Violência sexual. Experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil

Sexual violence: Experience of a Program for the Care of Sexual Violence Victims (PRAVIVIS) at a General Hospital in Caxias do Sul, South Brazil

Sônia Regina Cabral Madi[1], Lisiane Faccin Knob[2], Jucemara Lorencetti[3], Nathalia Oliva Marcon[3], José Mauro Madi[4]

RESUMO

Introdução: A violência sexual (VS) é um fenômeno universal, que atinge diferentes classes sociais, sem se importar com o nível socioeconômico e cultural da mulher. O objetivo deste estudo foi analisar 243 casos de violência sexual, acolhidos em um hospital geral com programa institucional específico. **Metodologia:** estudo transversal onde foram estudadas as características epidemiológicas das violentadas, dos violentadores e da conduta clínica decorrente do estupro. Foi utilizado o programa estatístico SPSS 16.0 e realizado o cálculo para análise de percentuais, médias e medianas. **Resultados:** a análise do perfil epidemiológico demonstrou que a média das idades das vítimas foi de 19 anos, sendo a grande maioria branca e de baixa instrução. O estupro de forma isolada ou associada a outros crimes ocorreu em 69,1% dos casos. A violência, em 52,3% dos casos, ocorreu dentro de espaços privados, principalmente por um único agressor, mas sem envolvimento emocional prévio em 71,6% dos casos. Em 42% dos atendimentos foi possível a coleta e o armazenamento de material para exame forense. Em 34,2% dos casos as vítimas receberam medicação profilática completa, mas somente 2,5% completaram o esquema mínimo de seguimento. **Conclusão:** o perfil epidemiológico das vítimas atendidas é de uma jovem adolescente e com baixo grau de escolaridade. O estupro praticado, via de regra por um único agressor, foi o tipo de crime mais comum, sendo que a vítima, por ocasião da agressão, se encontrava em local privado. As vítimas foram atendidas em tempo inferior a três dias após a violência, receberam medicação profilática e contraceptiva completa, bem como assessoria médica, social e psicológica. Ainda assim, observou-se uma baixa adesão das vítimas às propostas de acompanhamento do PRAVIVIS.

UNITERMOS: Violência Sexual, Estupro, Violência Contra a Mulher, Gênero e Saúde, Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

Introduction: *Sexual violence (SV) is a universal phenomenon affecting different social classes, regardless of cultural or socioeconomic status. The aim of the present study was to assess 243 cases of victims of sexual violence who were cared for at a general hospital with a specific institutional program.* ***Methods:*** *A transversal study of the epidemiological characteristics of the victims, perpetrators and clinical conduct resulting from rapes. The statistical analysis was carried out with software SPSS 16.0, which was used to calculate percentages, means and medians.* ***Results:*** *The analysis of the epidemiological profile showed that the victims' mean age was 19 years, most of them whites with low schooling. Rape in isolation or in association with other crimes occurred in 69.1% of cases. Violence occurred in private spaces, mainly by a single aggressor, in 52.3%, but without previous emotional involvement in 71.6% of the cases. It was possible to sample and store material for forensic examination in 42% of the cases. In 34% of the cases the victims received complete prophylactic medication, but only 2.5% did complete the minimum follow-up care.* ***Conclusion:*** *The epidemiological profile of the victims is that of a young adolescent with low schooling. Rape practiced by a single abuser was the most frequent crime, and the victim was in a private space on the time of abuse. The victims were cared for within 3 days from the episode and received complete prophylactic and contraceptive medication, as well as medical, social and psychological support. Nevertheless, the victims' adherence rates to the PRAVIVIS follow-up care were low.*

KEYWORDS: *Sexual Violence, Rape, Violence Against Women, Sexual Abuse, Gender and Health, Sexual and Reproductive Health.*

INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) é um fenômeno universal que atinge diferentes classes sociais, sem se importar com o nível socioeconômico e cultural da mulher, podendo acontecer em espaços públicos ou privados, bem como em qualquer fase da vida. O fato não é um fenômeno recente; pelo contrário, são relatados casos que se estendem desde a mitolo-

[1] Médica Especialista. Coordenadora do PRAVIVIS – Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do Hospital Geral/Fundação Universidade de Caxias do Sul.
[2] Médica R2 do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral/Fundação Universidade de Caxias do Sul.
[3] Aluna do curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.
[4] Doutorado. Professor.

07-456_violência_sexual.pmd 13 31/3/2010, 10:52

gia greco-romana à atualidade, sendo influenciados pelos modos de agir e de pensar de cada povo ao longo dos tempos (1, 2).

A VS foi definida pela Organização das Nações Unidas como "qualquer ato de violência baseado na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade, seja na vida pública ou privada" (1, 2). Estima-se que cerca de doze milhões de pessoas/ano, em todo o mundo, sejam vítimas de VS (3-5). Países em conflito armado, como Bósnia-Herzegovina, Croácia e Libéria registram as mais elevadas incidências de pessoas vítimas da VS (2). Nos Estados Unidos é observado um caso a cada seis minutos; no Brasil, nas regiões de São Paulo e Pernambuco, constatou-se que 29% das mulheres entre 15 e 49 anos de idade sofreram violência física e/ou sexual por parte do próprio companheiro, segundo a Organização Mundial da Saúde (2).

Sabe-se que os números relatados nas pesquisas estão muito aquém da realidade (2-4). Uma das principais causas da subnotificação é o fato de as agressões ocorrerem, na maioria das vezes, em ambientes familiares, por pessoas conhecidas. O medo de vingança, sentimentos de vergonha e humilhação, desconhecimento dos direitos legais e o descrédito na justiça também são fatores que contribuem para as vítimas da violência calarem-se ao invés de denunciarem o abuso.

Atualmente, os termos abuso, *violência* e *agressão sexual* são utilizados de forma ampla e genérica, tanto para os casos de estupro, como de atentado violento ao pudor, uma vez que não alteram a conduta clínica. No entanto, para fins jurídicos, é necessário classificar os crimes sexuais de acordo com o previsto pela Deontologia Médica e pelo Código Penal Brasileiro (CPB) (6) como se segue: (1) estupro: definido pelo artigo 213 como "constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça". Entende-se por violência o emprego de força física capaz de sobrepujar a resistência da vítima, e por grave ameaça a promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir a resistência. A conjunção carnal é definida exclusivamente pelo coito vaginal; (2) atentado violento ao pudor (AVP): conforme o artigo 214 é caracterizado por "todo ato libidinoso diferente da conjunção carnal, mas sob as mesmas formas de constrangimento aplicadas ao estupro" (6). Aqui se incluem as mordidas, a sucção de mamas ou genitália, manobras digitais eróticas, o coito anal (AVA) ou oral (AVO), entre outros; (3) violência por presunção (6): segundo o artigo 224, quando "a vítima for menor de 14 anos (*inocencia consilli*), for alienada ou débil mental, ou quando a mesma não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência" (condições de deficiência física limitante, estado de inconsciência de qualquer origem, por embriaguez ou uso de substâncias de efeitos hipnóticos, entre outros) (6).

As formas de constrangimento são os mecanismos utilizados para neutralizar a resistência da vítima e consumar o crime sexual, conforme o estabelecido pelo artigo 224 do CPB, podendo ser classificado como: uso de força física; uso de grave ameaça; associação do uso de força física e da grave ameaça; violência presumida (6).

A VS representa uma das maiores expressões de violência de gênero, com consequências, muitas vezes, dramáticas no que se refere à saúde física e psicológica de quem sofreu o abuso. Assim, acaba por se tornar um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, representando, segundo o Ministério da Saúde, uma das principais causas de morbimortalidade da população jovem (6-8).

Enquanto os homicídios acontecem, principalmente em espaços públicos e em populações masculinas, a VS dá-se não só em lugares públicos, mas também em ambientes domésticos, atingindo, além das mulheres, que são a maioria das vítimas, crianças e adolescentes. Cabe destacar, neste contexto, o abuso sexual intrafamiliar, também conhecido como incesto; ele é definido como qualquer forma de atividade sexual entre uma criança e um membro imediato da família (pai, padrasto e irmão), extensivo (tio/a, avós, primo/a) ou parentes substitutos (um adulto que a criança considera como membro da família) (2). Assim, formas de violência como estas implicam a transgressão do poder/dever de proteção do adulto, como também na negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos (2, 3, 7). Ainda segundo o Ministério da Saúde, pessoas violentadas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão e ao suicídio (7). Cerca de 80% das vítimas referem ter como principal preocupação a possibilidade de se infectar com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (6-8). Além disso, uma gravidez em decorrência do estupro torna-se uma possibilidade perturbadora e, muitas vezes, intolerável para a mulher.

Dessa forma, os profissionais da área da saúde devem ser adequadamente treinados para o manejo clínico e psicológico dessas pacientes. O atendimento deve ser realizado em serviços estruturados, por uma equipe multidisciplinar, preparada para acolher, atender e acompanhar, de acordo com o que priorizam as Normas Técnicas do Ministério da Saúde (NTMS) (7), sempre buscando minimizar as marcas deixadas pela violência. Torna-se necessário para os profissionais eliminarem toda e qualquer forma de preconceito, bem como compreenderem que o direito da vítima e sua individualidade devem ser respeitados. Nesse contexto é preciso conhecer a realidade dos fatos e, por isso, a avaliação do perfil das pacientes é importante, pois é por meio desta que obtemos informações fundamentais para prestar um atendimento individual, humano e integral (2).

Por essa razão, decidiu-se pela análise dos casos de VS do PRAVIVIS/Hospital Geral de Caxias do Sul.

07-456_violência_sexual.pmd 14 31/3/2010, 10:52

METODOLOGIA

Realizou-se estudo transversal e consecutivo das pacientes atendidas no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS) do Hospital Geral da Fundação Universidade de Caxias do Sul (HG/FUCS), no período de setembro/2001 a março/2008. O Hospital Geral de Caxias do Sul é referência em inúmeras especialidades médicas, situa-se na região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), e atende tão somente usuárias do Sistema Único de Saúde, de baixo nível socioeconômico, na sua grande maioria. O PRAVIVIS, por sua vez, talvez seja dos raros Serviços no RS a se dedicar de forma holística ao acolhimento desse tipo de paciente.

O estudo teve caráter epidemiológico e foram analisadas as seguintes variáveis: (1) perfil social da vítima: idade, etnia, grau de escolaridade; (2) características da violência: tipo; forma do constrangimento; local em que aconteceu o abuso; número de agressores; agressor se conhecido ou não; instituição que encaminhou a vítima ao PRAVIVIS; ocorrência de denúncia policial; tempo transcorrido entre a violência e a chegada da vítima ao PRAVIVIS; terapêutica utilizada; adesão ao serviço.

As variáveis citadas e analisadas eram provenientes de um instrumento de coleta de dados aplicado no hospital, por ocasião do primeiro contato com a vítima de VS. Foram excluídos da amostra os casos em que as queixas eram infundadas e de caracterização clínica não comprovada.

Os dados obtidos foram analisados no programa estatístico SPSS versão 16.0, sendo usados para a análise estatística médias, medianas, percentuais e desvios padrões.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul.

RESULTADOS

Ao se analisar o perfil epidemiológico de 243 vítimas de VS, constatou-se que a média das idades foi de 19 anos, sendo a maioria das pacientes caucasianas (81,1%; n=197) e com escolaridade relacionada ao 1º grau (65,4%; n=159).

No que se refere às variáveis relacionadas com a VS propriamente dita, observou-se que o estupro ocorreu em 44,4% (n=108) dos casos, tornando-se o tipo de VS mais prevalente (Tabela 1). Para praticar a VS, o agressor utilizou, em 31,3% (n=76) dos casos, uma associação de formas de constrangimento, enquanto que a grave ameaça e a violência presumida, ambas isoladas, corresponderam a 23,5% (n= 57) e 23% (n=56), respectivamente (Tabela 1).

Ao analisar as lesões físicas provocadas pela VS, não se visualizaram lesões em 61,7% dos casos (n=150), o que desmitifica o fato de que a VS deva ocorrer com lesão física. No entanto, as lesões estiveram presentes em 14,8% na região genital (n=36); 11,9% em regiões extragenitais (n=29) e em 11,1% das vítimas, em regiões genitais e extragenitais (n=27). Em 96,7% dos casos, o agressor não fez uso de preservativo.

Ao avaliar os locais em que as vítimas se encontravam no momento em que foram abordadas pelo agressor, observou-se que 52,3% delas (n=127) se encontravam em espaços privados, como a sua residência ou a do próprio agressor. Por outro lado, 26,7% (n=65) das vítimas, no momento da violência, estavam em atividade social.

A VS foi praticada em 86,8% dos casos (n=211) por um único agressor, sendo que 57,2% das vítimas referiram conhecê-lo (n=139), apesar de 71,6% delas (n=174) negarem qualquer envolvimento emocional com o agressor (Tabela 2).

Observou-se, também, que a delegacia de polícia foi a principal responsável pelos encaminhamentos dos casos ao PRAVIVIS (n=128; 52,7%) e que 63,8% dos pacientes (n=155) chegaram ao serviço em no máximo 72h após o ocorrido (Tabela 3).

As vítimas denunciaram o agressor através da realização do Boletim de Ocorrência Policial (BO) em 72,8% dos atendimentos (n=225). A coleta e o armazenamento da secre-

TABELA 1 – Distribuição dos tipos de VS e formas de constrangimento utilizadas pelo agressor

Tipo de violência	n	%
AVP anal	11	4,5
AVP oral	8	3,3
AVP + estupro	60	24,7
Estupro	109	44,4
Atos libidinosos	40	16,5
Tentativa de estupro	16	6,6
Forma de constrangimento		
Força física	51	20,6
Grave ameaça	58	23,5
Violência presumida	57	23,0
Mista	77	31,3

AVP: atentado violento ao pudor.

TABELA 2 – Distribuição de dados do agressor e sua relação com a vítima de VS

Dados do agressor	n	%
Número de agressores		
Um	212	86,8
Dois	21	8,6
Três	4	1,6
Cinco	4	1,6
Seis	1	0,4
Catorze	1	0,4
Vítima conhecia o agressor		
Sim, socialmente	65	26,7
Sim, intimamente	74	30,5
Não	104	42,4
Relacionamento emocional prévio		
Sim	68	28
Não	175	72

07-456_violência_sexual.pmd 15 31/3/2010, 10:52

TABELA 3 – Distribuição dos dados referentes ao local de origem do encaminhamento da vítima e do intervalo de tempo entre a VS e o atendimento no PRAVIVIS

Origem do encaminhamento	n	%
Médico privado	5	2,1
Espontânea	20	8,2
Delegacia	128	52,7
Pronto-socorro	14	5,8
Unidade Básica de Saúde	32	13,2
Outros	44	18,1
Intervalo de tempo (em horas)		
<24	125	51
24–72	31	12,8
>72	27	11,1
>7 dias	60	24,7

ção vaginal e/ou anal da vítima para exame de DNA do agressor, dados importantes para a Justiça, e que ficam à sua disposição, foram realizados em 42% (n=102) dos casos.

Ao se analisar a terapêutica utilizada, verificou-se que 34,2% das vítimas (n=83) receberam o esquema completo de medicação profilática, composto pela anticoncepção de urgência, antibioticoterapia e medicamentos antirretrovirais; 15,6% das vítimas usaram antibioticoterapia e antirretrovirais. Entretanto, 39,5% delas (n=96) não receberam nenhum tipo de medicação (Tabela 4).

Com relação ao retorno das vítimas ao Serviço, conforme fluxograma proposto pelo PRAVIVIS, constatou-se que apenas 12,8% das atendidas (n=31) não retornaram para seguimento.

DISCUSSÃO

A VS é um crime praticado contra a liberdade sexual, que gera violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos de uma pessoa (6). É considerada causa importante de morbidade e mortalidade, atingindo, principalmente, a população jovem (7, 9, 12, 13).

TABELA 4 – Distribuição dos tipos de medicamentos prescritos às vítimas de VS*

Medicação	n	%
1 – Anticoncepcional	4	1,6
2 – Antibióticos profiláticos	13	5,3
3 – Antirretrovirais	2	0,8
1 + 2	6	2,5
1 + 3	1	0,4
2 + 3	38	15,6
Todos	83	34,2
Nenhum	96	39,5
Total	243	

* As medicações citadas foram prescritas nas duas primeiras consultas.

A análise epidemiológica realizada no presente estudo identificou, no perfil das vítimas de VS, média de idade de 19 anos, baixo grau de escolaridade e predomínio da raça caucasiana, de acordo com citações de literatura (3, 6, 14). O grande número de vítimas da raça branca pode ser explicado pela influência da imigração europeia na região de Caxias do Sul.

Segundo dados do Instituto Médico-Legal de São Paulo, o estupro constitui cerca de 60% das queixas de crime sexual, e o atentado violento ao pudor, quase 18% (9, 11). Indicadores semelhantes foram encontrados em estudo com BO da cidade de São Paulo, com 54% de casos de estupro e 16% de AVP (11). Em outro estudo, prevaleceu a frequência de estupro, isolado ou associado a outro tipo de abuso sexual (63,1%), ocorrendo, entretanto, frequência maior de AVP (36,9%) (3). Ao se compararem os dados citados aos encontrados no presente estudo, notou-se uma frequência menor de estupro isolado (44,4%). No entanto, ao associá-lo ao AVP, observou-se 26,4% dos casos, fazendo com que o estupro estivesse presente em 70% dos casos de VS.

Identificar o tipo de crime sexual, além de ser importante para se estabelecer a punição do agressor, é imprescindível para que possam ser determinados riscos maiores de doença sexualmente transmissível e contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (10). Se for comparada a taxa de probabilidade de infecção pelo HIV na relação heterossexual vaginal, consentida e única, com relações onde há coito anal, esta taxa eleva-se de 0,08% a 0,2% para 0,1% a 0,3% (3, 10). Em virtude de se ter um número considerável de vítimas de VS que sofreram AVP anal, isolado ou associado a outros crimes, tem-se uma preocupação maior no atendimento a essas pessoas.

A maior parte dos trabalhos demonstra a grave ameaça e a violência presumida como formas predominantes de constrangimento nas vítimas analisadas (2, 3, 8, 14). No entanto, no estudo em questão, obteve-se a associação das formas de constrangimento (31,3%), com pequeno destaque sobre as formas isoladas, que mostraram valores próximos entre si, fazendo com que o uso de força física, grave ameaça e violência presumida perfizessem, cada uma delas, índices que variaram entre 20,6%, 23% e 23,5%, respectivamente. Com isso, explica-se também o elevado número de casos de VS com presença de lesões físicas (37,8%), sejam genitais e/ou extragenitais, encontradas no presente estudo, em comparação aos baixos índices de lesões físicas referenciados em outro estudo (14). Entretanto, foi alto o índice de VS sem a presença de lesões físicas (61,7%), o que para alguns pode parecer contraditório. Cabe salientar que a ocorrência de lesões potencializam os riscos de infecção pelas doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV, além da morbidade que produzem (10, 14). Observou-se, assim como em outros estudos que, na maior parte das vezes o crime foi praticado por agressor único (86,8%) e conhecido (57,2%), o que justifica o fato de ser o ambiente privado o local em que a vítima foi abordada com mais frequên-

07-456_violência_sexual.pmd 16 31/3/2010, 10:52

cia pelo violentador. Torna-se então importante ressaltar que é o ambiente privado o local onde ocorre a VS intrafamiliar, provocando danos emocionais ainda mais complexos e que se refletem em alarmantes taxas de tentativa de suicídio (5, 14).

Antes de chegarem ao PRAVIVIS, mais da metade das vítimas de VS estiveram na delegacia de polícia (52,7%) e denunciaram o violentador através da realização do BO (72,8% dos casos), incluindo-se nesta amostra situações em que o BO foi efetuado depois de finalizado o primeiro atendimento no Serviço. Importante ressaltar que a procura à delegacia e, principalmente, a denúncia do agressor apresentou frequência substancial, posto que a VS é considerada subnotificada legalmente (3, 4, 7, 8, 11, 14, 15).

Em relação ao atendimento médico prestado pelo PRAVIVIS, observou-se que 34,2% das vítimas receberam medicação profilática completa, já que em 63,8% dos casos a vítima foi atendida nas primeiras 72 horas após a VS. Outras 15,6% não receberam a anticoncepção de urgência em virtude de já usarem regularmente métodos de anticoncepção ou por ainda não ter ocorrido a menarca. Observou-se considerável número de pacientes que não receberam qualquer tipo de medicação (39,5%), posto que chegaram ao Serviço depois de transcorridas 72h da VS (35,8%). As Normas do Ministério da Saúde contemplam tal situação (4, 8, 13, 15). Em alguns casos também não se usou medicação, por não se terem evidenciado lesões extragenitais, genitais ou contato da vítima com secreções do agressor.

Sempre que possível, e seguindo as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, no PRAVIVIS, foi realizada a coleta de material forense. No estudo em discussão, o material foi obtido em 42% das pacientes. Tal fato evidencia a atuação do Serviço na prevenção e tratamento dos agravos resultantes da VS (4).

A adesão às propostas do Serviço, porém, ainda estão aquém do esperado, visto que um número considerável de pacientes retorna uma única vez (42,4%); nesse momento, são fornecidas medicações para que a vítima complete no domicílio a profilaxia contra o HIV. Até o término da medicação antirretroviral, provavelmente a paciente já tenha menstruado. Assim, ao notarem a presença do sangramento menstrual e, possivelmente, descartarem a possibilidade de uma gravidez indesejada decorrente da VS, deixam de comparecer às visitas subsequentes, posto que uma das preocupações foi sanada. Importante enfatizar que as maiores preocupações das vítimas são o risco de uma gravidez indesejada e a infecção pelo HIV (8).

Mesmo tendo uma equipe multidisciplinar à disposição das vítimas da VS, o retorno ao Serviço se apresenta menor que o esperado, uma vez que, na maior parte das vezes, voltam a consultar uma ou duas vezes. Qual seria a causa dessa constatação? Inadequação na relação entre as vítimas e os profissionais que a atenderam? Pouca eficácia no acolhimento das queixas apresentadas? Houve desenvolvimento da síndrome pós-traumática, originando a falta de adesão? O retorno pode significar lembranças dolorosas? Ficam essas observações para que novos trabalhos possam ser realizados e que se encontrem os reais motivos desses abandonos.

Oferecer credibilidade à palavra da vítima com relato de VS obedece ao princípio jurídico de presunção de veracidade (6, 7, 9, 11). Esse dispositivo, entre outros importantes efeitos, permite romper o ciclo da violência e oferecer proteção social e legal de acordo com a gravidade dos riscos que ela enfrenta. Nesse contexto, tem-se a missão de atender às necessidades de cuidados e cura em saúde, descartando qualquer tipo de crítica ou condenação à sexualidade considerada "atípica".

Proteger as vítimas da VS do impacto físico e emocional que sofrem é responsabilidade inegável dos serviços de saúde. Protegê-las do agressor e promover justiça é responsabilidade indiscutível dos operadores do Direito. O flagelo do abuso sexual, no entanto, continuará em proporções inaceitáveis, se não encontrarmos caminhos que garantam justiça e saúde enquanto direitos humanos fundamentais.

CONCLUSÃO

O perfil da paciente atendida pelo PRAVIVIS é de uma jovem branca, com idade média de 19 anos, com baixo grau de escolaridade, que se encontrava em local privado no momento da violência, isto é, dentro da sua própria casa ou da do agressor. A vítima conhecia o violentador e, em alguns casos, havia grau de parentesco entre eles.

O estupro, de forma isolada ou associada ao AVP, foi o tipo de crime mais comumente observado e, em geral, praticado mediante associação de formas de constrangimento como a violência presumida, a grave ameaça e o uso de força física. As vítimas chegaram ao PRAVIVIS, na maioria dos casos, por encaminhamento da delegacia de polícia e com o boletim de ocorrência em mãos. Foram atendidas em média antes de 72h após a VS e, como idealizado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde, receberam medicações profiláticas, bem como assessoria médica, social e psicológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjiarjian V. Estupro: crime ou "cortesia"? Abordagem sócio-jurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE; 1998.
2. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. J Miss State Assoc. 1998; 39:366-9.
3. Andalaft J, Faúndes A. Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil. Simposio 2001. Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Cancún, Q.R., México. Junio 4 al 7,2001. Disponible en: URL: http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/brazilsp.doc
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica da

07-456_violência_sexual.pmd 17 31/3/2010, 10:52

Saúde da Mulher. Prevenção a Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Norma Técnica. 2ª edição atual e ampliada. Brasília 2005. Série A. Normas técnicas e Manuais Técnicos. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 6, disponível em: URL: http://www.aids.gov.br
5. Faúndes A, Brache V, Alvarez F. Emergency contraception – clinical and ethical aspects. Int J Gynecol Obstet. 2003; 82:297-395.
6. Oliveira J. Código Penal. 25ª edição. São Paulo: Saraiva, 1987; p. 483.
7. Torres JHR. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência. Consulta feita pelo Ministério da Saúde. Disponível em: URL: http://www.ipas.org.br
8. Madi SRC. Violência sexual. In: Boff RA, Kavanagh JJ, editores. Ginecologia e Mastologia: um guia prático. 1. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2002; p. 403-14.
9. Cohen C, Matsuda NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. Rev Paulista Med. 1999; 109:157-64.
10. Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Napoli PC. Estudo da adesão da quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. Rev Bras Ginec Obstet. 1999; 21(9):539-44.
11. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: Cadernos de Ética em Ginecologia e Obstetrícia. 2ª edição. São Paulo: CREMESP; 2002. pp. 71-8.
12. Drezett J, Caballero M, Juliano I, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Pediatr. 2001; 77(5):431-9.
13. Estatuto da Criança e do Adolescente. www.planalto.gov.br Ministério Público.
14. Oshikata O, Bedone CT, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad Saude Publica. 2005; 21(1):192-9.
15. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Anticoncepção: Manual de Orientação; 1997.

✉ Endereço para correspondência:
Sônia Regina Cabral Madi
Rua Alfredo Chaves, 705/804
95020-460 – Caxias do Sul, RS
☎ (54) 3223-0336
srcmadi@gmail.com

Recebido: 20/7/2009 – Aprovado: 20/8/2009

07-456_violência_sexual.pmd 18 31/3/2010, 10:52