

Violência sexual feminina: um crime intradomiciliar recorrente

Sexual violence against women: a recurrent domestic crime

DOI:10.34117/bjdv8n2-406

Recebimento dos originais: 07/01/2022

Aceitação para publicação: 24/02/2022

Sonia Oliveira Lima

Mestre e Doutora em Clínica Cirúrgica pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do programa de pós-graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes

Endereço: Avendia Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: sonialima.cirurgia@gmail.com

Lara Gabriella Dultra Sales

Graduada em Medicina, Universidade Tiradentes

Endereço: Avendia Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: lara_dultra@hotmail.com

Luís Henrique Santos de Menezes

Graduado em Medicina, Universidade Tiradentes

Endereço: Avendia Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: luishenriquesm@hotmail.com

Renata Lima Batalha de Andrade

Graduada em Medicina, Universidade Tiradentes

Endereço: Avendia Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: renatinhalba0@gmail.com

Ana Caroline Gusmão de Matos

Acadêmica de Medicina, Universidade Tiradentes

Endereço: Avendia Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: anagusmao@gmail.com

Jefferson Felipe Calazans Batista

Mestrando em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes

Endereço: Avendia Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: jefferson.calazans.enf@gmail.com

Manuela Naiane Lima Barreto

Acadêmica de Medicina, Universidade Tiradentes

Endereço: Avendia Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: manuela.naiane@gmail.com

Ana Karina Rocha Hora Mendonça

Doutora em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes

Endereço: Avendia Murilo Dantas, 300, Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil
E-mail: anakarinahora@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A violência sexual é um problema de saúde e segurança pública, de notificação compulsória, com pena prevista em lei e graves repercussões psicossociais. Apesar disso o acolhimento à vítima e o índice de denúncia são, ainda, insuficientes. **Objetivo:** Avaliar o perfil sociodemográfico, as características da violência sexual e o caráter de atendimento de emergência das vítimas de violência sexual atendidas em dois centros de referência do estado de Sergipe, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental que avaliou todas as mulheres vítimas de violência sexual do estado de Sergipe atendidas de julho a dezembro de 2018 nos centros e referência avaliados. O questionário de coleta incluiu aspectos sociodemográficos, dados da violência sofrida, informações sobre atendimento de emergência e o desfecho. A amostra mínima de 222 participantes foi calculada pela fórmula de Pocock. A associação entre as variáveis categóricas foi realizada pelo teste qui-quadrado. Adotou-se intervalo de confiança de 95% e significância quando $p < 0,05$. **Resultados:** As vítimas eram em sua maioria menores de 14 anos, pardas, solteiras, estudantes, com ensino fundamental incompleto, sem prole constituída e sem relação sexual anterior ao evento. A violência mais cometida foi o estupro e a maior parte dos delitos foram intradociliares e por único agressor. A procura por atendimento ocorreu após 72 horas na maioria dos casos. Os exames mais realizados foram sorológicos, BHCG e citologia. Os abortamentos foram executados majoritariamente após a 12^o semana de gestação. A maioria das vítimas evadiram. **Conclusão:** A maioria das vítimas é jovem. Os crimes são reincidentes e intradomiciliares. A complexidade biopsicossocial da violência sexual torna imprescindível a capacitação dos profissionais e o acolhimento do primeiro atendimento à vítima.

Palavras-chave: delitos sexuais, estupro, feminino, mulheres.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is a public health and safety problem, with mandatory notification, a penalty defined by law and serious psychosocial repercussions. Despite this, the reception of the victim and the denunciation rate are still insufficient. **Aim:** To evaluate the sociodemographic profile, characteristics of sexual violence and the character of emergency care for victims of sexual violence attended at two reference centers in the state of Sergipe, Brazil. **Methodology:** This is a documentary study that evaluated all women victims of sexual violence in the state of Sergipe who were attended from July to December 2018 at the evaluated centers and referral centers. The collection questionnaire included sociodemographic aspects, data on the violence suffered, information about emergency care and the outcome. The minimum sample of 222 participants was calculated using the Pocock formula. The association between categorical variables was performed using the chi-square test. A confidence interval of 95% and significance when $p < 0.05$ was adopted. **Results:** The victims were mostly under 14 years old, brown, single, students, with incomplete primary education, without constituted offspring and without sexual intercourse prior to the event. The most committed violence was rape. Most of the crimes were intradociliar and by a single aggressor. The search for assistance occurred after 72 hours in most cases. The most performed tests were serological, BHCG and cytology. Abortions were mostly performed after the 12th week of pregnancy. Most victims evaded. **Conclusion:** Most victims are young. The crimes are repeated and intra-household. The biopsychosocial complexity of sexual violence makes training the professionals and welcoming the victim's first assistance essential.

Keywords: female, rape, sex offenses, women.

1 INTRODUÇÃO

O crime sexual assume uma característica complexa que envolve a vítima, o agressor e o cenário da violência, o que, muitas vezes, impede o seu diagnóstico, entendimento e prevenção. É uma grave violação dos direitos humanos e um sério problema de saúde pública. As principais vítimas dessa violência são as mulheres, em contrapartida os homens são os principais agressores. (OSHIKATA et al., 2011; DELZIOVO et al. 2018).

Tanto a denúncia policial quanto a procura por atendimento médico é baixo, representando apenas 20% das agredidas. A vítima de abuso sexual, além do atendimento, necessita de amparo psicológico. Por isso, deve-se ratificar que em primeiro lugar é uma questão de saúde pública e, depois, uma questão de segurança de segurança pública (OSHIKATA et al., 2011).

A violência sexual é um agravo de notificação compulsória estabelecido pela lei 10.778 em 2003. Dessa maneira, o caso deve ser encaminhado à vigilância epidemiológica por meio do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) que tem o intuito de contribuir na elaboração de políticas públicas para o enfrentamento da violência (DELZIOVO et al., 2018).

As vítimas de violência sexual são expostas à complicações que permeiam durante toda a vida tanto à complicações somáticas, quanto psicopatológicas e sociais. Em um trabalho, Cavalin et al. (2016) estimou que os custos indiretos são maiores que os diretos, representando 66,8% e 21,5% respectivamente. A avaliação multidisciplinar reduziria esses gastos médico-psicossocial, pois a abordagem sistemática reduziria os gastos a médio e longo prazo e, portanto, os custos indiretos decorrentes dessa violência (HIQUET et al., 2018; DENNIS et al., 2019).

É imprescindível que o sistema de saúde possa dar uma assistência de qualidade à mulher com uma equipe capacitada com estratégia e ações de enfrentamento da violência. Para isso, é necessário que a orientação profissional e o acolhimento sejam feitos por uma equipe capacitada livre de julgamentos ou valores morais (BRASIL et al., 2012). Os grandes desafios para pesquisadores da saúde pública são a detecção de casos ocultos de agressão sexual e a identificação de outras formas de violência sexual para que

assim se obtenha dados mais realistas visto que há políticas públicas mal direcionadas em relação a essa problemática (WINZER et al., 2016).

Assim, justifica-se o presente estudo como mais uma ferramenta para fornecer subsídios que auxiliem no reconhecimento da violência sexual de acordo com as suas características na tomada de decisões quanto a projetos de prevenção e educação no assunto, de modo a auxiliar na realização de ações mais efetivas para a proteção das mulheres. Essa pesquisa objetivou avaliar o perfil sociodemográfico, as características da violência sexual e o caráter de atendimento de emergência das vítimas de violência sexual atendidas em duas unidades de referência do estado de Sergipe/Brasil.

2 METODOLOGIA

Estudo documental, no qual foram coletados dados obtidos através de prontuários para preenchimento adequado do instrumento de coleta elaborado. A amostra foi composta de todos os prontuários e fichas de investigação de violência sexual em vítimas do sexo feminino. O estudo avaliou as vítimas de violência sexual atendidas no Instituto Médico Legal (IML) e na maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) que são os centros de referência às vítimas de violência sexual no estado de Sergipe, no período de julho a dezembro de 2018.

Foram incluídos todos os prontuários de mulheres vítimas de violência sexual atendidas no IML e MNSL no estado de Sergipe, em qualquer faixa etária no período descrito. Foram excluídos os prontuários cuja ausência de dados prejudique a interpretação da pesquisa.

Para o cálculo da estimativa mínima da amostra necessária, a fórmula utilizada foi a de Pocock (Pocock, 1996), para isso considerou-se a contagem de prontuários com mulheres vítimas de violência sexual do IML e da MNSL no último ano (N= 527). A amostra mínima calculada para este estudo foi de 222 prontuários, estimando-se uma prevalência esperada de 50%, margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Em relação à coleta de dados, foi aplicado um questionário padronizado de elaboração própria com variáveis sociodemográficas: idade, cor da pele, estado civil, prole, escolaridade, situação profissional (sendo que a categoria “empregada” foi utilizada quando a paciente estava em atividade laboral regular que não a atividade de dona de casa), ter tido relação sexual anteriormente ao evento, se tinha prole constituída; relacionadas à violência sexual: horário do evento, local de abordagem, características do agressor (conhecido, especificando qual a relação, ou desconhecido, único ou múltiplos),

presença e tipo de intimidação (arma de fogo, arma branca, força física, ameaça verbal), sinal de violência, lesão corporal de natureza grave, conjugação carnal, ato libidinoso, tipo de agressão sexual (coito vaginal, anal, oral, manipulação de partes íntimas ou suspeita de abuso sexual não especificado, que se refere a casos em que houve denúncia às autoridades, mas que as vítimas não conseguem descrever o que aconteceu), impossibilidade de oferecer resistência (menores de 14 anos, uso de álcool ou déficit mental), realização de Boletim de Ocorrência (BO); relacionadas ao atendimento de emergência: tempo transcorrido entre o evento e a primeira avaliação no serviço (calculado baseando-se no atendimento nas primeiras 72 horas), solicitação de exames, prescrição de anticoncepção de emergência, profilaxia com antirretrovirais, hepatite B, infecções sexualmente transmissíveis bacterianas, interrupção legal da gestação e as semanas de gestação; e fluxo de atendimento: se as vítimas foram atendidas em ambas unidades de referência ou evadiram.

Todos os dados sistematizados alimentaram uma planilha do SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23. A análise estatística para a associação entre as variáveis categóricas foi realizada pelo teste qui-quadrado. Foi utilizado um intervalo de confiança de 95% e considerados valores estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o CAAE 87746318800005371.

3 RESULTADOS

Foram avaliados os prontuários de 278 pacientes, sendo que 165 vítimas de violência sexual foram somente ao IML e 47 foram somente à MNSL, 37 foram ao IML e depois à MNSL e 28 foram à MNSL e depois ao IML.

As vítimas femininas de violência sexual que foram somente ao IML ou a MNSL ou que foram aos dois locais foram predominantemente menores de 14 anos. De acordo com as características sociodemográficas das vítimas que foram somente ao IML, 99,4% tinham a cor de pele parda, 98,2% estado civil solteiro, 85,5% eram estudantes e 59,4% com ensino fundamental incompleto. Observou-se que apenas 7,3% afirmaram terem tido relação sexual anterior ao evento e 1,8% prole constituída. Em relação as vítimas que foram somente à MNSL, 63,8% tinham a cor da pele parda, 83% estado civil solteiro, 42,6% tinham ensino fundamental incompleto e 46,8% eram estudantes. A relação sexual anterior ao evento aconteceu em 31,9% dos casos e 19,1% tinham prole constituída. Em

relação as que foram primeiro ao IML e depois à MNSL, 63,8% casos tinham a cor da pele parda, 89,2% estado civil solteiro, 75,7% ensino fundamental incompleto e 75,7% eram estudantes. A maioria afirmou ter tido relação sexual anterior ao evento (45,9%) e não tem prole constituída (43,2%). Em relação as vítimas que foram primeiro à MNSL e depois ao IML, 82,1% tinham a cor de pele parda, 89,3% eram solteiros, 42,9% não eram alfabetizados, 42,9% tinham ensino fundamental incompleto e 71,4% eram estudantes. A relação sexual anterior ao evento aconteceu em 25% casos e 10,7% tinham prole constituída (Tabela 1).

Das vítimas que foram somente ao IML, 33,1% alegaram a reincidência da violência sexual. O horário da ocorrência não foi especificado em 53,3% dos casos e o local da ocorrência predominante foi a residência da vítima (60,2%). As características do agressor, 97% eram conhecidos da vítima sendo a maioria o pai, padrasto, namorado ou amigo e eram únicos (69,7%). Houve intimação em 15,2% dos casos, sendo em sua maioria por meio da força física (43,6%) ou ameaça verbal (48,7%). O sinal de violência foi registrado em 4,8% das vítimas, sendo o diagnóstico da lesão corporal de natureza grave e os atos libidinosos foram prejudicados em 92,1% e 91,5% das vítimas, respectivamente, pelo tempo transcorrido entre a violência e o atendimento ser maior do que 72 horas. A conjugação carnal esteve presente em 30,9% das vítimas e em 4,8% das vítimas o exame foi prejudicado por possuírem hímen complacente. A membrana himenal estava íntegra em 69,1% dos casos. O tipo de agressão sexual com maior número de casos foi a suspeita de abuso sexual não especificada (42,9%). A impossibilidade de oferecer resistência ocorreu em 80,1% dos casos por serem menor de 14 anos (Tabela 2).

Das vítimas de violência sexual que foram somente à MNSL, houve reincidência em 14,9% dos casos. O horário do evento foi não especificado em 57,4% dos casos e o local de abordagem foi em sua maioria a residência (46,8%). O agressor era conhecido da vítima em 19 casos, sendo a maioria amigo, pai ou padrasto e eram únicos (76,6%). Houve intimação em 48,9% das vítimas sendo a maioria por meio da força física (57,6%), da ameaça verbal (39,4%) e sinal de violência (19,1%). O tipo de agressão sexual com maior número foi o coito vaginal (44,8%). A impossibilidade de oferecer resistência ocorreu em 46,8% dos casos em menores de 14 anos. Não houve inspeção do hímen nesta instituição (Tabela 2).

Dentre as vítimas que foram primeiro ao IML e depois para a MNSL, houve reincidência em 51,4% dos casos. O horário do evento foi não especificado em 35,1% dos casos e o local da abordagem foi a maioria na residência (46,8%). O agressor era

conhecido da vítima em 89,2% dos casos, sendo a maioria padrasto, namorado, pai ou amigo e era único (81,1%). Houve intimação em 43,2% dos casos, sendo a maioria com ameaça verbal (48,1%) e força física (48,1%). O sinal de violência ocorreu em 16,2% das vítimas, sendo o diagnóstico da lesão corporal de natureza grave foi dificultado em 91,9% dos casos pelo tempo transcorrido entre a violência e o atendimento maior que 72 horas. Houve 1 caso de ato libidinoso. A conjugação carnal aconteceu com 70,3% das vítimas e a membrana himenal não era íntegra em 70,3% dos casos, sendo 62,2% de características não-recentes. O tipo de agressão sexual mais comum foi o coito vaginal (58,3%). A impossibilidade de oferecer resistência ocorreu em 48,6% das vítimas por serem menores de 14 anos e em 10,8% das vítimas por apresentarem déficit mental (Tabela 2).

Das que foram primeiro à MNSL e depois ao IML, ocorreu outras vezes em 21,4% dos casos. O horário do evento mais notificado não foi especificado (42,9%) e o local de abordagem foi na residência (64,3%). O agressor era conhecido da vítima em 82,1% dos casos, sendo a maioria amigo, tio ou pai e era único (82,1%). Houve intimação em 50% dos casos sendo por meio da força física (45%) e ameaça verbal (40%) a maioria. O sinal de violência foi visto em 21,4% das vítimas, sendo o diagnóstico de lesão corporal de natureza grave prejudicado em 92,9% dos. Os sinais de atos libidinosos ocorreram em 3,6% das vítimas. A conjugação carnal aconteceu com 39,3% das vítimas e foi prejudicada em 10,7% dos casos por conta das vítimas apresentarem hímen complacente. A membrana himenal era íntegra em 60,7% das vítimas e o tipo de agressão sexual com maior número foi o coito vaginal (45,2%). A impossibilidade de oferecer resistência ocorreu em 67,9% dos casos em menores de 14 anos (Tabela 2).

As vítimas de violência que foram somente ao IML, registraram que o tempo entre o evento e o primeiro atendimento foi de até 72 horas em 20% dos casos. A solicitação de exames foi feita em 7% dos casos, sendo 41,7% positivos para a pesquisa de espermatozoide e 25% positivos para o antígeno prostático-específico (PSA) (Tabela 3).

Das que foram somente à MNSL, em 38,3% dos casos ocorreram nas primeiras 72 horas entre o evento e o atendimento. A solicitação de exames foram feitas em todos os casos independente do tempo da agressão, sendo o BHCG específico para mulher em idade reprodutiva. O VDRL e o anti- HIV deu positivo em 4,3% e 2,1% dos casos, respectivamente, o anti-HCV e anti-HBsAg não positivaram em nenhuma vítima. O BHCG e a citologia para clamídia foi positivo em 10% e 30% das vítimas. A prescrição de anticoncepção de emergência foi feita em 21,3% dos casos, já a profilaxia com antirretrovirais, vacina ou imunoglobulina para hepatite B e profilaxia contra IST's

bacterianas foram realizadas em 29,8% vítimas. A interrupção legal da gestação foi realizada em 4,3% das vítimas, em que todos os casos estavam com 14 semanas (Tabela 3).

Das vítimas de violência sexual que foram primeiro ao IML e depois à MNSL, 51,4% foram atendidas nas primeiras 72 horas entre o evento e o atendimento. A pesquisa de espermatozoide e PSA foram solicitados à 40% das vítimas, sendo positivo em 20% e 13,3% dos casos, respectivamente. O VDRL foi positivo em 5,4% e o anti-HIV 2,7% dos casos. O anti-HCV e o HBsAG foram negativos em todos as vítimas. O BHCG deu positivo em 1 (3,7%) caso e a citologia para clamídia foi positivo em 1 caso. A prescrição da anticoncepção de emergência, a profilaxia com antirretrovirais, vacina ou imunoglobulina contra a hepatite B e a profilaxia para DST bacteriana foram feitas em 12 (32,4%) vítimas. A interrupção legal da gestação aconteceu em 2 (5,4%) vítimas, uma com 9 semanas e outra com 18 semanas. Ocorreu 1 caso em que a vítima teve o filho do agressor (Tabela 3).

Das vítimas de violência sexual que foram primeiro à MNSL e depois ao IML, o tempo transcorrido entre o evento e o primeiro atendimento foi de até 72 horas 42,9% dos casos. A pesquisa de espermatozoide e PSA foram solicitados a 28% das vítimas, sendo positivo em 1 (12,5%) caso a pesquisa de espermatozoide e em nenhum caso o PSA. O VDRL, o anti- HIV, o anti-HCV, HBsAG e a citologia para clamídia foram negativos em todas as vítimas. O BHCG foi positivo em 2 (16,7%) casos. A prescrição da anticoncepção de emergência foi feita em 25% dos casos. A profilaxia com antirretrovirais, vacina ou imunoglobulina contra a hepatite B e a profilaxia para DST bacteriana foram realizadas em 32,1% casos. A interrupção legal da gestação aconteceu em 2 (7,1%) vítimas, uma com 13 semanas e outra com 23 semanas (Tabela 3).

4 DISCUSSÃO

A subnotificação de vítimas de violência sexual é elevada, a alta prevalência e as graves consequências a tornaram um problema de saúde pública, que é constantemente negligenciado. A falta de definição do perfil, tanto da vítima quanto do agressor, constitui uma forma de perpetuação dessa violência (FACURI et al., 2013; BORDONI et al., 2018).

Do ponto de vista sociodemográfico, o perfil encontrado foi crianças e adolescentes, em sua maioria menores de 14 anos, pardas, solteiras, estudantes com ensino fundamental incompleto, sem relação sexual anterior ao evento e sem filhos. Em

relação a idade, a predominância infanto-juvenil é retratada em outros estudos, como em Bordoni et al. (2018) no qual menos de 12% tinham mais do que 17 anos e nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em que apenas 29,9% aconteceram em adultos. As vítimas menores de 14 anos apresentam como agravante a vulnerabilidade estabelecida pela lei, principalmente na fase inicial de desenvolvimento físico e sexual, em que, muitas vezes, nem ocorreu a menarca que acarreta sérias repercussões (CERQUEIRA et al., 2014; DELZIOVO et al., 2018). A falta de maturidade das crianças e adolescentes para lidar com a violência sofrida pode gerar graves consequências psíquicas, na saúde e na sexualidade, além do fato da maior tendência em divulgar menos a violência por temerem a retaliação da própria família.

Apesar da maioria das vítimas em todas as unidades de atendimento serem menores de 14 anos, houve significativa diferença entre as vítimas que procuraram o IML ou a MNSL. As vítimas que foram à MNSL eram, em sua maioria, maiores de 15 anos, por volta de 53,2% o que retrata a diferença de perfil entre as vítimas que buscaram as diferentes unidades de atendimento, fato que pode ser explicado pelo encaminhamento realizado de outras unidades.

Em relação a cor da pele, foi compatível com estudos realizados em Fortaleza, em Campinas e no SINAN em que a cor parda predominou (VELOSO et al., 2013; CERQUEIRA et al., 2014; NUNES et al., 2017), enquanto apresentou diferença com o estudo realizado em São Paulo, que tinha a cor branca na sua maioria (FACURI et al., 2013), entretanto, essa é uma variável que muda de acordo com a região avaliada. Quanto à ocupação e o estado civil os resultados do presente estudo foram concordantes com estudo realizado em Fortaleza por Nunes et al. (2017).

Observou-se que a maioria das vítimas não preencheu a informação de ter sido a violência reincidente embora sua ocorrência tenha sido intrafamiliar. Cerqueira et al. (2014) e Delziovo et al. (2018) mostraram uma maior suscetibilidade de recorrência do abuso sexual quando ocorre no próprio lar. Janich et al. (2010) verificaram que a maior parte dos abusos sexuais (87%) foram únicos, porém nesse estudo as vítimas analisadas eram maiores de 14 anos. Bordoni et al. (2018), também observaram a baixa reincidência em abusos sexuais ocorridos com maiores de 18 anos. É possível que a ocorrência da violência sexual tenha relação inversa com a idade, quanto menor a idade, maior a chance de sua recidiva.

Não houve diferença estatística em relação ao horário do evento, o que difere de estudos que mostraram uma predileção pelo final da tarde e pela madrugada. Estudos em

São Paulo e em Campinas mostraram que, apesar da violência sexual prevalecer durante a noite, houve um aumento dessas ocorrências durante o dia que pode estar relacionado ao abuso sexual ser praticado por conhecidos (OSHIKATA et al., 2011; FACURI et al., 2013). A ocorrência do aumento do abuso sexual no horário diurno pode estar relacionado com o aumento do desemprego e o alcoolismo.

A maioria dos agressores eram conhecidos da vítima, com relevância para o padrasto. Esses dados são semelhantes aos estudos nacionais e internacionais, que mostram o agressor como intrafamiliar e com relação íntima com a vítima, com menor taxa de procura de auxílio e maior reincidência (KRUG et al., 2002; BASILE et al., 2011; GUIMARAES, et al. 2011; BLACK et al., 2014). Quando os estudos são realizados com vítimas com idade superior a 18 anos, o perfil do agressor é modificado, passa a ser uma pessoa desconhecida e associado a maiores taxas de agressões físicas (MACLEAN et al., 2011; CERQUEIRA et al., 2014; TENER et al., 2015; NUNES et al., 2017). Quanto menor a idade, maior a probabilidade do agressor ser conhecido da vítima, o que mostra que o principal inimigo está dentro dos próprios lares.

Verificou-se que o agressor agiu quase sempre sozinho e na própria residência, fato assinalado também no estudo realizado em Campinas (87,5%) e nos dados do SINAN (79,8%) que relataram um único agressor (FACURI et al., 2013; JUSTINO et al., 2015; NUNES et al., 2017; BORDONI et al., 2018). A violência sexual na maioria das vezes é realizada por um único agressor provavelmente devido à falta de resistência da vítima por ser intrafamiliar, havendo uma relação de confiança com o agressor, pela pouca idade e fragilidade do sexo, além da própria natureza do crime contra a dignidade humana.

Quanto ao tipo de agressão sexual, o que predominou foi o coito vaginal. Tal dado é de acordo com estudo onde a penetração vaginal representou 90% dos casos (HIQUET et al., 2018), porém discorda de estudos que demonstram a penetração vaginal associada ao sexo oral ou anal como maioria, e somente a penetração peniana representou 29% dos casos (OSHIKATA et al., 2011; NUNES et al., 2017). O estupro é o crime relatado com maior frequência entre os tipos de violência sexual pelo fato de os outros tipos de agressão não serem reconhecidos como violência, principalmente por crianças e adolescentes (SANTOS et al., 2018). Nessa faixa etária é mais difícil identificar o atentado ao pudor, assédio, a pornografia infantil e os demais tipos de violência, o que interfere diretamente na denúncia dos fatos. Em contrapartida, o estupro é a forma mais compreensível de violência sexual e a mais denunciada.

Nas vítimas que foram somente à MNSL a análise da membrana himenal não era realizada. O hímen estava íntegro na maioria das vítimas que procuraram somente o IML ou primeiro a MNSL e depois o IML, já na maioria das vítimas que procuraram primeiro o IML e depois a MNSL, a membrana himenal não estava íntegra e com características de rupturas antigas. O estudo Bordoni et al. (2018) verificou que a maioria das vítimas que procurou atendimento não era virgem com características de atividades sexuais prévias.

Neste estudo, a maioria das vítimas não apresentava nenhum tipo de lesão externa. Em um estudo inglês, no qual foram avaliadas 500 mulheres vítimas de abuso sexual e 68 com histórico conjugação carnal consensual, as lesões genitais foram encontradas em 22,8% e 5,9% das vítimas, respectivamente (ZILKENS et al., 2017). Já em estudo dinamarquês, no qual foram avaliadas 98 mulheres após relações sexuais consensuais assinalou-se a presença de lesões genitais em 34% a olho nu e na colposcopia em 52% (ASTRUP et al., 2012). A ausência de lesão externa evidenciada no presente estudo pode ter ocorrido devido às agressões como carícias, beijo ou coito oral não resultarem em lesões ou por serem crianças e adolescentes e não oferecerem resistência à violência, além do tempo de atendimento, que foi maior que 72 horas, prejudicando o exame pericial.

Nesse estudo, os portadores de deficiência mental constituíram a minoria dos casos (2,5%), assim como foi observado nos estudos em Hamburgo (4,5%) e no SINAN (12,2%) (CERQUEIRA et al., 2014; PLATT et al., 2016; BORDONI et al., 2018). As vítimas menores de 14 anos, com déficit mental ou embriagadas, apresentam um agravante que enquadram os agressores numa categoria adicional à violência sexual, a de estupro de vulnerável. A limitação mental é um determinante da diminuição da denúncia por causa da dependência física e emocional da vítima e devido aos sinais e sintomas clínicos serem considerados decorrente da doença preexistente.

O atendimento de emergência das vítimas de violência sexual se deu tardiamente para a maioria das vítimas, após 72 horas. De maneira oposta a outros estudos, nos quais o atendimento foi imediato, em que foi feita a prescrição da profilaxia para IST's (antirretrovirais, antibióticos e imunoglobulina/vacina contra a hepatite B) e a anticoncepção de emergência para a maioria das vítimas (NUNES et al., 2017; BORDONI et al., 2018). O atendimento emergencial da vítima é fundamental, uma vez que propicia o acolhimento precoce e que medidas sejam tomadas, como a profilaxia para IST's e anticoncepção de emergência.

Nesse estudo, apenas 37 (13,3%) vítimas fizeram os exames de pesquisa de espermatozoides ou PSA após a violência por conta que o tempo transcorrido entre o evento e o atendimento, que já tinha ultrapassado as 72 horas ou pela história da agressão sexual que não expôs a vítima ao contato com secreções. Quando houve requisição dos exames, a positividade da pesquisa de espermatozoides variou entre 12,5% a 41,7% e do PSA variou de 13,3% a 25%. Não houve diferença significativa estatística a positividade ou não dos exames solicitados, $p=0,3$. A literatura relata que as taxas de positividade variam entre 15% e 45%, sendo maior nas primeiras 36 horas (JANICH et al., 2010). As medidas profiláticas e de apoio à vítima que busca o atendimento médico-legal após 72 horas fica prejudicada, assim como a procura de vestígios para documentar a violência.

Às vítimas que procuraram a MNSL foram solicitados exames para avaliar a presença de infecções por HIV, hepatite B ou hepatite C. A citologia para avaliar a presença de clamídia para uma parcela das vítimas e o BHCG para as vítimas em idade reprodutiva. Os resultados do presente estudo demonstraram que as IST's ocorreram em 8,9% das vítimas, dentre elas o HIV, a sífilis e a clamídia. De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, a probabilidade de adquirir uma IST é de 16 a 58%, percentual acima do que foi visto no presente estudo que foi concordante com o estudo de Delzियो et al. (2018) onde foram diagnosticadas IST's em 3,5% das vítimas, ocorrendo em maior número em adolescentes de 15 a 19 anos e está relacionado a violência com mais de um agressor ou à reincidência (BRASIL, 2012; CERQUEIRA et al. 2014; DELZIOVO et al., 2018). Deve-se estar atento ao diagnóstico de IST em crianças, já que pode ser o primeiro sinal de abuso sexual. A falta de notificação de qual IST ocorreu prejudica a avaliação futura da transmissibilidade.

A profilaxia pós-exposição foi realizada somente às vítimas que foram atendidas na MNSL, sendo a anticoncepção de emergência concedida a 25,8% das vítimas. Cerqueira et al. (2014) revelaram que a anticoncepção foi ofertada a 50% das mulheres, o que mostra que este procedimento ainda não é realidade para muitas vítimas, apesar da eficácia na prevenção da gravidez ser em torno de 90% (DELZIOVO et al., 2018). A baixa utilização de anticoncepção de emergência, nesse estudo, se deu provavelmente em parte pela maioria das vítimas serem menores de 14 anos e não terem tido contato seguramente com o espermatozóide. Após a violência sexual, a anticoncepção de emergência é uma das intervenções mais importantes no atendimento imediato em vítimas na idade fértil devendo ser ofertada em qualquer unidade de saúde ou ser encaminhada para a unidade que ofereça.

A profilaxia contra IST's foi ofertada para 31,2% das vítimas. Cerqueira et al., 2014 demonstrou em seu estudo que a profilaxia para o HIV e infecções bacterianas ocorreu em 52% das vítimas, já para hepatite B foi indicada em 34,5%. A administração ou não de profilaxias depende da avaliação do risco potencial de ter uma IST e deve ser ofertada à todas as vítimas com risco, como penetração ou exposição à sangue ou secreção do agressor. A menor proporção da indicação da profilaxia para hepatite B pode ocorrer devido à vítima ter recebido esquema vacinal completo (DELZIOVO et al., 2018). A profilaxia é menor disponibilizada quanto mais jovem for a vítima, maior a relação com o agressor, menor a escolaridade, se não houver penetração vaginal ou anal e se a agressão for repetida (BRASIL, 2012; CERQUEIRA et al., 2014). O tratamento desigual às vítimas com menor escolaridade revela o comprometimento dos princípios básicos do SUS, como a universalidade e isonomia do sistema.

Todas as vítimas de violência sexual (5,3%) que estavam grávidas atendidas na MNSL optaram, nesse estudo, pelo abortamento, sendo que a maioria estava com mais de 12 semanas de gestação. Dados que concordam com a literatura, mostram que a maioria das vítimas interrompe a gestação (CERQUEIRA et al., 2014; NUNES et al., 2017). Ressalta-se que a taxa de gravidez cresce até 15% na faixa etária entre 14 e 17 anos e quando houve penetração vaginal. Delziovo et al. (2018) relataram que a gravidez ocorre em 7,6% das vítimas de violência sexual e está relacionada, em maior proporção, com as que não procuraram o serviço de saúde e não receberam contracepção de emergência, com a violência de repetição e que tinham entre 10 e 14 anos. Além disso, entre as mulheres que engravidaram, as adultas interrompem a gestação mais do que as adolescentes (BRASIL, 2012). Uma explicação para isso é que, segundo a Norma Técnica, a interrupção da gestação em menores de 18 anos só pode ocorrer com a concordância do responsável. Dessa forma, a intervenção familiar nesse processo pode ser um motivo para a continuidade da gestação.

A gravidez indesejada ou IST decorrente de estupro representa uma agravante agressão sexual da violência potencialmente evitável, em razão do impacto que seria o tratamento de uma doença crônica ou a interrupção da gestação. A vítima que procura o atendimento após 72 horas não recebe profilaxia contra IST's, visto que as pesquisas não mostram efetividade no seu uso após esse tempo e não é realizada a anticoncepção de emergência. (BRASIL et al., 2012; FACURI et al., 2013; BORDONI et al., 2018).

Nesse estudo, 38% das vítimas obtiveram atendimento médico e 22% receberam o atendimento médico e realizaram o exame pericial. Observou-se que 83% das vítimas

realizaram boletim de ocorrência por ser a primeira procura da vítima à delegacia, que a encaminha diretamente ao IML, e depois para o atendimento em outro serviço de referência e 16,9% procuraram somente o atendimento médico. Bordoni et al. (2018) também verificaram alta taxa de denúncia policial pós agressão sexual, enquanto Facuri et al. (2013) relataram que a procura pelo atendimento hospitalar foi maior do que os que reportaram o crime à polícia. Há uma grande variação quanto a notificação de crimes sexuais enquanto no estudo de Rand et al. (2010) ocorreu em 3,6%, no de Facuri et al. (2013) em 43%. Nos EUA, estima-se que a taxa de notificação policial seja de 19% do número real de casos (CERQUEIRA et al., 2014). Há um consenso em que as vítimas de violência sexual necessitam de um atendimento multidisciplinar e integrado, como retratado na Inglaterra e nos EUA, por exemplo, onde existem os “Centros de Agressão Sexual”. Esses centros oferecem apoio médico e psicológico, assim como acompanhamento, mesmo que as vítimas optem por não registrar a queixa policial. Eles melhoram tanto a qualidade de vida das vítimas de violência sexual, quanto auxiliam nas decisões judiciais (GILLES et al., 2019; DENNIS et al., 2019). É importante o atendimento médico e pericial em uma mesma unidade e, sempre que possível, na mesma visita, uma vez que há um alta probabilidade de perda de acompanhamento, além de expor as vítimas a um maior dano psicológico. A subnotificação policial favorece a distorção da realidade para o direcionamento das políticas públicas, tanto na prevenção quanto na assistência. A falta de integração dos centros de referência interfere negativamente tanto na profilaxia quanto na pesquisa de achados periciais.

5 CONCLUSÃO

Verificou-se que as vítimas eram em sua maior parte menores de 14 anos, de cor parda, solteira, estudante, com ensino fundamental incompleto, sem prole constituída e sem relação sexual anterior ao evento e a maior parte das violências ocorreram na própria residência por agressor único, conhecido, sendo o padrasto ou o pai. A violência mais cometida foi o estupro, sem deixar sinal de violência e atos libidinosos na maioria das vítimas em virtude do tempo transcorrido entre a agressão e o exame médico ser maior do que 72 horas. Não houve possibilidade de oferecer resistência por grande parte das vítimas, pois eram menores do que 14 anos. A vítimas que mais procuraram o IML e após a MNSL são as reincidentes.

A procura por atendimento ocorreu tardiamente em sua maioria. Na minoria das vítimas que foram ao IML foi realizada a pesquisa forense devido ao tempo transcorrido

entre a violência e o atendimento ser maior do que 72 horas. Nas mulheres que tiveram indicação e que procuraram a MNSL foram feitos os exames sorológicos, BHCG e citologia. A imunoprofilaxia foi realizada em poucas vítimas devido ao tempo transcorrido ter ultrapassado a fase de efetividade das medicações. A interrupção legal da gestação ocorreu em um número restrito de casos, e a maioria dos abortamentos foram executados após a 12^o semana de gestação.

A assistência às vítimas de violência sexual deve ser integral e de qualidade, é fundamental fortalecer a rede de proteção, constituída de maneira multidisciplinar. Nesse estudo, a maioria das vítimas que procuraram o IML evadiram, enquanto só a menor parte procurou atendimento médico na MNSL. O mesmo aconteceu com as vítimas que foram primeiro à MNSL, que após o atendimento médico não realizaram o exame médico-legal no IML.

Evidencia-se a importância do atendimento às vítimas de violência sexual e o correto direcionamento no sistema de saúde. É fundamental que a equipe de saúde e o sistema judiciário reconheçam a relevância de haver um atendimento integrado no acolhimento prestado a essas vítimas para diminuir os traumas advindos da violência. No Brasil, ainda há uma baixa procura das vítimas por atendimento médico, para mudar esse quadro, deve haver o estímulo ao maior educação social e familiar sobre esse tema e a inserção nos meios acadêmicos, a capacitação de profissionais de saúde, a aceitação do problema e o estímulo à sociedade a não depreciar as vítimas para garantir melhor qualidade e condições de atendimento.

REFERÊNCIAS

ASTRUP, B. S. et al. Nature, frequency and duration of genital lesions after consensual sexual intercourse—Implications for legal proceedings. **Forensic science international**, v. 219, n. 1-3, p. 50-56, 2012.

BASILE, K.C.; SMITH, S.G. Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health. **American journal of lifestyle medicine**, v. 5, n. 5, p. 407-417, 2011.

BLACK, M. C. et al. Prevalence of sexual violence against women in 23 states and two US territories, BRFSS 2005. **Violence against women**, v. 20, n. 5, p. 485-499, 2014.

BORDONI, P. H. C. et al. Abuso Sexual em Adultos: Casuística do Posto Médico-Legal de Ribeirão das Neves-Minas Gerais. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 7, n. 2, p. 137-155, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Brasília, n. 11, 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadie_st11.pdf. Acesso em: 28 de novembro de 2021.

DELZIOVO, C. R. et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e20171493, 2018.

DENNIS, M. L. et al. A new approach to assess the capability of health facilities to provide clinical care for sexual violence against women: a pilot study. **Health policy and planning**, v. 34, n. 2, p. 92-101, 2019.

FACURI, C.O.; FERNANDES, A.M.S.; OLIVEIRA, K.D.; ANDRADE, T.S.; AZEVEDO, R.C.S. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013.

FACURI, C.O.; FERNANDES, A.M.S.; OLIVEIRA, K.D.; ANDRADE, T.S.; AZEVEDO, R.C.S. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013.

GILLES, C. et al. Implementation of a protocol and staff educational sessions improves the care of survivors of sexual assault. **Maturitas**, v. 124, p. 39-42, 2019.

GUIMARÃES, J. A. T. L.; VILLELA, W. V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1647-1653, 2011.

HIQUET, J. et al. Évaluation des coûts directs de la prise en charge en urgence d'une victime de violences sexuelles. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, v. 66, n. 2, p. 99-105, 2018.

JÄNISCH, S. et al. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. **International journal of legal medicine**, v. 124, n. 3, p. 227-235, 2010.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

MCLEAN, I. et al. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. **Forensic science international**, v. 204, n. 1-3, p. 27-33, 2011.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F.; DE MORAIS, N. A. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 956-969, 2017

OSHIKATA, C.T.; BEDONE, A.J.; PAPA, M.S.F.; SANTOS, G.B.; PINHEIRO, C.D.; KALIES, A.H. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas-SP. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 701-713, 2011.

PLATT, V. B. et al. Sexual violence against children: authors, victims and consequences. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1019-1031, 2018.

POCOCK, S. J. Clinical trials: a practical approach. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

SANTOS, M. J. et al. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola-Brasil, 2010-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017059, 2018.

TENER, D.; MURPHY, S. B. Adult disclosure of child sexual abuse: A literature review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 16, n. 4, p. 391-400, 2015.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1263-1272, 2013.

WINZER, L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. **Cadernos de saude publica**, v. 32, p. e00126315, 2016.

ZILKENS, R. R. et al. Genital and anal injuries: A cross-sectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. **Forensic science international**, v. 275, p. 195-202, 2017.