. Causas da violência sexual contra crianças e adolescentes; [aproximadamente 8 telas]. Disponível em: <http://www.childhood.org.br/causas-da-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>
13. Laks J, Werner J, Miranda-Sá LS. Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):580-85.
14. Hornor G. Child sexual abuse: consequences and implications. *J Pediatr Health Care*. 2010;24(6):358-64.
15. Pires ALD, Miazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):42-9.
16. Heilbur K, DeMatteo D, Goldstein N. APA handbook of psychology and juvenile justice. Washington: American Psychological Association; 2015.
17. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence [monografia na Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [acesso em 2014 Nov 10]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf
18. Hart P. A review of the ABC's of domestic and sexual violence. *J Sex Mar Ther*. 2015;41(6):694-6.
19. Childhood. Pela proteção da infância [homepage na Internet]. São Paulo [acesso em 2015 Mar 16]. Números da Causa; [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: <http://www.childhood.org.br/numeros-da-causa>.
20. Benuto LT, O'Donohue W. Treatment of the sexually abused child: Review and synthesis of recent meta-analyses. *Child Youth Serv Rev*. 2015;56:52-60.
21. Pelisoli C, Pires JPM, Almeida ME, Dell'Aglio DD. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas Psicol*. 2010; 18(1):85-97.
22. Oliveira JB, Kerr-Correa F, Lima MCP, Bertolote JM, Tucci AM. Abuso sexual e uso de álcool entre mulheres na região metropolitana de São Paulo, Brasil: um estudo em população geral. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):817-25.
23. Lucânia ER, Miyazaki MCOS, Domingos NAM. Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimizadas. *Temas Psicol*. 2008;16(1):73-82.
24. Trindade LC, Linhares SMGM, Vanrell JP, Godoy D, Martins JCA, Barbas SMAN. Sexual violence against children and vulnerability. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(1):70-4.
25. World Health Organization [homepage na Internet]. WHO; 2015 [acesso em 2014 Nov 10]. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women; [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
26. Sanderson C. Abuso sexual em crianças. Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. São Paulo: Makron Books; 2005.
27. Brazelton JF. The secret storm: exploring the disclosure process of African American women survivors of child sexual abuse across the life course. *Traumatol*. 2015;21(3):181-7.
28. Cantón-Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anal Psicol*. 2015;31(2):552-61.
29. Bhattacharya S, Bhattacharya S. Human rights violations of children in India: an overview. *Int J Child Adol Health*. 2015;8(1):51-70.
30. Lowenkron L. Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas? *Sex, Salud Soc (Rio J)*. 2010;5:9-29.
31. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. In: Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004 [acesso em 2014 Nov 10]. Disponível em: <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume2/1851-1940.pdf?ua=1>
32. Asimopoulos C, Bibou-Nakou I, Hatzipemou T, Soumaki E, TJ. Tsiantis J. An investigation into students' and teachers' knowledge, attitudes and beliefs about bullying in Greek primary schools. *Int J Ment Health Prom*. 2014;16(1):42-52.
33. Guimarães JATL, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(8):1647-53.

34. Sande MK, Broderick KB, Moreira ME, Bender B, Hopkins E, Buchanan JA. Sexual assault training in emergency medicine residencies: a survey of program directors. *West J Emerg Med.* 2013;14(5):461-6.
35. Ng'ondi NB. Child protection in Tanzania: a dream or nightmare. *Child Youth Serv Rev.* 2015;55:10-17.

Apoio financeiro: Bolsa de Iniciação Científica BIC/FAMERP, Bolsa de aprimoramento FUNDAP; Bolsa de produtividade em pesquisa CNPq.

Endereço para correspondência: Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP Av. Brigadeiro Faria Lima, 5516. 15090-000 São José do Rio Preto, SP *E-mail:* cmiyazaki@famerp.br
