



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Passos, Ana Isabela Morsch; Gomes, Daniela
Angerame Yela; Gonçalves, Carolina Lourenço Defilippi
Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas
Revista Bioética, vol. 26, núm. 1, 2018, Janeiro-Abril, pp. 67-76
Conselho Federal de Medicina

DOI: 10.1590/1983-80422018261227

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558390008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

INVESTIGACIÓN

Perfil de la atención a víctimas de violencia sexual en Campinas

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

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

Resumen

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

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

Resumo

Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas

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

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

Abstract

Profile of victims of sexual violence receiving care in Campinas

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

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

Aprovação CEP-Unicamp 1.253.355/2015

Declararam não haver conflito de interesse.

Desde los orígenes de la convivencia del hombre en sociedad existen relatos de violencia, ya sea interpersonal, laboral, de género, social, sexual, racial, física o psicológica. La definición comúnmente utilizada es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual la describe como *el uso intencional de la fuerza física o el poder, real o como amenaza contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia una lesión, muerte, daño psicológico, problemas de desarrollo o privación*¹.

Estar expuesto a violencia puede ocasionar daños serios al individuo. Se estima que sea una de las principales causas de muerte de personas entre los 15 y los 44 años en todo el mundo². Cuando no causa la muerte, la violencia genera dolor, sufrimiento mental, trastorno psicológico o lesión corporal, lo cual afecta la salud pública mundial³.

En relación con la violencia de género, la frecuencia de daños físicos, mentales y sexuales contra la mujer es alta y recurrente⁴. En 1994, la Organización de los Estados Americanos se reunió con la finalidad de discutir en el ámbito internacional sobre la violencia hacia la mujer, en la llamada Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer o “Convención de Belem do Pará”⁵, ratificada por Brasil en 1995. El artículo 1 de la convención define la violencia contra la mujer como (...) *cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado*⁵.

La participación de Brasil en esa convención obligó al país a comprometerse a instituir medidas preventivas y sancionadoras en contra de la violencia de género, lo cual abrió puertas para la creación de la Ley 11.340/2006, conocida como la “Ley María da Penha”⁶. Para dicha ley, el término “mujer” se considera independientemente de la orientación sexual, es decir, engloba a lesbianas, travestis, transexuales y transgéneros⁷. La ley también implicó cambios importantes en el Código Penal⁸, determinando penas más severas y extinguiendo penas alternativas para quienes cometen crímenes de violencia contra la mujer.

Aunque haya esfuerzos internacionales para erradicar todos los tipos de violencia, los índices son alarmantes. Uno de los tipos de violencia más frecuentes es la sexual, descrita en el Código Penal⁸ como un crimen contra la libertad sexual, en la forma de violación (artículo 213), violación por medio del engaño (artículo 215) y acoso sexual (artículo 216-A). La mujer todavía es la víctima principal de ese tipo de agresión⁹, tanto por su fragilidad física frente al género masculino, como por la sumisión religiosa histórica ligada al matrimonio. A menudo, el agresor ha sido el agredido y la violencia

genera un ciclo en el cual hay una desestructuración de la familia y sumisión de la mujer a la voluntad del agresor, por miedo a una nueva ola de violencia y, a veces, para proteger a los hijos⁶.

El Ministerio de Salud (MS), por medio del área de Salud de la Mujer, elaboró una cartilla con las normas técnicas para prevenir y tratar agravios resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes¹⁰, la cual los servicios de salud deben seguir, garantizando la dignidad de las mujeres víctimas de crímenes sexuales. La cartilla contiene normas generales de la atención, prevención de enfermedades infecciosas, procedimientos en casos de embarazo e interrupción de este, entre otros temas. Los cuidados de las víctimas son interdisciplinarios¹¹.

Sobre estos asuntos, este trabajo procuró obtener datos concretos sobre la atención a la mujer víctima de agresión sexual, enfatizando los aspectos jurídicos de las normas reglamentarias del Ministerio de Salud para las víctimas. El objetivo general del estudio fue caracterizar el perfil epidemiológico de la atención a esas mujeres en el Hospital de la Mujer Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti.

Método

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, con un enfoque cuantitativo de todas las mujeres que se dirigieron al Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer (Caism) como consecuencia de violencia sexual y fueron atendidas en el Ambulatorio de Atención Especial del Departamento de Tocoginecología de ese centro, en la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp), entre el 1 de mayo y el 31 de octubre de 2014.

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp, siguiendo los principios éticos enunciados en la Declaración de Helsinki (Seúl, 2008)¹² y en la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud¹³.

Se incluyeron pacientes adultas, del sexo femenino, atendidas en el Ambulatorio de Atención Especial del Caism en el periodo estipulado y el primer caso de atención registrado fue una violencia sexual. Se excluyeron del estudio a las pacientes menores de 18 años y a quienes no presentaron en el registro los datos necesarios para completar la ficha de recolección de datos. Para recolectar las variables de interés para la investigación, se utilizaron los registros médicos de las pacientes incluidas en el estudio.

Se registraron los siguientes datos obtenidos en los registros médicos de las mujeres: edad; nivel de

escolaridad; estado civil; profesión; lugar de la agresión/ violencia; existencia de registro de violencia sexual anterior; tiempo transcurrido (en horas) entre la violencia sexual y la atención médica en el Caism; búsqueda de otro servicio de salud antes del Caism; existencia o no de registro en el informe de eventos; género; edad del agresor; existencia de vínculo familiar de la víctima con el agresor; existencia de penetración (introducción parcial o completa del órgano genital masculino en el canal vaginal) o acto libidinoso (cualquier acto diferente a la penetración y que produzca excitación o placer sexual) en la violencia sexual; existencia y gravedad de lesiones corporales como consecuencia de la violencia sexual (para esta variable se seguirá el determinado en el artículo 129 del Código Penal brasileño); embarazo debido a la violencia sexual; enfermedades infecciosas causadas por la violencia sexual y si se siguieron las medidas protectoras de urgencia; registro de trastorno psicológico o psiquiátrico como resultado de la violencia sexual; si el agresor usó violencia (fuerza física) o amenaza grave (intimidación) para concretizar la violencia sexual; si el agresor se valió de engaños para disminuir o impedir la manifestación libre de la voluntad de la víctima; si el agresor indujo a error a la víctima, por medio de artificio, ardid o cualquier otro medio de fraude que sea capaz de disminuir o eliminar la capacidad de respuesta, deseo o intencionalidad de la víctima y proceder con la violencia sexual; si el agresor tenía alguna condición de superioridad jerárquica en relación con la víctima; si el agresor obtuvo o intentó obtener alguna ventaja económica; registro del tipo de atención recibida en el periodo (médica, por enfermería, psicológica, asistencia social, orientación legal/jurídica) u otra que haya existido.

Durante la investigación, los datos obtenidos en los registros médicos de las pacientes se mantuvieron en anonimato. Para seguridad y privacidad de las participantes, los datos se archivaron en un banco digital, al cual solo los investigadores involucrados tenían acceso. El banco de datos se estructuró en Microsoft Excel 2010 y el perfil de la muestra se definió según las variables en cuestión con los valores de frecuencia absoluta (n), porcentual (%) y estadística descriptiva de las variables continuas con valores de media y desviación estándar.

Resultados

Se seleccionaron 72 pacientes víctimas de violencia sexual en el intervalo de tiempo definido. De ellas, 28 fueron excluidas por ser menores de 18 años, una paciente fue excluida porque solo hubo intento de abuso sexual y otras dos pacientes fueron excluidas por el hecho de que los registros médicos

no fueron localizados, lo cual impidió la recolección de datos. Siendo así, el total de pacientes estudiadas fue de 41 mujeres (n=41). Todos los agresores descritos fueron del sexo masculino. No se encontraron los datos sobre la edad de los agresores en los registros médicos, en ninguno de los casos. En cinco de ellos (n=5, 12%) se relató la presencia de más de un agresor en el acto criminal.

Entre los lugares de ocurrencia de la violencia sexual, el 40% fue en la calle, mientras que el 25% fue en la propia residencia de la víctima. Otros lugares mencionados fueron bares, paraderos de buses, discotecas, la casa del novio, la casa de amigos, matorrales, carreteras, terrenos baldíos y el lugar de trabajo de la víctima. La ciudad más frecuente de la ocurrencia de los crímenes fue Campinas (n=21). Para cinco víctimas, la ciudad de ocurrencia fue diferente a la ciudad de su residencia y para las demás el crimen ocurrió en la misma ciudad donde residen.

En relación con el tiempo transcurrido entre la violencia sexual y la búsqueda de atención médica, la media encontrada fue de $3.894,79 \pm 14.273,64$ minutos, con una mínima de 180 minutos (3 horas) y una máxima de 86.400 minutos (60 días). En cuanto al horario de los crímenes, el 42,50% sucedió entre las 00:00 hrs. y las 06:00 hrs. (n=17) y el 35% entre las 18:00 hrs y las 00:00 hrs. (n=14).

La edad promedio de las participantes era de $31,46 \pm 11,01$ años, con una mediana de 27 años y una máxima y mínima de 18 y 62 años, respectivamente. Los datos referentes a la edad, la escolaridad y al estado civil de las víctimas están descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de la población estudiada. Intervalo temporal de recolección de datos: 1 de mayo al 31 de octubre de 2014. Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer, Campinas, Brasil.

	Frecuencia (n)	%
Rango etario (n=41)		
18 a 30 años	22	54
31 a 40 años	9	22
41 a 50 años	7	12
51 a 60 años	2	5
61 a 70 años	1	2
Escolaridad (n=39)		
Básica completa	14	36
Media completa	21	54
Superior completa	4	10
Estado civil (n=40)		
Casada	9	22,5
Soltera	31	77,5

Los datos de la variable “profesión” se consideraron en 38 casos. La profesión más frecuente relatada en el registro médico fue estudiante (13,16%), seguida de auxiliar de aseo (7,9%). Cuatro mujeres indicaron que estaban desempleadas. Otras profesiones descritas fueron ayudante de cocina, jubilada, asistente administrativa, recepcionista, asistente contable, auxiliar de aseo, auxiliar de producción, asesora del hogar, dueña de casa, dependienta, peluquera, empaquetadora, comerciante, enfermera, florista, fotógrafa, supervisora de refugios, oficial de justicia, vendedora y operadora de telemarketing.

Los datos obtenidos demuestran que, de las 41 mujeres, el 19,50% (n=8) afirmó que ya había sufrido violencia sexual en otra ocasión. La búsqueda directa del Caism ocurrió en el 73,17% de los casos (n=30), mientras que en el 26,83% (n=11) fueron a otra unidad hospitalaria antes de atenderse en ese centro. Se confirmó un vínculo afectivo del agresor con la víctima en el 24,40% de los casos (n=10) y un vínculo familiar en el 7,32% (n=3).

En los casos evaluados, no se encontraron descripciones de relación jerárquica o de ventaja económica en los crímenes cometidos. Un 9,75% evidencia relatos típicos de engaño (n=4) encontrados en los registros analizados. De esa forma, el 90,25% de los crímenes encontrados en la muestra (n=37) se tipificaron de acuerdo con el Código Penal como violación y en el 9,75% (n=4) como violación por medio del engaño.

De los 41 casos, hubo unión carnal en 29, acto libidinoso en 25, uso de fuerza física en 31 y amenaza grave en 15: 46% (n=8) con arma de fuego y 44% (n=7) con arma blanca.

Veintidós víctimas (54%) sufrieron lesión corporal como consecuencia de la violencia sexual, todas clasificadas como lesiones leves, a partir de los datos de los registros médicos. Las lesiones corporales relatadas fueron laceración anal, edema anal, fisura anal, equimosis, hematomas, excoriaciones, hiperemia y magulladuras en los puños.

En la muestra estudiada solo una víctima afirmó estar embarazada producto de la violación, aunque esta paciente fue admitida en el Caism ya en el proceso de aborto. Además, el hecho de recurrir al hospital solo se dio bajo esta condición, cuando habían transcurrido 60 días desde la violación, según la información entregada por la propia mujer. De las 41 víctimas, dos presentaron enfermedades infecciosas relacionadas con la violación. En el 10% de los casos (n=4) las víctimas indicaron que no recibieron las medidas de profilaxis de enfermedades de

transmisión sexual y anticonceptivos de emergencia. Uno de esos cuatro casos evolucionó en una enfermedad infecciosa. El segundo caso de una víctima que tuvo una enfermedad infecciosa recibió las medidas de profilaxis de enfermedades de transmisión sexual y anticoncepción de emergencia.

Para los datos del informe de eventos (IE) se encontró una frecuencia de tal registro de 56% de las víctimas (n=22), sin embargo, solo una víctima anexó el IE al registro médico y las 21 restantes solo dijeron que habían hecho el informe. El examen del cuerpo del delito fue hecho por el 10,26% de las víctimas (n=4) y se les entregó orientaciones legales y/o jurídicas a 18 de las 41 víctimas atendidas en el Caism. En este momento, cabe destacar el resultado del seguimiento completo o no en el Caism, hasta el alta médica. Solo el 12,20% (n=5) de las víctimas completaron toda la atención propuesta y las demás 36 la abandonaron antes del alta.

Las 41 mujeres recibieron atención médica y de enfermería en el Caism. En relación con la asistencia social, el 75,61% (n=31) de las víctimas fue atendida por profesionales del área. Incluso hubo atención psiquiátrica para el 75,61% de las mujeres (n=31) y psicológica para el 73,17% de ellas (n=30). Se diagnosticaron trastornos psicológicos en el 90% de las víctimas (n=37), mientras que los trastornos psiquiátricos se diagnosticaron en el 34% de los casos (n=14). Las frecuencias y tipos de trastornos psicológicos y psiquiátricos están escritos en las Tablas 2 y 3, respectivamente. Se destaca la alta frecuencia (80%) del síndrome del trauma de violación.

Tabla 2. Frecuencia de trastornos psicológicos (n=40). Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer, Campinas, Brasil

Trastorno psicológico	Frecuencia (n)	%
Angustia	2	5
Vergüenza	6	15
Rabia	4	10
Miedo a contraer enfermedades	5	12,5
Nutrición desequilibrada	12	30
Sentimiento de impotencia	23	57,5
Aislamiento social	22	55
Miedo	17	42,5
Ansiedad	19	47,5
Náuseas	4	10
Síndrome del trauma de violación	32	80
Humillación	4	10
Desamparo	3	7,5
Rebelión	5	12,5
Culpa	6	15

Tabla 3. Frecuencia de trastornos psiquiátricos (n=14). Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer, Campinas, Brasil

Trastorno psiquiátrico	Frecuencia (n)	%
Depresión	4	28,57
Pensamiento suicida	1	7,14
Fragilidad emocional	1	7,14
Reacción aguda al estrés	3	21,43
Reacción de justicia	2	14,29
Trastorno mixto ansioso-depresivo	1	7,14
Trastorno de estrés agudo postraumático	2	14,29

Discusión

Al tratar sobre las políticas y los esfuerzos públicos para implementar normas reguladoras y legislaciones sobre violencia, Lima y Deslandes¹⁴ abordan la evolución del tema en la década de 2000 y afirman que, en 2002, la Política Nacional de Disminución de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencias inauguró la discusión en la década, aunque no tratara directamente la violencia contra las mujeres. Posteriormente, en 2004, se elaboró la Política de Atención Integral a la Salud de la Mujer (Paism), la cual reconocía la violencia contra la mujer como un problema de salud pública.

En esta misma época, se amplió la cantidad de delegaciones especializadas en la atención a la mujer. En 2005, se lanzaron documentos de "Anticoncepción de emergencia"¹⁵ y la "Norma Técnica para Atención Humanizada del Aborto"¹⁶, aunque algunas redes municipales de salud no hayan aceptado, desde un inicio, el aborto legal. En 2007, el gobierno federal lanzó el "Pacto Nacional para el Enfrentamiento de la Violencia hacia las Mujeres"¹⁷, con cambios importantes de las gestiones estatales y municipales, al tratar la violencia sexual contra la mujer de forma integrada y multidisciplinaria.

Además de Brasil, hay relatos en otros países del impacto de políticas públicas y legales en la violencia hacia la mujer, las que resaltan la pequeña influencia de tales medidas legales, una vez que los agresores son registrados, pero la recidiva del crimen continua alta¹⁸. A pesar de la existencia de tales medidas en Brasil, aun es necesaria una mayor concientización social del tratamiento igualitario entre hombres y mujeres, de disminuir todas las formas de violencia social y aumentar el castigo a los agresores y de garantizar el entrenamiento adecuado a los trabajadores de la salud sobre este

tema en todo el país y no solamente en los centros de referencia estatales¹⁹.

Aunque los casos de violencia son más comunes en las mujeres²⁰, la Constitución Federal de 1988²¹ considera que los hombres y las mujeres son iguales frente a la ley, en derechos y deberes. La Carta Magna expresa incluso, en su artículo 4, inciso II, que Brasil se rige en sus relaciones internacionales por la prevalencia de los derechos humanos. En este, se encuentra en la misma fuente la "dignidad de la persona" como un principio fundamental de la República Federal de Brasil (artículo 1, inciso III). Por lo tanto, la violencia hacia la mujer ciertamente es una violación de los derechos humanos y también manifiesta la desigualdad de género⁷.

La libertad sexual camina de la mano con la dignidad sexual y ambas engloban el concepto de dignidad de la persona. No se puede hablar de dignidad sin la libertad de elegir una pareja sexual, una actividad sexual, la orientación sexual y la expresión sexual libre²². Desde 1993, la violencia a las mujeres se definió formalmente como una violación a los derechos humanos⁶, lo cual incluye, por lo tanto, la violación de la libertad sexual por medio de la violencia. En ese ámbito, el Ministerio de Salud, por medio del Área de Salud de la Mujer, desarrolló una cartilla con las normas técnicas para prevenir y tratar agravios resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes¹⁰, la cual los servicios de salud deben seguir, garantizando la dignidad de las mujeres víctimas de crímenes sexuales.

El informe contiene normas generales de atención, prevención de enfermedades infecciosas, procedimientos en casos de embarazo e interrupción de este, entre otros. Los cuidados a las víctimas son proporcionados por profesionales de diferentes áreas de manera interdisciplinaria¹¹. En muchos casos, los servicios de salud no consiguen una adhesión completa de las víctimas al tratamiento, por miedo, rabia, ansiedad y por causa de los efectos colaterales de medicamentos antiretrovirales usados en la quimioprofilaxis del virus del sida. Muchas veces, ellas prefieren no tener contacto con situaciones que les recuerden la violencia sufrida, como consultas médicas ginecológicas, conversaciones con psicólogos para tratar el tema, entre otras. Puede ser que los profesionales de la salud no estén preparados para lidiar con la situación, lo cual acaba generando un sentimiento de culpa en la mujer^{20,23}.

Para entregar apoyo jurídico a los profesionales de la salud en relación con las víctimas de agresión sexual, el Ministerio de Salud dispone de información sobre el informe de eventos, el aborto humanitario, exámenes médicos, entre

otras situaciones legales²⁴. Aunque se invita a que la víctima deje registro en el informe de eventos, la decisión queda a su criterio, puesto que no es obligatorio seguir este procedimiento.

Sobre esos datos, existen incluso otros dispositivos legales más recientes que reiteran las normas del Ministerio de Salud, el Decreto 7.958/2013²⁵ y la Ley 12.845/2013²⁶. Los artículos demuestran, respectivamente, que la víctima de violencia sexual tiene derecho asegurado a la atención multidisciplinaria, a ser informada sobre las conductas que se realizarán y sobre la importancia del registro del informe de eventos y del examen del cuerpo del delito para identificar al agresor, aunque, como se informó, esos procedimientos no son obligatorios.

En este estudio, el 56% de las víctimas (n=22) relató haber dejado constancia en el informe de eventos. Sin embargo, a pesar de las solicitudes del equipo multidisciplinario, solo un informe de eventos fue anexado al registro de una paciente. Un estudio realizado anteriormente en la misma unidad hospitalaria indicó que el índice del informe de eventos fue similar al encontrado en este levantamiento, el cual es de 65,2% entre 2006 y 2008 y de 57,2% entre 2009 y 2010. Sin embargo, la investigación no menciona si los datos provienen de los relatos de las pacientes o si los informes de eventos estaban anexados a los registros médicos²⁷. Aunque el registro del informe de eventos de las víctimas pueda facilitar las investigaciones policiales y alertar a las autoridades de salud pública y seguridad sobre los agresores, los índices pueden considerarse bajos^{23,27,28}.

En el caso de las mujeres adultas que registran el informe de eventos, se desconoce a la mayoría de los agresores²⁸. En el estudio de Vargas²⁹ se analizaron 444 informes de eventos de violación de una Delegación de Defensa de la Mujer en la ciudad de Campinas, entre 1988 y 1992. El autor caracterizó a tres tipos de agresores: el primero, de mediana edad, casado e involucrado en violaciones en el entorno familiar y con mujeres jóvenes; el segundo, joven y conocido de la víctima, capaz de cometer la violación en la propia casa de ella; y el tercero, agresor joven, desconocido de la víctima, violador de mujeres jóvenes o adultas, fuera de la casa y amenazando con arma de fuego.

La comparación de los resultados del estudio de Vargas²⁹ con esta investigación lleva a creer que el 68,3% de los agresores se encuadra en el tercer tipo descrito, a pesar de que las víctimas no hayan informado la edad de sus agresores. Eso se debe porque solo una minoría afirma conocer al agresor, ya sea por algún vínculo afectivo (10 casos) o familiar (3 casos). Si se considera que el total de la muestra

estudiada es de 41 mujeres, esos 13 casos pertenecen al 31,7% del total.

Además de la consecuencia psicológica, la víctima puede quedar embarazada debido a la violación. En este caso, su derecho a abortar es garantizado^{8,10,24}. El aborto, en el sentido criminal, significa la interrupción de la gestación, la cual puede ocurrir desde la concepción hasta el inicio del parto²². El hecho de interrumpir la gestación es considerado un acto criminal por el Código Penal⁸, excepto cuando es a favor de la salud de la madre o en casos de abuso sexual.

El aborto se considera “humanitario” o “sentimental” cuando el embarazo es consecuencia de una violación. En este caso, no es ilícito practicarlo y el médico no es castigado, siempre que cumpla con dos requisitos: consentimiento de la paciente o de su representante legal (en caso de que sea menor e incapaz) y que el embarazo sea producto de una violación. Este tipo de aborto está previsto en el Código Penal en el artículo 128⁸.

Cabe al médico, quien es el responsable de practicar el procedimiento abortivo, certificarse de que el aborto fue resultado de un acto de violencia sexual, comparando el tiempo de gestación con la fecha de la violación sufrida^{30,31}. De acuerdo con las normas técnicas ya referidas^{10,24}, la interrupción legal del embarazo no es recomendada después de las 20 semanas de gestación, aunque las condiciones de salud de la paciente siempre deben considerarse³¹. En caso de que el embarazo esté avanzado y el aborto sea contraindicado, se puede orientar a la mujer sobre los procedimientos de adopción. De cualquier forma, la violencia sexual sigue acarreado víctimas y multiplicando consecuencias negativas.

En esta investigación, solo hubo un caso de embarazo producto de la violación, pero la mujer ingresó al hospital cuando ya había iniciado el aborto, afirmando que fue víctima de violación 60 días antes, en la calle, por más de un agresor. Ella vivía en la calle y como no se dirigió al servicio hospitalario hasta 72 horas después de la violación, no recibió las medidas protectoras contra el embarazo. La falta de conocimiento de la víctima de sus derechos de interrupción del embarazo por abuso sexual termina por violar los derechos sexuales de las mujeres, quienes a veces solo los conocen al dirigirse al servicio de salud cuando descubren que están embarazadas²⁰.

El desconocimiento de los profesionales en relación con los procedimientos de aborto legal y el miedo a ser engañados por las víctimas, cuyo embarazo por violación es muchas veces cuestionado, ya sea por

motivos morales o religiosos o la falta de entrenamiento e información de procedimientos legales ofrecidos por el servicio de salud donde trabajan, también contribuye a la violación de tales derechos^{20,32,33}.

Un estudio realizado por Duarte y sus colaboradores³⁴ constató que de los 1.493 jueces y 2.614 promotores cuestionados en Brasil, el 82% eran a favor del aborto por violación. Los autores también encontraron una tendencia de los investigados a ampliar legalmente las circunstancias que permiten el aborto. Cabe resaltar que el 69% de los participantes de la investigación era del sexo masculino.

Una investigación similar fue desarrollada por Medeiros y sus colaboradores³⁵, pero con estudiantes de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte, quienes estaban finalizando las carreras de medicina y derecho. Sobre el conocimiento de la existencia del aborto legal en caso de violación, la frecuencia de los alumnos de medicina fue del 100% y de los alumnos de derecho fue 87,5%.

En algunos estudios similares, la mayoría de los agresores también eran desconocidos, las víctimas eran solteras y la violación ocurrió durante la noche^{27,36}. En una investigación realizada en una unidad hospitalaria de Sorocaba durante dos años, con 920 víctimas de abuso sexual, el 76% relató que conocía al agresor y las categorías más frecuentes fueron "amigo", "padrastro" y "padre"³⁷. Sin embargo, en entrevistas domiciliarias realizadas a 940 mujeres entre 15 y 49 años, el 28,9% de ellas residentes en la ciudad de São Paulo y 36,9% en la zona selvática del estado de Pernambuco, se afirma que tuvieron al menos un episodio en la vida de violencia sexual o física por parte de alguna persona cercana³⁸.

Así como en otros estudios nacionales, en la mayoría de los casos relatados en esa investigación las mujeres eran jóvenes, de bajo nivel de escolaridad y solteras, lo que nos lleva a reflexionar sobre los motivos que podrían conducir a ese fenómeno: las mujeres más jóvenes y con bajo nivel escolar pueden no tener todavía un estatus profesional consolidado, lo cual genera una posible dependencia financiera del compañero y, a su vez, dependencia emocional.

En el caso de las mujeres sin compañero y que sufren abuso sexual por parte de desconocidos, la mayoría de los casos de violación en esas categorías puede explicarse por la mayor vulnerabilidad en que se encuentran, debido a hábitos sociales de las mujeres jóvenes, lo que explicaría la mayor frecuencia de violaciones en la calle y durante la madrugada^{28,29,39,40}.

En nuestro estudio, 22 víctimas (54%) sufrieron lesiones corporales como consecuencia del

abuso sexual, todas clasificadas como leves, a partir de los datos obtenidos en los registros médicos. La clasificación de la gravedad de las lesiones corporales se basó en el artículo 129 del Código Penal⁸ que las define como leves, graves o gravísimas. Cabe destacar, también, que además de la violencia física definida en el código como lesión corporal hay otros tipos de secuelas, principalmente de orden psicológica, las que causan un gran impacto en la salud física y mental de las víctimas^{41,42}.

El miedo a sufrir nuevamente un episodio de abuso lleva a la mujer al aislamiento social y pueden surgir síntomas depresivos que la afectarán durante toda su vida, dependiendo del bagaje emocional de la víctima y de la atención recibida⁴². La voluntad de la víctima después de la agresión puede ser la de no buscar atención médica, por miedo y vergüenza de divulgar lo sucedido, además de la necesidad de no repetirlo con el fin de olvidar, quitar de la memoria todo el sufrimiento²⁰.

La situación psicológica de las víctimas es tan grave que les causa alivio saber que el agresor está preso o muerto. Las sensaciones relatadas después de la violación son de enojo, miedo de embarazarse, de encontrarse con el agresor y de adquirir enfermedades infecciosas⁴³. En el presente estudio, los trastornos psicológicos fueron diagnosticados en 37 víctimas (90%), mientras que los psiquiátricos en 14 (34%).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) fue encontrado en 14,29% de las mujeres. En ese caso, la víctima esquivada y se aleja de todo lo que pueda traer recuerdos del trauma sufrido y puede tener síntomas como insomnio, irritabilidad y tensión muscular⁴⁴. El concepto de TEPT surgió después de las Grandes Guerras, especialmente después del holocausto e indica, según Schestatsky y sus colaboradores, *qué tan amenazador fue un determinado evento traumático*⁴⁵.

Ese intento de distanciarse del evento traumático podría explicar el alto índice de abandono del tratamiento antes del alta, pues, en nuestro estudio, solo cinco de las 41 víctimas completaron la atención propuesta de seis meses (12,20%). La resistencia de las víctimas a buscar ayuda o mantenerse en un tratamiento revela qué tan negligente es la atención en la práctica médica ginecológica^{41,42}.

En el síndrome del trauma de violación, una condición bastante frecuente en la muestra, los daños psicológicos y emocionales pueden ser duraderos. La duración de esos daños puede estar asociada a la primera atención que la víctima recibe, es decir, una mejor interacción entre la paciente y el equipo de enfermería es esencial para proporcionar

un poco del autocontrol que la víctima busca en su reorganización emocional. La asistencia a la mujer víctima de ese crimen debe ser amplia y multiprofesional, lo cual incluye ayuda psiquiátrica, psicológica, médica, de enfermería, además del apoyo religioso y familiar^{43,46-48}.

La violencia sexual ocasiona riesgos a la salud física y mental de las mujeres, lo cual deja marcas que, a veces, jamás se borran y representan daños para la salud pública mundial, que busca instituir medidas protectoras y preventivas sobre este tema. En Brasil, el Ministerio de Salud creó normas técnicas para prevenir y tratar los agravios resultantes de la violencia sexual hacia las mujeres y adolescentes. Todo el país sigue y discute las normas, multidisciplinariamente. A pesar de la lucha mundial contra la violencia y, específicamente, a favor de las mujeres, todavía hay altos índices de violencia sexual, ya sea por el aspecto cultural o por el legal, por la certeza de la impunidad, por la demora del poder judicial que hace que el criminal piense que “todo lo puede” y que la víctima crea que el crimen nunca se resolverá.

El tema ciertamente engloba muchas áreas disciplinarias y necesita una mayor profundización científica y un conocimiento minucioso de sus asuntos. La comprensión del comportamiento de la víctima, desde la primera atención hasta el alta, facilita los estudios y el entendimiento de este asunto tan considerable. Se estima que esta investigación haya contribuido científica y socialmente por su contenido informativo sobre el tema.

Otro factor importante a perfeccionar es la moralidad de la población, la cual, por no ser estimulada a cambiar su mentalidad, tiende a creer que la violación es “normal” y que la “culpa es de la mujer”, entre otros argumentos misóginos ampliamente divulgados en las redes de noticias. Miguel⁴⁹ critica la divulgación sexista en el humor y en la propaganda, pues, según el autor, ayuda a perpetuar esas ideas y

a legitimar la violencia sexual contra las mujeres, convirtiéndola en un hecho considerado “natural”.

Consideraciones finales

Al considerar los objetivos propuestos y los resultados encontrados en esta investigación, se concluye que las mujeres víctimas de violencia sexual atendidas en el Hospital Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti eran en su mayoría adultas jóvenes, solteras, sujetas a violación con violencia y amenaza grave en la calle, en la misma ciudad donde residían. Los eventos de violencia sexual fueron más frecuentes de madrugada.

El crimen de violación fue el más frecuente. A pesar de que más de la mitad de la muestra relató que hizo el registro en el informe de eventos, no se puede considerar la veracidad de tal información, puesto que las copias de los informes no se encontraron en los registros médicos correspondientes. En relación con el embarazo producto del abuso sexual, solamente hubo un caso, pero, conforme a lo descrito en los resultados, en la mayoría de los casos estudiados, la atención propuesta por las normas técnicas para la prevención y el tratamiento de los agravios resultantes de la violencia sexual hacia las mujeres y adolescentes no fue completo, incluso con la búsqueda del servicio médico por parte de las pacientes para agendar las consultas de retorno.

Como este estudio se limita a un periodo de recolección de datos de seis meses, retrospectivamente, se sugieren estudios complementarios con una muestra mayor y un tiempo de recolección de datos más abarcador. Algunos estudios cualitativos también serían útiles para comprender los motivos que llevan a las víctimas de abuso sexual a no completar la atención propuesta por el Ministerio de Salud.

Referências

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

7. Bortoluzzi A. Comentários acerca da Lei 11.340 de 2006 “Lei Maria da Penha” [TCC]. Campinas: Unisal; 2012.
8. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 31 dez 1940 [acesso 12 dez 2015]. Disponível: <http://bit.ly/18kAH0G>
9. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do Sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(2):246-55.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Moraes SCR, Monteiro CFS, Rocha SS. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1):155-60.
12. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*. 2013;310(20):2191-4.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 12 dez 2012 [acesso 15 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/20ZpTyq>
14. Lima CA, Deslandes SF. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde Soc*. 2014;23(3):787-800.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento. Norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília: Presidência da República; 2007.
18. Bonnar-Kidd KK. Sexual offender laws and prevention of sexual violence or recidivism. *Am J Public Health*. 2010;100(3):412-9.
19. Calkins C, Jeglic E, Beatty Jr RA, Zeidman S, Perillo AD. Sexual violence legislation: a review of case law and empirical research. *Psychol Public Policy Law*. 2014;20(4):443-62.
20. Machado CL, Fernandes AMS, Osís MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(2):345-53.
21. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 5 out 1988 [acesso 19 out 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1bIJ9XW>
22. Silveira AB. Aborto legal: análise da ampliação de hipóteses proposta pelo Projeto de Lei do Senado nº 236/2012 [TCC]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
23. Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia anti-retroviral para a infecção por HIV em mulheres sexualmente vitimadas. *RBGO*. 1999;21(9):539-44.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
25. Brasil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 14 mar 2013 [acesso 15 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2kH5K5I>
26. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 2 ago 2013 [acesso 15 abr 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1x5gFB9>
27. Facuri CA, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98.
28. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):547-53.
29. Vargas JD. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo. *Rev Katál*. 2008;11(2):177-86.
30. Silva ED. O aborto e seus aspectos legais. *Ágora*. 2006;2(3):59-63.
31. Figueiredo LSG, Penteado MPS, Lacerda PE, Avellar PCB, Linhares RE, Salles RLA *et al*. Abortamento induzido e gestação decorrente de crime de violência sexual. *Rev Med Minas Gerais*. 2011;21(4 Suppl 6):S1-S143.
32. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014;22(2):291-8.
33. Rocha WB, Silva AC, Leite SML, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(2):387-99.
34. Duarte GA, Osís MJD, Faúndes A, Sousa MH. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):406-20.
35. Medeiros RD, Azevedo GD, Oliveira EAA, Araújo FA, Cavalcanti FJB, Araújo GL *et al*. Opinião de estudantes dos cursos de direito e medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(1):16-21.
36. Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB, Deus MCBR, Galvão ERCGN, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *RBGO*. 2004;26(2):111-6.
37. Campos MAMR, Schor N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. *Saúde Soc*. 2008;17(3):190-200.

38. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermitz AB, Portella AP, Diniz CS *et al.* Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):299-310.
39. Moura LBA, Lefevre F, Moura V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(4):1025-35.
40. Rafael RMR, Moura ATMS. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(2):149-53.
41. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orosco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(2):126-35.
42. Labronici LM, Fegadoli D, Correa MEC. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):401-6.
43. Vianna LAC, Bomfim GFT, Chicone G. Autoestima de mulheres que sofreram violência. *Rev Latinoam Enferm.* 2006;14(5):1-7.
44. Câmara Filho JWS, Sougey EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):221-8.
45. Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin LH, Abreu PBS, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(1 Suppl):S8-S11. p. 11.
46. Nicolau AIO, Aquino PS, Falcão Junior JSP, Pinheiro ABK. Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em ginecologia com prostitutas. *Rev Rene.* 2008;9(4):91-8.
47. Bastos CL. Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2008;11(2):195-207.
48. Barros LA, Albuquerque MCS, Gomes NP, Riscado JLS, Araújo BRO, Magalhães JRF. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(2):193-200.
49. Miguel LF. Discursos sexistas no humorismo e na publicidade: a expressão pública, seus limites e os limites dos limites. *Cad Pagu.* 2013;41:95-119.

Correspondência

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

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

Participación de los autores

Ana Isabela Morsch Passos trabajó en la recolección de datos y en la investigación bibliográfica. Daniela Yela y Carolina Defilippi contribuyeron con la revisión crítica. Todas las autoras colaboraron con la elaboración y redacción del proyecto y la aprobación de la versión final del artículo.

