



ORIGINAL ARTICLE

ADMISSION OF THE HEALTH PROFESSIONAL IN THE ATTENDANCE TO THE WOMAN VICTIM OF SEXUAL VIOLENCE

O ACOLHIMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NO ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

EL ACOGIMIENTO DEL PROFESIONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

Lílian Fernandes Arial Ayres¹, Leila Rangel da Silva², Wellington Mendonça de Amorim³

ABSTRACT

Objectives: to investigate on the first aid form used for victims of sexual violence, the behavior of health professionals over emergency anticonception procedures, chemoprophylaxis for Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis B; towards the assistencial demands with regard to the protocol considered by The Health Department. **Methods:** this is a descriptive study based on the quantitative analysis on which have been studied 204 first aid forms for the victims of sexual violence at Rio de Janeiro Health Department. The study has been approved by the Committee of Ethics in Research of the College's Hospital São Francisco de Assis of the University Federal of Rio de Janeiro (003/06). **Results:** 64 % showed that the emergency anticonception has been managed. The HIV prophylaxis has been performed in 61%. On the Sexually Transmitted Infections (STI) prophylaxis, 85% have been carried out. The Hepatitis B prophylaxis has been executed in 77% of the cases. **Conclusion:** during the data collection, it has been observed that the capacitation courses undertaken have contributed to improving the quality of the care. The need for the Public Health to continue on capacitating the health professionals has become evident. This way, the professionals involved in the care to the victims of sexual violence can perform a qualified and effective care. **Descriptors:** sexual violence; women's health; admission; nursing.

RESUMO

Objetivo: investigar na ficha de primeiro atendimento à mulher vítima de violência sexual a conduta do profissional de saúde nos procedimentos de anticoncepção de emergência, quimioprofilaxia para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e hepatite B frente às demandas assistenciais à luz do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde. **Métodos:** estudo descritivo baseado na análise quantitativa onde foram analisadas 204 fichas de primeiro atendimento às mulheres vítimas de violência sexual da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (003/06). **Resultados:** 64% indicaram que a anticoncepção de emergência foi administrada. A profilaxia do HIV foi realizada em 61%. Na profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 85% foram atendidas. A profilaxia da hepatite B foi feita em 77% dos casos. **Conclusão:** foi observado que modificações precisam ocorrer: oferecer cursos de capacitação permanentes para os profissionais da saúde que assistem as mulheres vítimas de violência sexual, divulgar as unidades de saúde que atendem essas mulheres e que essa temática seja incluída nos currículos de graduação. Assim, profissionais envolvidos nesse campo da saúde poderão prestar um cuidado qualificado e efetivo. **Descritores:** violência sexual; saúde da mulher; acolhimento; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: investigar en la ficha de la primera atención a la mujer víctima de violencia sexual, la conducta del profesional de salud en los procedimientos de anticoncepción de emergencia, quimioprofilaxia para el Vírus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) y hepatitis B, frente a las demandas asistenciales a la luz del protocolo preconizado por el Ministerio de la Salud. **Métodos:** estudio descriptivo basado en el análisis cuantitativo donde fueron analizadas 204 fichas de la primera atención a las mujeres víctimas de violencia sexual de la Secretaria Municipal de Salud de Río de Janeiro. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de la Escuela São Francisco de Assis, de la Universidad Federal del Rio de Janeiro (003/06). **Resultados:** 64% indicaron que la anticoncepción de emergencia fue administrada. La profilaxia del HIV fue realizada en 61%. En la profilaxia de las Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST) 85% fueron atendidas. La profilaxia de la hepatitis B fue hecha en 77% de los casos. **Conclusión:** fue observado que modificaciones precisas ocurrir: ofrecer cursos de capacitación permanentes para los profesionales de la salud que asisten a las mujeres víctimas de violencia sexual, divulgar las unidades de salud que atienden a esas mujeres y que esa temática sea incluída en los currículos de graduación. Así, profesionales involucrados en ese campo de la salud, podrán prestar un cuidado calificado y efectivo. **Descriptor:** violencia sexual; salud de la mujer; acogimiento; enfermería.

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Geral do Andaraí HGA. E-mail: liliayresenf@yahoo.com.br;

²Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). E-mail: rangel.leila@gmail.com; ³Doutor em História da Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO). amorimw@gmail.com

INTRODUÇÃO

Cuidar da mulher vítima de violência é um desafio e exige sensibilidade de todos os protagonistas que atuam nos cenários do cuidado. O número de mulheres vítimas de violência cresce a cada ano e estudos¹⁻³ realizados vêm demonstrando que é necessário um novo olhar para qualificar o atendimento. A violência é um problema que preocupa a todos os países; portanto, uma vez que não é seletiva, não diferencia raça, classe social e fronteiras geográficas.

A partir da década de 1990, foram realizadas conferências e convenções para discutir a temática - Violência contra a mulher - tanto no espaço privado quanto no público. Uma iniciativa de destaque foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, a qual foi ratificada no Brasil em 27 de novembro de 1995.⁴

Segundo dados do Banco Mundial, o Brasil é o país que mais sofre com a violência doméstica, perdendo cerca de 10,5% do seu PIB em decorrência desse grave problema.⁵ Na tentativa de minimizá-lo, esforços empreendidos pelo Governo Federal no âmbito dos programas de atendimento à mulher, em especial às vítimas de violência, têm sido construídos e implementados em algumas regiões do país.

O Conselho Social e Econômico das Nações Unidas definiu “a violência contra a mulher como qualquer ação de violência baseada na diferença de gênero que apresenta diversas consequências tanto físicas, sexuais e psicológicas na mulher. Além disso, também é considerada violência contra a mulher ameaças e atos de coerção e privação da liberdade na vida privada ou pública”.⁶ Porém, apesar dos diversos tipos de violência, após a revisão bibliográfica, o tipo de violência que mais chama atenção das autoridades e da sociedade é a física e a sexual.

Segundo o Ministério da Saúde, a violência sexual representa uma das principais causas de morbimortalidade e ocorre principalmente com as mulheres em seu domicílio.⁴ Após uma agressão sexual, a mulher encontra-se vulnerável a diferentes riscos. De acordo com a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), a disseminação do vírus HIV entre mulheres, que representa uma considerável parcela dos portadores deste vírus em todo o mundo, é aumentada pela violência sexual da qual elas são vítimas.⁷

Além da Aids e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), as vítimas de violência sexual também têm a sua saúde mental comprometida. Diversos são os traumas gerados em consequência da violência sexual, de modo que uma das maiores preocupações da vítima é a gravidez que, para ela, representa uma segunda e constante violência.

Apesar das consequências da violência sexual sobre as mulheres serem imensas, existem possibilidades de minimizá-las, quando se é prestado um atendimento rápido para que sejam evitados maiores danos a sua saúde. Este atendimento deve ser, preferencialmente, ser prestado nas primeiras 72 horas após a agressão sexual para que as ações referentes a quimioprofilaxia (IST/AIDS, hepatite B e a anticoncepção de emergência) sejam possíveis de serem tomadas.⁴

Para que isso ocorra, é indispensável a implementação de políticas públicas que visem a redução da violência sexual. A disseminação das informações é importante, pois, conhecendo os serviços oferecidos as vítimas terão a oportunidade de procurar ajuda em tempo hábil.

Desde 1994, a CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, vem realizando treinamentos para sensibilizar e capacitar os profissionais das Unidades de Saúde a fim de implantar o atendimento às vítimas de violência sexual, de acordo com o que é preconizado pela norma técnica.

Esta iniciativa, juntamente com aquelas promovidas por outras Secretarias de Saúde e pelo Governo Federal, tendem a contribuir para minimizar os transtornos decorrentes da violência sexual. No entanto, ainda no Brasil existem obstáculos para serem enfrentados como os estados que não possuem um serviço especializado para esse tipo de atendimento ou aqueles que não têm recursos humanos capacitados para suprir tal demanda^{3,8}

Diante disso, torna-se urgente apoiar e incentivar iniciativas como as da Secretaria Municipal de Saúde/RJ e da CEPIA para implementação da Norma Técnica que é um compromisso da sociedade, mas, sobretudo dos profissionais da saúde. Com respaldo, definimos as seguintes questões que nortearam a investigação: A conduta do profissional que atende as mulheres vítimas de violência sexual segue o que é preconizado pela Norma Técnica? As fichas do primeiro

Ayres LFA, Silva LR da, Amorim WM de.

atendimento são preenchidas adequadamente pelos profissionais de saúde?

Para o desenvolvimento desse estudo, foi traçado o seguinte objetivo:

- Investigar na ficha de primeiro atendimento à mulher vítima de violência sexual a conduta do profissional de saúde nos procedimentos de anticoncepção de emergência, quimioprofilaxia para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e hepatite B frente às demandas assistenciais à luz do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.

DESCREVENDO A VIOLÊNCIA SEXUAL

O tema da violência sexual, que afeta principalmente as mulheres e acontece tanto no âmbito privado como no público, vem despertando nos últimos anos a atenção de estudiosos e autoridades. A literatura disponível aos poucos vem definindo o perfil do agressor com mais clareza. Segundo os registros nas delegacias especializadas em crimes contra a mulher, a maioria (70%) dos atos de violência ocorrem no interior dos lares cujo agressor é o marido ou companheiro.¹

Segundo a Convenção de Belém do Pará, a violência doméstica se caracteriza por ocorrer dentro da família, na unidade doméstica e praticada pelo marido, companheiro, namorado, parente e amigos. Isso faz com que a mulher não denuncie a agressão, pois na maioria das vezes, ela depende financeiramente do agressor, tem filhos e um elo afetivo com ele. Sabe-se que menos de 10% dos casos chegam às delegacias.⁷

Em alguns estudos pode-se encontrar como definição de violência sexual toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga a outra a práticas sexuais contra a sua vontade, por meio de força física, de influência psicológica (intimidação, aliciamento, sedução) ou do uso de armas. Como exemplos deste tipo de violência, podem ser citados as carícias não consentidas, o sexo forçado no casamento, o impedimento do uso de métodos anticoncepcionais, a negação do uso de preservativos, forçar o parceiro (a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, estupro, assédio sexual, práticas sexuais entre adultos e menores de 14 anos mesmo que estes tenham consentido, e o incesto.^{4 9}

A definição de violência sexual é ampla e quase sempre está acima do nível de compreensão da vítima. Muito embora já tenha sofrido ou ainda sofra algum tipo de violência, a mulher não a considera como tal

Admission of the health professional in the...

porque foi condicionada a desempenhar um papel pré-concebido de subordinação. Muitas mulheres, por exemplo, são compelidas fisicamente a ter relações sexuais com seu parceiro e acreditam estar cumprindo seu papel de companheira. Essa situação degrada a vida sexual da mulher sem que ela tenha consciência do processo que a vem sendo submetida e esse contexto está associado com a questão de gênero.

O corpo feminino é definido como frágil e sensível o que proporciona ao homem um poder sobre a mulher; sendo ela uma vítima potencial de violência sexual.¹ Dessa forma, a violência contra a mulher está intimamente associada às desigualdades entre os sexos, pois, é por meio das situações cotidianas e repetitivas que o papel feminino vai sendo construído e ao destinar para a mulher um papel submisso e passivo, a sociedade institui um espaço para a dominação masculina.⁹

Ademais, as particularidades estruturais, a economia, a política, a cultura, os costumes da nossa sociedade conduzem ao aumento das diferenças entre o sexo feminino e masculino. Logo, é preciso romper com este paradigma e desconstruir o universo da educação que abrange aspectos como cultura, costume e religião dentro do seio familiar e da sociedade.

O impacto na vida de uma mulher vítima de violência sexual é devastador; produz efeitos intensos e, na maioria das vezes, irreparáveis. Como já foi dito, as seqüelas são tanto de ordem física quanto psicológica. Os sinais e sintomas apresentados são angústia, vergonha, baixa auto-estima, medo, culpa, cefaléia, pesadelos, insônia e depressão, entre outros. Eles podem apresentar manifestações tardias como o vaginismo, dispareunia, abuso de álcool e/ou drogas e até tentativa de suicídio.⁴

As consequências são sociais, psíquicas, traumas físicos e envolvem os temidos riscos de contaminação por IST/Aids, além da gravidez indesejada. Os traumas físicos podem ser caracterizados como espancamentos, hematomas, fraturas, queimaduras, mutilações, lesões genitais como rotura himenal, lesão perineal e anorectal.⁴

Já as repercussões psíquicas acometem a vítima em menor ou maior grau, variando de mulher para mulher. Elas se manifestam por meio de depressão, ansiedade, pânico, distúrbios comportamentais, terror noturno, insônia e disfunção sexual. Muitas mulheres demoram a retomar a sua atividade sexual, o que caracteriza a chamada síndrome do

Ayres LFA, Silva LR da, Amorim WM de.

Admission of the health professional in the...

estresse pós-traumático. Há também os casos de mulheres violentadas por desconhecido que, ao relatar o episódio, recebem do companheiro uma reação de descrédito. É comum este último não se conformar com a situação e deixar entrever o sentimento de ter sido traído. No que se refere às questões sociais, temos o abandono de emprego, da escola, mudança de residência, separação conjugal e a desagregação familiar.^{4,9}

O fato de a maioria das mulheres encararem a gravidez em decorrência da violência como sendo uma segunda violência, é emblemático. De acordo com o Art. 128, do Código Penal Brasileiro, o aborto pós-estupro pode ser realizado pelo médico sem que a gestante ou o médico sejam punidos.¹⁰ Apesar do direito de realizar o aborto, muitas mulheres não encontram assistência adequada para fazer a interrupção legal da gravidez e permanecem com uma gestação indesejada ou procuram serviços clandestinos e despreparados para oferecer um atendimento e acolhimento eficaz. Isso acaba favorecendo o aumento da mortalidade materna no Brasil.³

● O profissional da saúde lidando com a violência sexual

A violência sexual é reconhecida como um problema de saúde pública e por isso, é necessário construir um novo olhar sobre a questão e, à luz dessa perspectiva promover um cuidado diferenciado e efetivo pelos profissionais da saúde que atendem as mulheres nas unidades ambulatoriais durante as consultas de ginecologia e pré-natais nas maternidades e nas grandes emergências. Eles ocupam um lugar estratégico e podem contribuir decisivamente para melhorar o atendimento à mulher vítima de violência sexual.

Apesar da alarmante situação, em muitas das vezes, a violência passa despercebida pelo profissional da saúde, principalmente quando foi cometida por alguém próximo. A mulher dificilmente revela que foi violentada por receio de represálias do companheiro e por não reconhecer na violência os atos agressivos. Ela também tem medo da discriminação dos profissionais da saúde e, às vezes, não acredita que as instituições hospitalares serão capazes de ajudá-las, pois ainda existem mulheres que são vitimizadas pelos profissionais de saúde; o que prejudica a qualidade do atendimento e elimina a credibilidade.

Além disso, o profissional nem sempre identifica a mulher vítima de violência porque pode saber pouco sobre essa temática, pode

não saber abordar esta mulher, ter receio de invadir a privacidade da cliente, ter medo do agressor ou ainda por existir muitos tabus em relação à sexualidade.

Muito embora as dificuldades e os obstáculos sejam grandes, é necessário que os provedores de serviços de saúde saibam acolher esta mulher e atendê-la adequadamente. É preciso que o profissional saiba abordá-la para que ela se sinta “à vontade” e acolhida, para que ela possa contar sua história, confiando integralmente nele.

Como reforço, para a enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, o profissional de saúde pode identificar padrões de cultura e de cuidado por meio da comunicação. E para que isso aconteça é preciso construir um elo permanente de comunicação com as mulheres para que elas contem os seus “segredos” pouco divididos com estes profissionais.¹¹

Vale acrescentar que os profissionais de saúde precisam saber detectar sinais e sintomas de violência, principalmente os casos insidiosos, fazer um exame ginecológico minucioso e estarem preparados para avaliar os riscos envolvidos com a violência sexual, oferecer medidas de proteção e intervenção apropriadas (anticoncepção de emergência, profilaxia para a hepatite B e proteção medicamentosa contra as IST/Aids). Estas são ações fundamentais e que devem ser oferecidas e garantidas nos casos ocorridos 72 horas antes do atendimento.^{4,12}

O atendimento de uma vítima de violência sexual não é apenas um caso ginecológico; é indispensável que a atuação seja multiprofissional e, de acordo com a Norma Técnica, o ideal é que esse tipo de atendimento seja prestado por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.⁴ Dessa forma, uma equipe composta de profissionais distintos e com percepções diferentes proporciona um atendimento eficaz.³

É relevante que os serviços de saúde estejam articulados com outros setores como justiça, segurança pública, educação, cultura, trabalho, assistência social e organizações sociais. Os serviços assim devem estar interligados por meio de um sistema de referência que vai encaminhar a mulher ao local mais adequado. Ali, a cliente deverá, então, receber atendimento de qualidade e capaz de diminuir o seu sofrimento e conseqüências.

Ademais, é necessário garantir a investigação e a consolidação de estatísticas e demais informações pertinentes à violência sexual contra a mulher, visando tanto avaliar a eficácia das medidas adotadas quanto formular e aplicar novas estratégias, caso necessário.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem epidemiológica. Esse tipo de estudo descreve com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, podendo estabelecer relações entre variáveis.¹³

Uma análise quantitativa implica na elaboração de dados que precisam ser processados e analisados de forma estatística e que possam incluir tabelas e gráficos, de modo que possam ser detectados tendências e padrões de relações.¹⁴

Foram analisadas as fichas de primeiro atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. O material foi encaminhado pelas unidades de saúde no período de janeiro a dezembro de 2003 para a Coordenação de Programa de Atenção a Saúde Integral, especificamente a Gerência do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). As fichas são consolidadas em um banco de dados no programa Excel® e atualizado na medida em que as fichas vão chegando à gerência.

O encaminhamento da ficha de primeiro atendimento à gerência é de extrema utilidade, uma vez que esta possui informações valiosas; pois, é por meio dela que se acompanha e avalia os serviços oferecidos à vítima de violência sexual nas unidades de saúde. Além disso, pode-se traçar o perfil da violência sexual no Rio de Janeiro. Mas para que isso aconteça é necessário que as unidades se comprometam a encaminhar todas as fichas.

A ficha contém 36 variáveis. A primeira parte é composta pela identificação da unidade de atendimento, a data e hora do atendimento e dados da paciente, nome, idade, ocupação, residência, situação conjugal, escolaridade e cor. Na 2ª parte constam dados referentes a violência: data, hora, local (residência, rua, outro), agressor (conhecido, desconhecido, múltiplos, parente, grau de parentesco, cor e sexo), tipos de relação entre vítima e agressor (vaginal, oral, anal), traumas físicos. A terceira parte está relacionada com a vítima e a quarta parte contempla o exame físico. A quinta parte está

reservada para as condutas adotadas. E, por último, é registrado o encaminhamento para uma unidade de referência e a solicitação de exames.

Este instrumento foi escolhido porque atende o objetivo do estudo e as variáveis utilizadas foram aquelas situadas na quinta parte deste impresso. A primeira variável é sobre a anticoncepção de emergência, na segunda consta a informação sobre a profilaxia para IST não virais e tipo de medicamento utilizado. A terceira está relacionada a profilaxia da hepatite B, se foi realizada, a vacina e/ou imunoglobulina. A última é a da profilaxia do HIV e qual medicamento foi prescrito.

As variáveis foram submetidas à análise e o programa Excel® foi utilizado na formulação de tabelas, cálculos de taxas e proporções.

Desta forma, foram analisadas 204 fichas de primeiro atendimento às mulheres vítima de violência sexual. Nestas fichas foram analisadas desde adolescentes, a partir de 10 anos até 19 anos conforme preconiza o Ministério da Saúde e mulheres com idade superior a 20 anos, excluindo os homens e as crianças.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), aprovado em 28 de Março de 2006, protocolo de número 003/06.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Com o presente estudo foi possível traçar o perfil das mulheres vítima de violência sexual que foram atendidas pelas Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro no ano de 2003. Identificar o perfil das mulheres vítimas de violência é fundamental para poder atender com qualidade e obter uma abordagem mais assertiva e assim garantir os direitos das vítimas.²

No estudo ficou claro que a violência sexual atinge todas as classes sociais, raças, religiões e culturas. Das 204 fichas, 30% (62) das mulheres são negras ou pardas, 33% (67) são brancas e 37% (75) não colocaram a cor da vítima (dados pela referência do profissional que realizou o atendimento e não auto-referência das mulheres). Em relação à escolaridade 38% (78) estudaram até a 8ª série, 32% (65) foram além da 8ª série e 30% (61) não preencheram este campo. Com relação a idade das vítimas atendidas, 38% (78) são adolescentes, entre 10 e 19 anos; 36% (73) entre 20 e 29 anos; 13% (26) entre 30 e 39

Ayres LFA, Silva LR da, Amorim WM de.

Admission of the health professional in the...

anos; 5% (10) entre 40 e 49 anos; 1% (02) mais de 50 anos, e 7% (15) não informaram a idade.

Em relação ao agressor, 54% (111) relataram ser desconhecido; 32% (65) conheciam; 9% (19) declaram ter sido agredidas por mais de um homem (múltiplos), e 5% (9) não preencheram o campo. Estudo semelhante demonstra que crimes de violência sexual contra mulheres são cometidos por homens desconhecidos¹ e resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo como o de Oliveira e Carvalho que referiram que 58,5% dos agressores eram desconhecidos. No entanto, resultados diferentes foram percebidos em outras pesquisas como de Drezett em que 95,4% são conhecidos.

O resultado contrapõe com algumas literaturas existentes. A Convenção de Belém do Pará, por exemplo, descreve que a maioria das vezes o agressor é o marido ou companheiro que se considera no direito de satisfazer seu próprio desejo sexual mesmo contra a vontade da mulher.⁷

Corroboramos, pois, na maioria das vezes, as mulheres se calam diante da violência sofrida ou então denunciam, mas têm medo de falar que o agressor é o companheiro e alegam ter sido atacada por um desconhecido. Esse tipo de reação é explicado de várias maneiras. É comum a mulher aceitar tal situação passivamente porque sente medo do agressor ou por não acreditar que as leis e políticas públicas punam o agressor e garantam a sua proteção.

A tipificação do agressor conhecido varia conforme os grupos etários; muitas vezes desconhecido na faixa etária que engloba adolescentes e adultos, enquanto que nas crianças tal situação se inverte, aumentando a proximidade entre o agressor e a vítima, podendo ser os pais, padrastos, tios ou irmãos.¹⁵

No que se refere ao tipo de relação, a maioria 50% (102) foi submetida a mais de uma relação de um tipo, ou seja, teve relação vaginal e oral, vaginal e anal, vaginal, oral e anal; 39% (80) vaginal, 3% (7) oral, 1% (2) manipulação dos órgãos genitais, 1% (2) anal e 6% (11) não informaram.

O primeiro cuidado com uma vítima de violência sexual é emergencial e imediato. O ideal é que ocorra dentro das primeiras 72 horas. Dos casos de vítima de violência sexual, 69% (142) foram atendidas antes das 72 horas e 23% (46) após o período adequado. 8% (16) não preencheram o campo. Percebeu-se que umas parcelas das mulheres não procuraram

as unidades de saúde no tempo adequado, prejudicando a eficácia do atendimento e a prevenção da gravidez indesejada e das infecções sexualmente transmissíveis.

Algumas inferências podem tentar explicar tal situação como: muitas mulheres não conhecem os serviços que são oferecidos, demorando a procurá-lo; outras mulheres não procuram prontamente o serviço porque sentem vergonha, medo ou não confiam no serviço oferecido. Por isso, é necessária uma divulgação maciça destas unidades de assistência à mulher e a capacitação dos profissionais para seguir um protocolo de atendimento adequado.¹

Uma das medidas que devem ser adotadas com urgência é a anticoncepção de emergência, que deve ser realizada o mais precoce possível e até 05 dias que sucedem a violência sexual. A primeira escolha, de acordo com a Norma Técnica, é utilizar progestágenos de alta dosagem em duas doses, com intervalo de 12 horas, sendo a primeira dose até 72 horas após o acontecido. Na ausência do levonorgestrel 0,75 mg recomenda-se o “Método de Yuzpe” que consiste na tomada de anticoncepcional oral. O progestágeno apresenta menor índice de falha, menor frequência de efeitos colaterais e não sofre interferência farmacocinética dos ARV (antiretrovirais), fatores fundamentais para promover maior proteção contra a gravidez e garantir maior adesão e eficácia dos ARV. Caso a vítima faça uso de algum método anticoncepcional de grande eficácia (anticoncepcional oral, injetável ou Dispositivo Intra-Uterino), não será necessário realizar a anticoncepção de emergência. A mulher deve ser orientada a retornar imediatamente se ocorrer falha menstrual que pode ser indicativo de gravidez.¹²

Das 204 fichas analisadas, 64% (131) indicaram que a anticoncepção de emergência foi realizada; 34% (69) não tiveram o procedimento e 2% (4) não preencheram o campo, como mostra a tabela I. Vários fatores podem levar o profissional de saúde a não fazer a anticoncepção de emergência. Das 69 (100%) mulheres que não se submeteram à anticoncepção de emergência, 35 (51%) não o fizeram porque buscaram atendimento após as 72 horas de exposição sexual, 09 (13%) mulheres usavam anticoncepcional (oral ou injetável), 03 (4%) já haviam realizado laqueadura tubária, 02 (3%) eram histerectomizadas, 08 (12%) porque o tipo de relação (oral e manipulação dos órgãos genitais) não ofereceu risco, 02 (3%) estavam

grávidas e 10 (14%) por nenhum motivo aparente.

Tabela 1. Distribuição de mulheres VVS de acordo com a anticoncepção de emergência no Município do Rio de Janeiro, 2003 (n=204).

Anticoncepção de emergência	Sim	Não	Ignorado
No de mulheres VVS	131	69	04

Fonte: Fichas de primeiro atendimento encaminhadas para Gerência do Programa da Mulher pelas Unidades de Saúde da SMS/RJ que prestam atendimento à vítima de violência sexual.

A taxa de gravidez por estupro varia entre e 1% e 5%.¹⁵ Diante disso, vale reforçar como é importante disseminar as informações referentes aos serviços oferecidos às mulheres vítimas de violência sexual, pois no estudo identificamos que 35 (51%) não o fizeram porque buscaram atendimento após às 72 horas de exposição sexual.

Cabe ressaltar que alguns provedores de saúde acreditam que a anticoncepção de emergência seja um método abortivo. Ao contrário do que vários estudos científicos demonstram este método atua na inibição ou atraso da ovulação, na disfunção luteolítica, alteração na motilidade tubária, alteração da capacitação de espermatozóides, modificam o muco cervical. Não interferem na implantação de um óvulo fecundado e não interrompe uma gravidez em evolução.¹⁶

Destacamos que se na instituição que esteja prestando os primeiros atendimentos à vítima de abuso sexual, na falta de anticoncepção de emergência, o profissional de saúde deverá encaminhar esta mulher a outras instituições que ofereçam este tipo de serviço. E caso o profissional se recusar a fazer tal procedimento, é considerado negligência e poderá ser punido por uma ação judicial.¹⁷ Diante dessas situações, cabe ao profissional refletir sobre a questão e atentar para as conseqüências éticas e legais, pois é direito da mulher receber um tratamento adequado.

Caso uma vítima fique grávida, ela tem o direito de interromper a gravidez até 20 semanas de idade gestacional e os métodos de interrupção variam de acordo com a idade gestacional. Passado este tempo, ela deve manter a gravidez e, depois do parto, o bebê pode ser encaminhado para a adoção.^{04 12}

Outro procedimento indispensável é a quimioprofilaxia para infecção do HIV e outras ISTs. Estudos recentes têm observado taxas variáveis para umas dessas infecções. No que se referem ao vírus HIV, poucos estudos controlados relatam prevalência o que pode oscilar de 0,8% a 2,7%. No caso das ISTs, estudos têm demonstrado que entre 16 a 58% das vítimas de violência sexual são infectadas por pelo menos uma IST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico.

Entre grávidas a probabilidade de infecção é maior quando comparada com grávidas não expostas a violência sexual.¹² Em outra pesquisa a taxa de infecção por gonorréia pode variar entre 0,8% a 9,6%; de 2% a 40% para o papiloma vírus humano (HPV); de 12% a 50% para vaginose bacteriana; 1,5% a 26% para clamídiase; de 3,1% a 22% para tricomoníase; de até 1,6% para treponema; e de 3% para hepatite B.¹⁸

O procedimento da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV deve necessariamente, ser acompanhado de certos critérios. É necessária uma avaliação da situação quanto ao tipo e grau de risco da agressão. O risco biológico de transmissão deste vírus pode ser influenciado por vários fatores, entre eles os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral); o número de agressores; a suscetibilidade da mulher; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de IST ou úlcera genital prévia; e a carga viral do agressor. Também associa-se ao trauma subjacente na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais freqüentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.¹²

A profilaxia do HIV tem que ser administrada o mais rápido, pois a sua eficácia é maior e dentro do período limite de 72 horas. O prazo de 72 horas não deve ser ultrapassado em nenhuma circunstância, mesmo em situações de múltiplos e elevados fatores de risco e agravo de exposição ao HIV. Os anti-retrovirais devem ser mantidos, sem interrupção, por 4 semanas consecutivas.¹²

O estudo indica que 61% (124) das fichas avaliadas as vítimas foram submetidas à quimioprofilaxia do HIV. Em contrapartida, 23% (47) não receberam o procedimento e 16% (33) não informaram, conforme podemos ver na tabela II. Entre as vítimas de violência sexual, 25% a 50% são infectadas por uma IST, sendo que 80% das vítimas ficam mais apreensivas em relação ao vírus HIV.¹⁸

Tabela 2. Distribuição dos casos de vítima de violência sexual que foi realizado a profilaxia pra o HIV no Município do Rio de Janeiro, 2003 (n=204).

Profilaxia do HIV	Sim	Não	Ignorado
Nº de mulheres VVS	124	47	33

Fonte: Fichas de primeiro atendimento encaminhadas para Gerência do Programa da Mulher pelas Unidades de Saúde da SMS/RJ que prestam atendimento à vítima de violência sexual.

Com relação à prevenção do vírus HIV, em 47 (100%) das mulheres a profilaxia não foi realizada. As justificativas foram as seguintes: em 31 (66%), o atendimento ocorreu após às 72 horas; em 02 (4%) o tipo de relação (manipulação dos órgãos genitais) e em 14 (30%) a motivação não foi explicitada.

Outra conduta é a profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis de natureza não viral. O protocolo da Norma Técnica visa as doenças mais prevalentes e que causam maiores danos à saúde como o cancro mole, clamidiose, gonorréia, sífilis, tricomoniase. As drogas adotadas para cada afecção variam de acordo com a idade, peso, gravidez ou não e hipersensibilidade. O esquema de primeira escolha é penicilina (IM) + azitromicina (VO) + ofloxacina (VO) + metronidazol (VO).^{4 12}

No estudo, 85% (174) das mulheres pesquisadas foram submetidas ao procedimento, 13% (26) não, e 2% (4) não informaram, conforme demonstra a tabela III. Sabe-se que, na maioria das vezes, não existe indicação contrária à realização da quimioprofilaxia da IST. A não ser no caso da vítima que procurou atendimento muito tempo depois da agressão e não apresentou nenhuma sintomatologia. Este último grupo representou uma parcela de 09 (35%) das 26 (100%) mulheres nas quais o procedimento não foi realizado. Das restantes, 02 (8%) não fizeram por causa do tipo de relação (manipulação dos órgãos genitais) e 15 (57%) sem nenhum motivo mencionado.

Tabela 3. Distribuição dos casos de vítima de violência sexual de acordo com a profilaxia para IST no Município do Rio de Janeiro, 2003 (n=204).

Profilaxia do IST	Sim	Não	Ignorado
Nº de mulheres VVS	174	26	04

Fonte: Fichas de primeiro atendimento encaminhadas para Gerência do Programa da Mulher pelas Unidades de Saúde da SMS/RJ que prestam atendimento à vítima de violência sexual.

A imunoprofilaxia para hepatite B é a vacina contra a hepatite B e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), sendo esta última utilizada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomenda o uso nas primeiras 48 horas. Ela é aplicada em pessoas que não têm o esquema vacinal completo, ou seja, as três doses e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Este procedimento é feito em pessoas não imunizadas ou que desconhecem

seu *status* vacinal.¹² Das 204 fichas analisadas, 77% (158) realizaram o procedimento, 15% (30) não. Deste último grupo, apenas 05 (17%) mulheres eram imunizadas; 25 (83%) sem motivo explicitado e 8% (16) não preencheram o campo, como demonstra a tabela IV. É evidente que o profissional de saúde não se preocupou se a mulher era ou não vacinada. Apenas em 17% dos casos houve indicação de que a vítima era vacinada.

Tabela 4. Distribuição dos casos de vítima de violência sexual que receberam a profilaxia para hepatite B no Município do Rio de Janeiro/2003 (n=204)

Profilaxia Hepatite B	Sim	Não	Ignorado
Nº de mulheres VVS	158	30	16

Fonte: Fichas de primeiro atendimento encaminhadas para Gerência do Programa da Mulher pelas Unidades de Saúde da SMS/RJ que prestam atendimento à vítima de violência sexual.

No que se refere a IGHAHB, em apenas 29% (60) o procedimento foi realizado, 22% (44) não e 44% (100) não preencheram o campo.

Além de todos os procedimentos aqui descritos o material do conteúdo vaginal, anal ou oral deve ser coletado por meio de swab ou similar, sendo acondicionado em local adequado e à disposição do Poder Judiciário. Esse procedimento deve ser adotado, pois são provas médico-legais, de modo que, cerca de 95% dos agressores não são condenados por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela Justiça.¹²

Com relação à notificação e o preenchimento correto da Ficha de primeiro atendimento à vítima de violência sexual, é necessário enfatizar que existe uma sub-notificação, o que dificulta a análise dos dados de investigação. A Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, define a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. É preciso sensibilizar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros. Com a ficha de notificação corretamente

preenchida proporciona o melhor desenvolvimento de pesquisas sobre esta temática.¹

CONCLUSÃO

Apesar da violência ter estado sempre presente na história da humanidade, ela não é parte inevitável da condição humana. Seres humanos aprendem a conviver com a violência desde muito cedo. Diversos programas de prevenção têm demonstrado resultados positivos na redução da violência, mas é necessário uma articulação institucional, intersetorial e principalmente interdisciplinar.

Foi observado no estudo que 14% (10) das 69 vítimas de violência sexual pesquisadas não foi realizada a anticoncepção de emergência por nenhum motivo aparente, e 30% (14) das 47 mulheres deixaram de receber a quimioprofilaxia do HIV sem nenhuma justificativa. Cabe destacar que nos instrumentos de dados investigados não há justificativa em relação a não prestação de cuidados preventivos relacionados às ISTs, a 57% (15) das 26 mulheres, assim como 83% (25) das 30 vítimas não receberam a vacina contra hepatite B.

O comprometimento na vida destas mulheres pode atingir grandes proporções, com repercussões de ordem psicológica, física, social. Alguns passos precisam ser dados para reverter essa situação: continuar oferecendo cursos de capacitação para os profissionais da saúde que atendem as mulheres vítimas de violência sexual e conscientizar os profissionais sobre a importância do encaminhamento das fichas e o seu preenchimento correto. Só assim será possível acompanhar e avaliar os serviços oferecidos a uma vítima de violência sexual.

Deve ser feita também uma divulgação maior das unidades de saúde que atendem mulheres vítima de violência sexual, de maneira que ela procure o serviço o mais rápido possível e reduza as consequências da agressão sobre a sua saúde. Evitando assim a mesma situação das 46 (23%) mulheres que não procuraram o serviço no período adequado.

É fato que toda a rede municipal de saúde é responsável pelo adequado acolhimento e pelo cumprimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Mas a sociedade também tem um papel fundamental no tocante à violência sexual, seja denunciando episódios desta natureza ou apoiando as iniciativas voltadas para a proteção da mulher e da família.

Ademais, é fundamental que a temática da violência contra a mulher, inclusive a violência sexual, seja incluída nos currículos de graduação. Dessa forma, quando o profissional de saúde, recém formado, se deparar com uma mulher agredida, poderá lidar adequadamente com a situação, fazendo o atendimento adequado e os possíveis encaminhamentos. E ainda, os enfermeiros, quando sensibilizados e capacitados, encontram-se em posição estratégica no campo da saúde para identificar as mulheres vítimas de violência sexual.

REFERÊNCIAS

1. Araújo CAA, Faria AL, Prado MV, Soares NA, Miura TS. Violência sexual: caracterização das vítimas atendidas em um hospital de Taubaté, São Paulo. Rev Enferm UFPE Online. 2008;2(3):210-15. [Acesso em: 2009 maio 05] Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/issue/view/9>
2. Faria, AL, Falchi, CF, Costa, DD, Costa, RH, Arruda, H. Perfil sociodemográfico das mulheres vítimas de violência da cidade de Taubaté, São Paulo. Rev Enferm UFPE Online. 2009; 3(2):21-28. [Acesso em: 2009 maio 05] Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/issue/view/12>
3. Oliveira, EM. Violência Sexual e saúde. Introdução. Cad. Saúde pública. 2007; 23 (2): 455-458. [Acesso em: 2009 maio 05] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200022
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres e Adolescente: Norma Técnica. Brasília, 2002.
5. Banco Mundial. Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo na Saúde. Nova Iorque, Oxford: University Press; 1993.
6. Conselho Social e Econômico, Nações Unidas. Relatório do Trabalho de Grupo na Violência contra a Mulher - Viena - Nações Unidas; 1992.
7. AGENDE, 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará/ Agenda Ações em Gênero cidadania e Desenvolvimento. Brasília: AGENDE; 2004.

8. Pompeu F. O direito de tratar a dor. In: *Jornal da Redesaúde*, 22 nov de 2000.
9. Grossi PR. Violência contra a mulher implicações para os profissionais de saúde. In: *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Atos Médicos; 1996.
10. Oliveira J. Código Penal. 28^a ed. São Paulo: Saraiva; 1990.
11. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Normas Técnicas. Brasília; 2005.
13. Gil A. Como elaborar em projeto de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1995.
14. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
15. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. In: *Jornal da Redesaúde* - número 22 - novembro de 2000.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4^a edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
17. Cook RJ, Dickens BM, Fathala MF. Agressão sexual e anticoncepção de emergência In: *saúde reprodutiva e direitos humanos*. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004.
18. Drezett J. Profilaxia pós-infecciosa de mulheres estupradas. Texto adaptado - apresentado para a IV Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças - Rio de Janeiro, abril de 2002.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/08/01

Last received: 2009/09/10

Accepted: 2009/09/11

Publishing: 2009/10/01

Corresponding Address

Lílian Fernandes Arial Ayres

Rua Esteves Junior, 05 - Ap.30

Laranjeiras

CEP: 22231-160 – Rio de Janeiro (RJ), Brazil