

Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas

Comprehensive healthcare for female victims of sexual violence: the experience of the Women's Comprehensive Healthcare Center, State University in Campinas, Brazil

Aloisio José Bedone ¹
Anibal Faúndes ^{1,2}

Abstract

The Women's Comprehensive Healthcare Center (CAISM) has provided care for women who have suffered sexual violence since 1986. Since 1998, a special multidisciplinary team has been in charge of emergency and long-term care for victims of sexual violence. From August 1998 to May 2006, 1,174 women were treated, with an average of 150 per year in the last five years. During the same period, 71/109 women who became pregnant after rape had their pregnancies terminated, 23/109 continued the pregnancy to term, and 15/109 did not undergo abortion due to gestational age greater than 20 weeks. In Brazil, there are not enough public services to treat female victims of sexual violence who require legal abortion. Nationwide implementation of new services should be encouraged, in addition to all measures known to reduce the problem such as sex education in schools and widespread information and easy access to effective contraception.

Sexual Violence; Emergency Medical Services; Legal Abortion

Introdução

A violência sexual contra mulheres é uma questão histórica e cultural. Afeta crianças, adolescentes e mulheres adultas, independente de cor, religião, etnia, nacionalidade, opção sexual ou condição social. É uma causa freqüente de morbidade, atingindo principalmente mulheres jovens em idade reprodutiva e provocando aumento do número de atendimentos nos serviços de saúde ^{1,2}.

A mulher que já está sofrendo os agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência sexual, ao pedir ajuda, seja no âmbito da justiça ou da saúde, muitas vezes está sujeita a ser submetida à outra violência: a do preconceito, do julgamento e da intolerância. Este fator dificulta que se conheça a prevalência deste tipo de violência na população, pois muitas mulheres não denunciam os agressores e a violência sofrida, nem procuram assistência necessária. Estima-se que menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento das autoridades ³.

Diante dessa realidade, são imperiosas a implantação de serviços de atendimento às vítimas e a capacitação de equipes multidisciplinares, compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais visando uma assistência integral a essas mulheres ⁴. Além disto, faz-se necessário um maior número de Delegacias da Mulher e mais conhecimento sobre a problemática da violência sexual por parte da sociedade e da justiça.

¹ Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
² Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência

A. Faúndes
Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas.
C. P. 6181, Campinas, SP
13081-970, Brasil.
afaundes@unicamp.br

O programa de atendimento integral às mulheres que sofrem violência sexual

O CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), hospital terciário que visa o atendimento às mulheres nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia e Oncologia (ginecológica e mamária), atende mulheres vítimas de violência sexual desde a sua criação, em 1986.

Inicialmente, esse atendimento ocorria de forma não sistematizada. Um número pequeno de mulheres procurava assistência quando havia necessidade de internação em virtude de lesões ginecológicas graves, ou em busca de informações para interrupção da gestação.

A partir de 1998, houve um aumento da demanda de mulheres que procuravam atendimento imediato pós-estupro, fazendo com que a equipe multidisciplinar tivesse que sistematizar esse atendimento. Foram criados protocolos e fluxogramas para acolher as mulheres vítimas de violência sexual. O CAISM, referência local e regional, é considerado um serviço modelo neste atendimento.

O atendimento às vítimas de violência sexual obedece a um fluxograma para os casos de ocorrência imediata ou remota sem gravidez e um outro para os casos com gravidez decorrente da violência.

O atendimento imediato é realizado na unidade de internação do CAISM, inicialmente pela enfermagem e em seguida pelo médico. As informações referentes ao atendimento são registradas em prontuário aberto e arquivado pelo Serviço de Arquivo Médico e de Estatística (SAME).

O atendimento das mulheres grávidas em decorrência da violência sexual obedece a uma outra rotina. A mulher é inicialmente avaliada por uma profissional do serviço social. A seguir, é realizada uma avaliação médica e psicológica. Todas as mulheres são encaminhadas para a realização de uma ecografia. A decisão de se atender ou não à solicitação de interrupção de gravidez é tomada em reunião na qual participam: os profissionais que atenderam a mulher (médico, psicóloga, enfermeira e assistente social), diretor da área de ginecologia, diretoria clínica, representante da comissão de ética do hospital e outros profissionais convidados. Nesta reunião são avaliadas as condições de cada caso e a consistência das informações fornecidas pela mulher aos diferentes profissionais que a atenderam. Se não foi feito o boletim de ocorrência anteriormente, é recomendado que a mulher o faça. Entretanto, se a mulher não quiser fazer o boletim de ocorrência, não há impedimento para atender a sua solicitação. Documento imprescindível para a interrupção da gravidez é uma solicitação, de próprio

punho da gestante ou de seu representante legal. Quando se trata de menores de 18 anos, é necessário haver a concordância entre a vontade da gestante e de seus representantes legais⁵.

A experiência dos últimos oito anos

As mulheres que sofrem violência sexual chegam ao CAISM, em sua maioria, dentro das primeiras 24 horas da ocorrência, por demanda espontânea, encaminhadas ou trazidas por policiais, ou ainda por outro serviço de saúde. De agosto de 1998 a maio de 2006, foram atendidas em caráter de emergência 1.174 mulheres. A faixa etária das mulheres atendidas até o presente momento vai de 12 a 84 anos. Quando uma menor de 18 anos é atendida, o fato é comunicado à Diretoria Clínica que avisa o Conselho Tutelar.

Nos últimos cinco meses de 1998, quando se iniciou oficialmente o atendimento de emergência a essas mulheres, apenas seis casos por mês, em média, foram atendidos. Em 1999, essa média aumentou para 11 atendimentos por mês resultando em pouco mais de 130 casos novos por ano. Desde então a média de atendimentos estabilizou-se em torno de 150 por ano (13 atendimentos por mês).

Nesse período, foram atendidas 109 mulheres grávidas em decorrência do estupro, dentre as quais, 71 optaram por interromper a gestação, 23 optaram por não interromper. Em 15 casos não foi possível, por questões médicas, atender à solicitação⁶.

Refletindo sobre a prática

O protocolo de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual é uma ação institucional, desenvolvida dentro da área de ginecologia do CAISM pela sua equipe multiprofissional e com o apoio de outros segmentos do hospital⁷.

O CAISM, junto com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, foi um dos primeiros serviços a utilizar sistematicamente drogas anti-retrovirais (ARV) para a quimioprofilaxia da AIDS após a exposição sexual⁸.

Esse procedimento foi baseado nos resultados obtidos com a profilaxia em acidentes perfuro-cortantes (riscos ocupacionais), que sugerem a eficácia da prevenção. A decisão de administrar as drogas anti-retrovirais deve ser baseada no risco da exposição e na condição sorológica do agressor, e uma vez definida a indicação, a mesma deve ser realizada até 72 horas após o contato sexual. Outra característica inovadora do serviço é o papel multiplicador desenvolvido pelo

CAISM ao divulgar o protocolo de atendimento a ser implantado em outros locais, com treinamentos específicos dos profissionais envolvidos. A experiência do CAISM foi utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, que implantou o *Projeto Iluminar Campinas*, com objetivo de padronizar e normatizar o atendimento das vítimas de violência sexual da região metropolitana de Campinas. A experiência adquirida em quase uma década permite fazer algumas reflexões frente a este problema, mais freqüente e abrangente do que parece.

A violência sexual traz conseqüências graves para a mulher. Além dos danos psicológicos aumenta o risco de gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis^{9,10,11}.

As crianças, adolescentes e mulheres jovens, as mais atingidas, ficam sujeitas a seqüelas, como exposição a uso de drogas, à prostituição e a episódios de depressão^{12,13,14}.

Apesar da sua gravidade, a violência sexual ainda é um crime subnotificado. São várias as razões que levam as vítimas a não comunicar o crime. A mais importante, sem dúvida, é o medo de se expor e o sentimento de vergonha que acomete estas mulheres^{15,16}.

Outra causa de não comunicação destes crimes é a desinformação. Faltam informações às mulheres sobre medidas preventivas que podem ser feitas, como a anticoncepção de emergência e a prevenção contra DST/AIDS e hepatite B¹⁷. Muitas mulheres também desconhecem a lei e os demais aspectos que envolvem esta questão, inclusive o aborto legal.

A proximidade do agressor é uma ameaça que, na maioria das vezes, garante a impunidade. Muitos dos crimes sexuais são cometidos por pessoas da convivência das vítimas. Este fato leva as mulheres a ocultarem a agressão com medo de represálias, já que devem voltar ao convívio com seus agressores. Algumas cidades disponibilizam casas abrigo para receber estas mulheres, minimizando o problema.

Aspecto importante que merece análise é o descrédito de parcela significativa da população a respeito do nosso sistema judicial. Há um temor de que os casos de violência sexual não sejam investigados com o rigor que merecem, culminando na não punição dos responsáveis.

A falta de ambiente adequado nas Delegacias de Polícia e nos Institutos Médicos Legais é causa importante de não comunicação destes crimes. A criação das Delegacias de Defesa da Mulher foi um marco importante para mudar esta situação. Entretanto, deve-se ampliar o atendimento das Delegacias da Mulher, mantendo-se plantões de 24 horas, pois os casos de violência acontecem com maior freqüência fora do horário comercial.

No mesmo sentido, providências que visem oferecer melhores condições de atendimento nos Institutos Médicos Legais tendem a facilitar o acesso aos exames de corpo de delito.

São necessárias campanhas no sentido de informar as medidas que têm que ser tomadas nestes casos e, principalmente, para onde devem se dirigir as vítimas de violência sexual, com o objetivo de divulgar a necessidade do atendimento imediato.

Para os serviços que se dispõem a prestar atendimento, impõe-se divulgar a norma técnica do Ministério da Saúde, com treinamento, fortalecimento e integração das equipes e a criação de protocolos de atendimento que incluam as ações preventivas e o acompanhamento médico e psicológico das mulheres.

Com o objetivo de melhorar as relações entre os vários setores que prestam atendimento à mulher vítima de violência sexual, é necessário que se estabeleça uma boa integração entre os serviços de saúde, transporte de vítimas, assistência social, delegacias e Institutos Médicos Legais. A criação de um serviço de disque-denúncia pode ajudar a diminuir a subnotificação. Essas medidas podem facilitar a criação de um banco de dados para viabilizar uma estratégia mais eficiente na prevenção e combate deste crime que tanto afeta a saúde pública¹⁸.

A organização de um serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual deve atender a alguns requisitos. Em primeiro lugar, o acesso deve ser universal. O serviço deve ser referência para todas as mulheres, independentemente de categoria social ou tipo de convênio médico. É recomendável, quando há mais de um serviço na região, que se estabeleça a regionalização do atendimento, de modo a permitir que a mulher possa ser atendida no local mais próximo de sua casa, onde aconteceu o crime.

Mecanismos eficazes de encaminhamento devem ser criados. Para tanto é fundamental a integração dos vários setores que participam do atendimento às mulheres, iniciando-se com os responsáveis pelo transporte. Os primeiros a acolherem as mulheres geralmente são policiais. A orientação principal é a de se priorizar o atendimento médico, antes da realização do boletim de ocorrência.

As instituições devem se organizar para oferecer atendimento sistematizado. Tanto quanto realizar um atendimento humano e de qualidade é sua obrigação colaborar, juntamente com todos os demais setores, para a prevenção deste crime e de suas conseqüências. Quanto mais profissionais estiverem capacitados para realizar o atendimento, melhores serão as condições de se oferecer uma atenção digna e desburocratiza-

da. Assim, a capacitação das equipes deve incluir tanto conhecimentos técnicos quanto a reflexão sobre suas atitudes, seus conceitos de violência e o contato direto com as vítimas de agressão. Aspecto que não pode ser negligenciado é o constante suporte técnico e psicológico às equipes de atendimento, no sentido de que não se afastem do objetivo de um atendimento humanizado, porém, não paternalista.

Todos os profissionais, desde o motorista da ambulância, o vigia de quarteirão e o policial militar até os profissionais que trabalham no hospital, devem estar motivados e sentirem-se peças importantes dentro da equipe. Devem ter a consciência de que todo o atendimento poderá ser comprometido se não fizerem adequadamente cada um a sua parte.

O entendimento mais apropriado das várias conotações que envolvem o atendimento e acompanhamento de mulheres nesta situação só se adquire se houver a participação de profissionais de várias áreas. As diferentes percepções de diferentes profissionais contribuem para a melhor capacitação de cada um. As equipes devem contar com a participação de médicos, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas que se disponham a se reunir periodicamente para discutir e avaliar os diversos aspectos que envolvem o atendimento dessas mulheres¹⁹.

A violência sexual e suas conseqüências são consideradas problemas de saúde pública. Do mesmo modo, o aborto em condições inseguras preocupa muito as autoridades brasileiras. Os dois problemas, violência e conseqüências do aborto clandestino andam juntos e, assim devem ser enfrentados. Muitas vezes, as mulheres, principalmente as mais pobres, não encontram nos hospitais públicos o acolhimento necessário para fazer a interrupção legal da gravidez e são obrigadas a permanecer com uma gestação indesejada, com todas as suas implicações. Outras recorrem a serviços despreparados para um atendimento minimamente seguro e por causa disto engrossam a grande lista de mortes maternas no nosso país.

Resumo

O Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) atende vítimas de violência sexual desde 1986. Em 1998 criou-se uma equipe multidisciplinar que provê atendimento de emergência e a longo prazo a estas mulheres. Desde agosto de 1998 até maio de 2006, 1.174 mulheres foram atendidas, sendo que 109 grávidas. Destas, foram feitos 71 abortos legais, 23 decidiram ter o bebê e 15 tinham gravidez acima do

Um trabalho importante que deve ser feito é a conscientização dos profissionais da área médica no sentido de que aceitar praticar o aborto, nos casos permitidos pela lei, não significa promover o aborto. Também não se estará infringindo nenhuma norma legal ou ética. Por outro lado, deve-se sempre respeitar os ditames de consciência de cada um. Nenhum médico pode se sentir coagido a interromper uma gravidez. O que é necessário é que os hospitais públicos ofereçam condições para tal prática disponibilizando outros profissionais²⁰.

Aspecto importante que não pode ser negligenciado é o risco que correm as mulheres que se submetem ao aborto em condições inseguras. Em países menos desenvolvidos a mortalidade materna decorrente de abortos clandestinos é muito alta. Por esta razão é imperioso que se capacitem serviços públicos que acolham mulheres vítimas de violência com protocolos de atendimento que incluam a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei. Para tanto precisa haver disposição política e envolvimento de todas as áreas que participarão do atendimento. É fundamental que as rotinas estejam bem estabelecidas. Todos os profissionais precisam estar devidamente informados dos aspectos legais e éticos e conhecer os requisitos necessários para poderem desempenhar com segurança o seu trabalho. As decisões tomadas por uma equipe multiprofissional garantem maior eficácia ao atendimento.

A criação de novos serviços que atendem as vítimas de violência sexual e a sua divulgação irá, sem dúvida nenhuma, aumentar a procura imediata por atenção médica o que levará a uma diminuição do número de interrupções de gravidez em decorrência do estupro. O aborto nunca é um resultado desejável. Deve, a todo custo, ser evitado. A organização de serviços capacitados a atender vítimas de violência sexual tem por objetivo, também, evitar gravidez indesejada e, com isso, diminuir ao máximo o número de abortos.

limite de 20 semanas. Não há suficientes serviços públicos que cuidem da mulher vítima de violência sexual e pratiquem o aborto legal no Brasil. Novos serviços são necessários assim como intervenções para reduzir a violência e os abortos.

Violência Sexual; Serviços Médicos de Emergência; Aborto Legal

Colaboradores

A. J. Bedone e A. Faúndes participaram na idealização e organização dos serviços que se descrevem no artigo e ambos participaram na coleta das informações e na redação do artigo.

Referências

- Diniz SG, d'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 Suppl 1:S33-42.
- Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. In: Reunión Internacional Violencia: Ética, Justicia y Salud para la Mujer. Monterrey: Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey; 2000. p. 164-82.
- Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 78 Suppl:S5-14.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual operativo. Guadalajara: Secretaría de Salud; 2004.
- Faúndes A, Duarte GA, Osís MJD, Bento SF. Normas e procedimentos jurídico-legais para a obtenção do aborto legal nos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1997; 19:171-6.
- Faúndes A, Hardy E, Osís MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo historia da violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22:153-7.
- Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:192-9.
- Bamberger J, Katz M, Waldo C, Gerberding J. HIV post-exposure prophylaxis following sexual assault. *Am J Med* 1999; 106:323-6.
- Wiebe ER, Comay SE, McGregor M, Ducceschi S. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *CMAJ* 2000; 162:641-5.
- Giba AM, McManus T, Forster GF. Should we offer antibiotic prophylaxis post-sexual assault? *Int J STD AIDS* 2003; 14:99-102.
- Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:320-5.
- Khan N. Sexual and physical abuse: a threat to reproductive and sexual health. *Sex Health Exch* 1998; (1):1-3.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Meel BL. A study on the prevalence of HIV-seropositivity among rape survivors in Transkei, South Africa. *J Clin Forensic Med* 2003; 10:65-70.
- McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences and treatment outcomes. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 99-108.
- Stacey P, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issues* 2001; 11:244-58.
- Ministério da Saúde. Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359:1232-7.
- World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Paris: World Health Organization; 2003.
- United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. Geneva: World Health Organization; 1993.

Recebido em 31/Ago/2006

Aprovado em 06/Set/2006