



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ALEJANDRA SUYAPA BECERRA TORRES

**ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS NO
CAISM/UNICAMP NO PERÍODO DE 2011-2018: ESTUDO RETROSPECTIVO
PARA CARACTERIZAÇÃO DA AGRESSÃO E DO CUIDADO**

*ADOLESCENTS VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE SERVED AT
CAISM/UNICAMP IN THE PERIOD OF 2011-2018: RETROSPECTIVE STUDY
FOR CHARACTERIZATION OF AGGRESSION AND CARE*

CAMPINAS

2021

ALEJANDRA SUYAPA BECERRA TORRES

**ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS NO
CAISM/UNICAMP NO PERÍODO DE 2011-2018: ESTUDO RETROSPECTIVO
PARA CARACTERIZAÇÃO DA AGRESSÃO E DO CUIDADO**

*ADOLESCENTS VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE SERVED AT
CAISM/UNICAMP IN THE PERIOD OF 2011-2018: RETROSPECTIVE STUDY
FOR CHARACTERIZATION OF AGGRESSION AND CARE*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde Materna e Perinatal.

Master Dissertation presented to the Post-Graduate Program of Obstetrics and Gynecology from the School of Medical Sciences of the University of Campinas as part of the requirements needed for obtaining the Master degree in Health Sciences, concentration area of Maternal and Perinatal Health

ORIENTADORA: ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ALEJANDRA SUYAPA BECERRA TORRES, E ORIENTADA PELA PROF. DRA. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES.

CAMPINAS

2021

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B386a Becerra Torres, Alejandra Suyapa, 1987-
Adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no CAISM/UNICAMP no período de 2011-2018 : estudo retrospectivo para caracterização da agressão e do cuidado / Alejandra Suyapa Becerra Torres. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Arlete Maria dos Santos Fernandes.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Estupro. 2. Adolescentes. 3. Abuso sexual. 4. Violência contra mulheres. 5. Abuso sexual na infância. I. Fernandes, Arlete Maria dos Santos, 1959-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Adolescents victims of sexual violence served at CAISM/UNICAMP during the period of 2011-2018 : restrospective study for characterization of aggression and care

Palavras-chave em inglês:

RapeAdolescents

Sexual abuse

Violence against woman

Child abuse, Sexual

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Arlete Maria dos Santos Fernandes [Orientador]

Silvana Maria Quintana

Luiz Francisco Cintra Baccaro

Data de defesa: 22-02-2021

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-4021-5335>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6526285949007920>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO/DOUTORADO
ALEJANDRA SUYAPA BECERRA TORRES

ORIENTADOR: PROFA. DRA. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

MEMBROS TITULARES:

- 1. PROFA. DRA. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES**
 - 2. PROFA. DRA. SILVANA MARIA QUINTANA**
 - 3. PROF. DR. LUIZ FRANCISO CINTRA BACCARO**
-

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 22/02/2021

DEDICATÓRIA

Para minha família...

AGRADECIMIENTO

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela vida e pelas oportunidades que todos os dias ele me concede de poder servi-lo com a minha profissão.

Agradeço ao Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Pesquisa em Reprodução Humana (HRP) PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial, que foi co-patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por investir em minha educação e meu treinamento, sem o seu apoio, eu não estaria aqui.

Aos meus pais, por serem minha inspiração e meu motor para seguir em frente. À minha mãe, por sempre acreditar em mim, por suas orações, sem elas eu não seria o que sou hoje. Obrigada por levantar meu ânimo toda vez que sinto que não aguento mais. Ao meu papai pelos conselhos, seu apoio incondicional, e já no céu, sempre carrego você em meus pensamentos e em meu coração, sei que você sempre está ao meu lado cuidando de mim. Espero que esteja orgulhoso de mim.

Aos meus irmãos, por serem meus melhores amigos, por me ouvirem todas as vezes que me sentia triste, por me encorajar durante esta pandemia em que muitas vezes me sentia sozinha.

Aos meus cunhados, que são como meus irmãos, obrigada por me apoiar e pelos conselhos de vida que recebi.

Aos meus sobrinhos, obrigada por iluminar minha vida com suas anedotas e ocorrências, espero ser um exemplo em suas vidas.

Aos meus amigos que deixei em Honduras e aos que estão estudando em outros países, obrigada por estar atentos de mim e da minha família. Vocês realmente são um presente de Deus em minha vida.

À minha comunidade, obrigada pelas suas orações e por me dar o incentivo e o carinho que preciso à distância e por nunca me deixar desviar do caminho certo.

Aos amigos que fiz aqui no Brasil, foi um privilégio conhecer pessoas de várias culturas, obrigada por enriquecer minha vida com a sua presença. Sempre os levarei em meu coração.

A cada um dos professores que fizeram parte do meu mestrado, muito obrigada pelos conhecimentos e experiências compartilhadas, que Deus continue iluminá-los na sua vida profissional e pessoal.

Aos colegas do meu mestrado, obrigada pela paciência e amizade que vocês me deram durante este tempo, desejo muito sucesso em suas vidas.

À minha orientadora, Profa. Arlete, muito obrigada pelo seu tempo, dedicação, paciência e pelos ensinamentos nestes dois anos. Tem sido uma experiência enriquecedora ser a sua aluna.

Ao Prof. Cecatti e Bahamondes, agradeço a oportunidade de estar neste programa, por acreditar em mim, pela paciência e conhecimento compartilhado, sem o seu apoio eu não estaria aqui.

A todos os colaboradores do CEMICAMP, agradeço o amor e a paciência, realmente me fizeram sentir como uma família.

Ao todas as pessoas que participaram no desenvolvimento deste projeto, pela ajuda e o tempo de Caroline, Barbara e Maria Teresa na coleta de dados. Ao Senhor Helymar pela ajuda na análise estatística dos dados. A Ândria e Ana Luiza pela coleta e contribuição na análise dos dados. Ao Dr. Otavio, Dra. Renata e Dra. Arlete Fernandes pelas contribuições valiosas e pela ajuda na redação e revisão do manuscrito dos artigos finais.

Agradeço a equipe do CAISM, em especial a equipe multiprofissional do Programa de Atenção Especial à mulher vítima de violência sexual, muito obrigada pelo seu trabalho, pois sem vocês não teria sido possível concluir minha pesquisa. Que Deus o ilumine e permita que continuem servindo seus pacientes com profissionalismo e sobretudo com amor.

Finalmente, para as adolescentes deste estudo, sem elas nada disso seria possível.

RESUMO

Introdução: A violência sexual contra meninas e adolescentes têm aumentado nos últimos anos e faltam estudos nacionais sobre o tema. **Objetivos:** Avaliar as características da violência, as reações desencadeadas e o cuidado dispensado às adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Programa de Atenção Especial do CAISM/UNICAMP. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo onde avaliamos mulheres com idade de 10-18 anos que tiveram atendimento de emergência no período de 2011-2018. As variáveis foram sócio-demográficas, tipificação da violência, cuidado dispensado na emergência, reações desencadeadas após o evento e completude do seguimento ambulatorial de seis meses. Realizamos análises comparativas após distribuição dos dados em quatro biênios: 2011-12, 2013-14, 2015-16 e 2017-18, comparamos faixas etárias (adolescentes precoces, 10-14 anos; e tardias, 15-18 anos) e analisamos o abandono do seguimento ambulatorial e fatores associados. Utilizamos os testes de Qui-quadrado ou o exato de Fisher para comparar as variáveis categóricas e os Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para as numéricas; para análise do abandono foi realizada regressão logística uni-variada seguida de regressão múltipla. O nível de significância foi de 5%. **Resultados:** Dados de 521 adolescentes, com média de idade de 14,8 anos, foram avaliados neste estudo. Do total de adolescentes, 46,5% constituíram o grupo de idade precoce e 54,5% o grupo tardio. A maioria estudantes, brancas, solteiras e 4,6% tinham deficiência intelectual, 75% não haviam iniciado vida sexual, 90% mostraram ter percepção da violência sofrida; apresentaram baixa prevalência de consumo de álcool (15%) e de outras substâncias psicoativas (6%) no momento da agressão; 17% tinham história de violência sexual anterior. A intimidação por meio da força física, abuso agudo com penetração vaginal, agressor conhecido e abordagem em local público seguido de residência de familiares/conhecidos foram as mais prevalentes características da agressão. No biênio 2017-2018, observamos significativa diminuição na prevalência de adolescentes que estudavam; aumento do número de agressores conhecidos ($p=0,008$) e do atendimento médico após 72 horas ($p<0,033$), com consequente diminuição dos tratamentos profiláticos quando comparado aos demais biênios. As adolescentes precoces sofreram significativamente mais agressões diurnas, na

residência, por agressor conhecido, e procuraram mais tardiamente do atendimento. Sentimento de culpa e vergonha tiveram prevalência similar nos dois grupos. O grupo tardio recebeu significativamente mais tratamentos de profilaxia; relatou mais distúrbios do sono ($p=0,003$), sintomas de ansiedade ($p=0,04$), e tiveram mais prescrições de psicotrópicos. Apenas 52% das adolescentes completaram o acompanhamento de seis meses; a perda de seguimento foi associada a não apresentar mudanças psicológicas e sociais. **Conclusões:** O grupo tardio teve mais fatores contribuintes para sofrer violência sexual e apresentou maior piora psicológica. As profilaxias e o acompanhamento de saúde mental foram limitados pela chegada tardia e frequentes perdas de acompanhamento. A piora econômica no contexto nacional durante a última década pode ter contribuído para o comprometimento do atendimento dispensado no último biênio. Há necessidade de qualificar informações sobre prevenção e identificação de casos de violência contra adolescentes dirigidas a familiares e à sociedade. O atendimento multiprofissional no âmbito da saúde é necessário para reduzir os potenciais danos à saúde mental e sexual dos adolescentes.

Palavras chave: Estupro; Adolescentes; Abuso sexual; Violência sexual; Violência contra a mulher; Abuso Sexual Infantil; Feminino; Vitimização; Perpetração; Agressão sexual; Saúde mental; Ofensas sexuais.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence against girls and adolescents has increased in recent years and there is a lack of national studies on the subject. **Objectives:** To evaluate the characteristics of violence, the reactions triggered and the care provided to adolescent victims of sexual violence treated in the Special Care Program of CAISM / UNICAMP. **Methods:** Retrospective cohort study where we evaluated women aged 10-18 years who had emergency care in the period 2011-2018. The variables were sociodemographic, typification of violence, care provided in the emergency, reactions produced after injury and completion of six-month outpatient follow-up. We performed comparative analyzes after data distribution in four biennia: 2011-12, 2013-14, 2015-16 and 2017-18, compared by age groups (early adolescents 10-14 years and late 15-18 years) and analyzed the abandonment of the outpatient follow-up before six months and associated factors. We used the Chi-square or Fisher's exact Tests to compare categorical variables and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis Tests for the numerical variables; for abandonment, univariate and multiple regression was performed. The level of significance was 5%. **Results:** Data from 521 adolescents with a mean age of 14.8 years were evaluated in this study. 46.5% were aged 10 to 14 years and 54.5% were aged 15 to 18 years. Most students, white, single and 4.6% had intellectual disabilities. Of the total, 75% had not started sexual life, 90% showed a perception of the violence suffered and had a low prevalence of alcohol consumption (15%) and other psychoactive substances (6%) at the time of the aggression; 17% had a history of previous sexual violence. Intimidation by physical force, acute abuse with vaginal penetration, acquaintance aggressor and approach in a public place followed by residence of family members / acquaintances, were the most prevalent characteristics of the aggression. In the 2017-2018 biennium, we observed a decrease in the prevalence of adolescent students; increase in the number of acquaintance aggressor ($p = 0.008$) and medical care after 72 hours ($p < 0.033$), with a decrease in prophylactic treatments compared to other biennia. The early adolescents suffered more aggressions during the day, in the residence by a acquaintance aggressor, and longer to seek care. Guilt and shame were similar between groups. The late group received more prophylaxis treatments; reported sleep disorders ($p = 0.003$), anxiety symptoms ($p = 0.04$), and had more prescriptions

for psychotropic drugs. Only 52% completed the six-month follow-up; abandonment was associated with not having psychological and social changes. **Conclusions:** The late group had more contributing factors and psychological worsening. Prophylaxis and mental health monitoring were limited by late arrival and frequent follow-up losses. The economic worsening during the last decade in Brazil, may have contributed to the weakening of the service provided in the last biennium. There is a need to qualify information on prevention and identification of violence's cases against adolescents aimed at family members and society. Multiprofessional health care is necessary to reduce the potential damage to adolescents' mental and sexual health.

Keywords: Rape; Adolescents; Sexual abuse; Sexual violence; Violence against women; Child sexual abuse; Female; Victimization; Perpetration; Sexual Assault; Mental health; Sex Offenses.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE - Anticoncepção de Emergência

BO – Boletim de Ocorrência

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CT – Conselho Tutelar

AAP - American Academy of Pediatrics

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CEMICAMP - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas

DEAM - Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher

DTG - Departamento de Tocoginecologia

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

HIV - Vírus de Imunodeficiência Humana

IL - Interrupção Legal da gestação

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LNC - Lista de Notificação Compulsória

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIB - Produto Interno Bruto

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SAS - Statistical Analysis System for Windows

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPA - Substâncias Psicoativas

SUS - Sistema Único em Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-traumático

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VPI - Violência por Parceiro Íntimo

VS - Violência Sexual

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Reprodutivos	15
Violência por Parceiro Íntimo, VPI	18
Violência contra mulheres no Brasil – arcabouço legal.....	20
Violência contra adolescentes.....	23
Violência contra mulheres adolescentes no Brasil.....	26
OBJETIVOS	31
Objetivo Geral	31
Objetivos específicos	31
MATERIAL E MÉTODOS.....	32
Sujeitos e Método.....	32
4.1 Desenho do estudo.....	32
4.2 Tamanho Amostral	32
4.4 Seleção dos sujeitos	40
6. Instrumento(s) para coleta dos dados	41
7. Coleta dos dados	41
8. Controle de qualidade	42
9. Processamento e análise dos dados.....	42
RESULTADOS.....	44
ARTIGO 1	46
ARTIGO 2.....	68
DISCUSSAO GERAL.....	94
CONCLUSÕES.....	103
REFERÊNCIAS	105
ANEXOS	120
Anexo 1	121
Anexo 2	124
Anexo 3.....	127

INTRODUÇÃO

A violência contra mulheres existiu ao longo da história desde o início da humanidade. O abuso físico e psicológico exercido sobre mulheres tem sido praticado por homens como forma de exercer a sua autoridade. Grandes filósofos que fizeram contribuições valiosas para a humanidade, como Confúcio (século V A.C) e Platão (428-347 A.C.), também expressaram ideias preconceituosas em relação ao papel da mulher na vida em sociedade, qualificando-as como seres inferiores cujo dever seria obedecer e servir ao homem (1). Infelizmente, ainda no século XXI este conceito persiste e os direitos à dignidade e à igualdade permanecem sendo violados durante todo o ciclo de vida das mulheres (2). A falta de direitos das mulheres ou a falta da garantia a eles tem sido “normalizada” e aceita em muitos países e culturas, e nesse contexto a mulher permanece como cidadã de segunda classe, submissa e ignorante, situação que a impede de evitar agressões ou controlar suas consequências.

Em 1993, a Organização das Nações Unidas (ONU) incorporou a preocupação com a violação aos direitos humanos e definiu a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorram na vida pública ou privada" (3).

O tema da violência tem sido foco importante de discussão, por membros de organizações internacionais que asseguram a paz, a segurança e o cumprimento dos direitos humanos. Como ponto de partida para compreender a questão da violência contra mulheres, será importante analisá-la no contexto do caminho percorrido para determinar e garantir o alvo dos direitos humanos. A ONU tem trabalhado para a erradicação da violência por meio da promoção da igualdade e respeito, sem distinção, aos direitos humanos de homens e mulheres.

Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Reprodutivos

A Carta das Nações Unidas (1945) e a Carta dos Direitos Humanos (1948) (4) foram os primeiros marcos históricos, compromissados por diferentes países,

e referiram-se aos direitos humanos em relação a garantir a vida, a paz e o bem estar a todos os indivíduos.

Para comemorar o ano internacional da mulher em 1975, a ONU realizou a primeira Conferência Internacional da Mulher na Cidade do México, com foco em igualdade, desenvolvimento e paz, a fim de definir um plano de ação global para estabelecer diretrizes a respeito da inclusão da mulher na sociedade (5).

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (6), aprovada durante a Assembleia Geral da ONU, foi importante para direcionar o foco para a igualdade de direitos reivindicada pelas mulheres. Nessa convenção, foram criados órgãos com o objetivo de supervisionar a implementação do termo acordado pelos Estados membros (6). Esses órgãos tiveram a função de analisar a situação dos direitos das mulheres em cada país e, ao estudar e analisar a situação local, orientaram sugestões e promoveram ações correspondentes para o seu cumprimento (6).

Em 1980 foi celebrada a segunda Conferência Internacional da Mulher em Copenhague, Dinamarca, cujo objetivo principal foi o de revisar o cumprimento das resoluções feitas na última, realizada na Cidade do México, cinco anos antes. Na ocasião, a falta de ações governamentais para o enfrentamento da desigualdade em relação às mulheres exigiu que fossem construídas estratégias, voltadas para melhorar os direitos das mulheres em relação ao domínio da propriedade e controle na herança, guarda dos filhos e nacionalidade (7). Uma avaliação do trabalho realizado no período de 1975-1985 caracterizou a terceira Conferência Internacional da Mulher ocorrida em Nairóbi, Quênia. Com a pressão de fazer cumprir os objetivos propostos nas conferencias anteriores, foram acordadas medidas e estratégias para a inclusão das mulheres na sociedade, focadas em programas para garantir a igualdade na educação, saúde e emprego (8).

Em Viena (1993) voltaram a ser discutidos os temas dos direitos e dignidade das mulheres, o compromisso e as obrigações por parte dos Estados. Nessa Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, versava em seu artigo 18: *“Os Direitos Humanos das mulheres e das meninas constituem uma parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos universais. A participação*

plena das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural, aos níveis nacional, regional e internacional, bem como a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo, constituem objetivos prioritários da comunidade internacional” (9).

Em 1994, a Conferência Internacional da ONU realizada em Belém do Pará, Brasil, propôs o desenvolvimento de mecanismos de proteção e defesa dos direitos das mulheres, tanto na esfera pública quanto privada, incluindo normas civis e criminais para o caso de violação a esses direitos (10).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo (1994), o anterior conceito de “Saúde Materno-Infantil” utilizado no contexto dos cuidados à saúde, e que, na verdade, focava a gestação, o parto, o recém-nascido e posteriormente os cuidados ao aleitamento e de puericultura, foi substituído. A nomeação referendada foi a de “Saúde Sexual e Reprodutiva”, conceituada como “um estado de completo desenvolvimento físico, mental e de bem-estar social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos”. Nesse contexto, o foco foi direcionado para a qualidade de vida dos indivíduos dentro dos direitos humanos, levando em conta a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e livre de riscos (11).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing (1995) constituiu-se em um marco histórico, por buscar realizar ações efetivas para avançar nas políticas públicas relacionadas à violação dos direitos das mulheres e no conceito de “igualdade de gênero”, reconhecendo que apenas nessa perspectiva poderiam ser geradas as mudanças necessárias para o cumprimento aos direitos humanos das mulheres (12).

Nesse caminho para a construção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, e dos direitos à igualdade de gênero, o Brasil esteve presente e foi signatário de todos os documentos internacionais acima descritos. Nas últimas décadas, o país vem construindo o arcabouço legal para suportar o caminho das mulheres na conquista de seus direitos (13).

A OMS conceituou a violência sexual como “qualquer ato sexual ou a tentativa de consumir um ato sexual, ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa sob coerção, independente da relação do agressor com a vítima,

em qualquer espaço, público ou privado” (14). A violência pode ocorrer em qualquer momento do ciclo de vida da mulher, da infância à velhice, e seu perpetrador pode ser um familiar próximo, conhecido, amigo, parceiro íntimo ou um desconhecido. Um estudo realizado pela OMS, com dados coletados de vários países em diferentes regiões do globo, estimou que uma em cada três mulheres (~35%) sofreram violência física e/ou sexual durante a vida, causada por um parceiro íntimo ou por um desconhecido (14). Além disso, 38% dos assassinatos de mulheres foram cometidos por parceiros masculinos (14).

Violência por Parceiro Íntimo, VPI

É uma das formas mais comuns de violência. Um estudo de revisão sistemática, sobre prevalência de VPI no continente americano, descreveu taxas variando de 16.8% até 33.3% na América do Sul, com exceção de Equador e Bolívia que apresentam as taxas mais altas, 58.5% e 40.4%, respectivamente (15).

A violência sexual por o parceiro íntimo é definida como “ser fisicamente forçada a manter relação sexual quando não queria, porque você estava com medo do que o seu parceiro poderia fazer, ou ser forçada a fazer algo sexual que você considera ofensivo ou degradante” (13).

São vários os elementos que concorrem para a VPI, seja na esfera pessoal, familiar e social, razão pela qual a OMS propôs um modelo ecológico para avaliar os fatores associados à violência (16). Entre os fatores individuais são descritos a idade jovem, o baixo nível educacional, uso de álcool e drogas, transtornos de personalidade, histórico de abuso sexual na infância ou de VPI anterior, exposição à violência entre os pais e aceitação/naturalização da violência (16,17). No contexto familiar são descritos a insatisfação marital, desemprego masculino, dominação masculina, estresse econômico, homem com múltiplas parceiras e disparidade educacional entre os cônjuges, este último, quando a mulher tiver escolaridade maior que a do parceiro (17). No contexto do país ou da sociedade são descritos a desigualdade de gênero, pobreza, baixo *status* social e/ou econômico, fracas medidas legais contra a VPI, aceitação social da violência e a violência generalizada na sociedade (16,17).

Esses fatores de risco podem dificultar tanto a recuperação da vítima quanto o seu rompimento com o ciclo da violência. O ciclo da violência doméstica foi cunhado pela psicóloga norte-americana Lenore Walker (18), que identificou diferentes fases da agressão na estrutura conjugal. Numa primeira fase descreveu o aumento da tensão, quando o agressor manifesta sentimentos de raiva, irritabilidade e tensão em relação ao ambiente; a segunda fase corresponde ao ato de violência em si, seja na forma física, psicológica, sexual, moral ou patrimonial, quando a vítima, por medo e consciência, pode buscar ajuda e/ou tentar fugir do agressor (19,20). Nesse momento, entretanto, elementos externos podem ser utilizados pelo agressor para manter a mulher no ciclo da violência, como dar mostras de comportamento de arrependimento e reconciliação, sendo esta a fase nominada como "lua de mel". A mulher pode reagir com sentimentos de confusão, felicidade, esperança de melhorar o relacionamento, entretanto, a tensão torna a surgir com novas agressões, como as da primeira fase. Cada uma das fases pode durar anos (21). A VPI pode acarretar mudanças nas condições de vida em curto e longo prazo. As vítimas podem vivenciar agravos físicos de forma progressiva como hematomas, lacerações, lesões tóracoabdominais, deslocamentos e/ou fratura de ossos de extremidades e crânio, lesões em pescoço secundários a traumas ou estrangulamento (16). As lesões em crânio podem causar dores de cabeça, perda de memória, convulsões, alterações na visão e audição, entre outros (22).

As consequências para saúde sexual e reprodutiva como a gravidez não planejada, aborto, infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), e infecções do trato urinário (16). A prevalência de VPI durante o ciclo gestacional também pode ser alta, são descritas taxas de 2% até 13.5% (23). Quando a mulher sofre violência durante a gestação, as consequências podem ser o desencadeamento do trabalho de parto prematuro, recém-nascido com baixo peso ao nascer, descolamento prematuro da placenta, ruptura prematura de membranas, sangramento, aborto espontâneo, óbito fetal e morte neonatal (24,25). Estudo de revisão sistemática concluiu que as mulheres grávidas vítimas de VPI têm três vezes maior chance de ter morte perinatal de seus recém-nascidos do que aquelas que não têm esse antecedente (24). O mesmo estudo também descreveu

forte associação entre VPI e morte perinatal nos países com maior Produto Interno Bruto (PIB); tal resultado aparece em resposta ao melhor acesso aos serviços de saúde nestes países, elevando a detecção de VPI durante o cuidado pré-natal (24).

As mulheres vítimas de VPI também apresentam pior estado de saúde mental, em relação às mulheres sem esse antecedente. Os quadros mais frequentemente descritos são os de depressão, ansiedade, comportamento suicida, e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (19,26).

Violência contra mulheres no Brasil – arcabouço legal

A legislação atual brasileira conceitua estupro como “o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Lei No. 12.015, Art. 213, 2009). A violência sexual, definida na mesma lei em seu artigo 215, foi conceituada como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima” (27).

A violência sexual, além de violar os direitos e a integridade física, mental, intelectual e financeira das mulheres, é um problema de saúde pública e, como tal, a ação pública deve ser concentrada em ações que modifiquem a cultura da sociedade em relação à ela (28). A sociedade, na pessoa de seus indivíduos e instituições, deve reconhecer a violência sexual como crime, criando formas de vigilância e assistência pelos serviços de saúde, para facilitar a procura de socorro sem medo ou vergonha por parte das vítimas, prevenir consequências agudas e em longo prazo (29).

No Brasil, até a década de 1980, as questões relacionadas à sexualidade feminina, incluindo a violência, eram reconhecidas e direcionadas dentro da prática privada e não como parte da ação pública do Estado (30). A partir de 1985, como resultado do movimento de luta pela igualdade de direitos entre mulheres e homens, foram criados os primeiros estabelecimentos de segurança pública, especificamente voltados para mulheres, conhecidos como Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM) (30,31). O primeiro serviço de atendimento à mulher vítima de violência sexual, na área da saúde, foi instituído

no Estado de São Paulo, no Hospital Municipal do Jabaquara em 1990. Este foi também o primeiro hospital do Sistema Único em Saúde (SUS) a realizar a interrupção legal de gestação decorrente de violência sexual, um direito legal das mulheres previsto no Código Penal Brasileiro desde 1940 (30,32).

A partir dos tratados da Conferência do Cairo em 1994 e da Conferência de Beijing em 1995, dos quais o Brasil foi signatário (11,12), um dos compromissos firmados com as mulheres foi o de cumprir e garantir a assistência à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, e também de prestar atendimento aos casos de aborto não legal no âmbito do SUS. Os promotores desta iniciativa foram o movimento feminista, junto com o Poder Público e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (32,33).

Em 1996, diante das dificuldades enfrentadas pelos entes públicos para a implantação de programas e protocolos de atendimento às vítimas de violência sexual, especialmente ao relacionado à interrupção legal da gestação decorrente, o Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP) juntamente com o Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (DTG/FCM) da Unicamp realizaram o “I Fórum de Atenção Integral à Saúde da Mulher – implementação do aborto previsto em lei”, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde e criar estratégias e padrões de atendimento imediato às mulheres vítimas de violência sexual (35). Os convidados eram os professores titulares das principais escolas de medicina do país, juízes, promotores e diferentes profissionais com atuação na esfera da saúde e segurança pública, profissionais e representantes de organizações não governamentais e entidades de classe. Posteriormente, foram realizados fóruns anuais sob o patrocínio de diferentes instituições como o Ministério da Saúde, e organizações de classe como a FEBRASGO e organizações feministas. O último foi o “XVIII Fórum Interprofissional Sobre Violência Sexual Contra A Mulher e Aborto Previsto em Lei – Novas estratégias para a atenção integral às mulheres em situação de violência sexual no Brasil”, realizado e organizado pelo CEMICAMP, Ministério da Saúde, FEBRASGO e Rede Nacional Feminista de Saúde (36).

Um dos primeiros resultados das discussões originadas nos fóruns foi a criação de uma política pública voltada para mulheres vítimas de violência sexual,

com a confecção da primeira Norma Técnica, sob o título “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, publicada em 1998 pelo Ministério da Saúde do Brasil, que padronizou os procedimentos da área da saúde (37). A Norma Técnica sistematizou os procedimentos do atendimento de emergência instituído nas primeiras 72 horas após a exposição, com administração da anticoncepção de emergência (AE), da profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis (IST) em dose única e administração de terapia antirretroviral (TARV) contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV) por 28 dias. A AE administrada nas primeiras 72hs possui maior eficácia, mas ainda deve ser utilizada até o 5º dia após a violência, com eficácia em 50% dos casos. A Norma Técnica também padronizou o atendimento multidisciplinar às solicitações de interrupção legal (IL) de gestação decorrente de violência sexual (37).

Em 2005, por meio da Portaria 1.508 do Ministério da Saúde foram designados os procedimentos documentais necessários para a solicitação de IL de gestação decorrente de violência sexual no SUS. Recentemente, em 28/08/2020, o Ministério da Saúde publicou a substituição desta pela Portaria 2.282, onde novos procedimentos foram exigidos da mulher vítima e grávida, decorrente da violência, e dos médicos atendentes. Esta portaria foi questionada por entidades de classe na área da saúde e do direito e por legisladores, sob a crítica de ferir os direitos individuais de ambos, vítima e médico atendente (38). Em 23/09/2020, em nova substituição, foi publicada a atual Portaria 2.561. Entretanto, especificamente a obrigatoriedade de notificação policial, por parte dos médicos e/ou da instituição que presta o atendimento à solicitação, tem sido contestada pelo corpo de profissionais de saúde, médicos, entidades de classe e profissionais do direito, além de legisladores. A análise de constitucionalidade da atual portaria, em vigor, aguarda julgamento por parte do Supremo Tribunal Federal.

Como resultado da necessidade de medir e ter dados sobre a violência contra mulheres no Brasil, em 2003 foi assinada a Lei 10.778 que estabeleceu a notificação compulsória, em base nacional de dados, de qualquer violência atendida nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território da federação (39). Em 2017, por meio da Portaria de consolidação MG/MS nº 4, de

28 de setembro de 2017, ainda no âmbito de lei 107.78 de 24 de novembro de 2003 foi determinado que toda situação de violência, além da inserção no banco de dados nacional, fosse notificada também à autoridade policial. Mais recentemente, por meio da portaria GM/MS nº 78, de 18 de janeiro de 2021, foram estabelecidas as novas diretrizes para a comunicação à autoridade policial no âmbito da mesma lei (40). Em 2011 foi publicada a Portaria 104 pelo Ministério da Saúde que incluiu violência doméstica, sexual e/ou outras violências na Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada (41). O SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, é o sistema nacional alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Além disso, quando a vítima é criança ou adolescente, o Estatuto da Criança e do Adolescente obriga à notificação ao Conselho Tutelar por parte de qualquer instituição que faça o primeiro atendimento (42).

Com relação à estruturação legal contra a VPI, foi criada a “Lei Maria da Penha”, promulgada em 2006 com o fim de punir e prevenir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, em resposta e conformidade aos tratados internacionais firmados pelo Estado brasileiro. Esta lei tem sido uma das grandes conquistas na luta da pela igualdade de gênero no Brasil (43).

A maior parte dos estudos nacionais e internacionais sobre violência contra as mulheres tem sido dedicada à violência nas relações conjugais adultas, cujo agressor é o parceiro íntimo. Por outro lado, tem sido descrito um aumento na prevalência de violência sexual contra pessoas em idade jovem (44). É importante ressaltar que adolescentes podem vivenciar abuso sexual desde a infância e que existem diferenças, nessas vivências, em relação às características da violência sexual sofrida na vida adulta (17,45).

Violência contra adolescentes

Estima-se que a população mundial seja constituída por 1,2 bilhão de adolescentes jovens com idade de 10 a 19 anos (46). A OMS define adolescência como o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a idade da infância e antes da idade adulta, e coloca como limites cronológicos as

idades de 10 e 19 anos (47). Já as Nações Unidas define criança como toda pessoa menor de 18 anos (48).

A adolescência é a fase de transição da infância para a idade adulta. Nesse período, os adolescentes passam por etapas de reconhecimento de quem são e do papel que desempenham na sociedade; as mudanças no desenvolvimento cerebral nesse período explicam, em parte, o comportamento adolescente (49). É período fundamental para o ser humano, no qual ocorrem as mudanças físicas e mentais que irão determinar o seu comportamento em sociedade (50).

O desenvolvimento do cérebro tem seu ápice na puberdade. Durante os primeiros anos de vida, as conexões neurais atingem quase o dobro da idade adulta (51). Ao entrar na adolescência, existe progressiva diminuição dessas conexões até aproximadamente os 20 anos de idade, por meio de um processo denominado “poda sináptica” (52). Essa regressão neural ocorre em todo o cérebro, hierarquicamente desde os lóbulos posteriores e culmina no córtex pré-frontal, cujo desenvolvimento ocorre até os 20 anos de idade (50,53). O córtex frontal dirige o comportamento do ser humano através de funções executivas tais como o autocontrole, organização e planejamento (53); enquanto o sistema límbico é responsável pela regulação dos impulsos e emoções, e é desenvolvido nas etapas iniciais da adolescência (55). A diferença no desenvolvimento entre esses sistemas, o límbico e o córtex frontal, explica os comportamentos impulsivos e de risco que governam o início da adolescência, como parte de uma resposta que será posteriormente modificada ao final da adolescência, quando o córtex frontal culminará seu desenvolvimento (50).

Em meio às mudanças fisiológicas, outros diferentes fatores externos, individuais e sociais, podem contribuir para a vulnerabilidade dos adolescentes à violência sexual. Entre os fatores contribuintes têm sido descritos o antecedente de violência doméstica na infância/adolescência, o consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas (SPA), baixa escolaridade e condições de pobreza (17). As mulheres adolescentes apresentam maior frequência de vivenciar violência nos relacionamentos de namoro, o que pode influenciar comportamentos de risco reprodutivo como relações sexuais precoces, não seguras – sem o uso consistente do preservativo, maior exposição às ITS e à gravidez indesejada (21).

A identificação dos fatores de risco, nestas situações, pode facilitar intervenções preventivas e evitar agravos em longo prazo (44).

Embora as prevalências da violência contra crianças e adolescentes sejam descritas para ambos os sexos, o maior número de vítimas nessas faixas de idade são do gênero feminino (56). Em um estudo com 201 estudantes universitários norte-americanos, 50% relataram abuso sexual durante a adolescência e 76,6% das vítimas eram mulheres (57).

Um estudo de revisão, realizado em setor hospitalar de cuidado em ginecologia pediátrica e adolescente, descreveu que 1/5 das adolescentes eram vítimas de agressão sexual; 50% das vítimas tinham idade menor de 18 anos e 16% tinham idade menor de 12 anos (44). Outro artigo de revisão publicado pela *American Academy of Pediatrics* (AAP) descreveu que adolescentes e adultos jovens têm as maiores taxas de abuso sexual quando comparado a qualquer outra faixa etária (44). Dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) norte-americano sobre violência, com 5.758 mulheres, mostraram que 81,3% das mulheres vítimas de estupro ou tentativa de estupro experimentaram a primeira agressão antes dos 25 anos, 43% relataram que o primeiro episódio ocorreu antes dos 18 anos, 30,5% foram agredidas sexualmente com idade de 11-17 anos e 12,7% quando tinham até 10 anos de idade (58).

Estudo realizado na Dinamarca descreveu que 2.500 mulheres, com idade de 12 a 93 anos, haviam sofrido violência sexual em Copenhagen no período de 2000-2010; 69% delas eram adolescentes e/ou adultas jovens, com idade de 12 a 24 anos (59).

Os estudos têm mostrado que a violência sofrida na infância ou na adolescência pode aumentar a vulnerabilidade do indivíduo para novos abusos e/ou aumentar a probabilidade da vítima converter-se em um perpetrador de violência (45,56,61). Da mesma forma, tem sido descrito que as vítimas do sexo feminino têm maior chance de sofrer revitimização, ou seja, tornar-se vítima de violência sexual em novos eventos (56). Em revisão sistemática que buscou determinar fatores de risco para o abuso sexual, verificou-se que alguns preditores de revitimização estavam associados à exposição à violência na infância, como o abuso físico, rejeição na infância, violência doméstica e o uso de drogas pelos pais (61). Os resultados mostraram como o ambiente familiar violento é um

marcador de risco para a ocorrência da violência sexual na adolescência e na vida adulta (61).

Por outro lado, existem vários estudos sobre fatores que contribuem para o ciclo da violência e, especificamente em adolescentes, os mais citados são o uso de drogas lícitas ou não. Larsen e Hilden, em estudo descritivo com 2.500 mulheres com idade de 12-93 anos, relataram que 41% das vítimas haviam consumido grande quantidade de álcool (≥ 5 unidades), foram as mais suscetíveis à violência sexual por estranhos e apresentaram maior frequência de lesões físicas, quando comparadas às mulheres que não haviam consumido álcool (59).

Um estudo retrospectivo descritivo avaliou mulheres adolescentes com idade ≥ 12 anos, vítimas de violência sexual, atendidas em hospital universitário na Noruega no qual foram realizadas análises clínicas de rotina de sangue e urina para detectar etanol, e/ou outras drogas (62). Os resultados mostraram que entre as 264 pacientes, em 59% foram detectados quantidades de etanol e/ou outras drogas. O etanol foi a substância mais prevalente, detectada em 40% das amostras de laboratório, outros fármacos foram detectados em 14%; os sedativos, como os benzodiazepínicos, foram detectados em cinco amostras. Esses resultados mostraram que o uso de substâncias, lícitas ou não, pode ser uma causa potencial contribuinte para o episódio de violência e para o risco de vida (61).

Violência contra mulheres adolescentes no Brasil

A violência sexual contra crianças e adolescentes é definida como “exposição imprópria para o nível de desenvolvimento físico e emocional da criança, cujo ato é coercitivo por natureza e iniciado para a gratificação sexual de um adulto ou que ocorra sem o consentimento da vítima” (45,63)

A legislação brasileira, a partir da promulgação da Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009, passou a considerar estupro como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (27). A legislação penal também tipificou outras condutas que se amoldam ao conceito de violência sexual e não estritamente ao conceito de estupro (64). É o que ocorre nos “crimes contra a liberdade sexual”, com a violação sexual mediante fraude (art. 215) e o assédio

sexual (art. 216-A); nos “crimes contra vulnerável” o “estupro de vulnerável” (art. 217-A), que consiste em “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”. A “corrupção de menores” que consiste no “induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem” (art. 218); na “satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente” (art. 218-A) e no “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável”(art. 218-B) (64).

O Ministério da Saúde realizou uma análise epidemiológica descritiva da violência sexual contra crianças e adolescentes no período de 2011 a 2017 (65). Foram notificados pelo SINAN 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada; 219.717 (15,0%) dessas notificações foram contra crianças e 372.014 (25,5%) contra adolescentes, concentrando 40,5% dos casos notificados nesses dois cursos de vida. Entre as 184.524 notificações de violência sexual, 58.037 (31,5%) foram contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes. Comparando-se os anos de 2011 e 2017 foi observada elevação de 83% nas notificações de violências sexuais e aumento de 64% e 83%, respectivamente, nas notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

As altas taxas de violência sexual contra adolescentes no Brasil também são descritas nos estudos regionais. Em estudo descritivo realizado no Estado de Santa Catarina no período de 2008 a 2013, com dados coletados do SINAN, 2.010 notificações de violência sexual contra mulheres foram avaliadas, das quais 47,3% eram de adolescentes com idade de 10 a 14 anos e 22,4% com idade de 15 a 19 anos; as 30% notificações restantes eram de mulheres maiores de 20 anos (66). Outro estudo retrospectivo com dados coletados no Instituto de Medicina Legal do Recife, Pernambuco, referiu 328 casos de mulheres vítimas de violência sexual, com taxa de incidência de 3,67 casos por 10.000 habitantes em crianças e adolescentes com idade de 0 a 18 anos, sendo 59% da amostra representada por mulheres adolescentes com idade de 10 a 14 anos (67). Ainda, outro estudo realizado em hospital público na cidade de Fortaleza, Ceará, analisou dados de mulheres adolescentes e adultas, e descreveu o crime de estupro como o mais notificado, seguido da exploração sexual e do assédio sexual; 46.4% das vítimas notificadas eram mulheres adolescentes 12 a 18 anos (68).

À semelhança de quando ocorre na mulher adulta, a violência sexual é um crime grave quando exercido contra crianças e adolescentes, e os efeitos negativos que provoca podem desencadear alterações na saúde física e/ou mental com consequências em curto e longo prazo (69-71). Os efeitos sobre a saúde podem ser agravados em situações específicas, como naquelas que já vivenciaram violência intrafamiliar ou abuso sexual na infância (20). As sequelas da violência afetam o desenvolvimento físico, psíquico e social, limitam o potencial de desenvolvimento humano de cada uma de suas vítimas, especialmente quando a vivência da agressão ocorre no período da infância e/ou adolescência (26,72). As reações expressas pelas adolescentes após a agressão são descritas em mudanças físicas como os distúrbios do sono, insônia e pesadelos; distúrbios na saúde sexual e reprodutiva como a gravidez indesejada, as IST, entre elas o HIV; e alterações ginecológicas como dores pélvicas crônicas, dismenorréia e disfunções sexuais (44,73). Entre as repercussões na saúde mental destacam-se os transtornos de ansiedade, depressão, transtornos alimentares, comportamento suicida e o TEPT. Um estudo prospectivo realizado em nosso serviço de seguimento ambulatorial, dispensado durante seis meses após o atendimento de emergência a mulheres vítimas de violência sexual, utilizou escalas psiquiátricas para diagnóstico de TEPT, depressão e desesperança. Esta última escala tem sido associada ao aumento do risco de suicídio quando em altos escores. O estudo incluiu 67 mulheres vítimas de violência sexual, 52% delas adolescentes, no primeiro mês e 52 das mesmas mulheres foram novamente avaliadas no sexto mês de seguimento. No primeiro mês tiveram pontuação para diagnóstico de TEPT 64%, para transtorno depressivo moderado 86% e para desesperança 41% das mulheres; enquanto no sexto mês 34,6% ainda apresentavam algum sintoma de TEPT ou tinham transtornos associados como sintomas de depressão, ansiedade ou desespero; 19,2% apresentavam depressão moderada a grave e 9,6% apresentavam sentimento de desesperança moderada a grave (74). O estudo concluiu que o atendimento psicológico e/ou psiquiátrico durante o seguimento foi imprescindível para diminuição dos casos que ainda demandavam tratamento de saúde mental no sexto mês, em torno de 20% (74).

Os estudos sobre o tema da violência sexual em mulheres adolescentes são menos numerosos na literatura nacional e internacional. Embora existam

diretrizes que orientem o atendimento a mulheres adolescentes e adultas, sabemos que esses grupos etários diferem tanto na caracterização do abuso sexual sofrido e local de ocorrência, quanto nas consequências agudas e tardias para a saúde, as quais são influenciadas pelo cuidado e apoio recebidos ou negados a partir de familiares e do ambiente social.

Desde a sua criação em 1986, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) mantém atendimento a vítimas de violência sexual prestada por equipe multidisciplinar capacitada, que também dispensa cuidado às mulheres que solicitam a IL de gestação decorrente. O CAISM desempenhou papel importante na elaboração da primeira Norma Técnica, dos protocolos de atendimento de emergência e ao aborto legal, sendo um dos primeiros hospitais no país a oferecer atendimento aos casos de IL. O serviço também contribuiu com ensaio clínico, realizado em conjunto com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HC-UNICAMP, sobre o uso da TARV para quimioprofilaxia da infecção do HIV, administrado a mulheres nas primeiras 72 horas após violência sexual (75). A partir deste estudo foi sistematizada a administração da TARV no atendimento de emergência com uso durante 28 dias, como parte do cuidado previsto na Norma Técnica (31,37,76).

Identificamos na literatura consultada poucos estudos sobre a caracterização de abuso sexual em adolescentes discriminando as faixas etárias. Mesmo em nosso serviço não conhecemos as características da população de adolescentes que procuram atendimento de emergência e o contexto da violência sexual vivenciada por elas. Também falta avaliarmos a integridade das medidas profiláticas dispensadas pelo serviço, segundo a normatização do Ministério da Saúde (37,76) e as necessidades sentidas pela equipe multiprofissional para o seguimento ambulatorial de seis meses posteriores ao atendimento de emergência.

A grande frequência com que ocorre violência sexual contra mulheres adolescentes em nosso meio, somado às potenciais consequências negativas e às dificuldades para readaptação das vítimas ao meio social e familiar, nos levou a confeccionar este projeto de pesquisa utilizando informações do Programa de Atenção Especial. Este estudo teve o objetivo de avaliar as características da violência sofrida e o atendimento dispensado a mulheres com idade de 10 a 18

anos na última década, como um caminho para conhecer e qualificar as medidas de tratamento e apoio dirigidas à população de adolescentes que procura o nosso serviço.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar as características da violência sexual e as reações vivenciadas por mulheres adolescentes que buscaram o serviço de atendimento de emergência no período de 2011 a 2018 e que realizaram ou não o seguimento ambulatorial.

Objetivos específicos

- Caracterizar a agressão e o cuidado dispensado às adolescentes ao longo do tempo, comparando-se os quatro biênios do período, 2011-2012; 2013-2014; 2015-2016 e 2017-2018;
- Analisar os grupos de idade precoce (10-14 anos) e tardia (15-18 anos) com relação às características da violência, o tratamento dispensado no atendimento de emergência, reações e sentimentos expressos e/ou referidos durante o seguimento ambulatorial;
- Analisar o abandono do seguimento ambulatorial antes de seis meses e os fatores a ele associados.

MATERIAL E MÉTODOS

Sujeitos e Método

4.1 Desenho do estudo

Este foi um estudo de coorte retrospectivo, com revisão de prontuários médicos de mulheres com idade de 10-18 anos que tiveram atendimento de emergência no período de 2011-2018, no Programa de Atenção Especial do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti. Este hospital é parte do complexo universitário da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. O CAISM/UNICAMP presta assistência à população dependente do Sistema único de Saúde (SUS). O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa Institucional (CAAE número: 20479819.4.0000.5404) (*ANEXO 3*) e, devido às características desta pesquisa, foi solicitado e aceito pelo CEP a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sua realização.

4.2 Tamanho Amostral

A amostra foi constituída por todas as mulheres com idade de 10-18 anos, atendidas na emergência pelo sistema digitalizado do Programa, no período de 2011-2018, somando 521 adolescentes.

4.3 Conceitos e Variáveis

Para este estudo foi definido “violência sexual” como aquela experiência vivida que foi identificada como tal e referida pela própria adolescente e/ou por acompanhantes, durante o atendimento de emergência no CAISM/Unicamp.

4.3.1 Variáveis Independentes

- **Idade da adolescência:** tempo em anos completos consignado no prontuário médico no momento do atendimento na emergência. Foi categorizada em precoce quando a idade foi ≤ 14 anos e tardia quando a adolescente tinha idade de 15-19 anos.
- **Seguimento ambulatorial:** definido como o acompanhamento ambulatorial realizado pela equipe multidisciplinar durante seis meses. Foi categorizado como completo ou abandono.

Completo: quando houve a realização dos exames sorológicos e/ou término do seguimento da pela equipe multidisciplinar aos 6 meses.

Abandono: se o tempo de seguimento ambulatorial com a equipe foi descontinuado com < 6 meses.

- **Biênio do atendimento:** Categorizados segundo o período em que ocorreu o atendimento de emergência, 2011-12; 2013-14; 2015-16 e 2017-18.

4.3.2 Variáveis Dependentes

- **Ano do atendimento:** Descrito em prontuário clínico. Categorizado em anos a partir do primeiro atendimento em emergência.
- **Hora de Agressão:** descrita em prontuário clínico. Categorizada em horários de 00:01-6:00 horas; 6:01-18 horas; 18:01-00:00 horas.

- **Local da abordagem:** Lugar onde o episódio de abuso aconteceu, descrito em prontuário clínico categorizado em rua, lugar de estudo/trabalho, casa de agressor, casa da vítima, ou outro.
- **Agressores Múltiplos:** categorizado em sim ou não, referida pela adolescente e descrita em prontuário clínico. Ainda, em número absoluto, quando após a coleta, foi categorizado em: único; dois e 3-10.
- **Agressor Conhecido:** categorizado em sim ou não, referida pela adolescente e descrita em prontuário clínico. Ainda, foi determinado o tipo de relação com o agressor: pai, padrasto, vizinho, outro conhecido, colega de escola, etc.

Atendimento de emergência

- **Tempo para a profilaxia:** tempo decorrido entre o horário da violência e o horário do atendimento de emergência. Categorizado em ≤ 24 horas, > 24 horas até 72 horas, > 72 horas até 5 dias, > 5 dias até 6 meses, maior de 6 meses.
- **Anticoncepção de Emergência:** categorizado em sim ou não, anotada em prescrição e administração checada prontuário.
- **Profilaxia Infecções de Transmissão Sexual bacterianas:** Categorizado em sim ou não, anotada prescrição e tomada em prontuário.
- **Profilaxia HIV:** Categorizado em sim ou não, anotada prescrição e tomada em prontuário.

- **Profilaxia Hepatite B:** Categorizado em sim ou não, anotada prescrição e tomada em prontuário.
- **Necessidade de Intervenção médica:** categorizado em sim ou não, anotada em prontuário.

Caracterização da Violência Sexual

- **Tipo de Abuso:** categorizado em agudo e crônico quando mais de um episódio em diferentes datas e pelo mesmo agressor.
- **Forma da Agressão:** Referida pela adolescente de acordo com a forma de abuso, categorizada em agressão vaginal, anal, oral, agressão indeterminada, tentativa frustrada e não soube referir. Este último caso refere-se aos episódios com “apagamento”.
- **Forma de intimidação:** Referida pela paciente de acordo com a forma de ameaça recebida para ser forçada no ato de violência, categorizado em sim ou não; quando sim: grave ameaça, força física, uso de arma de fogo ou arma branca e sufocamento por alguma substância.
- **Uso de Bebida Alcoólica antes da Violência Sexual (VS):** Categorizado em sim ou não e descrita em prontuário clínico.
- **Uso de outras substâncias psicoativas (SPA) antes da VS:** Categorizado em sim, não ou não sabe. Variável descrita em prontuário clínico.
- **Apagamento do episódio da Violência Sexual:** a incapacidade total ou parcial de lembrar experiências recentes sobre o episódio da violência,

categorizado em sim ou não e descrita em prontuário clínico no atendimento de emergência ou durante o seguimento.

- **Atendimento em Psicologia:** Individualizado para cada vítima. Descrita no prontuário clínico, categorizado em sim/não e em apoio ou psicoterapia.
- **Antecedente de ter iniciado vida sexual antes da violência:** Categorizado em sim ou não anotada em prontuário clínico.
- **Antecedente de Violência Pessoal Anterior:** Categorizado em violência sexual ou outra violência, anotada em prontuário clínico.
- **Antecedente de transtorno mental anterior:** Categorizado em sim ou não anotada em prontuário clínico.

Reações e sentimentos expressados e/ou referidos durante o seguimento:

- **Percepção da Violência Sexual:** foi definida quando anotada pelos psicólogos que fazem o atendimento, baseados nos relatos da adolescente, em sua organização mental e interpretação a respeito do vivido e atribuindo a ele o significado de violência.
- **Culpa em relação à VS atual:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Humor deprimido:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Raiva:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.

- **Revolta:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Choro:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Vergonha:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Humilhação:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Apatia:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Angústia:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Insegurança:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Contou a alguém sobre VS atual:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico. Se sim, determinação de para quem contou, grau de relação: mãe, pai, amiga, etc.
- **Recebeu apoio familiar:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Apoio da escola:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Apoio no trabalho:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Nenhum apoio:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Mudanças sociais ocorridas após o evento da VS:** Categorizado em mudanças ocorridas de casa, de escola, de trabalho, do bairro, de cidade

e/ou de Estado; e das atividades de rotina, referidas pela paciente e descrita em prontuário clínico.

- **Houve necessidade de medidas legais (notificação ao Conselho Tutelar, abrigamento, mudança de guarda, encaminhamentos a Defensoria, Juiz da Vara da Infância, e outros):** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Notificação a Conselho Tutelar (CT):** Categorizado em sim ou não, e não indicada, anotada em prontuário clínico.
- **Conselho Tutelar atuou para os retornos:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Convocações pelo Serviço Social para complementar o seguimento de 6 meses:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Concluiu o acompanhamento 6 meses:** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Registrou Boletim de Ocorrência (BO):** Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico.
- **Alta Médica:** considerada quando foram realizadas as sorologias aos 180 dias após a exposição, e/ou o seguimento médico e/ou o ambulatorial completou seis meses.
- **Abandono:** definida como descontinuação de seguimento antes 180 dias e/ou sem sorologias coletadas aos 180 dias.

- **Prescrição de Medicamentos Psicotrópicos no seguimento:**

Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico. Se sim quais os medicamentos.

4.3.3 Variáveis de controle

- **Cor da pele autorreferida:** característica descrita no prontuário clínico com as seguintes opções segundo as categorias utilizadas no censo demográfico de pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): branca, não branca (preta, mulata, amarela ou indígena).
- **Estado Civil:** Característica descrita no prontuário clínico. Categorizada como: solteira, casada/amasiada em convívio com um parceiro.
- **Religião:** conjunto de culturas e de crenças relacionadas com a espiritualidade e seus próprios valores morais. Característica descrita no prontuário clínico com as seguintes opções: católica, evangélica, outras religiões, sem religião.
- **Anos de Escolaridade:** total de anos de estudo da adolescente no momento do atendimento de emergência, característica descrita no prontuário clínico, categorizada em: ≤ 8 anos e > 8 anos.
- **Ocupação:** atividade realizada pela adolescente no momento do atendimento de emergência. Categorizada em estudante, empregada e sem ocupação (não estuda e não trabalha).

4.4 Seleção dos sujeitos

Os sujeitos foram as adolescentes que compareceram para atendimento de emergência por violência sexual (CID Y-05) no período de 01 de janeiro de 2011 a 31/12/2018 e cujos dados foram anotados em prontuário digital. Os dados do atendimento de emergência contidos no banco hospitalar do Programa de Atendimento Especial (*ANEXO 1*) ocorridos durante o período de 01 janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2018 no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, da Universidade Estadual de Campinas (CAISM/UNICAMP) foram listados. Aqueles pertencentes aos atendimentos de mulheres com idade de 10-18 anos foram separados e constituíram um novo banco de dados para esta pesquisa.

Os dados originados das anotações da equipe multidisciplinar durante as consultas de emergência e de retornos ambulatoriais (*ANEXO 2*), foram coletadas a partir do prontuário digitalizado e/ou físico no mesmo programa, e após as variáveis serem categorizadas foram incorporadas ao banco de pesquisa.

As informações ao longo do período de seis meses de acompanhamento são nominadas a partir do D0, aceito como o dia da violência sofrida. Os retornos para o seguimento ambulatorial são nominados de D7-21; D45; D90; D180 dias e D220, contados os dias a partir de D0. Informações complementares como notificações ao Conselho Tutelar e/ou outras medidas legais foram buscadas nos arquivos da Diretoria Clínica do CAISM.

5.1 Critérios De Inclusão e Exclusão

5.1.1 Critério de inclusão

- Todas as mulheres com idade ≤ 18 anos, vítimas de violência sexual que receberam atendimento de emergência, no CAISM/UNICAMP no período de 2011-2018, utilizando o prontuário digital do Programa de Atenção Especial.

5.1.2 Critérios De Exclusão

- Foram excluídos os atendimentos realizados em prontuário físico, com anotação somente manual.
- Foram excluídas as adolescentes que consultaram para solicitação interrupção legal de gestação decorrente de violência sexual e não haviam recebido atendimento de emergência no serviço.

6. Instrumento(s) para coleta dos dados

Foi desenvolvido um instrumento no formato de ficha que foi utilizado para coleta de informações (*ANEXO 2*) anotadas pela equipe multidisciplinar do Programa de Atenção Especial.

A ficha foi desenvolvida pelos pesquisadores exclusivamente para o estudo proposto, e as variáveis categorizadas foram transcritas para completar o banco de dados desta pesquisa (*ANEXO 1*).

7. Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores junto ao serviço de Informática, no Ambulatório de Atenção Especial, no Serviço de Arquivo Médico e

Estatística (SAME) e na Diretoria Clínica do CAISM, tanto para acessar os prontuários clínicos digitais e/ou físicos quanto para coletar demais informações sobre medidas sociais e legais complementares. (ANEXO 1 e 2).

8. Controle de qualidade

O controle de qualidade desta pesquisa foi realizado para garantir a correção dos dados coletados e o desenvolvimento do estudo. A listagem dos atendimentos de emergência do período e dos dados coletados durante esse cuidado foi fornecida pelo Serviço de Informática. Esse banco foi submetido à limpeza e categorização das variáveis. O banco foi complementado com a coleta de informações anotadas nas consultas ambulatoriais de seguimento, realizadas pela equipe multidisciplinar. Foi avaliada a consistência dos dados do banco, que foi novamente corrigido.

As perguntas sobre a violência durante o atendimento de emergência são usualmente respondidas pela própria adolescente, acompanhada ou não por adultos. Nas fichas de atendimento existe um campo para preenchimento de existência de violência sexual ou não. Nos casos nos quais houve qualquer discrepância entre as informações, o prontuário físico/digital foi novamente consultado para as correções.

9. Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica do programa Excel® para Windows® e, após correções e limpeza, constituíram um banco limpo e consistente que foi analisado pelo Serviço de Estatística do CAISM.

Para análise, as adolescentes foram distribuídas em dois grupos, seguindo a classificação etária (10-14 anos e 15-18 anos) de acordo com as mudanças

físicas, cognitivas e emocionais descritas para o período da adolescência (77), e publicada pelas Nações Unidas através do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). As adolescentes foram distribuídas nas faixas de idade precoce (10-14 anos) e tardia (15-19 anos), para análise comparativa, como variável independente. Os quatro biênios nos quais ocorreu o atendimento de emergência, designados 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016 e 2017-2018 também foram comparados como variável independente.

Para análise das variáveis inicialmente foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis. A comparação das variáveis categóricas foi realizada utilizando os Testes Qui-quadrado ou o Exato de Fisher (para valores esperados menores que 5); e para as variáveis numéricas foram utilizados o Teste de Mann-Whitney (para 2 categorias) e o Teste de Kruskal-Wallis (para 3 ou mais categorias), devido à ausência de distribuição normal das variáveis.

Para analisar os fatores associados com o abandono do seguimento ambulatorial foi utilizada a análise de regressão logística, simples e múltipla, com critério *stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Artigo 1: *Evaluating the assistance to adolescent victims of sexual violence at a reference service in Brazil from 2011–2018*

(Artigo em Inglês: Encaminhado para a revista International Journal of Gynecologist and Obstetrics 10/12/2020).

Artigo 2: *Sexual violence experienced in early and late adolescence: A challenge for care*

(Artigo em Inglês: encaminhado para o Journal of Adolescent Health 30/12/2020)



Arlete Maria dos Santos Fernandes <arletef@unicamp.br>

Submission Confirmation

1 mensagem

International Journal of Gynecology & Obstetrics <em@editorialmanager.com>
Responder a: International Journal of Gynecology & Obstetrics <ijgo@figo.org>
Para: Arlete Maria dos Santos Fernandes <arlete@fcm.unicamp.br>

10 de dezembro de 2020 18:16

12-10-2020

Arlete Maria dos Santos Fernandes, M.D., Ph.D.
Associate Professor
Gynecological Division, Department of Obstetrics and Gynecology
School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP)
Gynecological Division, Department of Obstetrics and Gynecology
Caixa Postal 6181
Not Available
Campinas, São Paulo 13083-970
BRAZIL

arlete@fcm.unicamp.br

Dear Dr. Fernandes:

We are pleased to acknowledge receipt of the following manuscript:

CLINICAL ARTICLE

Evaluating the assistance to adolescent victims of sexual violence at a reference service in Brazil from 2011-2018
Clinical Article

It has been forwarded for early review and consideration for publication in the International Journal of Gynecology and Obstetrics. When the editorial review is completed we shall inform you of our decision.

You will be able to check on the progress of your paper by logging in to Editorial Manager as an author. The URL is
<https://www.editorialmanager.com/ijg/>.

Your manuscript will be given a reference number shortly.

We thank you for your patience and we appreciate the opportunity to review this manuscript.

Please proceed to the following link to update your personal classifications and keywords, if necessary:
<https://www.editorialmanager.com/ijg/l.asp?i=225379&l=K7UP8C02>

Sincerely,

IJGO Editorial Office
International Journal of Gynecology and Obstetrics
Follow on Twitter: @IJGOLive

Please be aware that if you ask to have your user record removed, we will retain your name in the records concerning manuscripts for which you were an author, reviewer, or editor.

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/ijg/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

ARTIGO 1

Evaluating the assistance to adolescent victims of sexual violence at a reference service in Brazil from 2011–2018

Alejandra Suyapa Becerra Torres^a; Caroline Alves Duarte^a; Barbara Zantut Wittmann^a; Maria Teresa Ferreira Côrtes^b; Ândria Cléia Alves^c; Ana Luiza Teixeira^c; Renata Cruz Soares de Azevedo^b; Arlete Fernandes^{a*}

^aGynecological Division, Department of Tocoginecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil

^bDepartment of Medical Psychology and Psychiatry, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil

^cGynecological Division, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil

**Corresponding author:*

Arlete Maria dos Santos Fernandes

PO Box 6181, 13083-970 Campinas, São Paulo, Brazil

Telephone: + 55-19-3289-2856; Fax: + 55-19-3289-2440

E-mail: arletef@unicamp.br

Keywords: Sexual abuse, Rape, Sexual violence, Adolescents, Violence against women, Sex Offenses, Child Sexual Abuse.

Synopsis: When the victim is a teenager, the challenge is permanent: care within the first 72 hours and follow-up with multidisciplinary support must be achieved.

Word count: 2,519

Abstract

Objective: To evaluate the characteristics of aggression, care, and follow-up of sexual violence in adolescent women at a university service in Campinas, São Paulo, Brazil.

Methods: In a retrospective cohort study from 2011–2018, we assessed sociodemographic characteristics, type and form sexual violence perpetration, background, and perception of the victim about violence, and characteristics of care and social/legal support during the follow-up.

Results: Of 521 adolescents 46.5% were aged 10–14 years, 75% had not started sexual life, 89% perceived the violence and they had low prevalence of alcohol (15%) and other psychoactive substance consumption (6%), and 4.6% had intellectual disability. Intimidation through physical force, acute abuse, vaginal penetration, acquaintance aggressor, being approached in a public place, and family/acquaintance residence were the most prevalent characteristics of aggression. In the 2017–18 biennial, we observed a decrease in the prevalence of adolescents who were students, an increase in the number of acquaintance aggressors ($p=0.008$), and medical care after 72 hours ($p<0.033$).

Conclusion: Adolescents were victims of severe sexual violence. There was a decrease in prophylactic treatments and half of the adolescents did not complete outpatient follow-up. The economic worsening over the last decade may have contributed to these results.

Introduction

Sexual violence against women is a global public health problem, causes numerous health problems, and undermines the human rights of girls and women [1]. Recently, a technical group led by UNICEF with the participation of national and international agencies collected statistical data on violence against children and adolescents from 190 countries [2]. The results showed that around 120 million girls worldwide, with variations among countries, experienced sexual intercourse or other forced sexual acts at some point in their lives [2].

The transition period from childhood to adulthood is highly vulnerable to the occurrence of sexual violence, both due to the low perception of risk by adolescents [3,4], particularly when the aggressor is a family member or acquaintance, and the incorporation of new behaviors and greater socialization in this phase of life [4,5]. The protection and care measures provided to adolescents depend on the family structure in which they are inserted, their functionality, and the psychosocial, cultural, and educational conditions of their members; in addition, they are influenced by the country's socioeconomic context and the opportunities available to citizens and families. Brazilian society has gone through economic changes during the last decade [6], which may contribute to an increase in the vulnerability of adolescents to sexual violence and to reduced protection measures for this population.

In the 2011–2017 period, there were 374,673 reports of violence against adolescents in Brazil, 65% were female, and sexual violence was six times more frequent in girls aged 10–14 years [7].

Our university hospital has a care program for women victims of sexual violence in the city of Campinas-SP, Brazil, which provides services to a coverage area of 1.3 million inhabitants. This study aimed to assess the characteristics of aggression, emergency care and six-month outpatient follow-up, and the needs for social and legal assistance measures for adolescents aged 10–18 years. We evaluated possible changes in the context of violence and in the care measures provided to adolescents who sought emergency care from 2011 to 2018.

Materials and Methods

This was a retrospective cohort study conducted at the Women's Health Care Center at Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP). The study was approved by the institutional Research Ethics Committee (CAAE 20479819.4.0000.5404). We requested and it was accepted by the CEP to dispense the application of the informed consent due to the design of this study. We followed all items in the strengthening of the communication of observational studies in epidemiology (STROBE).

We evaluated medical records of sexual violence victims, aged ≤ 18 years, who sought emergency care from 01/01/2011 to 12/31/2018. Medical records of adolescents with a condition of pregnancy resulting from sexual violence attended at first care and without emergency service assistance were excluded.

We used the hospital information system with digitized emergency care data to list those adolescents who attended during the study period. To assess outpatient follow-up, the digitalized medical records of outpatient follow-up were consulted up

to six months after emergency care. The last patient was included in the study on 12/31/2018 and her medical record was evaluated until the date of 01/07/2019, when data collection was completed. The researchers developed an instrument that was used to complete the information sought in the physical and digital medical records.

The studied variables were sociodemographic [age, marital status (single/cohabitating with partner), occupation (student/employee/without occupation), intellectual disability (ID) (yes/no)]; abuse (acute/chronic); time of occurrence; approach location; form of intimidation; aggressor (acquaintance/unknown); number of aggressors (single/multiple); type of violence suffered; alcohol and/or other psychoactive substances (PAS) consumption before the event; perception of the violence suffered (yes/no); history of initiated sexual life (yes/no); history of mental disorder (yes/no); history of previous sexual violence (yes/no); characteristics of emergency care [time passed until emergency care in hours; indication of emergency contraception (EC) (yes/no); prophylaxis for bacterial sexually transmitted infections (STI) (yes/no); prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) (yes/no); prophylaxis for hepatitis B (yes/no)]; completion of a six-month outpatient follow-up provided by a multidisciplinary team (yes/no); and variables related to the performance of social assistance professionals such as notification to the Guardian Committee (yes/no), calls for outpatient returns (yes/no), role of the Guardian Council in completing outpatient follow-up (yes/no), police report (yes/no), and other legal needs.

For statistical analysis, we distributed the data in four biennia—2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018—and compared them according to the year of attendance. To compare the categorical variables, we used the chi-square or

Fisher's exact tests, and the significance level was 5%. We used the Statistical Analysis System for Windows, version 9.2 (SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA).

Results

We evaluated the data of 521 adolescent women victims of sexual violence treated at the service from 2011 to 2018; the average age was 14.8 years ($SD \pm 2.0$ years; 10–18 years), and half of the sample was up to 14 years old.

We observed a small increase in the number of medical care visits over time. In the last biennium, there was an increase of 25.8% in the number of adolescent visits compared to the first biennium (Table 1). Most adolescents were students at the time of the aggression, with lower frequency of students in the initial and final biennia, and single but with an increase in the number of adolescents cohabiting with their partner in the 2013–14 biennium compared to the others. Adolescents with ID corresponded to 4.6% of the total sample (Table 1).

Acute abuse was the most prevalent in the entire series. We observed a higher prevalence of chronic abuse in the 2011–12 biennium and a lower prevalence in the last biennium (Table 2). Acquaintance aggressor was more frequent and increased in the initial and final biennia. Being under the influence of alcohol use at the moment of violence had a similar distribution over time, approximately 15%, while being under the effect of PAS was low in this series, with a decrease in the last biennial. Personal history of previous sexual violence was more frequent in the 2011–12 and 2017–18 biennia (25.4% and 20.1%, respectively), and was reported by 17% of the adolescents (Table 2).

Most of the adolescents were approached in a public transit location or at her own residence and, in family member/acquaintance residence, with the use of physical force intimidation. Perception of having suffered sexual violence was expressed by 90% of the total sample of adolescents. One in seven adolescents was abused by multiple aggressors, and the same number was subjected to anal intercourse. Most adolescents had not started sexual life at the time of sexual violence. These characteristics had a similar occurrence in all biennia. (Table 2).

There were a greater number of appointments provided between the 5th day and 6 months after the violence in the 2011–12 biennium, whereas the 2017–18 biennium had a larger number of consultations dispensed after 72 hours up to 6 months of the abuse (Table 3). EC and prophylaxis for STIs were less indicated in 2011–12 and 2017–18 biennia. Consequently, 61% of the adolescents received EC, 77% received prophylaxis for bacterial STIs, 63.7% started prophylaxis for HIV, and 65.4% for hepatitis B virus during these biennia (Table 3).

Of the total sample, 91.3% had a need for assistance and/or legal support, and only 272 (52.2%) completed the six-month outpatient follow-up (Table 4). There was a significant decrease in the need to report violence to the Guardian Committee in the last biennium, and a progressive decrease over time in the frequency of registering a police report. There was a significant increase in summons by social services to maintain outpatient follow-up in the last biennium (Table 4). Overall, there were other needs for institutional social service actions requested, such as 38 referrals after medical discharge to different services and/or other cities, 19 referrals to the women's police station, five to the public ministry and/or child court, and three for the public defender's office (data not shown).

Discussion

Our results showed an increase in adolescents who sought the care program over time: almost half of the sample were adolescents aged ≤ 14 years. These results are comparable to the results of a national study that described a high frequency of sexual violence against adolescents aged 10–14 years [7]. It is possible that the greater information spread by the media and the reduction of sexual violence stigma reported by women groups has driven the population's demand for the service. However, the increase was small when compared to estimates of adolescent abuse [2,7].

The prevalence of adolescents with ID in this sample (4.6%) contrasts with the occurrence of ID in the general population, described as around 1% [8], which draws attention to the need for specific protective measures for this population with high vulnerability to suffering sexual violence [9,10]. Some indicators of severity, in addition to the violence itself, have already been associated with worse emotional repercussions, such as the occurrence of 14% of multiple aggressors and anal intercourse, both situations associated with more physical injuries, and two-thirds of adolescents had first sexual intercourse with the current aggression, which enhances the occurrence of damage to affective and sexual development [2].

The high prevalence of the history of sexual violence reported by 17% of adolescents was similar with a study that described the exposure history of personal or family violence as a contributing factor of violence victimization in adolescents [9]. Our results are similar to a UNICEF report that compared 18 of 21 countries, where most of the adolescents were sexual victims for the first time at

the ages of 15 to 19 years. In 16 of the countries, at least one in five girls reported the first sexual violence suffered between the ages of 10 and 14 years [2].

There was little contribution from risk factors of vulnerability, with a low frequency of alcohol consumption and use of PAS at the time event. These results contrast with national and international literature that describes a strong association between the use of PAS and being a victim of sexual violence [11-14].

The data from the first and last biennia seemed to suggest that the adolescents had compromised their school life, dropping out of school to start work activities and with an increase in those without employment and school activities. Some economic indices, such as gross domestic product, slowed down in 2012, and 2014 has been a period of persistent recession with subsequent growth stagnation [15]. The negative correlation between the economic context and the increase in occurrence of sexual violence is consistent with the results described in national and international studies [16,17].

A characteristic often observed in our service, which assist 70% of the cases to victims of urban sexual violence, is the unknown identity of the aggressor [18]. However, we observed a progressive increase in the number of known aggressors, even taking into account that girls and adolescents are more vulnerable to abuse in the domestic context perpetrated by an acquaintance aggressor [7].

This interpretation was consistent with the decrease in the demand for medical care by adolescents who were victims of chronic abuse and the increase in the prevalence of acute violence by acquaintance, characteristics that increased in the same periods of the country's worsening economic situation [17]. The most frequent environments of approach were the victim's own residence, the residence

of family members/acquaintances, or close public places regularly visited by the victims, with physical force intimidation, all similar findings to those of other national studies [7,19].

Known aggressors have the advantage of the closeness and vulnerability of the adolescent, who may not be able to perceive and report the problem [20,21]. A UNICEF report indicated that 70% of adolescents aged 15–19, who had already been victims of physical and/or sexual violence, had never sought help, and many of them did not perceive it. In contrast to our study, the adolescents perceived they were victims of violence and showed physical and psychosocial behavior reactions during the follow-up. These results will be the subject of a study for later publication.

We noticed a decrease in the indication for emergency prophylaxis in the initial and final biennia due to the late demand for medical care after 72 hours of abuse. These results suggest greater reproductive risks, such as unwanted pregnancies and infections, particularly adverse situations when the victim is a teenager.

The delay in seeking help can be attributed to the difficulty in declaring the violence suffered to someone trustworthy; however, it can also indicate negligence/omission from those responsible for the adolescents or even a lack of information about the accessible services for specific care [7,9]. The possible negligence was also attributed to caregivers, as we noticed an increase in the demand for calls by the institution, which is routinely performed three times when the victim is a teenager, with the purpose of completing the six-month outpatient follow-up.

Most of the adolescents came from another service or from the Guardian Committee itself, which is why notifications were not completed for all victims. The notification to the Guardian Committee is a mandatory legal measure for any suspicion of violence against persons under 18 years of age [22]. Despite the guidance on the importance of the victims notifying the police, the reduction in these notifications by the caregivers over time is remarkable. These results are similar to those of a study that described a low number of police report records by the victims, given that just over 50% met this requirement [18].

Despite the service summons, sometimes with the combined action of the Guardian Committee, little more than half of the adolescents completed the six-month outpatient follow-up, an opportune period for the evaluation performed by the mental health team, which works to reduce the negative consequences in the psychosocial sphere.

We consider the type of this study to be its main limitation [23]. Information was collected from the emergency care hospital data and in the manual and digital notes of outpatient care performed by a multidisciplinary team. We had missing information due to the lack of completion during appointments. Nevertheless, the results seemed to show that the “lost decade” described for the country's economic activity [6,15] was also suffered by the adolescent victims of sexual violence in this study. Adolescents were also victimized by the living conditions and the worsening of the country's situation, in addition to their compromised health care at the end of the decade, either by delay in seeking emergency care or lack of follow-up.

Conclusions

There have been social changes in the last decade that have contributed to the reduction of the stigma of sexual violence victims, who typically denounce the violence suffered. Despite this and the improvement in information about the importance of health care in these situations, we observed a clear worsening in the rates of early demand for care in recent years, which has led to a reduction in prophylactic treatments. Further, the economic commitment after the COVID-19 pandemic, aside from the imposition of measures that delay access to health care in the field of women's sexual and reproductive rights, are situations that may contribute to the worsening of adolescents' health in Brazil.

Author contributions

ASB: Project development, data collection, data analysis, manuscript editing; CAD, BZW, MTFC, ACA, and ALT: data collection, data analysis, and manuscript editing; RCSA and AF: Project development, data analysis, manuscript writing, and revision.

Acknowledgments

We thank the Special Program for Research, Development and Training in Research on Human Reproduction (HRP) UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World Bank, co-sponsored by the World Health Organization (WHO), and the Brazilian National Research Council (CNPq).

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this paper.

References

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. UNICEF. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children. New York: United Nations Children's Fund; 2014.
3. Castro Á, Ibáñez J, Maté B, Esteban J, Barrada JR. Childhood Sexual Abuse, Sexual Behavior, and Revictimization in Adolescence and Youth: A Mini Review. *Front Psychol.* 2019;10:2018
4. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC et al. adolescence: A foundation for future health. *The Lancet.* 2012;379:1630-40.
5. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16:79-101.
6. IBGE. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Economic statistics. Available in: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20166-pib-avanca-1-0-em-2017-e-fecha-ano-em-r-6-6-trilhoes>. Accessed August 20, 2020.
7. Pereira VOM, Pinto IV, Mascarenhas MDM, Shimizu HE, Ramalho WM, Fagg CW. Violence against adolescents: analysis of health sector notifications, Brazil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23 Suppl 1:e200004.SUPL.1.

8. Ke X, Liu J. Intellectual disability. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. <https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Intellectual-Disability.pdf>. Accessed November 30, 2020
9. Bicanic I, Snetselaar H, De Jongh A, Van de Putte E. Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5.
10. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute Sexual Assault in the Pediatric and Adolescent Population. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29:518-526.
11. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM; Committee on Child Abuse and Neglect; Committee on Adolescence. Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*. 2017;139:e20164243.
12. Valle R, Bernabé-Ortiz A, Gálvez-Buccollini JA, Gutiérrez C, Martins SS. Intrafamilial and extrafamilial sexual assault and its association with alcohol consumption. *Rev. Saúde Pública*. 2018;52:86.
13. Massaro LTDS, Adesse L, Laranjeira R, Caetano R, Madruga CS. Rape in Brazil and relationships with alcohol consumption: estimates based on confidential self-reports. *Cad Saude Publica* 2019;35:e00022118.
14. Basile KC, Clayton HB, Rostad WL, Leemis RW. Sexual Violence Victimization of Youth and Health Risk Behaviors. *Am J Prev Med*. 2020;58:570-579.

- 15.IPEA. Institute of Applied Economic Research. Economic activity:
Review of 2020/2021 growth forecasts.
<https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/tag/pib/>
Accessed August 20, 2020.
- 16.Valdivino J, Roncalli A. Prevalence of sexual violence in Brazil:
associated individual and contextual factors. *International Journal of
Public Health*. 2018;63.
- 17.Loya RM. The role of sexual violence in creating and maintaining
economic insecurity among asset-poor women of color. *Violence
Against Women*. 2014;20:1299-320.
- 18.Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS.
Sexual violence: a descriptive study of rape victims and care in a
university referral center in São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*.
2013;29:889-898.
- 19.Delziovio CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EB. Characteristics of
sexual violence against adolescent and adult women reported by the
public health services in Santa Catarina State, Brazil *Cad. Saúde
Pública*. 2017;33.
- 20.Foster J. A Qualitative Exploration of Fear and Safety with Child Victims
of Sexual Abuse. *Journal of Mental Health Counseling*. 2014;36:243-
262.
- 21.Abeid M, Muganyizi P, Olsson P, Darj E, Axemo P. Community
perceptions of rape and child sexual abuse: a qualitative study in rural
Tanzania. *BMC international health and human rights*. 2014;14:23.

22. Brazil. Law 8,069 of July 13, 1990. Provides for the Statute of Children and Adolescents and provides other measures. Official Gazette 1990; Aug 16 Official Gazette 1990;27 set (Rectification).
23. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017;4:159-170.

Table 1. Distribution of adolescent victims of sexual violence treated in the 2011–2018 biennia

<i>Characteristics</i>	2011-2012 <i>n=116 (%)</i>	2013-2014 <i>n=121(%)</i>	2015-2016 <i>n=138 (%)</i>	2017-2018 <i>n=146 (%)</i>	<i>p^a</i>
Age (Years)					0.762
10-14	58 (50.0)	55 (45.4)	60 (43.5)	69 (47.2)	
15-18	58 (50.0)	66 (54.5)	78 (56.5)	77 (52.7)	
Occupation					<0.001
Student	78 (72.9)	105 (92.9)	119 (91.5)	117 (83.0)	
Without occupation	15 (14.0)	3 (2.6)	8 (6.1)	15 (10.6)	
Employee	14 (13.1)	5 (4.4)	3 (2.3)	9 (6.4)	
Missing	9	8	8	5	
Marital Status					<0.001
Single	110 (94.8)	100 (82.6)	126 (91.3)	144 (98.6)	
Cohabiting with partner	6 (5.1)	21 (17.3)	12 (8.7)	2 (1.3)	
Intellectual deficit					0.310
Yes	7 (6.0)	8 (6.6)	3 (2.1)	6 (4.1)	
No	109 (93.9)	113 (93.4)	135 (97.8)	140 (95.9)	

^aChi-square Test. *n=521*.

Table 2. Characteristics of the sexual violence suffered by adolescent women in the biennia of 2011–2018

Characteristics of sexual violence	2011–2012 <i>n</i> =116	2013–2014 <i>n</i> =121	2015–2016 <i>n</i> =138	2017–2018 <i>n</i> =146	<i>p</i>
Type of abuse					<0.001 ^a
Acute	101 (87.0)	116 (95.8)	132 (95.6)	144 (98.6)	
Chronic	15 (12.9)	5 (4.1)	6 (4.3)	2 (1.3)	
Time of approach					0.940 ^a
18:01-00:00 h	38 (34.2)	39 (32.2)	51 (37.5)	48 (33.3)	
00:01-07:00 h	32 (28.8)	30 (24.8)	34 (25.0)	38 (26.4)	
07:01-18:00 h	41 (36.9)	52 (43.0)	51 (37.5)	58 (40.3)	
Missing	5	-	2	2	
Place of approach					0.155 ^b
Victim's residence	31 (27.7)	28 (23.5)	34 (25.0)	45 (31.2)	
Acquaintance's Residence	11 (9.8)	3 (2.5)	6 (4.4)	7 (4.8)	
Perpetrator's Residence	5 (4.4)	2 (1.7)	6 (4.4)	9 (6.2)	
Street	40 (35.7)	49 (41.2)	52 (38.2)	52 (36.1)	
Bus Stop	3 (2.7)	5 (4.2)	8 (5.9)	2 (1.4)	
School	2 (1.8)	6 (5.0)	4 (2.9)	4 (2.8)	
Work	0 (0.0)	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Party	5 (4.4)	14 (11.7)	14 (10.3)	10 (6.9)	
Can't refer	9 (8.0)	7 (5.9)	10 (7.3)	8 (5.5)	
Consented	1 (0.9)	1 (0.8)	2 (1.4)	1 (0.7)	
Other public places	5 (4.4)	3 (2.52)	0 (0.0)	6 (4.1)	
Missing	4	2	-	2	
Number of aggressors					0.918 ^a
Unique	101 (87.8)	104 (85.9)	117 (84.8)	125 (85.6)	
Multiple	14 (12.1)	17 (14.0)	21 (15.2)	21 (14.4)	
Missing	1	-	-	-	
Aggressor					0.008 ^a
Acquaintance	67 (58.2)	54 (44.6)	66 (47.8)	92 (63.0)	
Unknown	48 (41.7)	67 (55.3)	72 (52.1)	54 (37.0)	
Missing	1	-	-	-	
Intimidation					
Physical force	66 (60.0)	50 (47.1)	56 (46.6)	80 (58.8)	0.061 ^a
Missing	6	15	1	10	
Serious threat	19 (17.2)	19 (17.9)	30 (25.0)	27 (19.8)	0.448 ^a
Missing	6	15	1	10	
White gun	4 (3.6)	9 (8.5)	8 (6.6)	9 (6.6)	0.529 ^a
Missing	6	15	18	10	
Fire gun	5 (4.5)	7 (6.6)	13 (10.8)	7 (5.1)	0.206 ^a
Missing	6	15	18	10	

Type of Violence					
Vaginal	79 (68.1)	79 (65.3)	80 (57.9)	93 (63.7)	0.384 ^a
Oral	20 (17.2)	14 (11.5)	27 (19.5)	22 (15.0)	0.346 ^a
Anal	18 (15.5)	14 (11.5)	19 (13.7)	25 (17.1)	0.617 ^a
Frustrating attempt	5 (4.3)	7 (5.8)	8 (5.8)	10 (6.8)	0.857 ^a
Can't refer	21 (18.1)	31 (25.6)	37 (26.8)	34 (23.3)	0.390 ^a
Indeterminate	4 (3.4)	2 (1.6)	2 (1.4)	1 (0.7)	0.450 ^b
Uninitiated sexual activity	75 (66.3)	88 (73.9)	96 (73.3)	95 (66.4)	0.372 ^a
Missing	3	2	7	3	
Alcohol Consumption	18 (16.8)	16 (16.5)	13 (11.5)	24 (18.7)	0.476 ^a
Missing	9	24	25	18	
Use of PAS	-	9 (10.0)	9 (8.6)	7 (6.0)	0.026 ^a
Missing	25	31	34	30	
History of sexual Violence	29 (25.4)	9 (7.5)	20 (14.9)	29 (20.1)	0.002 ^a
Missing	2	2	4	2	
History of mental Disorders	12 (11.9)	9 (8.5)	17 (16.8)	18 (15.0)	0.292 ^a
Missing	15	15	37	26	
Sexual violence Perception					0.072 ^b
Yes	102 (87.9)	113 (93.4)	122 (88.4)	128 (87.6)	
No	9 (7.7)	7 (5.8)	10 (7.2)	7 (4.8)	
Can't refer	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.9)	7 (4.8)	
Lied	5 (4.3)	1 (0.8)	2 (1.4)	4 (2.7)	

^aChi-square Test; ^bFisher's exact Test. PAS: Psychoactive substances; *n*=521.

Table 3. Characteristics of emergency care provided to adolescent women victims of sexual violence in the biennia of 2011–2018

<i>Emergency Care</i>	2011-2012 <i>n=116</i>	2013-2014 <i>n=121</i>	2015-2016 <i>n=138</i>	2017-2018 <i>n=146</i>	<i>p</i>
Time until medical care					<0.033 ^b
at 24 h	54 (47.3)	72 (59.5)	67 (50.0)	69 (47.6)	
>24-72 h	21 (18.4)	19 (15.7)	36 (26.8)	22 (15.1)	
>72 - ≤5 days	10 (8.7)	5 (4.1)	11 (8.2)	16 (11.0)	
>5 days - ≤ 6 months	27 (23.7)	25 (20.6)	18 (13.4)	37 (25.5)	
> 6 months	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.7)	
Chronic Abuse	2 (1.7)	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	
Missing	2	-	4	1	
Emergency contraception					0.040 ^a
Yes	74 (66.6)	81 (78.6)	84 (73.0)	83 (62.4)	
Not Indicated	37 (33.3)	22 (21.3)	31 (26.9)	50 (37.6)	
Missing	5	18	23	13	
STI prophylaxis					0.005 ^b
Yes	89 (80.2)	100 (90.1)	108 (85.0)	104 (74.3)	
No	-	1 (0.9)	-	-	
Not indicated	22 (19.8)	10 (9.0)	19 (14.9)	36 (25.7)	
Missing	5	10	11	6	
HIV prophylaxis					0.685 ^a
Yes	76 (67.2)	81 (68.0)	87 (65.4)	88 (61.5)	
Not indicated	37 (32.7)	38 (31.9)	46 (34.6)	55 (38.4)	
Missing	3	2	5	3	
Hepatitis B prophylaxis					0.573 ^a
Yes	75 (65.8)	84 (70.6)	87 (65.4)	95 (66.4)	
No	16 (14.0)	15 (12.6)	18 (13.5)	12 (8.4)	
Not indicated	23 (20.2)	20 (16.8)	28 (21.0)	36 (25.1)	
Missing	2	2	5	3	

STI: Sexually transmitted infections. HIV: human immunodeficiency virus. ^aChi-square test;^bFisher's Test. *n*=521.

Table 4. Social and legal assistance implemented by the service for adolescent women victims of sexual violence during 6-month outpatient follow-up in the biennia of 2011–2018

<i>Needs for Social and Legal Assistance Measures</i>	<i>2011–2012 n=116</i>	<i>2013–2014 n=121</i>	<i>2015–2016 n=138</i>	<i>2017–2018 n=146</i>	<i>p^a</i>
Needs for Guardians Committee notification					
Yes	80 (68.9)	89 (73.5)	94 (68.1)	82 (56.1)	0.018
No	36 (31.0)	32 (26.4)	44 (31.8)	64 (43.8)	
Needs for legal/social support	109 (93.9)	110 (90.9)	122 (88.4)	135 (92.4)	0.427
Summons for social service to follow-up (n=355)	30 (37.5)	42 (51.2)	25 (28.1)	54 (51.9)	0.002
Missing	36	39	49	42	
Completed follow-up 6 months (n=337)	67 (80.7)	64 (82.0)	58 (81.7)	83 (79.0)	0.956
Missing	33	43	67	41	
Occurrence police report (n=450)	71 (70.3)	49 (51.0)	59 (51.7)	60 (43.1)	<0.001
Missing	15	25	24	7	

^aChi-square Test. *n*=521.



Arlete Maria dos Santos Fernandes <arletef@unicamp.br>

Journal of Adolescent Health - Acknowledgement of receipt of your submission

1 mensagem

Journal of Adolescent Health <em@editorialmanager.com>
 Responder a: Journal of Adolescent Health <jaheditorial@ucsf.edu>
 Para: Arlete Maria dos Santos Fernandes <arletef@unicamp.br>

30 de dezembro de 2020 17:46

Dear MD Fernandes,

Your submission entitled "Sexual violence experienced in early and late adolescence: A challenge for care" has been received by the Journal of Adolescent Health. Your manuscript has been assigned tracking number JAH-2020-02426. Please refer to this number when communicating with the editorial office about your paper.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to the Editorial System of the journal as an author. The URL is <https://www.editorialmanager.com/jah/>.

If you have not heard anything further regarding the status of your manuscript submission within 14 DAYS OF SUBMISSION, please check the EM site to make certain that you have not missed any communication from the editorial office.

Thank you for submitting your work to the Journal of Adolescent Health.

Kind regards,

Journal of Adolescent Health

For further assistance, please visit our customer support site at <http://help.elsevier.com/app/answers/list/p/7923>. Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions and learn more about EM via interactive tutorials. You will also find our 24/7 support contact details should you need any further assistance from one of our customer support representatives.

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/jah/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

Abbreviations: CAAE, [Certificado de Apresentação de Apreciação Ética] Certificate of Presentation of Ethical Appreciation – a number generated by the Ethical Committee to identify the research project; HIV, human immunodeficiency virus; PAS, psychoactive substances; STI, sexually transmitted infections; SV, sexual violence; UNICAMP, Campinas State University.

Abstract

Purpose: To characterize sexual violence, post-trauma reactions, and the care given to adolescents at early (10–14 years) and late ages (15–18 years) at a reference hospital in Campinas/São Paulo, Brazil. **Methods:** This retrospective study reviewed the medical records of 521 adolescent victims of sexual violence treated by a multidisciplinary team. The variables were sociodemographic data, characteristics of violence and emergency care, post-trauma reactions and changes, psychotropic prescription, and sixth-month follow-up loss. We used the Chi-square/Fisher's exact, Mann-Whitney, and Kruskal-Wallis tests to compare groups and analyzed follow-up loss with multiple logistic regression; we adopted a 5% significance level. **Results:** The early group suffered significantly more daytime aggressions, in residence and by a known aggressor, had greater needs for legal protection, and took longer to seek care. Feelings of guilt, shame, and perception of violence were similar between groups. In the late group, there was significantly greater consumption of alcohol during the aggression; received more prophylaxis treatments; reported more physical symptoms, sleep disorders, anxious symptoms, anguish and had more psychotropic prescriptions. Only 52% completed the six-month follow-up, with no differences between groups; loss to follow-up was associated with denying psychological and social changes. **Conclusion:** The impact of sexual violence was grievous for all victims; the late group had more contributing factors and psychological worsening. Prophylaxis and

mental health follow-up were limited by late arrival and frequent losses to follow-up. Adolescent females are in great need of measures to prevent sexual violence and negative outcomes.

Keywords

Adolescents, female, sexual violence, victimization, perpetration, sexual assault, rape, mental health.

Implications and contribution

We compared the care provided and reactions triggered after sexual violence in adolescents at early and late ages. The violence was severe and triggered negative outcomes of the adolescents' mental health, half of whom were lost to follow-up. Expanding prophylactic treatment and completing multidisciplinary follow-up are challenges for adolescent care.

INTRODUCTION

Sexual violence against women is a global problem for public health, causes health complications, and compromises the human rights of girls and women [1]. There are about 1.2 billion adolescents aged 10 to 19 years [2], and according to statistical data collected in 190 countries, approximately 120 million girls have experienced forced sexual intercourse or other sexual acts at some point in their lives [3].

Adolescence is the most vulnerable period for sexual violence due to the intrinsic changes in neurodevelopment [4,5] and some individual factors, including a history of domestic violence in childhood/adolescence [6,7] and risky behaviors such as alcohol consumption and/or other psychoactive substances (PAS) [6,8,9]. Socioeconomic factors such as conditions of poverty, low education, and living in a society with high levels of violence can also influence and increase the vulnerability of adolescents [6]. Adolescence has also been described as the greater period for females to be victimized [7,10].

The consequences of sexual abuse in women adolescents' health can be devastating, and its negative effects may be brief or persist for a long time. In addition to physical injury, the risk of unwanted pregnancy and sexually transmitted infections (STI), including the human immunodeficiency virus (HIV) [6] and mental health disorders such as depression, anxiety, suicide, and post-traumatic stress, are also described [11]. Although prophylactic treatment is effective for preventing physical problems and/or cure them, subsequent follow-up is essential to reducing negative emotional responses and work in developing individual tools to deal with trauma suffered and personal and family prejudices regarding sexual violence.

The objectives of this study were to characterize the sexual violence suffered by adolescents in the age groups of 10–14 (early) and 15–18 years (late), the physical, psychological, and social reactions caused, the care provided up to six months after the trauma, and the loss to follow-up before the end of the sixth month outpatient care provided by our service.

Methods

This was a retrospective cohort study conducted at the Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medical Sciences, Campinas State University (UNICAMP), São Paulo, Brazil. We requested and waived the informed consent due to the possible compromise of confidentiality and a probably emotional suffering when trying to contact the victims after a long period of ending treatment. The Ethics Committee of the Institution approved this project (CAAE 20479819.4.0000.5404).

The study setting is a university hospital that provides emergency care to women victims of sexual violence and dispenses a six-month outpatient follow-up; it is a reference service for the municipality of Campinas with a population of approximately 1.3 million inhabitants. We assessed adolescents aged 10–18 years who underwent emergency care from 01/01/2011 to 12/31/2018. We consulted the hospital digitized data of the study period and subsequently consulted the digitalized medical records of emergency care and outpatient follow-up prepared by a multidisciplinary team of nurses, gynecologists, psychiatrists, psychologists, and social workers. The last patient was included in the study on 12/31/2018 and her medical record was evaluated until 07/01/2019, at which point data collection

was completed. Adolescents treated at the first appointment with pregnancy problems resulting from sexual violence were excluded.

The variables studied were sociodemographic data (age, self-reported skin color, marital status, education, occupation, intellectual disability and religion); characteristics of violence (acute or chronic abuse, time of occurrence, place of approach, form of intimidation, known aggressor and link with the aggressor, number of aggressors, type of violence, if the adolescent was under the influence of alcohol and/or other PAS at the time of the event and whether there was “blackout” during the aggression); personal history (initiated sexual life, mental disorders, previous sexual violence and age of occurrence); characteristics of emergency care [time passed until care; prophylaxis performed (emergency contraception, STI including HIV); and collection of biological material for counterproof with suspected offender]; post-trauma reactions and changes referred/expressed during the follow-up [disclosure about the violence and which person she told; support received; physical disorders (sleep and appetite disturbs, physical disposition, gastrointestinal and urinary symptoms); mental disorders (anxious and depressive symptoms, suicidal behavior, suicide attempt, cutting, fears, flashbacks); social reactions (social isolation, changes in daily routine, changes of address/city or changes of school)]; need for legal support measures (notifications to the Guardian Committee for the service; notifications to police authority carried out by the family); feelings expressed and psychotropic prescription during follow-up; perception of violence; and if a six-month follow-up with a multidisciplinary team was completed. The psychologists who provided care defined the sexual violence perception based on the adolescent’s reports, her

mental organization and interpretation of the event and by the experience lived as an act of sexual violence.

Statistical analysis

For comparison between groups of early adolescents (10–14 years) and late adolescents (15–18 years) [12], we used the Chi-square or Fisher's exact tests for the categorical variables and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests for the numerical variables. For loss to follow-up analysis, we performed univariate logistic regression followed by multiple regression, with stepwise criterion for the selection of variables. We used the Statistical Analysis System for Windows, version 9.2 (SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA); the level of significance adopted was 5%.

Results

We evaluated data from 521 adolescents (Figure 1), with mean age of 14.8 years ($SD \pm 2.0$; 10-18) (data not shown); which corresponded to over 45% of the total of women who sought medical service after sexual violence in the period from 2011 to 2018.

Slightly over half of the included adolescents were in the 15–18 age group, most were single, students, and 78% reported practicing some religion (Table 1). About 8% of the adolescents lived with a partner, 14% did not study (they were employed or without occupation), and 4.6% had some intellectual disability (Table 1). The comparison between groups of early and late adolescents showed significant differences in relation to occupation; the early group had a higher

number of students, and those employed or without occupation were more frequent in the late group (Table 1).

Even with the prevalence of acute and perpetrated abuse by a single aggressor, we observed differences in the characteristics of sexual violence between the groups. In the early group, a greater number of assaults occurred during the day ($p=0.031$), in their own residence or in acquaintances/family members' residences ($p<0.001$), and by a known abuser ($p<0.001$) with a family or friendship bond ($p=0.003$); a higher frequency of unsuccessful attempted sexual assault was observed ($p=0.008$) when compared to the late group (Table 2). The group of late adolescents was more affected by sexual assaults during the night, in public spaces and traffic routinely visited by the victims, or at parties; the violence was perpetrated in greater number by unknown aggressors. Further, the late group experienced more frequent intimidation ($p=0.002$), violence involving the use of a knife ($p=0.008$), and a higher frequency of oral intercourse ($p=0.006$). A greater number of the late adolescents did not know the type of violence suffered ($p=0.036$), were more often under the influence of alcohol ($p=0.005$), and reported that they had "blackout" during the aggression ($p=0.044$) when compared to the early group. No other differences were observed between groups (Table 2).

Emergency care was provided up to 72 hours to a greater number of adolescents in the late group ($p=0.048$), most of whom frequently received prophylaxis of emergency contraception ($p=0.003$) for STI and HIV ($p<0.001$) and had their biological samples collected ($p=0.002$), when compared to the early group (Table 2). The early adolescents more often needed measures of legal aid compared to the older adolescents ($p=0.001$); only 53% of families notified the

police authority about the event, with no difference between the age groups (Table 2).

Regarding personal history, the late group had a higher number of adolescents who had already started sexual life ($p<0.001$), a history of sexual violence ($p=0.007$), and some mental health disorders ($p=0.008$) (Table 3). Among the 87 adolescents who reported a history of previous sexual violence, 70 of them referred to the age of occurrence of the event; of these, 54% reported the event occurred between 4 and 10 years of age (Table 3).

The perception of the experience lived as an act of sexual violence had a high prevalence in both groups. About two-thirds of adolescents in both groups disclosed the sexual violence; the majority disclosed the event to parents or family members and reported having received support. There were no differences in these variables between age groups (Table 3).

There were significant differences in the reactions after trauma and changes reported between age groups. The adolescents in the late group reported more physical symptoms ($p=0.033$), sleep disorders ($p=0.003$), anxious symptoms ($p=0.045$), and had a higher indication of psychotropic prescription, whereas those in the early group were more frequently to change schools ($p=0.015$) (Table 3). The feeling most similarly expressed by both groups was shame, followed by guilt; only anguish was mentioned by a greater number of adolescents in the late group ($p=0.011$) (Table 3).

Of the 521 adolescents seen in the emergency department, 337 (64.7%) adolescents started outpatient follow-up and 272 completed the six-month follow-up (Figure 1). The ages of adolescents who completed follow-up and those lost to outpatient follow-up were similar, with a mean age of 14.6 years ($SD \pm 1.9$) and

14.7 years ($SD \pm 2.0$), respectively (data not shown). The variables associated with loss of follow-up after univariate regression analyses are listed in Table 4. Upon multiple logistic regression analysis, two variables were associated with loss to follow-up. Adolescents who did not have mental disorders and those who did not have social changes were 2.7 and 2.3 times more likely to be lost to outpatient follow-up, respectively.

Discussion

The prevalence of adolescents treated in this study was similar to that described in other reports, in which about 50% of adolescents are among all reported cases of sexual violence [9,13,14].

The fact that one out of four adolescents in the late group is not a student added to the result of 8% of the total adolescents living with a partner. These are adverse living conditions for adolescents who lack the conditions to complete a formal education, which consequently may limit their personal development and opportunities. Additionally, we observed 4% of intimate partner violence, a rate similar to the estimated 7% in North American victims before age 18 [15]. The prevalence of intellectual disability also drew attention, being considerably higher than that of the general population described at around 1%, corroborating the greater vulnerability of adolescents with previous mental disorders, who need specific measures of protection, guidance, and care [16].

The differences found in the characteristics of violence between the groups of adolescents in this study were similar to those already described by other authors [9,13,14,17-20], and can be explained by the greater exposure to the social

context and behaviors of the late group. In the early group, the permanence is closer to the environments known as home and school. Although the rate of self-reported consumption of illicit PAS was lower than studies that reported 40–60% of victims of sexual violence had a history of alcohol consumption and other PAS [8,9], about one in seven adolescents reported being under the influence of alcoholic beverages at the time of the event. Of these, the late group of 15–18 years had the most contribution of the effect of alcohol with presence of "blackout" during the aggression and/or not knowing how to describe the aggression suffered. These results reinforce the importance of preventive measures for the use of PAS, particularly alcoholic beverages, which can reduce the perception of risk in situations of physical and sexual aggression.

From every 10 adolescents evaluated, nine realized they had suffered violence. This result corroborates the experience of more serious violence, such as perpetration by multiple aggressors and aggression by anal intercourse, experienced by one in seven victims, in addition to the fact that two-thirds of the adolescents had their first sexual intercourse through aggression. These characteristics have been associated with worse emotional repercussions, which can hinder the adolescent recovery process [3]. Further, one in six adolescents in this study had a personal history of childhood sexual violence, a result similar to that found in a study with 5,758 American women [21]. Studies have shown that violence suffered in childhood or adolescence can increase vulnerability to new abuses and the development of risky behaviors [7,10,14,22,23].

In this study, one in three adolescents did not disclose the experience or did not feel supported by their family. Studies have indicated that adolescents and children may never tell others about the aggression suffered or delay its divulgation

for a long time, either because of fear, threats, lack of opportunity, or the nature of their relationship with the aggressor [24-27]. This delay might have influenced seeking emergency care 72 hours after the incident for 35% of adolescent females in the early group and for 25% of the late group, which compromised the use of prophylaxis. Late arrival for care may also have been influenced by the lack of information about the service, the importance of emergency care, or the difficulty in accessing the most peripheral regions of the city.

During outpatient follow-up, most adolescents described some type of physical, psychological and/or social reaction triggered by aggression. The late group was more symptomatic, presenting with sleep disorders, anxious symptoms, and feelings of anguish, and 36% of them had psychotropic indications. The history of mental health disorder was more frequent in the late group, which is expected in this phase of transition to adulthood. It was also an expected result of the greater need for psychotherapy or support in this period after the trauma. It is important to highlight that psychological changes were described by 65.4% of the adolescents, which showed the impact of violence on mental health, and that medical services must be prepared to provide multiprofessional follow-up aimed at the victims and to minimize future consequences. Although two-thirds of the adolescents started the monitoring service, just over half completed the six-month outpatient follow-up, despite the team's efforts. The variables associated with dropout were adolescents who did not present psychological and/or social reactions. It is possible that these are the adolescents who the least need multiprofessional care, have suffered less impact of violence in their lives, and have greater facility for recovery.

The limitations of this study include its retrospective design, which may have induced some bias in the results. An example was the low frequency of PAS

consumption at the time of the aggression. As we do not routinely carry out clinical tests to investigate the presence of drugs, the adolescents' reports of the consumption or some specific clinical and/or behavioral signs presented in medical care were noted, which may have contributed to a less frequent bias of this factor. Moreover, we had a lot of missing information not filled in during appointments. However, this is the first Brazilian study of adolescent females that allowed us to know the reactions caused after the trauma of sexual violence and to consider approaches to the feelings expressed by the victims during the follow-up. It is also important to know the treatment available, its lacks, and the variables associated with loss to follow-up, a result that will need to be confirmed in later studies of prospective characteristics. National studies have been based only on national or regional reporting data [28-30].

In conclusion, the service aimed at adolescent female victims of sexual violence is a challenge to multiprofessional teams due to the complexity of the intrinsic contexts of violence and the particularities of the adolescent population and each individual. There is a need to qualify information on prevention and identification of cases of violence against adolescent women aimed at family members and society. There is also a need to expand services with multidisciplinary care in the context of health care, specifically in monitoring mental health after trauma, with the objective of reducing the potential damage to adolescents' mental and sexual health.

References

- [1] Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0.
- [2] World Health Organization. Adolescent Health: The Missing Population in Universal Health Coverage. 2018. Available at: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2018/Adolescent-Health-Missing-Population-in-UHC.pdf?ua=1> Accessed December 28, 2020.
- [3] UNICEF. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children. 2014. Available at: https://www.unicef.org/publications/index_74865.html Accessed December 28, 2020.
- [4] Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health*. 2009;45:216-21. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.05.016.
- [5] Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, et al. Adolescence: A foundation for future health. *Lancet*. 2012;379:1630-40. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5.
- [6] Guedes A, Bott S, Garcia-Moreno C, Colombini M. Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. *Glob Health Action*. 2016;9:31516. DOI: 10.3402/gha.v9.31516.
- [7] Scoglio AAJ, Kraus SW, Saczynski J, Jooma S, et al. Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22:41-53 DOI: 10.1177/1524838018823274.

- [8] Hagemann CT, Helland A, Spigset O, Espnes KA, et al. Ethanol and drug findings in women consulting a sexual assault center– Associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *J Forensic Leg Med*. 2013;20:777-84. DOI: 10.1016/j.jflm.2013.05.005.
- [9] Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG*. 2015;122:577-84. DOI: 10.1111/1471-0528.13093.
- [10] World Health Organization. Violence against women. WHO Descriptive Notes 2017. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> Accessed December 28, 2020.
- [11] Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37:664-74. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
- [12] UNICEF. The state of the world's children 2011. Adolescence: An age of opportunity. Available at: https://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf Accessed December 28, 2020.
- [13] Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29:518-526. DOI: 10.1016/j.jpag.2015.05.001.
- [14] Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM, Committee on Child Abuse and Neglect, et al. Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*. 2017;139:e20164243. DOI: 10.1542/peds.2017-0958.

- [15] Smith SG, Chen J, Basile KC, Gilbert LK, et al. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010–2012 State report. 2017. Available at: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs-statereportbook.pdf> Accessed December 7, 2020.
- [16] Ke X, Liu J. Intellectual disability. In: Rey JM ed. IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012. Available at: <https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Intellectual-Disability.pdf> Accessed November 30, 2020.
- [17] Peipert JF, Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. *Obstet Gynecol*. 1994;84:867-71.
- [18] Muram D, Hostetler BR, Jones CE, Speck PM. Adolescent victims of sexual assault. *J Adolesc Health*. 1995;17:372-5. DOI: 10.1016/1054-139X(95)00097-C.
- [19] Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet*. 2014;383:1648-1654. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62243-6.
- [20] Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *Am J Public Health*. 2015;105:e11–2. DOI: 10.2105/AJPH.2015.302634.
- [21] Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2018.

- [22] Miller E, McCaw B. Intimate partner violence. *N Engl J Med*. 2019;380:850-857. DOI: 10.1056/NEJMr1807166.
- [23] Basile KC, Clayton HB, Rostad WL, Leemis RW. Sexual violence victimization of youth and health risk behaviors. *Am J Prev Med*. 2020;58:570-579 DOI: 10.1016/j.amepre.2019.11.020.
- [24] Hanson RF, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG, et al. Factors related to the reporting of childhood rape. *Child Abuse Negl*. 1999;23:559-69. DOI: 10.1016/s0145-2134(99)00028-9.
- [25] Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, et al. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl*. 2000;24:273-87. DOI: 10.1016/s0145-2134(99)00130-1.
- [26] Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DP, et al. Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2003;27:525-40. DOI: 10.1016/s0145-2134(03)00037-1.
- [27] Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG. Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child Abuse Negl*. 2011;35:343-52. DOI: 10.1016/j.chiabu.2011.01.014.
- [28] Pereira VOM, Pinto IV, Mascarenhas MDM, Shimizu HE, et al. Violence against adolescents: analysis of health sector notifications, Brazil, 2011–2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23 Suppl 1:e200004.SUPL.1. DOI: 10.1590/1980-549720200004.supl.1.
- [29] Delzियो CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Characteristics of sexual violence against adolescent and adult women reported by the public health

services in Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017;33:e00002716.
DOI: 10.1590/0102-311X00002716.

[30] Sena CA, Silva MA, Falbo Neto GH: The incidence of sexual violence among children and adolescents in Recife, State of Pernambuco, Brazil, in 2012 and 2013. *Ciênc. saúde coletiva* 2018;23:1591-1599. DOI: 10.1590/1413-81232018235.18662016.

Table 1. Characteristics of adolescent women victims of sexual violence according to age group

<i>Sociodemographic Characteristics</i>	<i>Age Groups</i>		<i>p-Value^a</i>
	10-14 years	15-18 years	
	<i>n=242</i>	<i>n=279</i>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Self-reported skin color (n=517)			
White	145 (60.6)	187 (67.2)	0.119
Non-White	94 (39.3)	91 (32.7)	
Intellectual disability (n=521)			0.082
Yes	7 (2.9)	17 (6.1)	
No	235 (97.1)	262 (93.9)	
Schooling years(n=517)			<0.001
≤ 8	193 (80.1)	67 (24.3)	
> 8	48 (19.9)	209 (75.7)	
Marital Status (n=521)			0.321
Single	226 (93.4)	254 (91.0)	
Cohabiting with partner	16 (6.6)	25 (8.9)	
Occupation (n=491)			<0.001
Student	222 (97.3)	197 (74.9)	
Employee	1 (0.4)	30 (11.4)	
No occupation	5 (2.2)	36 (13.7)	
Religion (n=480)			0.448
Protestant	81 (37.5)	118 (44.7)	
Catholic	73 (33.8)	76 (28.8)	
Others	13 (6.0)	15 (5.7)	
Unaffiliated	49 (22.7)	55 (20.8)	

^aChi-square Test.

Table 2. Characteristics of sexual violence and emergency care according to age group

<i>Characteristics of Sexual Violence and Emergency care</i>	<i>Age Groups</i>		<i>p-Value</i>
	10-14 years <i>n (%)</i>	15-18 years <i>n (%)</i>	
Type of abuse			0.998 ^a
Acute	229 (94.6)	264 (94.6)	
Chronic	13 (5.3)	15 (5.4)	
Time of approach (<i>n=512</i>)			0.031 ^a
18:01–00:00 h	82 (34.6)	94 (34.2)	
00:01–07:00 h	50 (21.1)	84 (30.5)	
07:01–18:00 h	105 (44.3)	97 (35.2)	
Place of approach (<i>n=511</i>)			<0.001 ^b
Victim's residence	81 (34.4)	57 (20.6)	
Family's residence	13 (5.5)	5 (1.8)	
Perpetrator's residence	12 (5.1)	10 (3.6)	
Acquaintance's residence	3 (1.28)	6 (2.1)	
Street	79 (33.6)	114 (41.3)	
Bus stop	5 (2.1)	13 (4.7)	
Other public places	3 (1.3)	11 (3.9)	
School	12 (5.1)	4 (1.4)	
Work	0	1 (0.3)	
Party	12 (5.1)	31 (11.2)	
Do not know	11 (4.7)	23 (8.3)	
Referred consent	4 (1.7)	1 (0.3)	
Acquaintance's aggressor	154 (63.5)	126 (45.1)	<0.001 ^a
Relationship with the aggressor (<i>n=521</i>)			0.003 ^a
Father	14 (5.8)	5 (1.8)	
Stepfather	14 (5.8)	8 (2.8)	
Other family member	16 (6.6)	12 (4.3)	
Friend	38 (15.7)	31 (11.1)	
School/work colleague	15 (6.2)	8 (2.8)	
Neighbor	9 (3.7)	10 (3.6)	
Intimate partner	8 (3.3)	10 (3.6)	
Others acquainted	40 (16.5)	42 (15.0)	
Unknown	88 (36.3)	153 (54.8)	
Number of aggressors (<i>n=516</i>)			0.896 ^a
Unique	208 (87.0)	239 (86.3)	

2	21 (8.8)	24 (8.6)	
3–10	10 (4.2)	14 (5.0)	
There was intimidation (<i>n</i> =491)	188 (81.7)	230 (88.1)	0.002 ^a
Serious threat (<i>n</i> =472)	37 (16.7)	58 (23.1)	0.085 ^a
Physical force (<i>n</i> =472)	120 (54.3)	132 (52.6)	0.710 ^a
Fire gun (<i>n</i> =472)	12 (5.4)	20 (7.9)	0.274 ^a
Knife gun (<i>n</i> =472)	7 (3.1)	23 (9.1)	0.008 ^a
Suffocation by inhalation (<i>n</i> =472)	9 (4.0)	7 (2.8)	0.452 ^a
<i>Type of sexual violence (n=521)</i>			
Vaginal aggression	156 (64.4)	175 (62.7)	0.681 ^a
Oral aggression	27 (11.6)	56 (20.0)	0.006 ^a
Anal aggression	34 (14.0)	42 (15.0)	0.746 ^a
Frustrating Attempt	21 (8.7)	9 (3.2)	0.008 ^a
Undetermined Aggression	6 (2.5)	3 (1.1)	0.315 ^b
Do not know	47 (19.4)	76 (27.2)	0.036 ^a
Alcohol consumption (<i>n</i> =469)	22 (9.8)	47 (19.1)	0.005 ^a
Another PAS consumption (<i>n</i> =420)	6 (2.9)	11 (5.1)	0.247 ^a
"Blackout" during aggression (<i>n</i> =515)	43 (18.0)	70 (25.3)	0.044 ^a
<i>Emergency Care</i>			
Time until medical care (<i>n</i> =514)			0.048 ^b
≤ 24 h	108 (45.7)	154 (55.4)	
> 24–72 h	44 (18.6)	54 (19.4)	
> 72 h–5 days	19 (8.0)	23 (8.2)	
> 5 days until 6 months	63 (26.7)	44 (15.8)	
> 6 months	2 (0.8)	3 (1.0)	
Emergency contraception (<i>n</i> =462)	134 (62.9)	188 (75.5)	0.003 ^a
STI prophylaxis (<i>n</i> =511)	167 (75.5)	234 (87.3)	<0.001 ^b
HIV prophylaxis (<i>n</i> =508)	135 (57.7)	197 (71.9)	<0.001 ^a
Biological sample collected (<i>n</i> =487)	98 (44.5)	156 (58.4)	0.002 ^a
Legal aid (<i>n</i> =521)	181 (74.8)	172 (61.6)	0.001 ^a
Occurrence of police report (<i>n</i> =450)	112 (52.8)	127 (53.3)	0.910 ^a

^aChi-square test; ^bFisher's test. PAS: psychoactive substance. STI: Sexually Transmitted Infections. HIV: human immunodeficiency virus. *n*=521.

Table 3. Personal history, reactions, and need for psychotropic prescription during outpatient follow-up according to age group

<i>Variables</i>	<i>Age Groups</i>		<i>p-Value</i>
	10-14	15-18	
	years <i>n (%)</i>	years <i>n (%)</i>	
Sexual activity initiated (<i>n</i> =506)	44 (18.9)	108 (39.5)	<0.001 ^a
History of SV (<i>n</i> =511)	29 (12.2)	58 (21.2)	0.007 ^a
Age at first violence (<i>n</i> =70)			0.585 ^a
4–10 years	13 (59.1)	25 (52.1)	
11–18 years	9 (40.9)	23 (47.9)	
History of mental disorders (<i>n</i> =428)	18 (8.6)	38 (17.2)	0.008 ^a
Sexual violence perception (<i>n</i> =521)	210 (86.8)	255 (91.4)	0.301 ^a
Disclosure about the sexual violence (<i>n</i> =414)	129 (65.8)	151 (69.2)	0.454 ^a
Person to whom she disclosed			
Mother (<i>n</i> =414)	48 (24.5)	48 (22.0)	0.552 ^a
Father (<i>n</i> =414)	17 (8.6)	22 (10.1)	0.622 ^a
Other familiar (<i>n</i> =326)	15 (10.0)	13 (7.4)	0.401 ^a
Intimate Partner (<i>n</i> =326)	4 (2.6)	12 (6.8)	0.084 ^a
Friend (<i>n</i> =414)	9 (4.6)	17 (7.8)	0.179 ^a
Other people (<i>n</i> =414)	4 (2.0)	12 (5.5)	0.068 ^a
Received support (<i>n</i> =361)	123 (71.9)	145 (76.3)	0.341 ^a
Physical and/or psychosocial disorders (<i>n</i> =364)	155 (89.1)	173 (91.0)	0.529 ^a
Any Physical disorders (<i>n</i> =364)	73 (41.9)	101 (53.1)	0.033 ^a
Sleep disorders	58 (33.3)	93 (48.9)	0.003 ^a
Appetite disorders	37 (21.2)	44 (23.1)	0.664 ^a
Gastrointestinal disorders	6 (3.4)	8 (4.2)	0.706 ^a
Urogenital disorders	2 (1.1)	3 (1.6)	1.000 ^b
Changes in physical well-being	12 (6.9)	12 (6.3)	0.824 ^a
Any Mental Disorders (<i>n</i> =364)	106 (60.9)	132 (69.4)	0.087 ^a
Anxious symptoms	67 (38.5)	93 (48.9)	0.045 ^a
Depressive symptoms	25 (14.3)	39 (20.5)	0.123 ^a
Suicidal behavior	14 (8.0)	17 (8.9)	0.758 ^a
Suicidal attempt	6 (3.4)	7 (3.7)	0.904 ^a
Cutting	5 (2.8)	2 (1.0)	0.266 ^b
Fear of the SV consequences	21 (12.0)	26 (13.7)	0.646 ^a
Fear of suffering SV again	18 (10.3)	22 (11.6)	0.707 ^a
Flashbacks	24 (13.8)	41 (21.6)	0.053 ^a

<i>Any Social Changes (n=364)</i>	135 (77.6)	160 (84.2)	0.107 ^a
Social isolating	38 (21.8)	55 (28.9)	0.120 ^a
Changes in daily Routine	36 (20.7)	39 (20.5)	0.969 ^a
Changed address	14 (8.0)	17 (8.9)	0.758 ^a
Changed school	13 (7.4)	4 (2.1)	0.015 ^a
<i>Feelings expressed/perceived during health care (n=364)</i>			
Shame	97 (55.7)	111 (58.4)	0.607 ^a
Guilt	77 (44.2)	82 (43.1)	0.833 ^a
Crying	14 (8.0)	23 (12.1)	0.201 ^a
Humiliation	8 (4.6)	16 (8.4)	0.142 ^a
Apathy	11 (6.3)	7 (3.7)	0.246 ^a
Anguish	2 (1.1)	12 (6.3)	0.011 ^a
Rage	4 (2.3)	5 (2.6)	1.000 ^b
Insecurity	3 (1.7)	8 (4.2)	0.166 ^a
Psychotropic prescription (n=371)	42 (23.3)	70 (36.6)	0.005 ^a
Completed 6 months follow-up (n=337)	128 (79.0)	144 (82.3)	0.447 ^a

SV: Sexual Violence.

Table 4. Characteristics associated with loss to outpatient follow-up (among adolescents who started the six-month follow-up) in univariate and multiple regression analysis

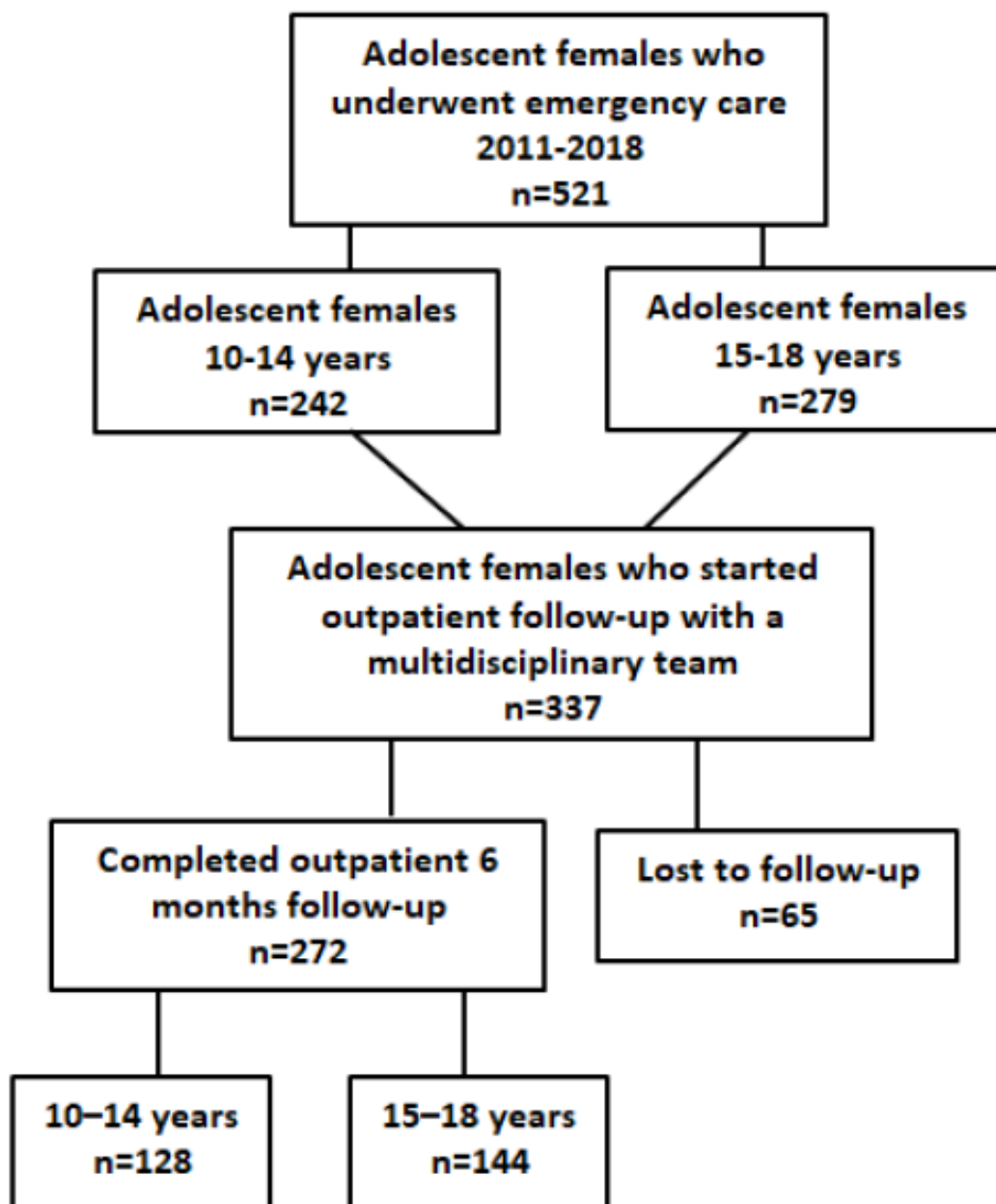
<i>Characteristics</i>	Loss to follow-up (n=337)		<i>Univariate analysis*</i>		<i>Multiple regression analysis**</i>	
	No <i>n</i> =272	Yes <i>n</i> =65	<i>p</i> *	<i>OR (IC 95%)</i>	<i>P</i> **	<i>OR (IC 95%)</i>
Sexual violence perception					NS	
Yes	243 (89.3)	50 (76.9)	-	Ref		
No	21 (7.72)	7 (10.7)	0.298	1.62 (0.65-4.02)		
Do not know	5 (1.8)	2 (3.0)	0.435	1.94 (0.37-10.30)		
Self-reported who lied	3 (1.1)	6 (9.23)	0.002	9.72 (2.35-40.17)		
Disclosed about SV					NS	
Yes	191 (77.0)	31 (59.6)	-	Ref		
No	57 (23.0)	21 (40.4)	0.010	2.27 (1.21-4.25)		
Received support					NS	
Yes	190 (79.8)	30 (62.5)	-	Ref		
No	48 (20.1)	18 (37.5)	0.011	2.38 (1.22-4.62)		
Psychotropic prescription					NS	
Yes	92 (39.3)	9 (18.7)	-	Ref		
No	142(60.7)	39 (81.2)	0.009	2.81 (1.30-6.07)		
Physical disorders					NS	
Yes	128 (51.4)	17 (32.1)	-	Ref		
No	121 (48.6)	36 (67.9)	0.012	2.24 (1.20-4.20)		
Sleep disorders					NS	
Yes	108 (43.3)	15 (28.3)	-	Ref		
No	141 (56.6)	38 (71.7)	0.045	1.94 (1.02-3.71)		

Mental disorders						
Yes	174 (69.9)	22 (41.5)	-	Ref		Ref
No	75 (30.1)	31 (58.5)	<0.001	3.27 (1.78-6.02)	0.005	2.72 (1.09-5.46)
Anxious Symptoms						
Yes	117 (47.0)	15 (28.3)	-	Ref		NS
No	132 (53.0)	38 (71.7)	0.014	2.25 (1.18-4.29)		NS
Social Changes						
Yes	213 (85.5)	33 (62.2)	-	Ref		Ref
No	36 (14.4)	20 (37.7)	<0.001	3.59 (1.86-6.93)	0.029	2.33 (1.09-4.99)
Social Isolation						
Yes	77 (30.9)	7 (13.2)	-	Ref		NS
No	172 (69.1)	46 (86.8)	0.006	2.79 (1.34-5.81)		

* Univariate logistic regression analysis ($n=337$). OR: Odds ratio. CI: Confidence interval. Ref: Reference Level. ** Multivariate logistic regression analysis with stepwise criteria for variable selection (Lost to follow-up: no, $n=230$; yes, $n=47$); some variables have a lower total due to missing data. NS: not significant.

All variables were included in the analysis: sociodemographic data, characteristics of violence, personal history, characteristics of emergency care, disclosure and perception of violence, post-trauma reactions (physical and mental disorders, and social changes), feelings expressed, and psychotropic prescription during outpatient follow

Figure 1. Flowchart of adolescents who underwent emergency care in the period 2011–2018 and adolescents who completed or were lost to a six-month follow-up



DISCUSSAO GERAL

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública global (14, 16,17). Nesse contexto, o atendimento e o seguimento de adolescentes na área da saúde possui maior complexidade, já que diferentes fatores, internos e externos de vulnerabilidade, são associados à ocorrência da violência sexual e também costumam influenciar a aderência ao tratamento (72,77,78).

Escolhemos estudar mulheres com idade de 10 a 18 anos realizando análises comparativas da atenção dispensada nos quatro biênios de 2011-2018, e também comparamos por faixas etárias as características da agressão, do cuidado de emergência e do seguimento ambulatorial. A justificativa para a escolha desta pesquisa foi não termos a visão do problema da violência sexual e seu impacto nas adolescentes em nosso meio. Tampouco conhecíamos com detalhamento a situação da violência e da evolução do cuidado no serviço, ao longo dos anos. Acreditamos que este estudo tenha contribuído para nos aproximar a visão da problemática da assistência à adolescente e também chamou a atenção para a falta de manutenção das políticas públicas nacionais já existentes.

Estudos anteriores mostraram a alta prevalência de violência sexual em adolescentes (44,45,56,59,78,79-83), corroborada também neste estudo, cuja amostra de adolescentes correspondeu a 45% de todas as mulheres vítimas de violência sexual que buscaram o atendimento de emergência no CAISM/UNICAMP no período estudado.

Notamos incremento anual no número de atendimentos de emergência durante o período estudado, o que pode ser atribuído à maior conscientização por parte dos profissionais da saúde que fazem o encaminhamento, e também por parte das vítimas. A maior veiculação na mídia de pessoas conhecidas que declaram história pessoal de violência tem diminuído, em parte, o preconceito da sociedade em relação às vítimas de abuso, o que pode ter influenciado maior número de vítimas a revelar a agressão e procurar serviços de saúde. Certamente a nova legislação brasileira, que passou a criminalizar a prática de atos libidinosos com maior severidade, principalmente quando são perpetrados contra criança ou adolescente, tem contribuído para a visibilidade dessas situações (27,69,84).

Adolescentes com deficiência intelectual constituíram 4.6% da amostra, percentual pelo menos quatro vezes superior à prevalência descrita na população em geral (85), o que nos faz ressaltar a importância de medidas e cuidados específicos quando o indivíduo possui vulnerabilidades sobrepostas, com o objetivo de diminuir a exposição à violência sexual em qualquer ambiente, privado ou público.

A violência sexual atinge de maneira brutal qualquer vítima. Mesmo tendo isso em conta, o fato das adolescentes de 10-14 anos constituírem quase metade das vítimas desta amostra foi alarmante, principalmente pelos potenciais danos à saúde mental da violência vivenciada em idade precoce. Neste grupo, a maior frequência de ocorrência foi ao final da tarde, em ambientes domésticos conhecidos como a própria residência ou de familiares ou conhecidos, perpetrada por agressor conhecido e por meio da força física, características

similares às descritas em outros estudos (65, 86-91). Mas esses resultados com adolescentes advertem sobre vivenciar situações constantes de risco de violência sexual, podendo o potencial agressor estar presente em todos os momentos e em qualquer lugar, inclusive nos lugares considerados seguros por elas. O número dessas situações se eleva quando a obrigatoriedade à formação do ensino fundamental não é respeitada como garantia a todas as crianças, por meio de políticas públicas. E certamente essas situações também aumentaram com a pandemia da COVID-19, com a determinação de manter as crianças e adolescentes fora da rotina escolar, durante boa parte do último ano.

Nesta amostra, observamos a maior frequência de escolaridade ≤ 8 anos nas adolescentes de 10 a 14 anos, resultado consistente para ambas as variáveis, mas que contrastou com resultados de estudos nacionais que descreveram maior frequência de violência sexual sofrida por adolescentes com baixo nível de educação (66,83). É possível que essa discrepância possa ser explicada por diferenças entre populações e regiões do país, mas consideramos que nossos resultados, um serviço de referência para vítimas de violência sexual, contenham maior detalhamento e significado que os descritos nos estudos baseados em notificações regionais ou nacionais. É possível que o cuidado e apoio familiar dispensado às adolescentes que buscam um serviço de referência para atenção à saúde, independente da aderência ao cuidado, tenha um paralelo familiar de maior cuidado também com relação ao cumprimento dos anos de estudo fundamental obrigatório.

Por outro lado, uma de cada dez adolescentes não tinha ocupação no momento da violência, não trabalhava e nem estudava. No grupo tardio uma de

cada sete não tinha ocupação; do total de adolescentes, uma de cada quatro não estava estudando e 8% estavam em convívio com um parceiro. Essas são situações que denunciam condições adversas de vida e diminuição de oportunidades para concluir a educação formal, o que produzirá consequente impacto no desenvolvimento pessoal das adolescentes. Além disso, observamos 4% de IPV, parecida à taxa de 7% de norte-americanas vitimadas por IPV antes dos 18 anos (58).

Cerca de 70% dos atendimentos de emergência em nosso serviço são realizados para vítimas de violência sexual urbana (92). Entretanto, as adolescentes de nosso serviço foram vítimas tanto da violência sexual urbana quanto da violência sexual doméstica. Nossos resultados concordaram com estudo que descreveu grande proporção de violência sexual contra adolescentes perpetrada por agressor desconhecido (83) e também com aqueles que descreveram maior percentual de agressores conhecidos, este último resultado foi corroborado no grupo de idade precoce (45,89-91,92,95).

A “naturalização” em ambientes intrafamiliares que convivem com violência, pode ocorrer por medo de retaliação do agressor em relação à vítima ou à família, pela tendência cultural à responsabilizar a vítima pelo ataque, ou mesmo pela dependência econômica da família (96-100). São situações que podem ocorrer com mais frequência e ser exacerbadas quando a conjuntura econômica do país é crítica e com o desemprego, sendo este último descrito como fator de risco externo associado à ocorrência de violência sexual (66,69,70,72,101). A naturalização da violência leva à subestimação de suas consequências e impede a busca precoce por assistência médica ou jurídica por

parte das vítimas. A atitude familiar, em parte, poderia explicar a diminuição do percentual de abuso crônico ao longo do tempo e a demanda tardia por atendimento médico para as adolescentes mais jovens.

Estudos têm descrito diferentes fatores contribuintes de vulnerabilidade para a ocorrência da violência sexual e para a revitimização do indivíduo (19,45,56,60,61,65,81,93,102-104). Entre eles, a história de necessitar de algum tipo de tratamento ou acompanhamento de saúde mental, em algum momento da vida, foi referida por 13% das adolescentes e com maior frequência no grupo tardio. Embora seja comum o cuidado de saúde mental no período da adolescência, o histórico psiquiátrico tem sido descrito como um fator adicional de vulnerabilidade para a ocorrência de violência sexual. Além disso, as vítimas com histórico psiquiátrico apresentam maior dificuldade de adaptação aos ambientes de cuidado (70).

Também o consumo de álcool e outras SPA têm sido descritos como fatores contribuintes para a ocorrência da violência sexual (45,59,62,93,102,105). Embora a taxa autorreferida de consumo de substâncias psicoativas ilícitas tenha sido inferior aos dados internacionais, que relataram 40-60% das vítimas de violência sexual tinham história de consumo de álcool e outras SPA (59,62), em torno de uma em cada sete adolescentes referiu estar sob efeito de bebidas alcoólicas no momento da agressão. Destas, o grupo tardio foi o que mais teve a contribuição do efeito do álcool com a menção de “apagamento” durante a agressão, e/ou não sabia descrever a agressão sofrida. Estes resultados reforçam a importância de medidas de prevenção ao uso de

SPA, particularmente de bebidas alcoólicas, que podem reduzir a percepção de risco frente a situações de agressão física e sexual.

De cada 10 adolescentes avaliadas, nove perceberam ter sofrido violência. Este resultado corrobora a vivência de violências de maior gravidade como a perpetração por agressores múltiplos e a agressão por relação anal, vivenciadas por uma de cada sete vítimas, além do fato de que 70% das adolescentes tiveram a primeira relação sexual no contexto da agressão. Essas características têm sido associadas a piores repercussões emocionais, o que pode dificultar o processo de recuperação das adolescentes (78). Outro fator negativo para a recuperação é a revitimização, neste estudo tivemos 17% das adolescentes com história pessoal de violência sexual anterior, com maior frequência no grupo tardio e ocorrida até os 10 anos de idade. Esse resultado foi similar aos descritos em estudos internacionais (58,68,81,106,107); e da mesma forma, o agressor da violência anterior foi pessoa conhecida e próxima da vítima como ou pai, padrasto e outros parentes (estes resultados não foram mostrados).

A demora em chegar ao serviço entre as adolescentes do grupo precoce foi o mais adverso fator para o cuidado, porque impediu que as profilaxias fossem utilizadas. A superação desta questão requer medidas informativas e qualificadas sobre prevenção e atenção à violência sexual voltada aos familiares, cuidadores e à sociedade. A alta vulnerabilidade deste grupo e a falta de preparo para contar sobre a violência devem ser temas discutidos em ambiente escolar em conjunto com os professores (108). As consequências negativas dessas vivências justificam a intensificação de medidas para introduzir a abordagem de temáticas sobre sexualidade humana nos ambientes escolares.

Durante o seguimento ambulatorial 90% das vítimas desenvolveram alguma reação física ou psicossocial após a agressão, pouco mais da metade das adolescentes apresentou alterações mentais e sentimentos associados à síndrome do “trauma do estupro” caracterizada por distúrbios de ansiedade, comportamentais, emocionais e interpessoais que aparecem imediatamente em resposta ao trauma e podem perdurar por vários anos (109,110). Algumas reações frequentes relacionadas ao evento são os sentimentos de culpa e vergonha. Ambos os grupos de adolescentes expressaram de forma similar estes sentimentos. Ao contrário do que possa parecer na percepção de alguns profissionais, especialmente os mais jovens, as adolescentes que mostram tranquilidade e minimizam a situação vivenciada durante o atendimento ou na recepção do serviço, durante o apoio de saúde mental expressam o severo sofrimento.

Os serviços de saúde costumam ser a primeira ajuda para as vítimas de violência, por isso, facilitar o acesso e estimular a atuação dos diferentes profissionais da saúde envolvidos na abordagem multidisciplinar são imprescindíveis no tratamento de recuperação (94,102,111,112), Por ser uma agressão que atinge a dignidade e corrompe os direitos das mulheres, além do tratamento médico para prevenir consequências físicas agudas, há necessidade de atenção para as consequências psicológicas em longo prazo (72,90). Em nosso serviço, a avaliação inicial realizada por psicólogos e psiquiatras com a proposição de seguimento individualizado é de vital importância para a recuperação mental e emocional dos pacientes. Estudo prospectivo, aqui realizado e já citado, utilizando escalas psiquiátricas aplicadas no primeiro e no sexto mês de

seguimento ambulatorial encontrou melhora das pacientes, visível na diminuição dos escores no momento da alta, mas que ainda restavam 20% de mulheres com necessidades de cuidado em saúde mental, posterior ao sexto mês de acompanhamento (74).

Observamos aumento no número de convocações pelo serviço social que, em conjunto aos do Conselho Tutelar, atuou no sentido de sensibilizar os responsáveis sobre a garantia do cuidado à saúde das adolescentes previsto em lei (42). Apesar da atuação de ambos, apenas metade das adolescentes completou o seguimento de seis meses. A ausência de reações sociais e de sintomatologia psíquica foram os fatores associados ao abandono do seguimento, o que nos pareceu um resultado positivo. Entretanto, deveremos ainda revisitar essa temática em novos estudos prospectivos.

Consideramos o tipo deste estudo como a sua principal limitação. Algumas informações não puderam ser conhecidas por falta de preenchimento durante os atendimentos. Além disso, testes de urina e sangue são necessários para corroborar o consumo de SPA (45,59), essa também foi uma das limitações deste estudo e que pode ter induzido ao viés nesses resultados. Essa será uma medida a ser implementada e é necessária para nortear novas medidas de atuação e prevenção, principalmente para a população adolescente.

Este documento sintetizou as características sociodemográficas, e outras específicas, relacionadas à violência sexual vivenciada por mulheres adolescentes. Os resultados mostraram deterioração de parâmetros socioeconômicos com reflexos na atenção prestada durante o último biênio, 2017-2018. Além disso, os aspectos estudados ajudaram a conhecer a

qualidade e a importância do tratamento oferecido em nosso serviço, bem como outras necessidades e desafios foram identificados.

Os setores da educação governamentais e todos nós, demais instituições públicas e sociedade em geral, temos o dever de prover cuidado e atenção às crianças e adolescentes. Não haverá justificativa para a falta de políticas públicas voltadas para a população que expressa o futuro do que se quiser nomear, nação, país, sociedade, ao final, será o futuro da espécie humana.

CONCLUSÕES

- Os resultados mostraram severidade da violência sexual sofrida pelas adolescentes em abusos agudos, com característica tanto doméstica quanto urbana. Houve demora em chegar à instituição e os piores resultados com relação aos cuidados de emergência ocorreram no primeiro e último biênios estudados, períodos de maior crise econômica nacional. Adolescentes vítimas de abusos crônicos deixaram de procurar nosso serviço de atenção.
- No grupo precoce a violência sexual teve característica doméstica causada por agressores conhecidos; esse grupo chegou mais tardiamente o serviço e, como consequência, a frequência da administração das profilaxias foi menor; tiveram maiores necessidades de medidas de amparo legal; expressaram altas taxas de sentimento de culpa, vergonha e percepção da violência sofrida, similares ao outro grupo. O grupo tardio apresentou mais características da violência sexual urbana; mais fatores contribuintes para a piora psíquica e maior indicação para tratamento medicamentoso. O impacto da violência sexual foi grande em ambos os grupos de idade. Adolescentes têm grande necessidade de medidas de prevenção à violência sexual, questão que pode ser debatida nos ambientes da educação, e de cuidados aos seus agravos dispensados por equipes multidisciplinares capacitadas nos serviços de saúde.
- Somente 52% das adolescentes concluíram o seguimento de seis meses, sem diferenças entre os grupos de idade; o abandono foi associado às

características de não apresentar reações psíquicas e não apresentar mudanças na esfera social, o que nos pareceu positivo.

REFERÊNCIAS

1. Puleo A. Filosofia y gênero. Asparkia: Investigacion Fem. 1996;6.
2. Andrade RP, Faúndes A, Oshikata CT, Colás OR. Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.
3. Organização das Nações Unidas. A Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres. Assembleia Geral das Nações Unidas. 1995.
4. Organização das Nações Unidas. Carta das Nações Unidas. São Francisco, Califórnia: Assembleia Geral das Nações Unidas. 1945.
5. Organização das Nações Unidas. Relatório da 1ª Conferência Mundial sobre Mulher “Igualdade, Desenvolvimento e Paz” México: Nações Unidas. 1975
6. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Nova York: Assembleia Geral das Nações Unidas. 1979.
7. Organização das Nações Unidas. Educação, Emprego e Saúde. Copenhague, Dinamarca: Nações Unidas. 1980
8. Organização de Nações Unidas. “Estratégias Orientadas ao Futuro, para o Desenvolvimento da Mulher até o Ano 2000. Nairobi, Kenia: III Conferência Mundial sobre a Mulher. Nações Unidas. 1985
9. Organização de Nações Unidas. Conferência Mundial de Direitos Humanos 1993. Viena: Declaração e Programa de Ação de Viena. 1993.

10. Organização dos Estados Americanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Belém do Pará, Brasil: Organização dos Estados Americanos. 1994.
11. Organização de Nações Unidas. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo, Egito: Organização de Nações Unidas; 1994.
12. Organização das Nações Unidas. Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz 1995. Beijing, China: Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres. 1995.
13. Relatório mundial sobre violência e saúde: resumo. Washington, D.C., Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2002.
14. Organização Mundial de Saúde. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. OMS. 2013.
15. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*.
16. Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. 2002;87–121.
17. Guedes A, Bott S, Garcia-Moreno C, Colombini M. Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. *Glob Health Action*. 2016;9:31516.

18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Special issues in women's health. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists. 2005.
19. Decker MR, Peitzmeier S, Olumide A, Acharya R, Ojengbede O, Covarrubias L, et al. Prevalence and Health Impact of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence Among Female Adolescents Aged 15-19 Years in Vulnerable Urban Environments: A Multi-Country Study. *J Adolesc Health*. 2014;55(6 Suppl):S58-67.
20. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:33.
21. Lutgendorf MA. Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstet Gynecol*. 2019;134(3):470-480.
22. Campbell JC, Anderson JC, McFadgion A, Gill J, Zink E, Patch M, et al. The Effects of Intimate Partner Violence and Probable Traumatic Brain Injury on Central Nervous System Symptoms. *J Womens Health*. 2018;27(6):761-767.
23. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):158-70.
24. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Petrova D. Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: a meta-analysis with socioeconomic context indicators. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(2):123-133.e5.

25. Mota RS, Gomes NP, Estrela FM, Silva MA, Santana JD, Campos LM et al. Prevalência e fatores associados à vivência de violência intrafamiliar por adolescentes escolares. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(3):1022-1029.
26. Facuri CO, Fernandes AM, Azevedo RC. Psychiatric evaluation of women who were assisted at a university referral center in Campinas, Brazil, following an experience of sexual violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;127(1):60-5.
27. Lei Nº 12.015, De 7 De Agosto De 2009. Brasil. Código penal Título VI, Capítulo I, Art. 213: Estupro. 2009.
28. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
29. Deslandes S, Mendes CHF, Lima JS, Campos DS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(8):1633-1645.
30. Villela WV, Lago Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(2):471-475
31. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(2):465-469.

32. Rosa JPF, Oliveira MM, Oliveira MM Fo, Fernandes CE, Oliveira E. Violência sexual na região do ABC Paulista: retrato de 142 casos. *ABCS Health Sci.* 2018;43(1):41-6.
33. Camargo TMCR. Narrativas pró-direito ao aborto no Brasil, 1976 a 2016. *Cad. Saúde Pública.* 2020;36(Suppl 1):e00189018.
34. Soares Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(Suppl 2):S399-S406.
35. Bedone A, Faúndes A, Bastos AF, Pedro Neto AH, Santos CA, Costa CFF et al. I Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei - Relatório Final. *FEMINA*, 25(1):69-78, 1997.
36. Faúndes A. XVIII Fórum Inter profissional Sobre Violência Sexual Contra A Mulher e Aborto Previsto em Lei. São Paulo, Brasil. 2018
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.282 de 27 De Agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União.* Edição número 166. 2020.
39. Brasil. Presidência da República. Casa Civil – Subchefia Para Assuntos Jurídicos. Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra

- a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Casa Civil. Presidência da República. 2003.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 78, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da União. Edição nº 12. 2021.
41. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. Edição nº 168. 2011.
42. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 16 ago. Diário Oficial da União 1990. (Retificação).
43. Lei Maria da Penha E Legislação Correlata. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos

- Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Secretaria Geral. Presidência da República. 2006.
44. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute Sexual Assault in the Pediatric and Adolescent Population. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29.
 45. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM; COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20164243.
 46. Lehtimäki S, Schwalbe N. Adolescent Health: the Missing Population in Universal Health Coverage. World Health Organization. 2019;32 p
 47. WHO. The second decade: improving adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2001.
 48. United Nations General Assembly. Convention on the rights of the child, Treaty Series, 1577:3. New York, United Nations. 1989.
 49. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-228.
 50. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012;379(9826):1630-40.
 51. Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:449-61.

52. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci.* 1999;2(10):861-3.
53. Goddings AL, Mills KL, Clasen LS, Giedd JN, Viner RM, Blakemore SJ. The influence of puberty on subcortical brain development. *Neuroimage.* 2014;88:242-51.
54. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2004;101(21):8174-9.
55. Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev.* 2008;28(1):62-77.
56. World Health Organization. Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines. Geneva: World Health Organization. 2017
57. DeCou CR, Skewes MC. Alcohol Consumption, History of Sexual Assault in Adolescence, and Revictimization in a Sample of University Students in the Western United States. *J Interpers Violence.* 2017;886260517727492.
58. Smith, SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow M, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2018.
59. Larsen M-L, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG* 2015;122:577–584.

60. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. *New England Journal of Medicine*. 2019; 380:850-7.
61. Scoglio AAJ, Kraus SW, Saczynski J, Jooma S, Molnar BE. Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019.
62. Hagemann CT, Helland A, Spigset O, Espnes KA, Ormstad K, Schei B. Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center--associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(6):777-84.
63. Kaufman M; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics*. 2008;122(2):462-70.
64. CONDEGE. Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais. Comissão Especial de Proteção e Defesa dos Direitos da Mulher. Nota Técnica. 2020.
65. Pereira VOM, Pinto IV, Mascarenhas MDM, Shimizu HE, Ramalho WM, Fagg CW. Violence against adolescents: analysis of health sector notifications, Brazil, 2011-2017. *Rev. bras. epidemiol*. 2020;23(Suppl 1):e200004.SUPL.
66. Delzियो CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EB. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017;33.

67. Sena CA, Silva MA, Falbo GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013. *Ciênc. saúde coletiva* 2018;23:1591-1599.
68. Nunes MC, Lima R, Moraes N. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2017;37:956-969.
69. Cerqueira D, Coelho D, Ferreira H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Revista Brasileira de Segurança Pública*. 2017;11. 24-49.
70. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):159-170.
71. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37(9):664-74..
72. Essabar L, Khalqallah A, Dakhama BS. Child sexual abuse: report of 311 cases with review of literature. *Pan Afr Med J*. 2015;20:47.
73. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011;16(2):79-101.
74. Machado CL, de Azevedo RC, Facuri CO, Vieira MJ, Fernandes AM. Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):58-62.

75. Garcia MT, Figueiredo RM, Moretti ML, Resende MR, Bedoni AJ, Papaiordanou PM. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sex Transm Dis*. 2005;32(4):214-219
76. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais 2017. Brasília – DF: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais Brasília – DF. 2017
77. UNICEF. The state of the world's children 2011. Adolescence: An age of opportunity. Available at: https://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf Accessed December 28, 2020.
78. UNICEF. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children. New York: United Nations Children's Fund. 2014.
79. Taddeo D, Egedy M, Frappier JY. Adherence to treatment in adolescents. *Paediatr Child Health*. 2008;13(1):19-24.
80. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet*. 2014;383(9929):1648-1654.
81. Hellmann DF, Kinninger MW, Kliem S. Sexual Violence against Women in Germany: Prevalence and Risk Markers. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1613.
82. Mathur S, Okal J, Musheke M, Pilgrim N, Kishor Patel S, Bhattacharya R, et al. High rates of sexual violence by both intimate and non-intimate partners experienced by adolescent girls and young women in Kenya and

- Zambia: Findings around violence and other negative health outcomes. PLoS One. 2018;13(9):e0203929
83. Blake MDT, Drezett J, Vertamatti MA, et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. BMC Women's Health 2014;14,15
 84. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. IPEA. Brasília; 2014;11
 85. Ke X, Liu J. Intellectual disability. In: Rey JM ed. IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012. Available at: <https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Intellectual-Disability.pdf> Accessed November 30, 2020.
 86. Duru CO, Ederiane OE. Child sexual abuse: A review of cases presenting at the out patient clinic of a tertiary health centre in Bayelsa State, Nigeria. Glo Adv Res J Med Med Sci. 2014; 3:354–361.
 87. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. J Adolesc Health. 2014;55(3):329-33.
 88. Ohayi RS, Ezugwu EC, Chigbu CO, Arinze-Onyia SU, Iyoke CA. Prevalence and pattern of rape among girls and women attending Enugu State University Teaching Hospital, southeast Nigeria. Int J Gynaecol Obstet. 2015;130(1):10-3.
 89. Souto RMCV, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CCF, Barufaldi LA, Freitas MG, et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil:

- características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(9):2909-2918.
90. Yüce M, Karabekiroğlu K, Yildirim Z, Şahin S, Sapmaz D, Babadağı Z, et al. The Psychiatric Consequences of Child and Adolescent Sexual Abuse. *Noro Psikiyatrs Ars*. 2015;52(4):393-399.
91. Justino LCL, Nunes CB, Gerk MAS, Fonseca SSO, Ribeiro AA, Paranhos FAC. Sexual violence against adolescents in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015;36:239-246
92. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29:889-898
93. Campbell JC, Sabri B, Budhathoki C, Kaufman MR, Alhusen J, Decker MR. Unwanted Sexual Acts Among University Students: Correlates of Victimization and Perpetration. *J Interpers Violence*. 2017:886260517734221.
94. Northridge JL. Sexual Violence in Adolescents. *Pediatric Annals*. 2019;48(2):e58-e63.
95. Gravelin CR, Biernat M, Bucher CE. Blaming the Victim of Acquaintance Rape: Individual, Situational, and Sociocultural Factors. *Front Psychol*. 2019 Jan 21;9:2422.
96. Hanson RF, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG, et al. Factors related to the reporting of childhood rape. *Child Abuse Negl*. 1999;23:559-69.

97. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, et al. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl.* 2000;24:273-87.
98. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DP, et al. Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2003;27:525-40.
99. Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG. Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child Abuse Negl.* 2011;35:343-52.
100. Jayapalan A, Wong LP, Aghamohammadi N. A qualitative study to explore understanding and perception of sexual abuse among undergraduate students of different ethnicities. *Women's Studies International Forum.* 2018;69:26-32.
101. Pereda N, Abad J, Guilera G. Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents. *J Child Sex Abus.* 2016;25(2):142-58.
102. Basile KC, Clayton HB, Rostad WL, Leemis RW. Sexual Violence Victimization of Youth and Health Risk Behaviors. *Am J Prev Med.* 2020;58(4):570-579.
103. Delziovo CR, Coelho EBS, d'Orsi E, Lindner SR. Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina - Brazil. *Cien Saude Colet.* 2018;23(5):1687-1696.
104. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monteiro RA. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola Brasil, 2010-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2018;27(2):e2017059.

105. Draucker CB, Mazurczyk J. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nurs Outlook*. 2013;61(5):291-310.
106. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(1):67-80.
107. Castro Á, Ibáñez J, Maté B, Esteban J, Barrada JR. Childhood Sexual Abuse, Sexual Behavior, and Revictimization in Adolescence and Youth: A Mini Review. *Front Psychol*. 2019;10:2018.
108. Sika-Bright, S.; Nnorom, C.C. The perception of children on child sexual abuse: The case of children in some selected schools in the Cape Coast Metropolis, Ghana. *Adv. Appl. Soc.* 2013, 3, 246.
109. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl.* 2013;37:664-74. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
110. Khadr S, Clarke V, Wellings K, Villalta L, Goddard A, Welch J, Bewley S, Kramer T, Viner R. Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(9):654-665.
111. Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):141-9.
112. Eogan M, McHugh A, Holohan M. The role of the sexual assault centre. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):47-58.

ANEXOS

- Anexo 1: Ficha de Levantamento de contexto de VS
- Anexo 2: Ficha de Levantamento de contexto de VS
- Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética Aprovado

Anexo 1 - Ficha de Levantamento de contexto de VS

Nome: _____ Idade: _____

HC: _____ Data VS: __/__/__ Hora: _____

Data atend emerg: __/__/__ Hora: _____

Intimidação: Ameaça verbal () Ameaça física () Arma de fogo () Arma
Branca () Outro: _____

1- Indicação TARV:

Sim () Não (), se não

porque: _____

Esquema: () 1. Biovir+Kaletra () 2. tenofovir/lamivudina/dolutegravir

Usou 28 dias: Sim () Não () Se não,

porque: _____

Esquema vacinal completo para Hepatite B: Sim () Não () SEM DADOS ()

2- Percepção da VS:

Refere VS: Sim () Não () Não sei () Não tenho certeza () SEM
DADOS ()

Refere "Apagamento" da VS: Sim () Não () Por quanto
tempo: _____ Não sei ()

Tem lembranças da VS: Sim () Não () Não tenho certeza () Tenho
"flashes" do ocorrido ()

Usou bebida alcoólica antes da VS: Sim () Qual _____

Quanto _____; Não ()

Não sabe ()

Notou gosto estranho na bebida? Sim() Não() Não sei() Não tenho
certeza() SEM DADOS()

Usou droga antes da VS: Sim () Qual _____ Quanto _____ Não ()

Não sabe ()

Estava intoxicada no momento: Sim () Não () Não tenho certeza ()

3- Antecedentes pessoais e familiares:

Havia tido relação sexual até o evento: Sim () Não () Outro () _____
SEM DADOS ()

Tem antecedentes pessoais de violência sexual: Sim () Não () com que idade? _____ SEM DADOS ()

Tem antecedentes familiares de violência sexual: Sim () Não () grau de parentesco _____ SEM DADOS ()

Tem antecedentes pessoais de transtorno mental: Sim () Não () Qual? _____ com que idade? _____ anos SEM DADOS ()

Tem antecedentes familiares de transtorno mental: Sim () Não () Qual? _____ SEM DADOS ()

4- Exposição ao evento onde ocorreu a agressão:

Conhecia o agressor: Sim () Não () Se sim: Pessoalmente () Via internet ()
Qual: () whats () facebook () instagr () snapchat () twitter () site/app
relacionamento () tinder () outro

Na ocasião do ocorrido estava acompanhada por amigos(as)? Sim () Não ()
SEM DADOS ()

Mudanças físicas: sim () não() alteração de sono() alterações de apetite ()
alterações gastrointestinais () alterações geniturinários () alterações na
disposição física() outro () SEM DADOS ()

Mudanças psíquicas: sim () não() sintomas ansiosos() sintomas
depressivos() ideação suicida() planejamento suicida () TS() medo de
IST() medo de gestação() flash back() medo de repetição do evento()
outro () SEM DADOS ()

Mudanças sociais: sim () não() sentimento de vergonha() sentimento de
culpa() medo de rejeição () mudanças na rotina() isolamento() evitação
social () mudança de endereço() outro () SEM DADOS ()

Mudanças legais: sim () não() busca de ajuda() necessidade de proteção() trâmites legais() alterações geniturinários () alterações na disposição física() outro () SEM DADOS ()

Contou a alguém: sim () não() cônjuge() parceiro(a)() mãe() pai() irmãos() amigos() polícia() outros() SEM DADOS ()

4- Atendimento no serviço

Diagnóstico psiquiátrico_____

Número de atendimentos

psiquiátricos_____

5- Dados

complementares:_____

Anexo 2 - Ficha de Levantamento de contexto de VS

Nome: _____ Idade: _____
 HC: _____ Data VS: __/__/__ Hora: _____
 _____ Data atend emerg: __/__/__ Hora: _____

2- Percepção da VS:

VS: Sim () Não ()

Refere VS: Sim () Não () Não sei () Não tenho certeza () SEM
 DADOS ()

Tipo de Abuso Sexual: Vaginal: Sim () Não (); Oral: Sim () Não (); Coito Anal:
 Sim () Não ()

Psicologia:

Antecedente Viol. anterior: Sexual (), se sim: () conhecido, quem
 _____ () desconhecido;

Outra violência _____ se sim: () conhecido, quem _____ ()
 desconhecido

Sentimentos em relação à VS atual: Culpa Sim () Não () SEM DADOS ();

Humor deprimido: Sim () Não () SEM DADOS ();

Raiva: Sim () Não () SEM DADOS ();

Choro: Sim () Não () SEM DADOS ();

Vergonha: Sim () Não () SEM DADOS ();

Negação: Sim () Não () SEM DADOS ();

Julgamento: Sim () Não () SEM DADOS ()

Contou a alguém a VS atual: Sim (), a quem? _____ Não contou ()
 SEM DADOS () Quanto tempo após? _____ (dias)

Procurou ajuda? : Sim (), de quem? _____ Não procurou ()
 SEM DADOS () Quanto tempo após? _____ (dias)

Recebeu apoio familiar? Sim (), de quem?_____ Não recebeu()
SEM DADOS ()

Apoio da escola? Sim (), de quem?_____ Não recebeu() SEM
DADOS ()

Apoio no trabalho? Sim (), de quem?_____ Não recebeu()
SEM DADOS ()

Nenhum apoio ()

Foi medicada psicotrópicos no seguimento? Sim () Não () SEM DADOS (),
Se sim, quais?_____

Utilizou esses medicamentos? Sim () Não () SEM DADOS ()

Serviço Social

Mudanças ocorridas após o evento da VS: () de casa; () de escola; () de
trabalho; do bairro (); de cidade (); de Estado; de atividades de rotina ()
Quais:_____

Houve abrigamento? Sim () Não () SEM DADOS ()

Houve mudança da guarda? Sim () Não () SEM DADOS ()

Conselho Tutelar notificado? Sim () Não () SEM DADOS ()

Convocações SS p/ completar o retorno de 6 meses? Sim () Não ()

SEM DADOS ()

Conselho Tutelar atuou para os retornos? Sim () Não () SEM DADOS ()

Concluiu o acompanhamento 6 meses? Sim () Não () SEM DADOS ()

Foi encaminhada a outro serviço na alta? Sim () Não () SEM DADOS ()

Realizou BO? Sim () Não () SEM DADOS ()

Solicitadas medidas de Amparo legal:

Ministério Público: Sim () Não () SEM DADOS ()

Juizado/Vara Infância: Sim () Não () SEM DADOS ()

Delegacia da Mulher: Sim () Não () SEM DADOS ()

Defensoria Publica: Sim () Não () SEM DADOS ()

Conselho Tutelar: Sim () Não () SEM DADOS ()

Encaminhamento na alta: P/serviço de saúde: Sim () Não () SEM DADOS()

Assistência Social : Sim () Não () SEM DADOS ()

Assistência Jurídica (defensoria/OAB, Vara): Sim () Não () SEM DADOS ()

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no Caism/Unicamp no período de 2011-2018: coorte retrospectivo

Pesquisador: Alejandra Becerra

Área Temática: Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):
(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 2

CAAE: 20479819.4.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.628.472

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

(ENTRE ASPAS TRANSCRIÇÃO LITERAL DO TEXTO INFORMADO PELO PESQUISADOR)

"Introdução:

A violência contra as mulheres existe ao longo da história. Grandes filósofos que fizeram contribuições valiosas para a humanidade, como Confúcio (século V A.C) e Platão (428-347 A.C.), também expressaram ideias preconceituosas em relação ao papel da mulher na vida em sociedade, qualificando-as como seres inferiores cujo dever seria obedecer e servir ao homem (1). Infelizmente, em pleno século XXI este conceito ainda persiste na medida em que os direitos à dignidade e à igualdade permanecem sendo violados durante todo o ciclo de vida das mulheres. A violência contra a mulher é definida como um problema de saúde global pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o que determina a criação e implementação de medidas legais e de saúde pública por parte dos Estados, para evitar as consequências agudas e de longo prazo. (1)O tema da

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 3.628.472

violência tem sido aspecto importante de discussão em toda reunião internacional realizada por membros de organizações que asseguram a paz, a segurança e o cumprimento dos direitos humanos. A Organização das Nações Unidas (ONU) tem trabalhado para a erradicação da violência através da promoção da igualdade e respeito sem distinção aos direitos humanos de homens e mulheres. Os documentos Carta das Nações Unidas (1945) e Carta dos Direitos Humanos (1948) (2), foram os primeiros marcos históricos assinados em conferências. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, 1979), aprovada durante a Assembleia Geral da ONU, foi importante para direcionar o foco para a igualdade de direitos reivindicada pelas mulheres. Nessa Convenção, foram criados órgãos para supervisionar a implementação do termo acordado pelos Estados membros, com a função de analisar o cumprimento de direitos das mulheres em cada país, além de estudar e analisar a situação local, fornecendo sugestões e ações correspondentes para o cumprimento do tratado pelos governos. (3) Em Viena (1993), o tema dos direitos e dignidade das mulheres e o compromisso e as obrigações por parte dos Estados voltaram a ser discutidos, agora no formato de um tratado internacional, e a igualdade proposta atingindo todos os aspectos da vida das mulheres. (4) Em 1994, a Conferência Internacional da ONU realizada em Belém do Pará propôs o desenvolvimento de mecanismos de proteção e defesa dos direitos das mulheres, tanto na esfera pública como privada, incluindo normas civis e criminais para o caso de violação desses direitos. (5) Na Conferência Internacional do Cairo (1994), foi referendado o novo conceito de "Saúde Sexual e Reprodutiva" em lugar do anterior "Saúde Materno-Infantil", e definido como "um estado de completo desenvolvimento físico, mental e de bem-estar social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos". Nesse contexto, o foco deve estar na qualidade de vida dos indivíduos dentro dos direitos humanos, levando em conta a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e livre de riscos. (6) A IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing (1995) constituiu-se em um marco histórico por buscar realizar ações efetivas para avançar nas políticas públicas em relação à violação dos direitos das mulheres e no conceito de "igualdade de gênero", reconhecendo que apenas nessa perspectiva poderiam ser geradas as mudanças necessárias para o cumprimento aos direitos humanos das mulheres. (7) O Brasil foi signatário de todos os documentos internacionais acima descritos e vem construindo, nas últimas décadas, um arcabouço legal para suportar o caminho das mulheres na conquista de seus direitos. (8) Na esfera da saúde, a Assembleia Internacional da OMS (1996), criou um relatório global para a tomada de decisões de intervenção contra a violência, com informações sobre o tipo de violência, categorizando indivíduos ou grupos afetados. Para explicar as causas da violência e quais são as ações

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

preventivas necessárias por parte do governo e da sociedade, a categorização foi realizada por meio de um modelo ecológico, no qual foram estudados os diferentes aspectos biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos. (9) As diferentes formas, como a violência autodirigida, a interpessoal e a coletiva foram categorizadas. O primeiro grupo foi associado a suicídios e automutilação; o segundo, composto pelo abuso intrafamiliar em suas duas formas, o abuso contra crianças/adolescentes e por parceiro íntimo, e também a violência comunitária definida como aquela perpetrada por agressores conhecidos ou não, com e sem laços de parentesco. O último grupo incluiu os atos de violência cometidos por grupos terroristas ou grupos organizados. (9) Atualmente, a OMS define violência sexual como "qualquer ato sexual ou a tentativa de consumir um ato sexual, ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa através sob coerção, independentemente da relação do agressor com a vítima, em qualquer espaço, público ou privado". (10) Em 1993, a ONU incorporou a preocupação com a violação aos direitos humanos e definiu a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorram na vida pública ou privada". (11) No Brasil, a legislação atual (Lei No. 12.015, Art. 213, 2009) definiu como estupro o ato de "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso". A violência sexual, definida na mesma lei (Art. 215) é definida como o ato de "conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima". (12) Com relação a estimativas de prevalência da violência, especificamente contra mulheres, a OMS calcula que uma em cada três mulheres no mundo, ou seja 30% delas, sofrem violência física e/ou sexual durante a vida, causada por um parceiro íntimo ou violência sexual por um não parceiro (13); 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos pelo parceiro masculino e cerca de 11% das agressões de violência sexual são causadas por outros que não o parceiro (13). Mais recentemente, a ONU (2015) lançou um programa de erradicação da violência contra as mulheres como uma das metas do "Desenvolvimento Sustentável para 2030". (14) A maior parte dos estudos nacionais e internacionais sobre violência contra as mulheres tem sido dedicada à violência nas relações conjugais adultas, cujo agressor é o parceiro íntimo. Por outro lado, tem sido descrito um aumento na prevalência de violência sexual contra pessoas em idade precoce (15); é importante ressaltar que adolescentes podem vivenciar abuso sexual desde a infância e que existem diferenças em relação às características da violência sexual na vida adulta. (16) A OMS define adolescência como o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a idade

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 3.628.472

da infância e antes da idade adulta, e coloca como limites cronológicos as idades de 10 a 19 anos (17,18). A identificação de fatores de risco, nessa situação, pode facilitar intervenções preventivas e pode evitar graves consequências às vítimas em longo prazo (15) A violência sexual contra crianças e adolescentes é considerada como a "exposição à experiência sexual imprópria para o nível de desenvolvimento físico e emocional da criança, cujo ato é coercitivo por natureza e iniciado para a gratificação sexual de um adulto", e também como "qualquer contato que ocorra sem o consentimento da vítima". (19) O conceito de violência também abrange as situações em que a vítima não tem a capacidade de dar o consentimento ou não consegue entender as consequências desse ato devido à sua idade (14 anos) ou a qualquer outro fator, como deficiência física ou mental. Além disso, inclui qualquer contato sexual, com ou sem penetração, com exploração ou não da área ano genital; e os meios de intimidação utilizados são a força física, a violência psicológica até a coerção por deficiência mental, ou secundária ao uso de álcool ou drogas. (16) Embora seja descrita como impetrada contra crianças e adolescentes de ambos os sexos, o maior número de vítimas nessas faixas de idade são gênero feminino. (16) De acordo com uma revisão da Divisão de Ginecologia Pediátrica e Adolescente, do Washington Medstar Hospital Center, 1/5 mulheres adolescentes são vítimas de agressão sexual; 50% das vítimas são menores de 18 anos e 16% têm idade menor de 12 anos (13) (15). Revisão publicada pela American Academy of Pediatrics (AAP) descreveu que adolescentes e adultos jovens têm as maiores taxas de abuso sexual quando comparado a qualquer outra faixa etária. (16) Outro estudo realizado na Dinamarca descreveu que no período de 2000-2010, 2500 mulheres de 12 a 93 anos sofreram violência sexual em Copenhague, e que 69% das vítimas eram adolescentes e/ou adultos jovens, com idade de 12 a 24 anos. (19) Dados do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) norte americano sobre violência, com 5.758 mulheres, mostraram que 81,3% das vítimas femininas de estupro ou tentativa de estupro experimentaram a primeira agressão antes dos 25 anos, 43% relataram que o primeiro episódio ocorreu antes dos 18 anos, 30,5% foram agredidas sexualmente com idade de 11-17 anos, e 12,7% antes de 10 anos. (20) Os estudos têm mostrado que a violência sofrida na infância ou na adolescência pode aumentar a vulnerabilidade do indivíduo para novos abusos e/ou aumentar a probabilidade do mesmo converter-se em um perpetrador de violência (10,16,21). Por outro lado, existem vários estudos sobre fatores que contribuem para o ciclo da violência e, especificamente em adolescentes os mais citados são o uso de drogas lícitas ou não. Larsen e Hilden, em estudo descritivo com 2.500 mulheres com idade de 12-93 anos, relataram que 41% das vítimas haviam consumido grande quantidade de álcool (5 unidades), foram mais suscetíveis à violência sexual por estranhos e apresentaram maior frequência de lesões físicas

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

quando comparadas às mulheres que não haviam consumido álcool. (19) Um estudo descritivo retrospectivo avaliou mulheres adolescentes com idade 12 anos que consultaram o Centro de Violência Sexual em Hospital Universitário em Noruega, no qual foram realizadas análises rotineiras de sangue e urina para detectar etanol, e/ou algum outro tipo de droga (22). Os resultados mostraram que entre os 264 pacientes, 59% foram detectados com etanol e/ou outras drogas, o etanol foi detectado como a droga mais prevalente encontrada em amostras de laboratório (40%) e 14% detectaram outros fármacos; em 5 pacientes os sedativos, como os benzodiazepínicos, foram detectados, mostrando que o uso de drogas poderia ser uma causa potencial do episódio de violência e do aumento do risco de vulnerabilidade à vida. (22) Outro importante fator de risco citado é a história ou antecedente de violência intrafamiliar ou abuso sexual na infância, pois se constitui em um importante marcador de risco para a revitimização na vida adulta. (10), Em um estudo com 201 estudantes universitários norte-americanos, 50% relataram abuso sexual durante a adolescência, sendo que a maior prevalência foi descrita pela população feminina ($n = 76$, 61%) e 33% por homens. (23) Em revisão sistemática que buscou determinar quais os fatores de risco para o abuso sexual, verificou-se que alguns preditores de revitimização estavam associados à violência a qual a vítima havia sido exposta na infância, como o abuso físico, rejeição na infância, violência doméstica e uso de drogas pelos pais; os resultados mostraram como o ambiente familiar violento se torna um marcador de risco para a ocorrência da violência sexual na adolescência e na vida adulta. (24) Os estudos sobre a violência sexual em mulheres adolescentes são escassos na literatura nacional e internacional. A violência sexual vivida em idade precoce é um crime grave contra os direitos de crianças e adolescentes, podendo causar danos psicológicos e sociais que poderão afetar o desenvolvimento do potencial humano de cada um deles. Conhecer as características da violência sexual sofrida por adolescentes que buscaram o serviço de emergência do CAISM/UNICAMP, a completude das medidas profiláticas dispensadas pelo serviço, segundo a normatização do Ministério da Saúde (25,26) e as necessidades sentidas pela equipe multiprofissional para o seguimento nos seis meses posteriores ao primeiro atendimento. Identificar as particularidades deste atendimento e das dificuldades para prestá-lo, poderá ajudar a criar medidas para a melhoria da qualidade da atenção.

Hipótese:

- O grupo de adolescentes com idade menor de 14 anos apresentará maior percepção da violência sofrida e a tipologia da violência será diferente quando comparado ao grupo de adolescentes de maior idade.
- Adolescentes 15 anos retornam ao ambiente de trabalho e escola rapidamente e com menos

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

conflitos pós-traumáticos, ao contrário do grupo de adolescentes 14 anos.

•Adolescentes 14 anos não denunciam o episódio de violência sexual sofrida devido à falta de apoio pela família ou amigos ao contrário do grupo 15 anos.

Metodologia Proposta:

Desenho do estudo: Será um estudo de coorte retrospectivo com levantamento do banco de dados coletados durante o período de 01 janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2018 no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas (CAISM/Unicamp). O estudo avaliará o atendimento de emergência realizado a adolescentes vítimas de violência sexual e que realizaram ou não seguimento ambulatorial posterior. Em geral, as perguntas sobre a violência durante o atendimento de emergência são respondidas pela própria adolescente, acompanhada ou não por adultos. Nas fichas de atendimento existe um campo para preenchimento de existência de violência sexual ou não. Nos casos de discrepância de informações coletadas no banco de dados, o prontuário físico/digital será consultado para correções. Estimamos avaliar em torno de 500-600 mulheres adolescentes atendidas na emergência do CAISM/Unicamp no período de 2011-2018, das quais já temos um banco parcial, e aquelas atendidas no ano de 2018, estimado em torno de 80 mulheres que deverão ter os dados acessados através da informática.

Variáveis: Para este estudo será definido "Violência sexual" como aquela experiência vivida que foi identificada como tal e referida pela própria adolescente, e/ou por acompanhantes, durante o atendimento de emergência no Caism/Unicamp. **Variáveis Independentes:** •Idade: Será categorizada em: 14 anos e 15-19 anos. •Seguimento; **Variáveis Dependentes:** • Ano do atendimento, Hora de Agressão, Local da abordagem, Agressores Múltiplos, Agressor Conhecido. **Profilaxia de violência sexual:** Tempo para a profilaxia, Contracepção Emergência, Profilaxia Doenças de Transmissão Sexual bacterianas, Profilaxia HIV, Profilaxia Hepatite B. **Percepção da Violência Sexual:** Tipo de Abuso, Forma de intimidação, Apagamento do episódio da Violência Sexual, Uso de Bebidas Alcoólicas antes da VS, Uso de Drogas antes da VS. **Psicologia:** Data de Atendimento em Emergência, Antecedentes de Violência Anterior, Sentimento de culpa em relação a VS atual, Contou a alguém

trabalho, nenhum apoio, Uso de Medicamentos Psicotrópicos no seguimento. **Serviço Social:** Avaliação em Emergência, Data de Atendimento, Mudanças ocorridas após o evento da VS, Houve Abrigamento: Categorizado em sim ou não, anotada em prontuário clínico, Houve Mudança da guarda, Notificação a Conselho Tutelar, Conselho Tutelar atuou para os retornos, Convocações pelo Serviço Social para complementar o retorno de 6 meses, Concluiu o acompanhamento, encaminhada a outro serviço na alta, Realizou Boletim de Ocorrência e medidas de Amparo Legal.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

Variáveis de controle: Etnia, Estado Civil, Religião, Anos de Escolaridade, Profissão ou Ocupação. Seleção dos sujeitos: Os sujeitos serão as adolescentes que compareceram para atendimento de emergência por violência sexual (CID Y-05) no período estudado e cujos dados foram anotados em prontuário digital. Utilizaremos o banco de dados coletados durante o atendimento e fornecido pelo Serviço de Informática (Anexo 1). Ainda, serão revistos os prontuários médicos sempre que houver necessidade de informações complementares (Anexo 2). Serão levantadas as informações referentes ao primeiro atendimento, realizado na emergência (nominado como D0), e do seguimento ambulatorial (nominado de D7-21; D45; D90; D180 dias e D220). Essa denominação refere-se ao tempo em dias após o primeiro atendimento realizado. As variáveis que restam ser coletadas correspondem aos atendimentos em Psicologia, Serviço Social, Informações sobre medidas de Amparo legal e Alta Médica que constam no Anexo 2. Faremos o levantamento desses dados a partir da aprovação deste projeto, partindo do prontuário digital e revisando os prontuários físicos caso seja necessário a complementação dos dados.

Critério de Inclusão:

- Todas as mulheres com idade de até 19 anos que realizaram o atendimento de emergência no Caism/Unicamp no período de 2011-2018 e tiveram o atendimento registrado no prontuário online.

Critério de Exclusão:

- Atendimentos realizados em prontuário físico com anotação manual somente.
- Prontuários clínicos com dados incompletos

Bibliografia:

- 1. Andrade RP, Faúndes A, Oshikata CT, Colás OR. Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.
- 2. Organização de Nações Unidas. Charter of the United Nations 1945. San Francisco, California: United Nations General Assembly; 1945.
- 3. Organização de Nações Unidas. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women 1979. New York City: United Nations General Assembly; 1979.
- 4. Organização de Nações Unidas. World Conference on Human Rights 1993. Viena: Vienna Declaration and Programme of Action; 1993.
- 5. Organización De Los Estados Americanos. Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer 1994. Belem do Pará, Brazil: Organización De Los Estados Americanos; 1994.
- 6. Organização de Nações Unidas. International Conference on Population and Development 1994. Cairo, Egipto: Organização de Nações Unidas; 1994.
- 7. Organização de Nações Unidas. Action for Equality, Development and

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

Peace 1995. Beijing, China: Fourth World Conference on Women; 1995. 8. Lei Maria da Penha E Legislação Correlata. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. 9. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002. 10. Organização Mundial de Saúde. Violência Contra a Mulher. Notas Descritivas de OMS 2017. Organização Mundial de Saúde; 2017 [Disponível: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>]. 11. Organização de Nações Unidas. The Declaration on the Elimination of Violence Against Women 1995. United Nations General Assembly; 1995. 12. Lei Nº 12.015, De 7 De Agosto De 2009. Brasil. Código penal Título VI, Capítulo I, Art. 213: Estupro. 13. Organização Mundial de Saúde. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence OMS; 2013. Reporte No: 978 92 4 156462 5 14. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis A, Mendoza J. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. Revista Panamericana de Salud Publica. 2019;6. 15. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute Sexual Assault in the Pediatric and Adolescent Population. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29. 16. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM, NEGLECT COCAA, ADOLESCENCE CO. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. American Academy of Pediatrics. 2017;139 (No. 3). 17. WHO, World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986. 18. Tanner JM. Growth at Adolescence. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962. 19. Larsen M-L, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. BJOG 2015;122:577–584. 20. Smith, S.G., Zhang, X., Basile, K.C., Merrick, M.T., Wang, J., Kresnow, M., Chen, J. (2018). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 21. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. New England Journal of Medicine. 2019; 380:850-7. 22. C.T. Hagemann et al. Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center – Associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. Journal of Forensic and Legal Medicine 20. 2013; 777e784. 23. DeCou, C. R., & Skewes, M. C. Alcohol Consumption, History of Sexual Assault in Adolescence, and Revictimization in a Sample of University Students in the Western United States. Journal of Interpersonal Violence. 2017; 1-16. 24. Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. Trauma, Violence, & Abuse; 2019. 25. Ministério da Saúde. Prevenção e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Secretaria de Atenção à Saúde 2012. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 26. Ministério da Saúde. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais 2017. Brasília – DF: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais Brasília – DF; 2017

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário:

Avaliar as características da violência vivida por mulheres adolescentes que buscaram o serviço de atendimento de emergência a mulheres vítimas de violência sexual e que realizaram ou não seguimento posterior.

Objetivo Secundário:

•Avaliar a tipologia da violência sexual nos grupos de adolescentes com idade 14 anos e 15-19 anos;•Avaliar o acompanhamento dos dois grupos com relação a ter completado seguimento de seis meses com alta ou a ter abandonado antes desse período;•Avaliar o acompanhamento dos dois grupos com relação aos cuidados médicos e aos serviços de apoio psicossocial e sua completude;•Avaliar a situação de escola e de trabalho antes e após a violência sexual sofrida;•Avaliar a prevalência de adolescentes que denunciam/contam sobre a violência e o apoio recebido.•Identificar as variáveis associadas aos diferentes grupos de idade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo informações do pesquisador “Não há riscos previsíveis” para os participantes do projeto. Benefícios: A violência contra as mulheres é um problema em escala global e um grande desafio para a saúde pública, especialmente por causa do impacto sobre a saúde mental e física das vítimas, em curto e em longo prazo. Nos últimos anos, tem havido um interesse na violência sexual que afeta adolescentes e no manejo e tratamento de vítimas. Embora existam diretrizes para o atendimento em adolescentes e mulheres adultas, sabemos que os grupos etários diferem tanto na caracterização do abuso sexual sofrido, que ocorrem em diferentes ambientes, quanto nas consequências agudas e tardias para a saúde da mulher e que são influenciadas pelo cuidado e pelo apoio recebido a partir de familiares e do ambiente social.”

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo retrospectivo cuja fonte primária são os prontuários de adolescentes atendidas no CAISM em situação de urgência. Não haverá contato com as pacientes, serão consultados os portuários médicos. de 600 adolescente. Os pesquisadores solicitam dispensa do TCLE justificando que "Considerando o desenho do estudo e a impossibilidade de localizar as mulheres pelos endereços/contatos fornecidos, estamos solicitando ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, caso fosse possível a localização dessas mulheres, o constrangimento em reviver a situação de violência e as garantias para preservar o sigilo e a confidencialidade dos dados pelos pesquisadores, seriam colocados em risco." A pesquisadora informa ainda que as informações serão desidentificadas após a confecção do banco de dados. O projeto será executado no âmbito de uma dissertação de mestrado e será realizado com recursos próprios dos pesquisadores.

EQUIPE DE PESQUISA:

- Alejandra Becerra (aluna de Mestrado)
- Arlete Maria dos Santos Fernandes (Orientadora)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto [folha_de_rostro2019.pdf](#)

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência Solicitude [Dispensa_TCLE.pdf](#)

Outros Relatorio [matricula.pdf](#)

Orçamento [Orcamento.pdf](#)

Projeto Detalhado / Brochura Investigador Projeto [Alejandra_Setembro2019.pdf](#)

Cronograma [Cronograma.pdf](#)

Informações Básicas do Projeto [PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1429841.pdf](#)

Carta resposta as pendências

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A justificativa de dispensa do TCLE é pertinente.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.628.472

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1429841.pdf	07/10/2019 15:52:12		Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_Alejandra.pdf	07/10/2019 15:51:21	Alejandra Becerra	Aceito
Outros	Relatorio_Matricula_AlejandraBecerra.pdf	04/10/2019 15:48:25	Alejandra Becerra	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rostro2019.pdf	09/09/2019 12:24:30	Alejandra Becerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Alejandra_Setembro2019.pdf	06/09/2019 12:48:07	Alejandra Becerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitudude_Dispensa_TCLE.pdf	06/09/2019 12:46:37	Alejandra Becerra	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/09/2019 12:39:51	Alejandra Becerra	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/09/2019 12:39:03	Alejandra Becerra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br