



ARTIGO ORIGINAL

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E MULHERES: DESFECHO DE CASOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ENSINO

VIOLENCE AGAINST CHILDREN, ADOLESCENTS AND WOMEN: THE OUTCOME OF CASES ASSISTED AT A TEACHING HOSPITAL

VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, ADOLESCENTES Y MUJERES: DESENLACE DE CASOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL ESCUELA

Lorena Belentani¹
Ana Carolina Miranda Sartorelli²
William Campo Meschial³
Muriel Fernanda de Lima⁴
Magda Lucia Félix de Oliveira⁵

RESUMO: Objetivo: conhecer o desfecho do atendimento a vítimas de violência, atendidas em um hospital ensino do Noroeste do Paraná no ano de 2009. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com análise documental de 18 fichas de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, arquivadas no Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital. **Resultados:** as fichas eram de mulheres vítimas de violência sexual (72,3%). Na assistência, foram realizados todos os exames bioquímicos preconizados, a contracepção de emergência foi realizada em seis casos (33,3%) e 83,3% recebeu encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. Entretanto, no primeiro retorno, houve desistência de 53,3%, mas não foram encontrados registros de comunicação entre o hospital e as unidades básicas de saúde para busca ativa dos casos. **Considerações finais:** estudos que visem o atendimento de vítimas de violência nos serviços de saúde, para ações mais específicas de prevenção, de acolhimento e de acompanhamento nos serviços de referência, devem ser estimulados.

Descritores: Violência; Violência contra a mulher; Violência doméstica.

ABSTRACT: Objective: knowing the outcome of violence victims assistance at a teaching hospital, in the northwest of Parana (Brazil), in 2009. **Method:** exploratory- descriptive study, in which the Notification Forms, the Individual Forms of Domestic, Sexual Violence and/or other kinds of Violence of 18 victims, filed in the hospital, were audited. **Results:** the forms belonged to women, victims of sexual violence (72.3%). All the biochemical examinations recommended were carried out; emergency contraception was conducted in six cases (33.3%) and 83.3% of the victims were advised to have laboratory monitoring, but at the first return, 53.3% of the victims had abandoned it. No register of communication networks between the hospital and the health care was found. **Conclusion:** studies concerning the assistance that violence victims receive in health service units should be stimulated, for more specific prevention actions and for improving the way victims are treated at health service units.

Descriptors: Violence; Violence against women; Domestic violence.

RESUMEN: Objetivo: conocer el desenlace de la atención a víctimas de violencia atendidas en un hospital escuela del Noroeste del Paraná en el año de 2009. **Método:** estudio

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). lo_belentani@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). carol_sartorelli@hotmail.com

³ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). williameschial@yahoo.com.br

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). mflbio@hotmail.com

⁵ Enfermeira Doutora em Saúde Coletiva, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). mlfoliveira@uem.br

*descriptivo-exploratorio, con análisis documental de 18 fichas de Notificación/Investigación Individual de Violencia Doméstica, Sexual y/u Otras Violencias, archivadas en el Núcleo de Vigilancia Epidemiológica del hospital. **Resultados:** las fichas eran de mujeres víctimas de violencia sexual el (72,3%). En la asistencia fueron realizados todos los exámenes bioquímicos preconizados, la contracepción de emergencia fue realizada en seis casos el (33,3%) y el (83,3%) recibió encaminamiento para acompañamiento ambulatorio. En el primer regreso hubo desistimiento del 53,3%, pero no fueron encontrados registros de comunicación entre hospital y unidades básicas de salud para la búsqueda activa de los casos. **Consideraciones finales:** estudios que pretenden la atención de estas víctimas en los servicios de salud, para acciones más específicas de prevención, de acogida y de acompañamiento en los servicios de referencia, deben ser estimulados.*

Descriptores: *Violencia; Violencia contra la mujer; Violencia doméstica.*

INTRODUÇÃO

Estima-se que acima de 1,6 milhões de pessoas morreram vítimas de violências no ano 2000 em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Mediante a magnitude e a letalidade desse evento em âmbito global, a prevenção e controle das violências é objeto de políticas públicas no campo da saúde.¹

A violência é definida como o uso de poder ou força física, em ameaça ou na prática, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, cuja ação possa resultar ou resulte em lesão, danos morais, psicológicos, espirituais, desenvolvimento prejudicado, privação ou morte. A violência contra crianças, adolescentes e mulheres se caracteriza como uma situação na qual um sujeito em condição de superioridade comete o dano, físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou após consentimento obtido por indução enganosa.²⁻⁵

Dentre as formas de violência, são consideradas violência sexual, as situações de abuso, violação e assédio sexual. É uma agressão focalizada na sexualidade da pessoa, mas as marcas físicas e psicológicas são frequentemente graves, superando os ferimentos, as doenças sexualmente transmitidas ou a gravidez não desejada decorrente do ato violento. As situações de violência sexual são, muitas vezes, difíceis de denunciar ou sinalizar porque o medo da vítima induz ao silêncio e ao segredo, protegendo desta forma o agressor.⁵⁻⁶

A violência ou abuso sexual contra crianças e/ou adolescentes

[...] consiste em ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, no qual o agressor está em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a vítima. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Apresenta-se sob a forma de práticas eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Esse fenômeno violento pode variar desde atos em que não se produz contato sexual (voyerismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual, com ou sem penetração, englobando ainda as situações de exploração visando lucros, como é o caso da prostituição e da pornografia.⁶⁻¹⁰

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei 8.069/1990, Art.7º, indica que "a criança e o adolescente têm direito à proteção a vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência". No Art.13º, o ECA preconiza que em caso

de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude, Ministério Público da localidade).⁷

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, aprovada pela Portaria 737/2001 do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais que atendam e valorizem medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos externos. Dentre as diretrizes, ressalta-se a monitorização da ocorrência de acidentes e violências, a capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área.⁴ Uma das estratégias de implantação dessa política é a notificação obrigatória de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria GM/MS 1968/2001).

Da mesma forma, a 'violência contra a mulher' foi a expressão cunhada pelo movimento social feminista e refere-se, dentre outras, a situações diversas como a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, e até o assédio sexual no local de trabalho.⁸

Desde 2003, são considerados de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados brasileiros todos os casos de violência contra a mulher (Lei 10778/2003). A Lei Maria da Penha (Lei 11340/2006) cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, atribuindo responsabilidades ao poder público para o desenvolvimento de políticas que garantam os direitos humanos às mulheres, bem como à família e à sociedade para a criação de condições para o exercício dos direitos.⁹⁻¹¹

Em 2009, o Sistema Nacional de Notificação dos Agravos Notificáveis (SINAN) incluiu na listagem de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Assim, todo e qualquer atendimento, suspeito ou confirmado de violência, quer seja em serviços de atenção primária ou hospitalar, deve ser registrado em Ficha de Notificação/Investigação Individual (FNI) de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências.¹¹ O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor.^{6,12}

As situações de violências contra a população de crianças, adolescentes e mulheres representam uma dolorosa realidade social e são responsáveis por altas taxas de morbidade e mortalidade, exigindo uma resposta séria e urgente da sociedade. Os serviços de saúde, ao lado de outros setores governamentais e não-governamentais não podem deixar de enfrentar esse problema na agenda de saúde pública.⁶

As ações para enfrentamento das situações de violência pelos serviços e profissionais de saúde envolvem a vigilância epidemiológica para o conhecimento dos casos ocorridos e de sua trajetória nos serviços de Saúde, de Segurança e de Assistência Social, e a condução do cuidado integral na assistência e no encaminhamento das vítimas para a rede de atenção à saúde.⁴⁻⁵

Cuidar das vítimas de violência é um desafio para os profissionais de saúde, particularmente da enfermagem, uma vez que não existe um modelo estruturado de como fazê-lo, mas recomendações e linhas gerais para a atuação profissional. O cuidado deve voltar-se à promoção de segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades individuais, estabelecendo uma relação de cuidado entre enfermagem e cliente, mas deve seguir, também, rigoroso manejo clínico e legal dos casos, com vistas à prevenção de agravos decorrentes da violência e, garantia de acompanhamento dos casos na rede de atenção - referência e contrarreferência.^{6,8,13}

Em unidades de referência ao atendimento de casos de violência e maus tratos, as vítimas são orientadas e encaminhadas a serviços especializados pertinentes e realizado contatos com órgãos externos especializados de apoio, tais como: delegacias, Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, albergues, Assistência Social, unidades básicas de saúde, inclusive em outros municípios.



Neste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo conhecer o desfecho dos atendimentos realizados às crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violências, notificadas por um hospital ensino do noroeste do Paraná.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-exploratório e retrospectivo, a partir de dados secundários, registrados nas FNI, arquivadas no Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) de um hospital ensino do Noroeste do Paraná, e de informações registradas nos prontuários dos pacientes, arquivados no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) do hospital.

O hospital ensino em estudo é um hospital público, que disponibiliza a totalidade de seus leitos aos usuários do SUS e possui um serviço de pronto-socorro de referência regional. Desde 2008 é referência para situações de violência sexual doméstica e intrafamiliar contra crianças, adolescentes e mulheres que necessitam de atendimento médico-hospitalar.

A FNI é preenchida pela enfermeira ou pela médica do NVE, algumas vezes pelos alunos de graduação em enfermagem de um projeto de extensão vinculado ao Núcleo ou ainda pelos médicos que prestam o primeiro atendimento às vítimas. A pesquisa foi realizada com os dados do período de janeiro a dezembro de 2009.

No município que o hospital está localizado foram notificadas ao Sistema Municipal de Vigilância Epidemiológica 30 ocorrências de violência sexual no período, e deste total o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) do hospital ensino foi responsável por 19 notificações (64%). Considerando que o foco desta pesquisa foram crianças, adolescentes e mulheres que foram atendidas na instituição com queixas de violências e foram notificadas pelo NVE. Foi excluído um único caso de violência contra vítima masculina, de 32 anos de idade, sendo auditados efetivamente 18 documentos.

Como fontes de informação foram utilizadas as FNI nos campos 55 - Procedimento indicado (nos casos de violência sexual); 63 - Encaminhamentos no setor saúde; 64 - Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores; 68 - classificação final do caso; 69 - evolução final do caso; e informações complementares. Também foram coletadas informações dos prontuários das vítimas atendidas e notificadas que indicaram subseqüentes atendimentos pelo pronto-socorro ou outro serviço do hospital, bem como de encaminhamentos realizados.

Foram extraídas dos documentos as seguintes variáveis: ciclo vital (a idade foi classificada de acordo com a definição do ECA em: ≤ 11 anos - criança, 12 a 18 anos - adolescente, e ≥ 19 anos - adulto)⁷, sexo (masculino e feminino), cor/etnia (branca, parda e preta), ocupação (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações) e município de residência, a fim de traçar o perfil socioeconômico e demográfico das vítimas.

Como variáveis relativas ao desfecho dos atendimentos - encaminhamentos e procedimentos realizados - foram elencadas informações sobre o tratamento profilático e encaminhamentos realizados às vítimas de violência atendidas no hospital, no ambulatório de retorno, em outros serviços de acompanhamento e tratamento subseqüente das mesmas, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.¹³

Ainda, verificou-se a reincidência e motivo de atendimento das vítimas no pronto-socorro do hospital. Além de apurar a existência de rede de comunicação das vítimas de violência atendidas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Conselho Tutelar e outros.

Os dados foram inseridos no programa VIVA (Vigilância de Violências e Acidentes), em Epi-Info. Para a introdução de dados no Programa existem campos obrigatórios e o não preenchimento dos mesmos impossibilita avançar no armazenamento de dados no banco digital. Após o preenchimento das fichas no programa VIVA, os mesmos foram importados



para uma planilha do programa excel 2003 para se proceder aos cruzamentos de dados e análise das informações em número absoluto e percentual.

Percebeu-se uma significativa deficiência nos registros das FNI, situação que certamente está ocultando informações importantes que poderiam ser trabalhadas no planejamento de saúde para a minimização das situações de violência, porém a ausência de preenchimento ou o preenchimento inadequado de alguns campos da FNI dificultou a coleta de dados, mas não aconteceu perda integral de fichas.

As prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram obedecidas e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá com parecer favorável 025/2011. Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devido à utilização de dados secundários para o desenvolvimento desta pesquisa, garantindo o anonimato e sigilo quanto à identidade e informações obtidas junto às fichas de notificação e prontuários das pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos 18 casos analisados, todas as vítimas eram do sexo feminino, sendo cinco (27,7%) crianças, com idade variando de sete a 11 anos; sete (38,8%) adolescentes, com idade entre 12 e 18 anos; e seis (33,5%) adultas, com idade entre 19 e 37 anos (Tabela 1).

O predomínio do sexo feminino nas ocorrências de violências, especialmente nas violências física e sexual, corrobora a literatura da área. Esta situação pode ser explicada pelas questões de gênero, que colocam a mulher como um 'objeto' sexual, fazendo com que crianças e adolescentes meninas sejam os alvos preferenciais dos agressores.^{12,15}

O predomínio de adolescentes do sexo feminino revela a preferência dos agressores por meninas adolescentes e na puberdade, quando se desenvolvem os caracteres sexuais secundários. Ao contrário, entre os meninos, a pouca idade em que são vítimas com mais frequência pode estar relacionada com a impossibilidade de defesa, o que não ocorre em idades mais avançadas.^{6,15}

A etnia de maior frequência foi a branca, em 12 (66,6%) mulheres, seguida da parda em cinco (27,7%). Apesar das pesquisas considerarem a etnia negra como a de maior vulnerabilidade em várias questões sociais, este dado pode ser decorrente da característica étnica das regiões sul e sudeste do país, uma vez que nesses locais o percentual de pessoas de cor branca é superior à média nacional.¹⁶

Tabela 1 - Distribuição da idade e raça/cor de mulheres vítimas de violências atendidas em um hospital ensino do Noroeste do Paraná, Maringá - PR, 2009. (n=18)

	N	%
Ciclo vital		
Criança	05	27,7
Adolescente	07	38,8
Adulta	06	33,5
Raça/cor		
Branca	12	66,6
Parda	05	27,7
Preta	01	5,5

Em relação à ocupação, em 13 (77,7%) casos esta variável não se aplicava, pois os sujeitos eram crianças e adolescentes. Nos demais casos chamaram atenção a diversidade e variação das ocupações, sendo encontradas uma ocupação do lar, uma de nutricionista, uma profissional do sexo e duas desempregadas.

Em 2008, o município em que o estudo foi realizado, estabeleceu o Protocolo de Atenção à Mulher, Criança e Adolescente Vítimas de Violência Sexual, Doméstica e Familiar, que aponta o hospital ensino como referência de atendimento aos casos de violência sexual. As vítimas, ao chegarem ao pronto-socorro do hospital, são atendidas pela equipe de saúde multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais, que deve oferecer suporte biopsicossocial à vítima e sua família e realizar os encaminhamentos preconizados.

Buscando-se conhecer os procedimentos realizados no atendimento às vítimas, observou-se que para 100% dos casos com história de violência sexual, foram realizados todos os exames bioquímicos preconizados pelo protocolo: teste para gravidez que busca presença da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (Beta-HCG), *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) para detecção da sífilis, identificação dos antígenos de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), identificação dos anticorpos de superfície do vírus da hepatite B (anti-HBsAg), identificação dos anticorpos contra o núcleo do vírus da hepatite B (anti-HBc), identificação dos anticorpos contra o vírus da hepatite C (anti-HCV) e identificação dos anticorpos contra o vírus da imunodeficiência humana (anti-HIV) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos procedimentos realizados às vítimas de violências atendidas em um hospital ensino do Noroeste do Paraná, Maringá - PR, 2009. (n=18)

	%	N
Profilaxia DST/Aids		
Realizado	100	18
Realização de Exames Bioquímicos*		
Realizado	100	18
Coleta de Material Vaginal**		
Realizada	22,2	4
Não Indicada	77,8	14
Contracepção de Emergência		
Realizada	33,3	6
Não Registrada	11,1	2
Não Indicada	55,5	10

*Beta-HCG, VDRL, HBsAg, anti-HBsAg, anti-HBc, anti-HCV e anti-HIV.

** Para possível identificação do agressor.

A realização desses exames é de extrema importância uma vez que 15% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de doença sexualmente transmissível (DST) e uma em cada 1000 é infectada pelo HIV. Ainda nesse sentido, foi realizada em 100% das vítimas a profilaxia imediata contra DST/Aids, e disponibilizados os medicamentos para uso em domicílio.¹⁴

Também faz parte da rotina de atendimento às vítimas, a coleta e armazenamento de material vaginal para futura identificação do agressor. Em quatro casos (22,2%) esse procedimento foi realizado. Nos demais casos - 14 (77,8%), não foi realizado em decorrência de ausência de contato sexual vaginal agressor/vítima e ela a vítima, só

buscar o atendimento depois de alguns dias da violência, não sendo possível realizar a coleta do material vaginal por questões técnicas.¹⁴

Isso ocorre porque geralmente mulheres que sofrem violência sexual ficam fragilizadas e envergonhadas com a situação, principalmente se a violência física concomitante ao ato sexual não é evidente, desconhecem os direitos que lhes garantem serviço especializado e não denunciam ou buscam serviços de saúde no momento da violência, gerando lacunas no atendimento. Muitas vezes chegam tardiamente aos serviços de saúde, o que impossibilita a realização de alguns procedimentos e exames laboratoriais, como a coleta de material vaginal utilizado para a possível identificação do agressor, comprometendo a eficácia da atenção.¹³

Muitos dos crimes sexuais ocorrem durante a idade reprodutiva da mulher, gerando risco de gravidez decorrente da violência.² Esse risco varia entre 0,5 e 5%, considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, e se a violência foi um caso isolado ou é continuada. A gravidez decorrente de violência sexual representa, para grande parte das mulheres, uma segunda forma de violência.¹⁴

Tal situação e os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE).^{13,17} Segundo a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, a AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontre, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa.¹⁴

No presente grupo de vítimas, a contracepção de emergência foi realizada em seis (33,3%) dos casos. Dos 12 (66,7%) casos em que não foi realizada, cinco eram crianças, uma adulta fazia uso de anticoncepcional oral, duas haviam feito uso de AE previamente na residência, antes do atendimento no serviço de saúde, uma estava grávida, em um caso houve apenas contato oral, e em dois casos não foram encontrados registros sobre a realização da AE.

A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU. Obviamente também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária.^{14,17}

O atendimento de vítimas de violências, além do cuidado à saúde, pressupõe o cumprimento de questões legais e as vítimas devem receber orientação quanto a serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com esta assistência.¹⁴ Das vítimas atendidas no hospital, quatro (22,2%) foram encaminhadas para a Delegacia de Polícia, quatro (22,2%) para a Delegacia da Mulher, duas (11,1%) para o Instituto Médico Legal (IML), e duas (11,1%) para a o Conselho Tutelar.

O restante dos casos foi encaminhado para mais de um serviço, sendo que um foi encaminhado ao IML e a Delegacia da Mulher, um ao IML e Conselho Tutelar, um a Delegacia de Polícia e Conselho Tutelar, um ao Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher e IML e um ao Conselho Tutelar, Delegacia de Polícia e IM L. Essa conduta pode ser vista como um bom indicador da assistência prestada às vítimas de violência.

Vale ressaltar que se tratando de vítimas com idade inferior a 18 anos, todos os casos foram encaminhados ao Conselho Tutelar para acompanhamento subsequente, isso corrobora a conduta que devem ter os profissionais de saúde, segundo o ECA, Art. 245.⁷

Em relação ao seguimento ambulatorial, clínico-laboratorial, não foram encontrados registros da existência de rede de comunicação entre o hospital, as UBS e equipes da ESF responsáveis pelas áreas de abrangência da residência das vítimas, para a realização de um acompanhamento subsequente, de referência, como preconizado pelo Ministério da Saúde.¹⁴

As UBS contam com equipe multiprofissional qualificada para a assistência integral, contínua e resolutiva às vítimas no âmbito da responsabilidade sanitária desse nível de atenção. Espera-se que as equipes ofereçam suporte psicossocial às vítimas e suas famílias, e quando necessário, proporcionem acompanhamento médico e de enfermagem.^{13,14}

A ausência de acompanhamento posterior das vítimas, por profissionais qualificados das equipes de saúde da família das USB é um problema, visto que elas passaram por situação de grande estresse, estão fragilizadas e necessitam de todo apoio da equipe de saúde para superar esse trauma.

O hospital oferece o serviço de Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, e, em situações de violência sexual, esse serviço tem por objetivo oferecer um acompanhamento às vítimas até 90 dias após o atendimento hospitalar inicial, sendo o primeiro retorno com 30 dias, o segundo com 60 dias e o terceiro com 90 dias. Durante esse acompanhamento são realizados exames bioquímicos, ginecológicos, verificadas intercorrências e queixas referentes à violência sofrida, acompanhamento de enfermagem e do serviço social, e se for desejo da paciente, é agendado acompanhamento psicológico.

Analisando a Tabela 3, verificou-se que grande parte das vítimas (83,3%) recebeu encaminhamento para acompanhamento ambulatorial, porém já no primeiro retorno houve uma desistência de 53,3% das pessoas atendidas, baixa adesão que se manteve crescente no segundo e terceiro agendamentos.

Tabela 3 - Distribuição da adesão das vítimas de violência sexual ao retorno ambulatorial em um hospital ensino do Noroeste do Paraná, Maringá - PR, 2009. (n=18)

	Nº	%
Encaminhamento Ambulatorial		
Sim	15	83,3
Não	1	5,5
Sem registro	2	11,1
Primeiro Retorno		
Sim	7	46,7
Não	8	53,3
Segundo Retorno		
Sim	4	57,2
Não	3	42,8
Terceiro Retorno		
Sim	3	75,0
Não	1	42,8

Na FNI de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, há um campo referente a reincidência da violência, considerando que essa variável é de grande importância, já que não são raros os casos, muito pelo contrário, é comum encontrarmos na literatura relatos de casos de violência contra crianças, adolescentes e mulheres que são recorrentes.^{6,8}

Durante a coleta de dados foram encontrados dois casos em que essa situação ocorreu, porém, durante a busca nos prontuários das pacientes, não foram encontrados registros médicos ou de enfermagem confirmatórios. Visto que é comum os casos de reincidência de violência sexual, os registros nos prontuários são de grande valia, para que



esses casos possam ser identificados e acompanhados pelos serviços competentes, evitando assim que essas situações de violência ocorram novamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil encontrado nesse estudo foi de mulheres vítimas de violência sexual, crianças, adolescentes e adultas, com prevalência da etnia branca e diversidade de ocupações.

Considerando que o município que o hospital está inserido possui um Comitê Municipal de Enfrentamento à Violência e Acidentes, que elaborou um Protocolo de Atenção à Mulher, Criança, Adolescente vítimas de violência sexual, doméstica e intrafamiliar (2008) e nele definiu o fluxo para o atendimento e notificação das vítimas, e que neste fluxo o Hospital Universitário é hospital de referência para o atendimento de situações mais graves, que necessitem de cuidados hospitalares, o cumprimento de todas as fases do protocolo deveria ser obrigatório.

Pelos resultados encontrados, o hospital realiza adequadamente o manejo clínico-laboratorial dos casos, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde e do protocolo do município. Porém, foram verificados aspectos que necessitam qualificação quanto à vigilância epidemiológica e à continuidade da atenção aos casos.

É importante ressaltar a todas as instituições que realizam a notificação, a necessidade de aprimoramento das informações registradas para oportuna divulgação para a prevenção da violência. Neste sentido, os profissionais devem se atentar ao preenchimento completo das fichas e anotações nos prontuários para uma melhor fidedignidade dos dados.

Não foram encontrados registros da existência da rede de comunicação entre o hospital e as unidades básicas de saúde ou equipes da Estratégia Saúde da Família, responsáveis pela assistência nas áreas de residência das vítimas para a realização de um acompanhamento subsequente/referência, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Embora o presente estudo tenha caráter localizado, seus resultados podem contribuir para qualificar a assistência prestada às vítimas de violências em outras unidades de saúde hospitalares. A realização de estudos que visem à identificação do perfil das vítimas de violências e o atendimento recebido quando acessam serviços de saúde deve ser estimulada, visando ações mais específicas em relação às possibilidades de prevenção e à melhoria do acolhimento e atendimento nos serviços de referência que irão recebê-las.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
2. Nunez A, Tortolero Y, Verschuur A, Camacaro M, Mendoza S. Violencia sexual: un fenómeno oculto en la experticia médico legal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68(4):33-39.
3. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewaki VP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. *Epidemiol serv saúde*. 2009;18(1):17-28.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência: informes técnicos institucionais. *Rev saúde pública*. 2000;30(4):427-30.
5. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*. 1998;4(3):513-31.
6. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes: guia para profissionais de saúde. 2ª ed. São Paulo; 2008.



7. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [online]. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2010 abr 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.
8. Schraiber LB, Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface comun saúde educ. 1999;3(5).
9. Brasil. Presidência da República. 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. [online] Brasília, DF; 2003. [acesso em 2010 abr 19]. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.778.htm>.
10. Brasil. Decreto Federal nº 5.099, de 03 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços sentinelas. [online]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2004 jun. 3 [acesso em 2010 abr 19]. Disponível em: http://www2.oabsp.org.br/asp/clipping_jur/ClippingJurDetalhe.asp?id_noticias=15619&AnoMes=20046#.
11. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. [online]. Brasília, DF; 2006. [acesso em 2009 jul 6]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.
12. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. Texto contexto enferm. 2010;19(2):246-55.
13. Ferraz R, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimondo ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. Cogitare enferm. 2009;14(4):755-9.
14. 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. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 124 p.
15. Martins CBG, Jorge MHPM. Maus-tratos contra crianças e adolescentes em município do sul do Brasil: características dos agressores. Ciênc cuid saúde. 2009;8(3):419-27.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. [online] [acesso em 2011 jun 6]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/educacao/censo2000_educ.pdf.
17. Bellagio Conference on Emergency Contraception. Consensus statement on emergency contraception. 1995;52(4):211-3.

Data de recebimento: 13/10/2011

Data de aceite: 29/12/2011

Contato com autor responsável: Lorena Belentani

Endereço postal: Rua Levi Carneiro 674, Centro, Nova Esperança, Paraná.

CEP: 87600-000

E-mail: lo_belentani@hotmail.com