

Caderno de
Violência Doméstica e Sexual
Contra a Mulher

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE - CODEPPS

Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher

Coordenação Geral

Área Técnica Cultura de Paz, Saúde e Cidadania - CODEPPS/SMS
Coordenador: Nelson Figueira Júnior

Equipe Técnica

Jonas Melman
Maria Ermínia Celiberti
Mariangela Aoki

Organização

Área Técnica Saúde da Mulher - CODEPPS/SMS
Coordenador: Julio Mayer de Castro Filho

Equipe Técnica

Carlos Eduardo Pereira Vega
Luiz Carlos Pazero
Olga Aparecida Fortuna Caro

FICHA CATALOGRÁFICA

S241mu São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007

108 p.

1. Violência doméstica. 2. Violência sexual. I. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. II. Título.

CDU 616.89-442

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE - CODEPPS

Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher

Elaboração

Julio Mayer de Castro Filho

Área Técnica Saúde da Mulher - CODEPPS/SM

Mariângela Aoki

Área Técnica Cultura de Paz, Saúde e Cidadania - CODEPPS/SMS

Texto adaptado de:

O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica¹ e

Norma Técnica – Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes²

© 2007 - Secretaria Municipal da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Série Cadernos Violência e Saúde

Volume 2 - Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher

Prefeito da Cidade de São Paulo

Gilberto Kassab

Secretário Municipal da Saúde

Januário Montone

Coordenador da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS

Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo

Ficha Técnica

Editoração - Uni-Repro Soluções pra Documentos Ltda.

Reprodução - Uni-Repro Soluções pra Documentos Ltda.

Edição

1ª edição - 2007

Tiragem: 3.000

Endereço

Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde

Rua General Jardim nº 36 - 5º andar

Vila Buarque - São Paulo/SP

CEP: 01223-906

Telefone: (11) 3218-4105

E-mail: saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br

APRESENTAÇÃO

Os problemas relativos à violência vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tendo se tornado uma questão importante para a Saúde Pública em nossa cidade. Diminuir o índice de morbimortalidade causada pelas formas mais frequentes de violência e de acidentes constitui um grande desafio para o setor saúde.

Ao mesmo tempo, a compreensão da complexidade do fenômeno exige uma abordagem intersetorial e interdisciplinar na formulação de políticas públicas integradas de superação da violência e prevenção dos acidentes.

Nesta perspectiva, a gravidade e a abrangência do fenômeno exige que todos participem ativamente deste movimento. Trata-se de envolver a comunidade, estimulando o compromisso e a responsabilidade de todos na preservação dos direitos das pessoas e na construção da cultura de paz na cidade de São Paulo.

Para minimizar o impacto da violência sobre os cidadãos que procuram as unidades de saúde, a Secretaria Municipal da Saúde está implementando a rede de cuidado de atenção integral às pessoas em situação de violência, articulada com outras redes sociais, que possa oferecer uma atenção de qualidade às pessoas em situação de violência em cada região da cidade. Da mesma forma, está implantando um sistema de informação que possibilite a produção do conhecimento das diversas formas de violência e acidentes para se dimensionar o seu impacto na vida das pessoas e nos serviços de saúde. Está realizando ações de prevenção e promoção da saúde que visem garantir direitos, valorizar e respeitar a todas as crianças, os adolescentes, as mulheres e os homens, com a participação da comunidade.

Este caderno faz parte de uma série de outros cadernos para apoiar os profissionais da saúde no atendimento às pessoas em situação de violência, principalmente dos grupos mais vulneráveis à violência doméstica e sexual: criança e adolescente, mulher e idoso.

Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo
Coordenador CODEPPS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I FORMAS DE VIOLÊNCIA	13
CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	17
OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES	19
O COMPROMISSO DO ESTADO	22
MAGNITUDE E CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	24
BARREIRAS PARA A DETECÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	27
QUEM SÃO AS VÍTIMAS E OS AGRESSORES NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA?	29
REPERCUSSÕES NA SAÚDE ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	30
CONVERSANDO COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	32
ACOLHENDO AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ALGUMAS PALAVRAS FINAIS	40
CAPÍTULO III - VIOLÊNCIA SEXUAL	49
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO	49
NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO	53
APOIO PSICOSSOCIAL	58
ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	66
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS	71
HEPATITES VIRAIS	75
INFECÇÃO PELO HIV	79
ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL	86
GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	88
PROCEDIMENTOS DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ	92
COLETA DE MATERIAL	99
ANEXOS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL CONTRA A MULHER

INTRODUÇÃO

A violência de gênero é um problema mundial ligado ao poder, privilégios e controle masculinos. Atinge as mulheres independente de idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social. O efeito é, sobretudo social, pois afeta o bem-estar, a segurança, as possibilidades de educação e desenvolvimento pessoal e auto-estima das mulheres.

A atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica é considerada uma questão de saúde pública e um direito humano das mulheres pela Organização Mundial de Saúde, desde 1993. A mesma OMS, em novembro de 2002, divulgou informe em que considera que o risco de um homem agredir fisicamente a mulher está relacionado, principalmente, com a pobreza, a educação precária, a delinquência e o consumo excessivo de álcool. As mulheres são mais vulneráveis nas sociedades onde há grandes desigualdades entre os sexos.

Mulheres em situação de violência freqüentam com assiduidade os serviços de saúde. Em geral, apresentam "queixas vagas" e muitas vezes os exames não apontam resultados alterados. Por isso, é importante que nos serviços de saúde haja um trabalho multiprofissional, onde qualquer profissional – da auxiliar de limpeza ao médico ou médica – esteja apta/o a ouvir com atenção e respeito os problemas da usuária. Junto a este atendimento, é preciso que se desenvolva a articulação dos serviços de saúde com outros, tais como casas-abrigo, delegacias da mulher e escolas, cabendo ao profissional de saúde diagnosticar, orientar e encaminhar a mulher em situação de violência.

CAPÍTULO I - FORMAS DE VIOLÊNCIA

A mulher pode ser atingida por diversas formas de violência, dentre elas:

Violência física

Ocorre quando uma pessoa, que está com poder em relação à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio de força física ou de algum tipo de arma que pode provocar lesões externa, interna ou ambas.

Violência psicológica

Ocorre quando uma pessoa submete outra a humilhações e ações ou omissões que causam ou visam a causar dano à auto-estima, à identidade e ao desenvolvimento da pessoa.

Violência sexual

É toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade. O abuso sexual é muitas vezes difícil de ser detectado. Atos libidinosos, atentado ao pudor, sedução, entre outros, podem não deixar marcas físicas.

- Abuso incestuoso: é o abuso sexual envolvendo pai ou outro parente próximo, que se encontra em uma posição de maior poder em relação à vítima.
- Sexo forçado no casamento: a mulher é constrangida a manter relações sexuais como parte de suas obrigações de esposa.
- Assédio sexual no local de trabalho: atitudes de conotação sexual em que ocorre constrangimento de uma das partes, através do uso do poder de um superior na hierarquia em instituições de ensino e locais de trabalho e onde quer que se estabeleçam relações desiguais de poder.

- Estupro - quando a mulher é obrigada a manter relações sexuais vaginais sob ameaça ou violência.
- Atentado violento ao pudor - quando a mulher é obrigada a manter relação sexual anal, oral ou qualquer outro contato íntimo que não seja relação sexual vaginal ou quando é obrigada a presenciar outras pessoas tendo relações sexuais.

Violência institucional

Fruto das desigualdades predominantes em uma determinada sociedade, esse tipo de violência se incorpora à cultura hegemônica em instituições como os serviços públicos, a mídia e as empresas privadas.

No Brasil não são raras as denúncias da falência do sistema penitenciário e suas repercussões junto às mulheres encarceradas, sendo difícil o acesso a fontes de informação sobre o tema. A violência contra mulheres presas não é um fenômeno local. Violações nos presídios americanos foram denunciadas pela Anistia Internacional, que reportou casos de estupros e outros tipos de abuso sexual, restrições cruéis e degradantes às mulheres presas que estão grávidas ou seriamente doentes, acesso inadequado às necessidades básicas para se manterem física e mentalmente saudáveis, confinamento e isolamento por períodos muito prolongados em condições que reduzem os estímulos sensoriais.

Violência nos serviços de saúde

Muitas mulheres que se dirigem aos serviços de saúde enfrentam um atendimento marcado pela violência. Não são raros os relatos de casos de curetagem sem anestesia, quando em situação de aborto; tratamento preconceituoso, negligência e maus-tratos nas situações de aborto provocado; falta de esclarecimentos e orientações adequadas; exames ginecológicos feitos com pouco cuidado; falta de privacidade quando examinadas; abuso sexual por parte dos profissionais e tratamento preconceituoso em casos de violência sexual.

Pesquisa em Brasília, sobre aborto legal, constatou que o atendimento prestado pelo Instituto Médico Legal do Distrito Federal - IML/DF, às mulheres vítimas de estupro restringe-se aos aspectos criminalísticos. O estudo revela que ao procurar as instituições de assistência, essas mulheres têm expectativa de um atendimento à saúde digno, humano e eficaz, porém esbarram em problemas como: falta de profissionais especialmente treinados para atendê-las; desinformação e desarticulação entre o IML e os serviços de saúde; equívocos sobre os conceitos de imparcialidade e humanização do atendimento. Todas as entrevistadas receberam encaminhamento, mas poucas foram orientadas em relação ao direito ao aborto legal ou à realização de exames e prevenção/profilaxia de DST/AIDS

Apenas uma em cada dez mulheres em situação de violência que procuram atendimento médico é oficialmente reconhecida pelos profissionais de saúde como mulher espancada. Na maioria dos casos, o espancamento é negado ou é diminuída sua importância. As respostas médicas às mulheres espancadas tendem a se limitar ao tratamento das lesões físicas causadas pelo espancamento e, em muitos casos, a culpar a vítima pela violência.

CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência doméstica é um tema que vem sendo a cada dia mais abordado como uma questão de saúde. Entretanto muitos profissionais desta área têm sérias dúvidas sobre a oportunidade de se trabalhar um problema desta natureza em uma rede de serviços de saúde, geralmente pública, para a qual são referidas a maioria das propostas, e bastante sobrecarregada.

Realmente, os profissionais têm muito pouco conhecimento acerca do que fazer nestes casos, já que a sua formação raramente inclui algum conhecimento técnico específico sobre o tema.

Intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica, policial, psicossocial, mas é também da área de saúde, pois há sofrimentos e adoecimentos que acometem as vítimas de violência, alterando sua saúde.

Além disso, em razão do papel feminino, ainda hoje quase que exclusivo, na educação e cuidado das crianças e dos idosos no âmbito doméstico, a mulher ocupa posição também central para lidar com a saúde deles e mulheres vítimas de violência tendem a ser, como mostra a literatura, mais negligentes no cuidado de si e dos demais sob sua responsabilidade.

Há diversas propostas em andamento, no plano internacional e no Brasil, para estabelecer protocolos de atenção específica para violência contra a mulher e/ou intrafamiliar, já que esta forma de violência é uma situação muito freqüente e tem importantes repercussões para os direitos humanos e o processo de saúde adoecimento das pessoas. Existem várias ações simples que os profissionais podem tomar para apoiar os direitos humanos das pessoas e colocar-se contra a violência.

A violência doméstica é uma triste realidade que atinge homens, mulheres e crianças, e que necessita uma abordagem global. Teremos como foco neste capítulo as mulheres que sofrem violência doméstica. Esta é a forma mais freqüente de violência sofrida pelas mulheres, ao contrário dos homens, cuja principal forma é aquela cometida no espaço público por conhecidos ou estranhos. As mulheres são também as principais usuárias de serviços de saúde, especialmente aqueles de atenção primária.

Estaremos, portanto, tratando aqui apenas de uma parte do problema violência doméstica (a que diz respeito às mulheres) e uma parte da violência contra as mulheres (a doméstica).

Atender a essas mulheres que sofrem violência é zelar pelos Direitos Humanos e valorizar, no espaço da Saúde, a realização desses Direitos. Promover os Direitos Humanos é, neste caso, a melhor forma de garantir a saúde e os profissionais de saúde estão em uma posição privilegiada para esta tarefa.

O QUE DEVEM SABER OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA PROMOVER OS DIREITOS E A SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

(Adaptado de Schraiber e D'Oliveira, 2002)

Este capítulo tem a finalidade de:

1. Familiarizar o pessoal de saúde com:
 - Os direitos humanos das mulheres e a violência doméstica como transgressão dos Direitos.
 - A magnitude e as características da violência doméstica contra mulheres no mundo, no Brasil e em São Paulo.
 - O adoecimento associado à violência doméstica e suas repercussões para os serviços de saúde.
 - A importância do setor saúde como espaço apropriado de acolhimento de mulheres em situação de violência.
2. Oferecer alguns critérios básicos para a orientação e aconselhamento de mulheres em situações de violência:
 - Apresentar princípios éticos básicos do trabalho: sigilo, respeito e decisão assistencial compartilhada.

- Descrever alguns exemplos de como ouvir e perguntar sobre violência doméstica.
- Discutir alternativas assistenciais de acolhimento e resposta aos casos detectados, internas aos serviços de saúde de atenção primária.
- Oferecer informações que facilitem a identificação do risco envolvido, a proposição de medidas de segurança e o registro de casos.
- Oferecer sugestão de forma de registro e discutir a vigilância dos casos.
- Informar sobre algumas características básicas da rede intersetorial de serviços com a qual os profissionais de saúde podem integrar-se para prestar uma assistência integral ao problema.
- Discutir a importância da supervisão de dupla natureza: qualidade assistencial prestada e dificuldades psicoemocionais emergentes.
- Discutir a importância da avaliação sistemática da assistência como forma de conhecer suas dificuldades e, via supervisão do trabalho, como educação permanente dos profissionais.

OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

Diversas Conferências Internacionais, ao longo do Século XX, enunciaram e definiram um conjunto de direitos humanos mínimos para todos os habitantes do planeta. A seguir um sumário das Convenções e Cartas ratificadas pelo Brasil:

	Ano de aprovação pela ONU	Ano de ratificação pelo Brasil
Carta das Nações Unidas	1945	1945
Convenção contra o Genocídio	1948	1948
Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos	1966	1992

	Ano de aprovação pela ONU	Ano de ratificação pelo Brasil
Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	1966	1992
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	1965	1968
Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher	1979	1994
Convenção Contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes	1984	1989
Convenção Sobre os Direitos da Criança	1989	1990
Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)	1994	1995

Fonte: Pimentel 1999

Estas convenções são importantes porque estabelecem marcos legais dentro dos quais pode avançar a proteção dos direitos humanos. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, realizada em Belém do Pará, tem importância especial porque tem força de lei interna na Constituição Federal vigente (Barsted, Hermann, 1999). A seguir, listamos a definição de violência desta Conferência, os direitos protegidos por ela e algumas das ações que os Estados signatários se propõem a cumprir:

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher

Violência contra a mulher está definida nesta Conferência como:

"qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado".

Entende-se que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:

- a) que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outras, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
- b) que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho".

Os direitos protegidos

"Toda mulher tem direito ao reconhecimento, gozo, exercício e proteção de todos os direitos humanos e às liberdades consagradas pelos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Esses direitos compreendem, entre outros":

- a) o direito a que se respeite sua vida;
- b) o direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral;
- c) o direito à liberdade e segurança pessoais;
- d) o direito de não ser submetida a torturas;
- e) o direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e que se proteja sua família;

- f) o direito à igualdade de proteção perante a lei e da lei;
- g) o direito a um recurso simples e rápido diante dos tribunais competentes, que a ampare contra atos que violem seus direitos;
- h) o direito à liberdade de associação;
- i) o direito à liberdade de professar a religião e as próprias crenças, de acordo com a lei;
- j) o direito de ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar dos assuntos públicos, incluindo a tomada de decisões."".

Artigo 5º - Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção destes direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados parte reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos.

Artigo 6º - O direito de toda a mulher a uma vida livre de violência inclui, entre outros:

- a) o direito da mulher de ser livre de toda a forma de discriminação, e
- b) o direito de a mulher ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamentos e práticas sociais e culturais baseadas em conceitos de inferioridade ou subordinação.

O COMPROMISSO DO ESTADO

Os Estados signatários se comprometem a proteger e garantir estes direitos e agir efetivamente contra a violência contra a mulher. Destacamos a seguir os itens relacionados à assistência:

- aplicar os serviços especializados apropriados para o atendimento necessário à mulher objeto de violência, por meio de entidades dos setores público e privado, inclusive abrigos, serviços de orientação para toda a família, quando for o caso, e cuidado e custódia dos menores afetados;

- oferecer à mulher, objeto de violência, acesso a programas eficazes de reabilitação e capacitação que lhe permitam participar plenamente da vida pública, privada e social;
- garantir a investigação e recompilação de estatísticas e demais informações pertinentes sobre as causas, conseqüências e freqüência da violência contra a mulher, com o objetivo de avaliar a eficácia das medidas para prevenir, punir e eliminar a violência contra a mulher e de formular e aplicar as mudanças que sejam necessárias.

No caso de não cumprimento deste dever, qualquer pessoa, grupo de pessoas ou organização da sociedade civil pode apresentar petição com denúncia ou queixa à Comissão Interparlamentar de Direitos Humanos. Portanto, é dever do Estado Brasileiro assistir as mulheres vítimas de violência e garantir o livre exercício de seus direitos humanos. E existem instrumentos legais para nos organizarmos para que isto se torne realidade, e não apenas palavras no papel. Agora depende também de nós, profissionais de saúde, cumprirmos nossa função.

A MAGNITUDE E AS CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES NO BRASIL E EM SÃO PAULO

O que é violência doméstica contra a mulher?

É a forma mais freqüente de violência sofrida pelas mulheres. São atos e comportamentos dirigidos contra a mulher que correspondem a agressões físicas ou sua ameaça, maus tratos psicológicos e abusos ou assédios sexuais, e desrespeito aos seus direitos na esfera da vida reprodutiva ou da cidadania social. Consistem em agressão verbal, física e psicológica cometidas por um membro da família ou pessoa que habite ou tenha habitado o mesmo domicílio.

As mulheres podem estar envolvidas nas situações de violência doméstica como agredidas ou como agressora. Algumas são o mesmo a um só tempo envolvidas em ambas as situações, quando, por exemplo, sofrem violência do marido e batem nas crianças. Trataremos aqui da abordagem das mulheres no sentido de apoiar sua emancipação e conseqüente superação das situações de violência.

A seguir, discriminamos os atos que podem ser considerados violência física, sexual e psicológica:

Violência física:

- Tapas
- Empurrões
- Chutes
- Bofetadas
- Puxões de cabelo
- Beliscões
- Mordidas
- Queimaduras
- Tentativa de asfixia
- Ameaça com faca
- Tentativas de homicídios

Violência psicológica:

- Humilhações
- Ameaças de agressão
- Privação da liberdade
- Impedimento ao trabalho ou estudo
- Danos propositais a objetos queridos
- Danos a animais de estimação
- Danos ou ameaças a pessoas queridas
- Impedimento de contato com a família e amigos

Violência sexual:

- Expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa
- Toques e carícias não desejados
- Exibicionismo e voyerismo
- Prostituição forçada
- Participação forçada em pornografia

Frequência da violência doméstica contra a mulher

Uma parcela considerável da população feminina já sofreu agressão física ou sexual por um parceiro íntimo na vida, como se podem ver nos dados a seguir. O Brasil ocupa uma posição semelhante à de grandes cidades do mundo desenvolvido, o que não é motivo de orgulho, já que as taxas são ainda bastante altas.

Frequência de violência física e sexual cometida por parceiros sexuais contra as mulheres

Ano	País - Cidade	Amostra	Idade	Violência Física vida	Violência Sexual na vida
1991/92	Canadá -Toronto ¹	420	18-64 anos	27,0%	15,2%
1995	Nicarágua - León ²	360	15-49 anos	52,0%	21,7%
1993	Reino Unido - Norte de Londres ¹	430	16 anos	30,0%	23,0%
2000/01	Brasil - São Paulo ²	940	15-49 anos	25,8%	9,6%
2000/01	Brasil - Zona da Mata PE ²	1188	15-49 anos	32,0%	14,5%

¹entrevistas com todas as mulheres

²entrevistas com mulheres que tiveram companheiros pelo menos uma vez na vida

Fonte: Heise et al, 1999, Schraiber et al, 2002a

Prevalência da violência doméstica nos serviços de saúde

Nos serviços de saúde os números são ainda maiores, já que mulheres em situação de violência tendem a usar os serviços com maior frequência. Podemos imaginar, portanto, que uma parte considerável de nossas pacientes (de um quarto a metade) podem sofrer ou ter sofrido violência física ou sexual pelo parceiro na vida.

Visibilidade/invisibilidade da violência doméstica

Apesar da alta magnitude, é raro a violência tornar-se visível. Quando mulheres que estão sofrendo violência procuram os serviços de saúde, dificilmente revelam espontaneamente esta situação. Mesmo quando perguntamos, corremos o risco de não ser revelado este sofrimento. Isso ocorre porque é bastante difícil a mulher falar sobre a violência, bem como não tem sido experiência das mulheres o crédito e o acolhimento diante dessa revelação.

Também devemos lembrar que a palavra violência pode não corresponder à experiência vivida por algumas mulheres, que não reconhecem os atos agressivos cometidos pelo marido como violência, mas sim como "ignorância", "estupidez" e outros termos parecidos. Assim sendo, seja por dificuldades das mulheres, seja porque não podem ainda confiar nos serviços de saúde, as mulheres geralmente não contam que vivem em situação de violência.

BARREIRAS PARA A DETECÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

(traduzido e adaptado de Ellsberg, 1998)

Por que a mulher não conta o que está acontecendo?

Existem diversas explicações pelas quais uma mulher não conta os episódios de violência. Eis alguns exemplos:

- Ela sente-se envergonhada ou humilhada.
- Ela sente-se culpada pela violência.
- Tem medo de ser culpada pela violência.
- Teme pela sua segurança pessoal e pela segurança de seus filhos e filhas.
- Teve más experiências no passado quando contou sua situação.
- Sente que não tem controle sobre o que acontece na sua vida.
- Espera que o agressor mude como ele prometeu.
- Crê que suas lesões e problemas não são importantes.
- Quer proteger seu companheiro por razões de dependência econômica ou afetiva.
- Tem medo de perder seus filhos e filhas.
- O agressor a acompanha ao serviço e não a deixa só com os profissionais.

Por que o pessoal de saúde não pergunta?

Muitas vezes o problema é que o pessoal de saúde tem pouco conhecimento sobre a violência doméstica, ou dá pouca importância ao tema. Muitas crenças e mitos ainda persistem e dificultam falar de violência com as usuárias, como acreditar que:

- As mulheres merecem ou pedem o abuso, e que gostam de ser agredidas, senão não ficariam com o agressor.

- Acreditam que a violência doméstica é um problema social ou legal, mas não um problema de saúde pública.
- Não saberiam o que fazer se uma mulher lhes contasse sobre suas experiências de violência e por isto tem medo de perguntar.
- A violência é um problema pessoal e privado, e os profissionais não têm o direito de intrometer-se neste tipo de assunto.
- As mulheres podem sentir-se ofendidas se perguntarem diretamente sobre violência.
- A violência doméstica não acontece entre mulheres profissionais ou famílias com maior poder aquisitivo.
- A pressão para atender muitas pessoas por turno não lhes permite mencionar a violência.
- Os próprios profissionais sofrem / sofreram ou cometem / cometeram violência doméstica, ou conhecem casos com seus familiares e esta proximidade dificulta a ação.
- Podem conhecer pessoalmente o agressor ou membros de sua família e assim sentirem-se constrangidos em abordar o tema.
- Têm medo de represálias por parte do agressor.

QUEM SÃO AS VÍTIMAS E OS AGRESSORES NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA?

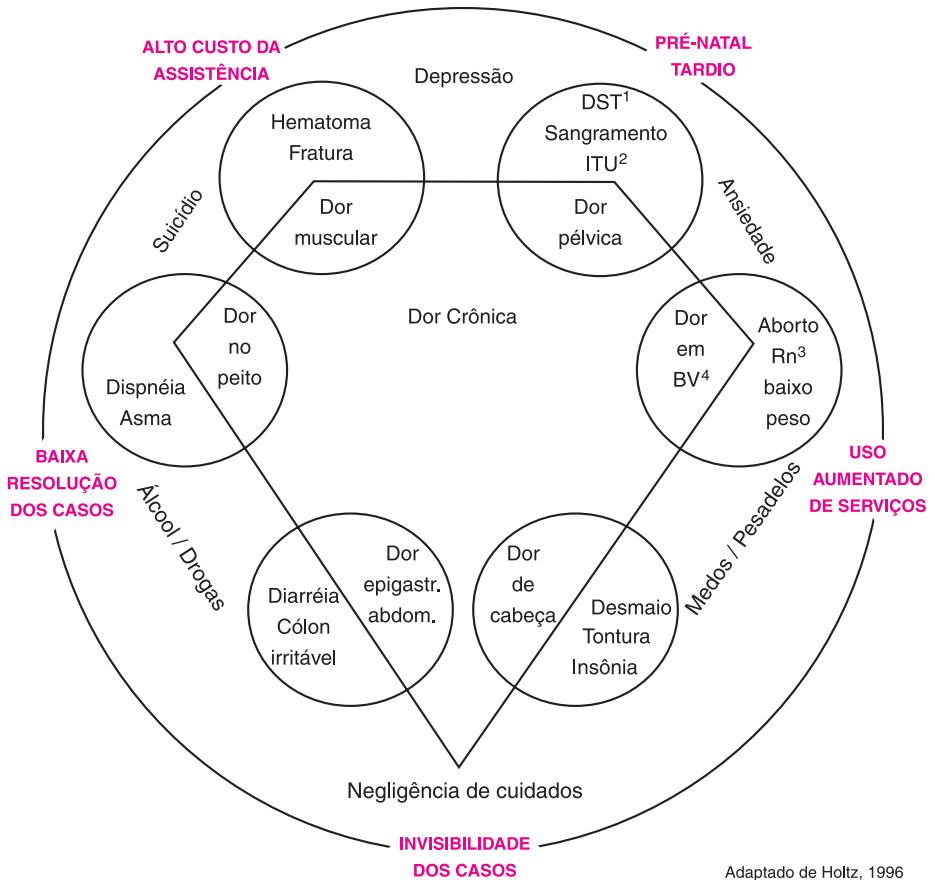
Os agressores podem ser os parceiros, ex-parceiros, tios, filhos, ou qualquer parente. Apesar dos parceiros serem os agressores mais comuns, não são os únicos. Mulheres também podem agredir mulheres, e muitas vezes o fazem. Depois do parceiro, familiares do sexo feminino foram as maiores agressoras de mulheres de 15 a 49 anos em estudo recente na cidade de São Paulo e na zona da mata de Pernambuco (Schraiber et al, 2002a), secundadas por pai e depois outros parentes do sexo masculino.

Depois de muitos estudos com homens e mulheres em situação de violência doméstica, sabe-se que o único fator que consistentemente aumenta o risco da violência é o fato de a pessoa haver sido testemunha de violência doméstica na infância. Apesar do álcool e a pobreza poderem favorecer a violência, não são considerados causas diretas do problema.

Portanto, o que se sabe até hoje sobre o problema permite deduzir que:

- a violência doméstica é extremamente freqüente mas raramente enunciada;
- a violência doméstica pode afetar a qualquer um e promover os direitos das mulheres é também preveni-la, por buscar reduzir a exposição das crianças, diminuindo seu risco, no futuro, de envolvimento nestas relações;
- qualquer pessoa no serviço, seja ela profissional, usuária ou usuário, pode ter passado ou estar passando por eventos desta natureza e não há critérios simples ou aparentes para identificá-los.

REPERCUSSÕES NA SAÚDE ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES



1. Doenças sexualmente transmissíveis.
2. Infecção do trato urinário.
3. Recém-nascido.
4. Baixo ventre.

As situações de violência doméstica e sexual repercutem nos serviços de saúde de forma paradoxal. Ao mesmo tempo em que há um uso aumentado dos serviços, esta assistência tem um baixo poder resolutivo e as mulheres em situação de violência doméstica e sexual avaliam pior sua saúde e tem mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações.

Portanto, com uso repetitivo e ineficaz dos serviços, a assistência torna-se de alto custo.

Isto se dá, a nosso ver, por diversos motivos:

- A situação de violência leva a um sofrimento crônico que parece debilitar as possibilidades de a mulher de cuidar de si mesma e dos outros. A negligência de cuidados é reconhecida nos estudos, através da medida de comportamentos e uso de serviços, mostrando que estas mulheres são mais propensas a: abuso de álcool, tabaco e drogas, possibilidade de sexo inseguro, entrada tardia no pré-natal, e pior adesão ao exame de prevenção de câncer cérvico-uterino (Schraiber et al, 2002a);
- A situação de violência afeta a possibilidade de a mulher combinar as decisões reprodutivas com seu parceiro, impondo a opinião de apenas um, levando a um maior número de complicações sexuais e reprodutivas;
- Os agravos físicos que são percebidos como necessitando atendimento médico ou de enfermagem acabam por não procurar atenção em uma parcela dos casos e, entre os que procuram, apenas uma parte relata o acontecido aos profissionais;
- A invisibilidade, do lado do serviço, só piora a situação. Estas mulheres acabam por ser rotuladas como poliqueixosas, somatizadoras, portadoras de distúrbios neuro-vegetativos, etc. Os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional, se não forem abordados de forma integrada, resultam em casos de difícil solução, mesmo quando se trata de patologias mais simples e bem conhecidas. Esses casos estão sujeitos a iatrogenias e tornam-se frustrantes para os profissionais.

A abordagem do problema violência doméstica e sexual nos serviços, no entanto, requer uma técnica específica de conversa e um bom conhecimento

das referências existentes (jurídico, policial, serviço social, psicologia, ONGs, organizações religiosas, esportivas, culturais) para que o profissional possa apoiar a mulher a tomar a decisão sobre a melhor alternativa no seu caso. É o que tentaremos detalhar a seguir. Os princípios abordados aqui são úteis a qualquer profissional para uma abordagem inicial do assunto. Mas dependem de um conhecimento da rede local de apoio e de uma decisão institucional para abordar o tema, com fluxos e instrumentos de registro pré-definidos.

Não será discutido aqui o conteúdo das atividades especializadas, mas tão somente o conteúdo de uma primeira abordagem do tema e referenciamento.

CONVERSANDO COM MULHERES VIVENDO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA - A DETECÇÃO DOS CASOS

Revelando o problema

Para que relatos das situações de violência possam emergir, algumas condições institucionais são importantes. A falta destas condições não significa que não há nada a fazer, pelo contrário: a construção destas condições institucionais é em si um trabalho contra a violência e a favor de uma melhor qualidade de serviços de saúde.

- O serviço tenha uma cultura institucional de respeito aos usuários, propiciando aos profissionais tempo e condições de escutar a mulher e estabelecer um diálogo com ela;
- Existam indicações claras no serviço de que este é um lugar aberto e preocupado com estas questões (cartazes, folders, bottons, recepção informada sobre o problema podem ajudar nisto);
- Existam espaços grupais, educativos, e atenção a dimensões psicossociais nos atendimentos, onde a emergência de temas como esses podem ser facilitadas;
- Exista compromisso institucional, especialmente da gerência, em implantar o trabalho com o tema;

- Os profissionais conheçam a relação da violência com a saúde, saibam detectar o problema e tenham alternativas assistenciais disponíveis para oferecer às mulheres;
- As pessoas sejam acolhidas e respeitadas quando têm vergonha do problema;
- As pessoas saibam que os profissionais do serviço se importam com situações deste tipo, podem oferecer recursos e não desvalorizando o seu relato ou farão julgamentos sobre suas escolhas e situação de vida;
- A privacidade e a confidencialidade sejam garantidas.
- Exista informação sobre a rede intersetorial (serviços jurídicos, policiais, de orientação psicológica e social) que aborda o problema na região.

LEMBRE-SE:

O conhecimento de serviços voltados especificamente para o problema em sua região, como Delegacias de Defesa da Mulher, psicólogos, advogados, ONGs e outros, o respeito às escolhas das mulheres e o compromisso institucional são fundamentais para o trabalho com esta questão pelos profissionais de saúde. Não inicie o trabalho sem estas condições. Se elas não existem em sua instituição, a primeira tarefa é construí-las.

Alguns exemplos de como ouvir e perguntar sobre violência doméstica contra mulheres

Para que possamos identificar as mulheres em situação de violência existem diversas propostas:

a) Acolhendo o relato espontâneo

Não apenas mulheres com o corpo cheio de hematomas podem nos lembrar situações de violência. Existem falas não tão claras que podem significar um pedido de ajuda e devem chamar nossa atenção, como relatos de:

- Ataques a entes queridos, objetos pessoais, ou a animais de estimação;

- Restrição de liberdades individuais (impedimento de trabalhar fora; estudar; ou sair de casa, mesmo para visitas a familiares);
- Práticas que resultam em restrições de liberdades, como não disponibilizar dinheiro; ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas;
- Humilhação (maus tratos, desqualificações públicas ou privadas) xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares;
- Discussões e brigas verbais freqüentes;
- Ameaças de agressão; ameaças com armas ou instrumentos de agressão física;
- Relações sexuais forçadas;
- Submissão a práticas sexuais indesejadas;
- Agressão física de qualquer espécie.

Estes relatos são mais comuns em alguns espaços da rede assistencial, menos presentes em outros. Ainda assim são relativamente restritos em comparação com o universo de casos existentes, de acordo com a literatura. Muitas pessoas têm vergonha ou medo de abordar o problema, ou não acreditam que poderão encontrar alguma resposta sobre o assunto em serviços de saúde. Mas isto não significa que não podemos ajudá-las, ao contrário, podemos abrir canais de comunicação que facilitem este relato e seu acolhimento.

b) Perguntando quando há suspeitas:

A melhor estratégia para lidar com esta recusa é a pergunta direta, que facilita as pessoas que querem discutir o problema a iniciar a abordagem do assunto. A disponibilidade do profissional para ouvir os problemas da pessoa em atendimento e sua preocupação com as raízes de seu sofrimento também são importantes para a detecção do problema.

Perguntando indiretamente

Sabe-se que mulheres que apresentam estas queixas muitas vezes têm problemas em casa. Por isto temos abordado este assunto no serviço através de qualquer destas perguntas.

- *Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?*
- *Você está com problemas no relacionamento familiar?*
- *Você se sente humilhada ou agredida?*
- *Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?*
- *Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?*
- *Quando vocês discutem, ele fica agressivo?*

Perguntando diretamente

- Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde.

Isto aconteceu alguma vez com você?

ou

- Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas.

Isto aconteceu com você?

ou

- Alguém lhe bate?

ou

- Você já foi forçada a ter relações com alguém?

Suspeitando do problema

Alguns sintomas mostram-se consistentemente associados com violência contra a mulher, e podem servir de critério para selecionar para quem perguntar.

São eles:

- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- Companheiro muito controlador; reage quando separado da mulher;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Dor pélvica crônica;
- Síndrome do intestino irritável;
- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão;
- Ansiedade;
- História de tentativa de suicídio;
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada

Quando houver algum destes sintomas, deve-se suspeitar do problema e introduzir ativamente o assunto. As perguntas acima podem ser feitas também a outras pessoas que por um motivo ou outro nos pareçam poder estar ou ter estado em situação de violência, já que o problema é freqüente e o conjunto de sintomas aqui colocado não é definitivo. Quando há a suspeita, diversos estudos sustentam que a pergunta, direta ou indireta, é a melhor estratégia. Se a pessoa não estiver nesta situação, ela responderá com tranqüilidade e perceberá a importância da pergunta para o coletivo de mulheres, desde que suficientemente esclarecida. Se a mulher negar e você estiver convencido de que não é verdade, respeite! É bom que ela saiba que estamos dispostos a ajudá-la.

LEMBRE-SE:

A queixa mais apresentada pelas mulheres que sofrem violência é a dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa.

É a dor que não tem nome ou lugar!

c) Perguntando para todas as mulheres em locais selecionados:

Serviços - sentinela

É possível realizar a pergunta de rotina para o universo de uma parcela específica da clientela onde se avalie ser o melhor custo/benefício, como, por exemplo, clínicas pré-natal ou serviços de saúde mental.

d) Screening de rotina:

Significa perguntar de rotina diretamente a todas as usuárias sobre o problema.

Sem dúvida é o método com maior poder de detecção de casos em termos de vigilância epidemiológica, mas tem seus custos e riscos. É difícil fazer os profissionais aderirem a regras deste tipo, e esta estratégia demanda constante e rigorosa supervisão e avaliação. Além disto, profissionais desmotivados podem fazer a regra cair em desuso e descaso, ou sentir-se obrigados a uma prática para a qual não se sentem preparados e acabar por causar dano à mulher, fazendo julgamentos desnecessários ou violando a confidencialidade, por exemplo. Só profissionais devidamente motivados devem participar destas atividades.

LEMBRE-SE:

Escutar é tão importante quanto perguntar diretamente.

Uma atitude de respeito, interesse e não-julgamento e a manutenção explícita do sigilo são fundamentais. É necessário também respeitar o tempo do usuário (e o nosso, profissionais com pouco tempo) para revelar o problema e oferecer as orientações cabíveis

Mapeando serviços complementares à Saúde na região: operando em rede intersetorial

É fato que muitos serviços, até mesmo do setor Saúde, podem estar já atuando no acolhimento a mulheres ou crianças ou idosos em situação de violência. Outros serviços podem estar trabalhando com atenção a homens que são agressores, ou homens que gostariam de evitar também a violência.

Outros serviços, ainda, podem ser de advogados, delegacias de defesa da mulher, ou delegacias comuns, ONGs feministas ou serviços de clínicas psicológicas, assim como serviços que oferecem assistência a dependentes de álcool e drogas. É relevante conhecê-los e ter um cadastro atualizado dos mesmos, para encaminhar casos e trocar experiências.

Acolhimento e resposta: alternativas assistenciais aos casos detectados no serviço de saúde

Existem diversas formas institucionais de organizar a resposta ao problema.

Algumas ações devem ser realizadas imediatamente. Outras podem acontecer em uma seqüência de encaminhamentos a serem definidos com a mulher. Oferecemos a seguir um esquema mínimo de trabalho a ser realizado no ato da detecção e a seguir uma seqüência possível no serviço, no setor saúde e em outras áreas da assistência.

Se houver detecção de conflito importante com sofrimento associado, deverá ser realizada a orientação e informação básica para que a mulher possa conhecer as alternativas assistenciais disponíveis para seu caso. Isto pode ser feito no momento da detecção pelo mesmo profissional, por outro profissional dedicado a este fim ou em outro momento em atividade específica para esta orientação. Se houver um profissional específico para esta tarefa, pode-se oferecer a atividade da seguinte forma:

Sabemos que problemas como o seu são freqüentes e afetam a saúde das pessoas e por isso estamos oferecendo uma atividade de orientação na qual você poderá falar com um profissional de saúde sobre estas questões e ter orientação sobre os serviços especializados no assunto que existem na cidade.

Você está interessada em participar?

Deve-se reassegurar à mulher que haverá sigilo em seu atendimento. Deve-se declarar que ninguém merece sofrer violência, que existem diversos caminhos para a saída de situações deste tipo e que estamos dispostos a auxiliá-la.

Deve-se também avaliar risco iminente (perguntando se ela tem medo de voltar para casa e avaliando se há menores envolvidos). Em caso positivo, contatar alguma referência no momento, dentro ou fora do serviço.

LEMBRE-SE:

Se a mulher sofreu violência sexual nas últimas 72 horas deve ser encaminhada imediatamente para um serviço especializado em atendimento de violência sexual para profilaxia de DST e gravidez indesejada.

A seguir apresentamos o conteúdo mínimo de uma primeira orientação para os casos de violência doméstica ou sexual para mulheres. Esta abordagem pode ser breve, resolutiva e vantajosa para a melhor condução do caso. Pode ser realizada no momento da detecção do caso ou agendada. Pode ser realizada por qualquer profissional de saúde treinado e visa a uma primeira orientação e acolhimento para as mulheres, podendo se valer de encaminhamentos a serviços mais especializados.

ACOLHENDO AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Os profissionais

Qualquer profissional de saúde bem treinado pode acolher as mulheres em situação de violência, seja ele médica, enfermeira, psicóloga, assistente social ou educadora. É preferível que seja uma mulher, pois em nossa experiência isto torna mais fácil o estabelecimento da empatia e um menor constrangimento da usuária.

Competência resolutiva

A tecnologia de primeiro acolhimento em saúde não significa a introdução em todos os serviços de assistências psico-terapêuticas ou outras assistências, social, jurídica, médica especializada - todas de caráter mais conclusivo da intervenção e mais especializados do que de atendimento primeiro na assistência a ser prestada.

O reconhecimento do problema, seu acolhimento e orientação são uma tradução não usual das "queixas" das pacientes. Ao invés dos profissionais ficarem inconformados com pacientes que não tem "doença de verdade", ou que não se cuidam / curam, podem oferecer lentes diversas para abordar o problema, redefinindo as rotas de vida e saúde possíveis. Trata-se de criar um espaço de escuta / expressão que também representa momento de orientação. Um espaço onde a mulher possa compartilhar suas dúvidas, anseios, temores, expectativas e incertezas; possa contar com apoio respeitoso a ela como ser humano digno de direitos e deveres. Um lugar onde ela pode obter informações sobre os serviços disponíveis na cidade para problemas de seu tipo, refletir sobre suas opções de vida passada e futura e redirecionar caminhos.

A profissional atua no sentido de:

- Escutar a história da mulher e suas expectativas em relação à assistência.
- Buscar entender seu problema, a origem de seu sofrimento.
- Evitar julgar a mulher.

- Mapear conjuntamente a rede de suporte social que ela já tem ou pode acionar: seu trabalho, amigos, família, recursos materiais. Apontar as possibilidades e reforçar pontos positivos.
- Mapear potenciais riscos que ela pode correr: presença de armas, ameaças e a avaliação da mulher sobre elas, tentativas anteriores, medo.
- Tentar, partindo das questões que são trazidas pelas mulheres em atendimento e que lhes são específicas, deixar bem claro que a violência é situação de alta ocorrência, tem caráter social e está associada às desigualdades nas relações de gênero.
- Discutir os projetos da mulher para sua vida, buscando encontrar alternativas à situação atual.
- Respeitar as opiniões e limites a essas buscas expressas pelas mulheres em atendimento.
- A partir destes elementos, as "rotas" possíveis são discutidas e o Guia de Serviços é consultado para fornecer referências cabíveis.
- Se houver situação de risco, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.

Plano de segurança

- Identifique um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) você pode contar sobre a violência, e peça para eles ajudarem se ouvirem brigas em sua casa.
- Se a briga for inevitável, certifique-se de estar em um lugar onde possa fugir e que não haja armas no local.
- Planeje como fugir de casa em segurança, e o lugar para onde você poderia ir neste caso.
- Deixe em um lugar seguro um pacote com cópias de seus documentos e de seus filhos, dinheiro, roupas e cópia da chave de casa para o caso de ter de fugir rapidamente.
- "Faça um acordo com alguma vizinha (o) em quem possa confiar e combine

um código de comunicação para situações de emergência, como: Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda".

- Nunca brigue na cozinha ou em local em que haja armas ou facas.

O aconselhamento procura, então, ao ouvir a história da mulher e suas expectativas, redefinir com ela os problemas e a potencial rota de soluções, auxiliando no uso do guia de serviços e da rede de suporte social, relatada pela mulher, para viabilizar esta rota.

À rota de saída das situações de violência manifesta pela mulher em atendimento, deve a profissional oferecer as demais assistências complementares, tendo antes realizado o diagnóstico em conjunto com a usuária da gama de necessidades diversas que deverá compor sua assistência como um todo. Deve-se também deixar aberta à mulher a opção de procurar novamente a atividade de orientação, se necessário, no futuro. Em nossa experiência, algumas mulheres podem voltar meses ou anos depois com novas questões e problemas que elas identificam como passíveis de ajuda por esta modalidade de atividade.

Registro

O registro detalhado dos casos encontrados é necessário para a avaliação da assistência e também para servir como documento se eventualmente for necessário para a justiça. Deve-se registrar todas as informações prestadas pela mulher e aquelas encontradas no exame físico, pois podem ter valor no futuro, inclusive em processos judiciais. Alguns itens devem ser registrados de rotina.

Cada serviço pode estabelecer um instrumento próprio. A seguir, oferecemos como exemplo alguns itens que podem constar de um registro sistemático:

- Dados socio-demográficos (idade, profissão, escolaridade, número de filhos, moradia, cor da pele, etc).
- Serviços a que já recorreu (DDM, justiça, etc...) e avaliação.
- Tipo e histórico da violência sofrida, incluindo tempo de duração e implicação de menores.

- Presença de lesões no exame físico.
- Rede de apoio social existente.
- Risco e presença de arma em casa.
- Expectativas quanto ao atendimento.
- Expectativas e planos de vida expressos pela mulher.
- Plano assistencial traçado e instituições para onde houve referência pós-atendimento.
- Avaliação da mulher e do profissional sobre o processo.

Vigilância

Todos os registros de violência doméstica e sexual devem poder ser recuperados e o serviço pode montar um sistema de vigilância a estes casos, incorporando-o, se possível, ao sistema de vigilância à saúde existente na Unidade.

A possibilidade de recuperar os casos pode ser obtida tanto com um fichário onde sejam anotados prontuários e datas de retorno pelos profissionais da assistência como através de sistemas informatizados de leitura de prontuários que podem "marcar" os casos. O importante é saber o número de casos atendidos no mês, permitir a recuperação dos registros para supervisão e avaliação e permitir decisão em caso de faltas.

Em caso de falta, a equipe deve decidir se é oportuno e seguro convocar a usuária, e de que forma, a depender das possibilidades de cada usuária. Esta possibilidade deve ser discutida com ela no primeiro atendimento, para que o serviço tenha condições de avaliar se é possível e seguro convocar para novo atendimento por telefone (e em que horário), carta ou mesmo visita domiciliar.

Rede Intersetorial

Algumas características básicas da rede de serviços com a qual os profissionais de saúde podem integrar-se para prestar uma assistência integral ao problema e o trabalho em equipe em sua Unidade.

Relembrando o que já dissemos, a rede de serviços pode ser mais ou

menos ampla a depender do local onde você trabalha. Geralmente podemos contar com assistência policial, judiciária, psicossocial e médica. Além destes serviços, podem ser acionados também outros recursos locais, institucionais e não institucionais, como ONGs, grupos de suporte comunitário, grupos religiosos, culturais e educativos.

Na cidade de São Paulo os serviços existentes podem ser localizados no Guia de Serviços em sua versão para profissionais (com informações mais detalhadas para o encaminhamento, como tipo de trabalho e profissional existente, além de endereços, horários e condições para o atendimento) e para os usuários (pequeno, para orientação rápida, endereços e telefones), divididos nas seguintes modalidades: assistência policial, judiciária, psicossocial básica e especializada e assistência médica. O Guia encontra-se disponível na Internet, no site www.mulheres.org.br.

Onde as informações não estão disponíveis, e mesmo onde existem guias, é importante que cada região faça um acervo local e mantenha atualizadas as referências e detalhes que mudam permanentemente, como telefones e horários.

O uso de uma ampla rede intersetorial enriquece as opções da saúde e reforça a qualidade potencial de suas ações, além de estimular a melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços disponíveis.

Abaixo algumas dicas e características básicas dos espaços assistenciais existentes:

- **Assistência psicológica:** Pode ajudar bastante em casos de violência, mas precisa ser bem compreendida como parte de um plano de ações que deve fazer sentido para a usuária. Nos casos de patologia psiquiátrica, o encaminhamento é obrigatório. Mas, em casos de assistência psicológica, muitas vezes a assistência é oferecida como uma forma de redirecionar e "se livrar" de uma demanda percebida como menos grave e incômoda. Quando utilizado desta forma, o encaminhamento para a área psicológica tende a ter pouca aderência e baixa eficácia. O encaminhamento pode, entretanto, ser uma ótima opção para as mulheres que entendem os limites e possibilidades da psicoterapia ou outras técnicas psicológicas disponíveis para o seu caso e desejam submeter-se à experiência do tratamento. Se a assistência fizer

sentido no plano de rota traçado, a aderência e o resultado da atenção podem ser mais bem sucedidos.

- **Assistência policial:** Os crimes cometidos (lesão corporal, injúria, calúnia, ameaça, etc) na esfera doméstica podem e devem ser denunciados à polícia. Mas é importante que a mulher entenda o processo que vai acontecer e esteja certa de sua posição e das conseqüências que ela poderá trazer. As queixas de lesão corporal leve, que perfazem a maioria das queixas, são registradas em um termo circunstanciado e a mulher e o agressor serão chamados para uma audiência conciliatória. A mulher pode não aceitar a conciliação e seguir o processo adiante, mas para isto ela precisará de um advogado para representar o processo para ela. Ela tem direito a advogado gratuito do Estado, mas muitas vezes não sabe disto. As Delegacias de Defesa da Mulher costumam ser o melhor lugar para estas denúncias, mas em sua maioria não ficam abertas 24 horas (em São Paulo, apenas a 1ª DDM fica aberta 24 horas). Nos casos em que for necessário, as Delegacias Comuns também podem e devem ser utilizadas.
- **Assistência jurídica:** As mulheres necessitam de dois tipos básicos de ações nesta área:
 - 1) Acessar informações sobre lei e direitos. Diversas ONGs têm serviços de Assessoria jurídica e as promotoras legais populares, quando existentes, podem ser de grande valia.
 - 2) Contactar um advogado (a) que leve adiante o processo para a mulher. Existem Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ) e COJEs que cumprem estas funções. Os Centros Acadêmicos de Escolas de Direito muitas vezes têm serviços voltados para a população carente que podem ser acionados.
Algumas ONGs também prestam este tipo de assistência.

Além do trabalho em rede, que pode dar suporte a cada serviço de saúde que atende mulheres em situação de violência, dentro de seu serviço é importante integrar o seu trabalho com os demais profissionais que têm colaborações efetivas a dar para o plano de assistência global de cada mulher, como por

exemplo, as psicólogas, as assistentes sociais, as enfermeiras, educadoras, pessoal auxiliar, etc... A especificidade do trabalho de cada qual não é anulada pelo trabalho cooperativo e complementar. Antes, é reforçada. Por isso é importante mudarmos a cultura institucional do isolamento dos especialistas para a noção da competência especializada potencializada na busca do cuidado integral. O trabalho de uns completa o trabalho de outros.

Notificação

A Secretaria Municipal de Saúde implantou a Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência e Acidente (Anexo 1) atendendo as diversas legislações de âmbito federal, estadual e municipal que colocam a obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde dos casos de violência que chegam aos serviços de saúde. A ficha de notificação faz parte do Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA, um aplicativo com a finalidade de produzir informações sobre esses agravos.

Este sistema se constitui numa ferramenta importante para romper o silêncio e a invisibilidade, em especial nos casos de violência doméstica, sexual e de gênero. Associar a identificação da violência contra a mulher segundo o tipo de violência e de vulnerabilidade como: sexo, raça/cor, escolaridade e deficiência, são imprescindíveis para o estabelecimento de critérios de intervenção que contemplem esta diversidade. Nesta medida o preenchimento correto destes quesitos constitui um dos passos que será fundamental para compreender a complexidade do fenômeno da violência neste grupo populacional, dimensionar o seu impacto na vida das pessoas, nos serviços de saúde e para elaborar estratégias de intervenção com vistas à superação da violência.

Avaliação e supervisão voltada para os profissionais:

O trabalho com a violência doméstica pode ser bastante pesado e afetar os profissionais que prestam assistência quando não há supervisão adequada dos casos atendidos. Esta supervisão não precisa ser, necessariamente, feita por profissional da área psicológica, ainda que este profissional seja pertinente neste tipo de atividade. O importante é que o profissional que atende não fique isolado: É necessário que, a intervalos regulares (que pode ser semanal, men-

sal ou bimensal, a depender da disponibilidade e tamanho da demanda) os casos possam ser discutidos por uma equipe maior e de preferência multiprofissional, para que as condutas e acontecimentos do período possam ser objeto de reflexão de todos. A possibilidade de chamar profissionais externos ao serviço para esta reunião é bem vinda, e é interessante alternar profissionais de áreas diversas (jurídica, policial, psicossocial, etc), que têm experiência com o problema e trabalham na mesma região.

A supervisão dos profissionais, portanto, é complexa. Deve ser de natureza assistencial (condutas de casos), psico-emocional e relativa à segurança pessoal. É importante lembrar que os prestadores diretos de serviços para pessoas em situação de violência podem desenvolver sentimentos e percepções negativos e que repercutem nas condutas assistenciais que serão adotadas.

Sentimentos negativos como, entre outros, impotência de cuidados ou a banalização da violência são relatos comuns da literatura. Estes sentimentos serão trabalhados na supervisão, para que o profissional possa acolher, lidar com o problema, emocionar-se, sem que isto paralise sua ação ou propicie ações indesejadas.

Uma supervisão com estes mesmos cuidados mas com natureza assistencial complementar aos cuidadores diretos das mulheres em situação de violência deve ser prestada para os profissionais de todo o serviço em intervalos regulares.

A avaliação também é fundamental, embora seja um item bastante difícil no trabalho. Difícil, em primeiro lugar, porque nossos serviços não têm cultura institucional de avaliação. Em segundo lugar, é complexo definir o sucesso deste tipo de trabalho, que visa apoiar o processo de emancipação individual / social e portanto, não é pré-definido de saída. Mas seria importante saber alguns indicadores básicos, que podem servir para a gerência repensar o programa e levar de volta aos profissionais do serviço, como, por exemplo:

- Número de casos de violência identificados.
- Número de pessoas atendidas.
- Retornos por usuária atendida.
- Tipo de violência encaminhado (agressor, padrão de agressão).

- Características socio-demográficas mínimas das mulheres encaminhadas.
- Referências anteriores utilizadas pelas mulheres.
- Encaminhamentos realizados.
- Encaminhamentos que realmente chegaram ao serviço de referência utilizado (este indicador necessita de um bom entrosamento da rede de serviços).
- Avaliação da mulher e dos profissionais sobre o processo e os resultados alcançados.

Para os gerentes salientamos que é importante usar a avaliação periodicamente e fornecer um retorno aos profissionais que atendem, bem como usar o material da avaliação para manter o serviço sensibilizado.

Também é importante através da avaliação identificar quais temas e/ou habilidades devem ser reciclados, incentivando os profissionais em seu aprimoramento técnico-científico e assistencial. Uma boa medicina baseada em evidências pode ser útil e deve ser incentivada.

LEMBRE-SE

Sentir medo de agressão, sentir-se por vezes impotente para lidar com o caso, ou sentir vontade de revanche contra o agressor, são vivências reais. Mas, em contrapartida, apoiar-se na equipe e aprender a compartilhar decisões, dúvidas e temores com os outros, nos quais incluímos a própria mulher atendida, é também experiência possível e muito alentadora. Através dela você aprenderá a lidar com os sentimentos negativos e também se perceberá parte de um movimento muito importante: a comunidade dos que defendem os direitos humanos e que sabe valorizar a si próprio porque respeita a dignidade de todos os demais.

CAPÍTULO III - VIOLÊNCIA SEXUAL

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES

(Adaptado da Norma Técnica, Ministério da Saúde, 2005)

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. As mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob risco de violência sexual. Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual. Entre 613 mulheres no Japão que alguma vez sofreram abuso, 57% sofreram todos os tipos de abuso: físico, psicológico e sexual.

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV, influenciando sobre o uso de anticoncepcionais e sobre a adoção de práticas de autocuidado, assim como tem grande impacto sobre o estado psicológico da mulher. Em Uganda, em estudo recente sobre a transmissão do HIV, as mulheres que relataram ter sido forçadas a fazer sexo contra sua vontade nos anos anteriores apresentaram risco oito vezes maior de infecção.

A garantia de atendimento nos serviços de saúde a mulheres que sofreram violência sexual representa, por conseguinte, parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. A implementação desse atendimento nas regiões deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra as mulheres.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência sexual, em qualquer idade, deve ser organizada mediante

conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada. As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis a toda população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher.

É fundamental que existam mecanismos bem definidos de detecção e encaminhamento das mulheres atingidas pela violência sexual. A eficiência desses mecanismos colabora para que os cuidados de saúde sejam prestados quanto mais imediato possível, dentro das demandas de cada mulher. Para tanto, é preciso que serviços de saúde, autoridades policiais, setores de emergência, escolas e sociedade civil organizada tenham conhecimento sobre quais serviços de saúde realizam esse tipo de atendimento. Por sua vez, a assistência nos serviços de saúde requer a observância de determinadas condições e providências para garantir as diferentes etapas do atendimento. No entanto, não há obrigatoriedade da organização de serviço específico para esse fim e a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais dos serviços.

As unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetria constituídos devem estar capacitadas para o atendimento a esses casos. O limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra-referência. A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde esteja preparada para atuar nos casos de emergência. O atendimento imediato aos casos de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência ou a profilaxia das DST/HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. Por outro lado, a atenção ao abortamento previsto por lei necessita de maiores recursos, o que reserva esta etapa do atendimento para unidades de saúde específicas.

Compete aos gestores das regiões de saúde definir o maior número possível de serviços de referência e de implantar mecanismos de avaliação permanente das ações desenvolvidas.

INSTALAÇÃO E ÁREA FÍSICA

Para o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual, deve ser definido local específico, preferentemente fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo ambiente de confiança e de respeito. Por outro lado, deve-se evitar a criação de situações que favoreçam constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro.

Para a avaliação clínica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório médico. Os procedimentos para o abortamento previsto por lei deverão ser realizados em local cirúrgico adequado.

RECURSOS HUMANOS

O ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos.

É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento.

Ainda que cada um desses profissionais cumpra papel específico no atendimento à mulher, todos devem estar sensibilizados para as questões de violência contra a mulher e violência de gênero, e capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescer à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades.

EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAL

A unidade de saúde deve dispor de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento. É importante que a unidade esteja equipada de tal modo a contar com autonomia e resolutividade. Os materiais e equipamentos necessários para o atendimento são os mesmos que compõem a estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia. Equipamentos adicionais podem ser incluídos, sempre que possível, como o colposcópico, aparelho de ultra-sonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas. Os serviços de referência para o abortamento previsto por lei devem contar, além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, com material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem.

REGISTRO DE DADOS

Os dados obtidos durante a entrevista, no exame físico e ginecológico, resultados de exames complementares e relatórios de procedimentos devem ser cuidadosamente registrados em prontuário médico de cada serviço. O cuidado com o prontuário médico é de extrema importância, tanto para qualidade da atenção em saúde, como para eventuais solicitações da Justiça.

SENSIBILIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO

O atendimento aos casos de violência sexual requer a sensibilização de todos os funcionários do serviço de saúde. Propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, sobre as dificuldades que as mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos. As equipes envolvidas diretamente na assistência devem receber capacitação para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção

de emergência e profilaxia das DST/HIV) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez. Os(as) médicos(as) devem ser capacitados para utilizar as diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.

NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

As unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa da atenção. Isso deve incluir entrevista, registro da história, exame clínico e ginecológico, exames complementares e acompanhamento psicológico. Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar.

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e a humanização da atenção. Por acolher entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

As mulheres em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento. Deve-se oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento da mulher, ajudando-a a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida.

Contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher é componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário. Todos os profissionais de saúde têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação.

É necessário que o serviço de saúde realize exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do agressor. A primeira entrevista da mulher deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o Quadro 1.

QUADRO 1 - REGISTRO DE ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA

Registrar em prontuário:

1. Local, dia e hora aproximada da violência sexual;
2. Tipo de violência sexual sofrida;
3. Forma de constrangimento utilizada;
4. Tipificação e número de agressores;
5. Órgão que realizou o encaminhamento.

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias:

1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção realizadas;
2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial;
3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal;
4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes);
5. Outras medidas legais cabíveis.

ACESSO À REDE DE APOIO

Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção.

Em casos de gravidez, suspeita ou confirmada, deve-se considerar a demanda da mulher, identificando se manifesta desejo ou não de interromper a gravidez. Cabe aos profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre os direitos da mulher e apresentar as alternativas à interrupção da gravidez, como a assistência pré-natal e a entrega da criança para adoção.

TRAUMATISMOS FÍSICOS

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Contudo, na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam às necessidades da mulher, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais freqüentes. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o status vacinal da mulher.

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário médico. Se possível, os traumatismos físicos devem ser fotografados e também anexados ao prontuário. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser realizados e igualmente incluídos no prontuário.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A atenção à violência contra a mulher é condição que requer abordagem intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões policiais e judiciais. Algumas informações são críticas para os(as) profissionais de saúde que atendam pessoas em situação de violência sexual:

- A Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de suas conseqüências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema;

- Não há impedimento legal ou ético para que o(a) médico(a) preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe para a mulher exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Nesse caso, segundo o art. 13, § 2º do Código Penal, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer. No atendimento imediato após a violência sexual, também não cabe a alegação do(a) profissional de saúde de objeção de consciência, na medida em que a mulher pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional;
- Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do Instituto Médico Legal (IML). Se, por alguma razão, não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário;
- O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do IML é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal;
- O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional. A Constituição Federal, art. 5, garante que "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação". O art. 154 do Código Penal caracteriza

como crime "revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem". Da mesma forma, o Código de Ética Médica, art. 103, estabelece que "é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente";

- O estupro é definido pelo art. 213 do Código Penal como "constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça". Entende-se por "violência" o emprego de força física, suficientemente capaz de sobrepujar a resistência da vítima. A "grave ameaça" configura-se como a promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir a resistência da vítima. A "conjunção carnal" corresponde ao coito vaginal, o que limita o crime ao sexo feminino;
- No art. 214 do Código Penal, é caracterizado o atentado violento ao pudor como crime de "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal". Aqui, incluem-se todas as situações diferentes do coito vaginal, a exemplo das manobras digitais eróticas e a cópula anal ou oral. O atentado violento ao pudor pode ser praticado contra pessoas de ambos os sexos, sob as mesmas formas de constrangimento previstas para o estupro;
- A "presunção de violência", art. 224 do Código Penal, define condições nas quais não ocorre o constrangimento pelo uso de força ou de grave ameaça, mas que caracterizam, igualmente, o estupro e o atentado violento ao pudor. Presume-se a violência quando "a vítima é menor de 14 anos; é alienada ou débil mental e o agressor conhece esta circunstância; ou quando não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência";
- Segundo a lei trabalhista, nos casos em que a violência sexual ocorra durante o percurso do trabalho, a mulher deve ser orientada sobre a importância de realizar a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), havendo ou não

a necessidade de afastamento do trabalho. O cadastramento do CAT garante direitos para a mulher trabalhadora em situação de violência sexual que asseguram, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde.

APOIO PSICOSSOCIAL

As evidências mostram que a violência contra a mulher tem impacto sobre a saúde física e mental, e também sobre o bem-estar da pessoa atingida, assim como de seus filhos e demais membros da família. Setores, como a polícia, o Judiciário, os serviços de apoio social, além da saúde, devem trabalhar juntos para enfrentar o problema da violência de gênero.

Os programas de atuação e os serviços devem ser integrados, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis, facilitando o acesso das mulheres à rede de apoio e proteção. A abordagem deve dar ênfase à capacitação da família e dos grupos comunitários para lidarem com o problema da violência não apenas como episódio isolado, mas como situação que se prolonga, por suas características culturais, sociais e pelas histórias familiares recorrentes. Dessa forma, os aspectos preventivos e a proteção social podem identificar precocemente os riscos e atuar mitigando conseqüências.

Nos casos de violência sexual praticada por parceiros íntimos, familiares ou pessoas próximas, é importante considerar que as vítimas poderão estar mais vulneráveis, pelo envolvimento emocional, dependência econômica, facilidade de acesso do agressor em relação à vítima ou medo. É importante considerar que os casos de violência sexual estão presentes na maior parte dos casos de violência física e que estes costumam acontecer de forma sistemática e não isolada. Por isso, as recomendações a seguir dizem respeito a todo o contexto da violência, e não apenas aos casos de violência sexual.

VALIDAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS

A equipe de saúde deve apoiar pessoas e famílias no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta nas unidades de saúde

ou na comunidade, com o objetivo de identificar situações de risco e traçar medidas preventivas e de promoção de relações respeitadas e igualitárias. Para isso, é importante garantir o acolhimento das pessoas envolvidas, o que significa compreender e acreditar no depoimento da pessoa em situação de violência (que depois será confirmado ou não), contextualizando os aspectos socioculturais, históricos e econômicos. É importante não culpabilizar a pessoa e não acelerar ou influenciar nas suas decisões, mantendo atitude isenta de julgamentos e respeitando suas crenças e sistemas de valores morais.

No primeiro momento, o acolhimento refere-se à pessoa que chega ao serviço. Num segundo momento, se possível, deve ser estendido a toda a rede familiar. O acolhimento deve ser princípio a ser seguido por todos e estar presente nos sucessivos caminhos da rede de instituições que recebe a vítima e a família, de modo que estes se organizem, se sintam protegidos, seguros e, assim, dêem andamento ao atendimento. Dessa forma, é preciso sensibilizar e capacitar todos os profissionais, mesmo os que não atuam diretamente com a pessoa agredida, quanto à importância do sigilo, acolhimento e encaminhamento adequados.

No caso da violência contra a mulher por parceiro íntimo, o(a) profissional deve ajudar a vítima a estabelecer vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico da violência, riscos, motivação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, bem como seus recursos sociais e familiares.

AUTONOMIA, INDIVIDUALIDADE E DIREITOS

É fundamental respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas em situação de violência sexual. Deve-se resguardar sua identidade, tanto no espaço da instituição, quanto no espaço público (por exemplo, junto à mídia, à comunidade etc.). Da mesma forma, deve-se respeitar a vontade expressa da vítima em não compartilhar sua história com familiares e/ou outras pessoas. No caso de violência cometida por parceiro íntimo, a mulher pode estar assustada, traumatizada e emocionalmente ferida. Seus limites precisam ser respeitados. É preciso reconhecer que cada pessoa tem seu tempo próprio de amadurecimento para romper a situação de violência e que esse tempo

precisa ser respeitado. A pressa do(a) profissional para alcançar resultados imediatos pode intimidar a mulher ou paralisá-la.

VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES

Existem mulheres que fazem sexo com mulheres, exclusivamente ou não, e que também estão sujeitas a sofrer violência sexual. Não necessariamente a violência sexual contra mulheres que fazem sexo com mulheres é mais "violenta" do que aquela perpetrada contra mulheres heterossexuais, mas isso pode acontecer.

As mulheres que fazem sexo com mulheres têm sua anatomia e fisiologia rigorosamente semelhante às mulheres estritamente heterossexuais. Portanto, os cuidados clínicos que devem ser tomados no atendimento pós-violência devem ser exatamente os mesmos para as mulheres que fazem sexo com homens. No entanto, o profissional deve estar atento para alguns pontos.

As mulheres que fazem sexo com mulheres não são, necessariamente, masculinizadas. Nem todas as mulheres de aparência mais masculina têm sexo com mulheres. E, qualquer que seja a aparência ou o comportamento sexual da mulher, a violência sexual é injustificável e dolorosa para ela.

No seguimento do caso, após os procedimentos de emergência, deve ser perguntado com quem a mulher costuma ter relações sexuais, para avaliar a necessidade de contracepção e discutir a melhor estratégia de prevenção de DST, HIV e outras infecções.

O seguimento psicológico das mulheres que fazem sexo com mulheres e foram vítimas de violência deve ser feito com toda delicadeza, considerando que ter sexo com pessoas do mesmo sexo não é um problema de saúde, mas a violência sexual pode agravar os sentimentos de exclusão, humilhação e isolamento que muitas vezes permeia a vida das mulheres lésbicas.

SIGILO E ATENDIMENTO

O atendimento na rede de saúde, por vezes, pode ser a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência. A possibilidade de diagnosticar a situação deve ser valorizada pelo profissional, fazendo as perguntas adequadas e investigando hipóteses diagnósticas. O compromisso de confiança é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação, como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, as anotações e a adequação da comunicação entre a equipe

É importante considerar que questões específicas de comportamento, tais como: "alguma vez você foi forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade?", possuem maiores índices de resposta positiva do que questões vagas, possibilitando melhor diagnóstico e evitando generalizações que podem constranger a entrevistada. É necessário garantir espaço determinado, que ofereça privacidade para a entrevista, de preferência sem a presença de pessoas que possam inibir o relato. A equipe deve estar alerta no sentido de evitar o vazamento de informações, a fim de não criar estigmas sobre o atendimento.

HUMANIZAÇÃO

Para evitar que a usuária tenha de ir repetidas vezes ao serviço, deve-se criar um fluxograma, de modo a dar agilidade e resolutividade à sistemática de atendimento. Da mesma forma, para evitar que a usuária tenha de repetir sua história para os diferentes profissionais da equipe, a equipe deve propor formas de registro unificado que reúna, ainda que de forma resumida, as observações específicas de todos os profissionais envolvidos.

Sob a perspectiva mais global, é preciso também fortalecer a rede de proteção contra a violência por meio de ações intersetoriais, evitando que as pessoas em situação de violência fiquem expostas durante o processo de atendimento nas diferentes instituições. A humanização implica uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto. Ela remete à consideração de seus senti-

mentos, desejos, idéias e concepções, valorizando a percepção pela própria usuária da situação que está vivenciando, conseqüências e possibilidades.

AVALIAÇÃO DE RISCOS

A avaliação dos riscos deverá ser feita junto com a usuária. É preciso identificar as situações de maior vulnerabilidade, a fim de elaborar estratégias preventivas de atuação.

Nos casos de famílias em situação de violência, deve-se observar a história da pessoa agredida, o histórico de violência na família e a descrição dos atos de violência. A equipe de saúde deve avaliar os riscos de repetição ou agravamento, visando à prevenção de novos episódios. Quando se tratar de pessoa em condição de dependência em relação ao agressor, é importante avaliar a necessidade de estabelecer mecanismos de intervenção que atenuem a dependência e a vulnerabilidade.

É sempre importante valorizar o apoio da família, amigos e vizinhos, a fim de propiciar segurança e solidariedade, favorecendo os mecanismos de enfrentamento da situação. No caso específico de violência sexual, é necessário alertar a pessoa quanto a medidas de proteção individual, formas de defesa e, sobretudo, orientar condutas que evitem maior dano. Se a violência contra a mulher é perpetrada por parceiro íntimo, é preciso avaliar a necessidade de acompanhamento e proteção, no sentido de garantir socorro e abrigo a esta e aos filhos, quando necessário (por exemplo, casa abrigo), principalmente a partir do momento em que ela decida denunciar o companheiro ou romper a relação.

ENCAMINHAMENTOS

No atendimento às pessoas em situação de violência, é importante que alguns procedimentos sejam contemplados, de forma a garantir que as intervenções se dêem considerando o norte psicossocial da assistência. Um sistema eficaz de referência e contra-referência deve abranger os serviços de complexidade necessários, integrando-os mediante informações sobre necessida-

des e demandas do caso. Em face do tipo de violência registrado, é importante garantir cuidado e diagnóstico clínico ao lado de outros encaminhamentos, de natureza psicológica, jurídica e social.

Deve-se oferecer acompanhamento terapêutico ao casal ou família, nos casos de violência perpetrada por parceiro íntimo, quando houver desejo das pessoas envolvidas de preservar os vínculos familiares, bem como o encaminhamento para atendimento psicológico individual. É igualmente importante apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial da agressão e informá-la sobre o significado do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência. Deve-se sugerir encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia Policial, Delegacia de Proteção à Mulher e Instituto Médico Legal. Nesses casos, deve-se orientá-la quanto ao direito e à importância de guardar cópia do Boletim de Ocorrência. Se existe motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação, encaminhá-la aos serviços jurídicos: Defensoria Pública, Fórum local ou organizações não-governamentais de apoio jurídico.

Em cada caso, além do fluxo assistencial estabelecido, deve-se traçar plano terapêutico individual de acordo com as necessidades de cada situação. No caso de gravidez decorrente de situação de violência sexual, a mulher deve receber assistência psicossocial adequada, seja na opção por interromper, seja na de prosseguir com a gestação.

SUPORTE PARA A EQUIPE DE SAÚDE

A equipe de saúde deve estar sensibilizada e capacitada para assistir a pessoa em situação de violência. Dessa forma, há que se promover, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades de capacitação e atualização dos profissionais.

Isso é importante para ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, a exemplo da violência sexual e do abortamento, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas. Isso porque, ao lidar com situações de

violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados em função da qualidade do atendimento e do bem-estar do(a) profissional envolvido(a). É importante também desenvolver sistemática de auto-avaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional.

REDE INTEGRADA DE ATENDIMENTO

O setor Saúde, por ser um dos espaços privilegiados para identificação das mulheres em situação de violência sexual, tem papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violência sexual. Os gestores têm papel decisivo na organização de redes integradas de atendimento, na capacitação de recursos humanos, na provisão de insumos e na divulgação para o público em geral. É necessário que todos os serviços de orientação ou atendimento tenham, pelo menos, uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede. Essa lista deve ser do conhecimento de todos os funcionários dos serviços, permitindo que as mulheres tenham acesso sempre que necessário e possam conhecê-la independentemente de situações emergenciais.

É fundamental destacar que a intervenção nos casos de violência é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. A equipe de saúde deve buscar identificar organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher, Instituto Médico Legal, Ministério Público, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre outros. O fluxo e os problemas de acesso e de manejo dos casos em cada nível desta rede devem ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a construção de instrumentos de avaliação. É imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, no sentido de propiciar condições para que os profissionais de saúde possam oferecer atenção integral às vítimas e às suas famílias, como também aos agressores.

Isso envolve atuação voltada para o estabelecimento de vínculos formalizados entre os diversos setores que devem compor a rede integrada de atenção

a vítimas de violência para a promoção de atividades de sensibilização e capacitação de pessoas; para a humanização da assistência e ampliação da rede de atendimento; e para a busca de recursos que garantam supervisão clínica e apoio às equipes que atendem pessoas em situação de violência.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, resultando em taxas de gravidez entre 1 a 5%. A gravidez decorrente de violência sexual representa, para a maioria das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade da situação e os danos por ela provocados podem ser, em grande parte dos casos, evitados com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE), ação das mais importantes na atenção aos casos de violência sexual. A AE é o método anticonceptivo que previne a gravidez após a violência sexual, utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Cabe aos profissionais de saúde avaliar cuidadosamente o risco de gravidez para cada mulher que sofre violência sexual. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado à AE.

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres expostas à gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. **A AE é desnecessária se a mulher estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral, injetável ou DIU.** A AE hormonal constitui o método de eleição devido a seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contra-indicações absolutas.

MECANISMO DE AÇÃO

O mecanismo de ação da AE, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou retardando-a por vários dias. Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a AE atua modificando o muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozoides do trato genital feminino até as trompas, em direção ao óvulo. Por esses mecanismos, a AE impede a fecundação. Não existem evidências científicas de que a AE exerça efeitos após a fecundação, de que atue impedindo a implantação ou que implique a eliminação precoce do embrião. Não há efeitos abortivos com o uso da AE.

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Há duas formas de oferecer a AE hormonal. A primeira, conhecida como método de Yuzpe, utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar. O método de Yuzpe consiste na administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético até cinco dias da violência sexual. A associação mais estudada é a que contém etinil-estradiol e levonorgestrel. Utiliza-se dose total de 200µg de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais a cada 12 horas, ou administradas em dose única (Quadro 2).

A segunda forma de oferecer a AE é com o uso exclusivo de progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5mg, dividida em 2 comprimidos iguais de 0,75 mg, a cada 12 horas, ou 2 comprimidos de 0,75mg juntos (1,5mg), em dose única. Já existe, também, a apresentação na forma de 1 comprimido de 1,5 mg, para ser tomado em dose única. Da mesma forma que o método de Yuzpe, pode ser utilizado até cinco dias da violência (Quadro 2).

O levonorgestrel exclusivo deve ser a primeira escolha, sempre que possível, devido a sua maior eficácia e tolerabilidade e por não apresentar interação farmacocinética com alguns dos anti-retrovirais utilizados para a profilaxia do HIV. A AE, com o levonorgestrel ou com o método de Yuzpe, deve ser administrada tão rápido quanto possível e, preferentemente, em dose única dentro dos primeiros cinco dias que sucedem a violência sexual.

QUADRO 2 - ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA HORMONAL

LEVONORGESTREL

PRIMEIRA ESCOLHA

0,75mg de levonorgestrel por comprimido

2 comprimidos VO dose única ou

1 comprimido VO a cada 12 horas

ou

1,5 mg de levonorgestrel por comprimido

1 comprimido VO dose única

MÉTODO DE YUZPE

SEGUNDA ESCOLHA

AHOC com 50µg de etinil-estradiol e 250µg de levonorgestrel/por comprimido

2 comprimidos VO a cada 12 horas ou

4 comprimidos VO dose única

AHOC com 30µg de etinil-estradiol e 150µg de levonorgestrel/por comprimido

4 comprimidos VO a cada 12 horas ou

8 comprimidos VO dose única

µg = micrograma

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A administração da AE é, classicamente, descrita dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas (três dias). Contudo, os recentes estudos da Organização Mundial da Saúde oferecem claras evidências de que a dose única de 1,5mg de levonorgestrel é tão eficaz como duas doses de 0,75mg separadas. Também evidenciam efeitos protetores até cinco dias após a relação sexual desprotegida, embora com taxas de falha maiores;
2. A absorção da AE pelo epitélio da vagina oferece níveis semelhantes aos da absorção pela via oral, tanto para o levonorgestrel, como para o método de Yuzpe. A via vaginal pode ser utilizada em situações especiais, como em casos de inconsciência da mulher devido aos traumatismos severos.

CONTRA-INDICAÇÕES

Todas as mulheres podem usar o método com segurança, mesmo aquelas que, habitualmente, tenham contra-indicações ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados. Mulheres com antecedentes de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa, ou diabetes com complicações

vasculares, são classificadas na categoria 2 da Organização Mundial da Saúde, que recomenda precauções. Nesses casos, a AE deve ser realizada, preferentemente, substituindo-se o método de Yuzpe pelo levonorgestrel.

Para mulheres em situação de violência sexual com atraso menstrual, em que a gravidez é suspeita, mas não confirmada, a AE não está totalmente contra-indicada. Nesses casos, o mesmo cuidado deve ser tomado, evitando-se o método de Yuzpe e optando-se pelo levonorgestrel. Não se recomenda que a decisão de uso da AE seja condicionada a testes laboratoriais de gravidez, exceto quando estes estejam disponíveis e ofereçam resultado em curto tempo. Em caso de falha da AE, não há evidências de aumento de risco de anomalias fetais.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Os efeitos secundários mais freqüentes da AE são náuseas, em 40 a 50% dos casos, e vômito, em 15 a 20%. Esses efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada da AE. Outros efeitos podem ocorrer, embora com menor freqüência. Cefaléia, dor mamária e vertigens têm remissão espontânea nas primeiras 24 horas após o uso da AE. Se o vômito ocorrer nas primeiras uma a duas horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida. Caso o vômito ocorra novamente, dentro do mesmo prazo, recomenda-se a administração da AE por via vaginal. A mesma recomendação vale para mulheres em inconsciência, em que a via oral não pode ser usada.

EFICÁCIA

A eficácia da AE é elevada, com Índice de Efetividade médio de 75% e Índice de Pearl (índice de falha) de cerca de 2%. Significa dizer que a AE pode evitar três de cada quatro gestações que ocorreriam após a violência sexual. No entanto, a eficácia da AE pode variar em função do número de horas entre a violência sexual e sua administração. As taxas de falha do método de Yuzpe variam de 2% (0-24 horas) até 4,7% (49-72 horas). As taxas de falha do

levonorgestrel variam de 0,4% (0-24 horas) até 2,7% (49-72 horas). Entre o 4º e 5º dia da violência sexual, a AE ainda oferece razoável proteção, embora com taxas de falha expressivamente maiores. Portanto, a AE deve ser administrada tão rápido quanto possível dentro dos cinco dias da violência sexual.

ORIENTAÇÕES PARA A MULHER

A mulher em situação de violência sexual deve ser orientada a retornar ao serviço de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser indicativo de gravidez. No entanto, devem estar informadas de que, na maioria das vezes, pouca ou nenhuma alteração significativa ocorrerá no ciclo menstrual. A AE não provoca sangramento imediato após o seu uso e cerca de 60% das mulheres terão a menstruação seguinte ocorrendo dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações. Em 15% dos casos, a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

A inserção do dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre, como AE, não é recomendada devido ao risco potencial de infecção genital agravado pela violência sexual. Além disso, deve-se considerar que manipulação genital pode ser pouco tolerada na mulher em circunstância de violência sexual recente, particularmente entre as mais jovens e as que ainda não iniciaram a vida sexual. Cabe lembrar, no entanto, que a inserção do DIU é alternativa válida em situações excepcionais, a exemplo das mulheres classificadas na categoria 2 da Organização Mundial de Saúde para o uso do método de Yuzpe, quando não se disponha do levonorgestrel para substituí-lo.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves conseqüências físicas e emocionais. Estudos têm mostrado que entre 16 a 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. Entre grávidas que sofrem abuso sexual, a prevalência de DST é maior quando comparada com grávidas não expostas a este tipo de violência..

A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis. Entre elas, inclui-se o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral); o número de agressores; a ocorrência de traumatismos genitais; a idade e suscetibilidade da mulher; a condição himenal; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor.

Parte importante das infecções genitais decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Doenças como gonorréia, sífilis, clamidiose, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos da violência sexual.

A profilaxia das DST não virais em mulheres que sofrem violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher. **Não deverão receber profilaxia de DST não virais casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.**

PROFILAXIA PARA ADULTAS

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Diferente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão da mulher ou mesmo por intolerância gástrica, mais prevalente em situações de estresse. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos para o tratamento. De toda forma, recomenda-se que seja realizada precocemente, sempre que possível. O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das DST não virais para mulheres adultas com peso igual ou maior que 45Kg encontra-se no Quadro 3.

QUADRO 3 - PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM MULHERES ADULTAS COM MAIS DE 45KG NÃO GESTANTES			
PENICILINA G BENZATINA Profilaxia da sífilis	2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega)	IM	dose única
CIPROFLOXACINA Profilaxia da gonorréia	500mg	VO	dose única
AZITROMICINA Profilaxia da clamidiose e do cancro mole	1g	VO	dose única
METRONIDAZOL Profilaxia da tricomoníase	2g	VO	dose única

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. O uso de ceftriaxona e de azitromicina para a profilaxia da sífilis está sendo investigado, mas doses adequadas ainda não foram estabelecidas para esse fim;

2. A administração profilática do metronidazol e de suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento;
3. O uso profilático de outras quinolonas deve ser considerado como alternativa em situações em que a ciprofloxacina não estiver disponível.

PROFILAXIA PARA GESTANTES

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a profilaxia para as DST não virais. Nesses casos, visando à segurança fetal, recomenda-se o esquema de associação de medicamentos previstos no Quadro 4. O metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez e o tianfenicol é contra-indicado em todo período gestacional. O uso de quinolonas é contra-indicado em crianças menores de 12 anos, gestantes e nutrízes.

QUADRO 4 - PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM GESTANTES			
PENICILINA G BENZATINA Gestantes	(dose máxima: 2,4 milhões UI) (1,2 milhões em cada nádega)	IM	dose única
CEFTRIAXONA Gestantes	500 mg	IM	dose única
AZITROMICINA Gestantes	1g	VO	dose única
METRONIDAZOL Gestantes	2g	VO	dose única

ALTERNATIVAS

Em mulheres com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especialmente à penicilina, deve-se utilizar

alternativa de profilaxia. As drogas de primeira escolha, Quadros 3 e 4, poderão ser substituídas por alternativas em caso de contra-indicação, conforme o Quadro 5.

QUADRO 5 - ALTERNATIVAS PARA A PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS		
PROFILAXIA	GESTANTES	ADULTOS
Penicilina benzatina (sífilis)	Estearato de eritromicina 500mg VO a cada 6 horas durante 15 dias	Estearato de eritromicina 500mg VO a cada 6 horas durante 15 dias
Ciprofloxacina (gonorréia)	Ceftriaxona 500mg IM dose única	Ceftriaxona 250mg IM dose única Tianfenicol 2,5g VO dose única
Azitromicina (clamidíase)	Estearato de eritromicina 500mg VO a cada 6 horas durante 7 dias	Amoxicilina 500mg VO a cada 8 horas durante 7 dias
Azitromicina (cancro mole)	Ceftriaxona 250mg IM dose única, ou Estearato de eritromicina 500mg VO a cada 6 horas durante 7 dias	Ceftriaxona 250mg IM dose única
Metronidazol (tricomoníase)	Secnidazol ou tinidazol 2,0g VO dose única	Secnidazol ou tinidazol 2,0g VO dose única

HEPATITES VIRAIS

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada em casos de violência sexual em que ocorrer exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. A abordagem da condição sorológica da mulher que sofre violência sexual, quando disponível, e a interpretação dos resultados encontra-se discriminada no Quadro 6. Cabe ressaltar, contudo, que a decisão de iniciar a profilaxia da hepatite B não deve estar condicionada à solicitação ou realização de exames complementares, por motivo de tempo. Em condições de desconhecimento ou dúvida sobre o status vacinal, a profilaxia deverá ser administrada.

QUADRO 6 - ABORDAGEM SOROLÓGICA DA HEPATITE B			
HBsAg	Anti-HBc Total	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
+	+	Infecção Aguda ou Crônica	Anti-HBc IgM
+	-	Fase de Incubação ou Falso +	Repetir HBsAg
-	+	Contato prévio ou Falso +	Solicitar Anti-HBs
-	-	Susceptível	Vacinação e IGHAHB

IMUNOPROFILAXIA CONTRA HEPATITE B

Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, com um e seis meses.

Mulheres com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas (Quadro 7). A dose da vacina, em micrograma ou mililitros, varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI). A vacina, após administração do esquema completo, induz imunidade em 90 a 95% dos casos.

As mulheres em situação de violência sexual também devem receber dose única de IGHAHB, 0,06ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina e, se a dose da IGHAHB ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas após a violência (Quadro 7). A vacina para hepatite B deve ser aplicada em deltóide. Deve-se evitar a aplicação na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade. Estudos indicam o uso de IGHAHB apenas quando o agressor sabidamente tem hepatite B aguda. Devido à dificuldade prática de comprovar o fato nas circunstâncias de violência sexual, o PNI e o Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV) recomendam o uso de IGHAHB em todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto. Cabe lembrar que para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a imunização para a hepatite B, nem a oferta de IGHAHB.

QUADRO 7 - ALTERNATIVAS DE IMUNOPROFILAXIA

VACINA ANTI-HEPATITE B	
Aplicar IM em deltóide Imunização ativa	0,1 e 6 meses após a violência sexual
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B	
Aplicar IM em glúteo Imunização passiva	0,06ml/Kg dose única

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B mulheres vítimas de violência sexual crônica e repetida com o mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar;
2. Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B mulheres cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual;

3. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE;
4. Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal do PNI, deverá ser considerada a vacinação das crianças não vacinadas previamente.

TRANSMISSÃO VERTICAL

Em gestantes que sofrem violência sexual, na hipótese de transmissão da hepatite B ou C, deve-se considerar a possibilidade de transmissão vertical. Em relação à hepatite C, o risco de transmissão da mãe para o filho é baixo, exceto se existe co-infecção com o HIV. Não existem medidas profiláticas específicas para a transmissão vertical do vírus C. O aleitamento não está contra-indicado na prevenção, mas devem ser ponderados riscos e benefícios.

Por outro lado, o risco para a transmissão do vírus B é elevado (até 90% de chance de transmissão). Nestes casos, deve-se proceder com a imediata vacinação (1ª dose) da criança (dentro das primeiras 12 horas após o nascimento), associada a IGHAHB. Este procedimento (seguido das duas doses de vacina subsequentes - 30 e 180 dias) evita a transmissão do vírus B da mãe para a criança em 90% dos casos. O aleitamento pode ser realizado após a administração da primeira dose da vacina contra o vírus B.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Os efeitos adversos da imunoglobulina humana anti-hepatite B são raros e incluem febre, dor no local da aplicação e, excepcionalmente, reações alérgicas. Não há registro de eventos adversos severos. A administração da vacina e da imunoglobulina humana anti-hepatite B é segura e bem tolerada pelas mulheres, em qualquer idade.

CONDUTA FRENTE À INFECÇÃO

Em caso de positividade para hepatite B ou C, tanto no momento inicial, como nos exames no 3º ou 6º mês, a mulher deve ser encaminhada para avaliação especializada com infectologista ou hepatologista. No Quadro 8, encontra-se a interpretação dos exames sorológicos para hepatite B e os indicadores de doença.

QUADRO 8 - INTERPRETAÇÃO DOS MARCADORES PARA HEPATITE B						
Interpretação	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc	Anti-HBe	Anti-HBs
Fase de incubação	Pos	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
Fase aguda	Pos	Pos	Pos	Pos	Neg	Neg
Portador com replicação viral	Pos	Pos	Neg	Pos	Neg	Neg
Portador sem replicação viral	Pos	Neg	Neg	Pos	Pos	Neg
Provável cicatriz sorológica	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Neg
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Pos	Pos
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Pos
Imunidade após vacina	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos
Ausência de contato com HBV	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg

INFECÇÃO PELO HIV

A infecção pelo HIV é grande preocupação para a maioria das mulheres em situação de violência sexual. Os estudos existentes indicam que a possibilidade de infecção em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%. Esse risco é comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde.

O risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as DST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se 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 DST ou úlcera genital prévia; e a carga viral do agressor. Também se associa ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.

A profilaxia do HIV com uso de anti-retrovirais em situações de violência sexual é procedimento relativamente complexo e novo, em intenso processo de investigação. Não existem estudos definitivos que assegurem que os anti-retrovirais protejam a mulher em situação de violência sexual. Da mesma forma, não existem evidências científicas que afastem essa possibilidade. Cabe considerar o êxito da profilaxia anti-retroviral em outras situações, embora as comparações sejam metodologicamente imperfeitas. A drástica redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto, bem como o sucesso alcançado na profilaxia dos acidentes entre profissionais de saúde, têm estimulado o uso dos anti-retrovirais em situações de violência sexual. Além disso, serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência sexual têm encontrado indicadores consistentes da eficácia profilática dos anti-retrovirais, com expressiva adesão das mulheres ao tratamento.

INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS

Nas situações em que o estado sorológico do agressor não pode ser conhecido em tempo elegível, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal, associada ou não ao coito oral. Essa condição corresponde à maioria dos casos de violência sexual atendidos pelos serviços de saúde. No entanto, tratando-se de penetração vaginal ou anal, a decisão de iniciar a profilaxia não se deve basear em critérios de gravidade. Em situações de violência sexual com sexo oral exclusivo, não existem evidências para assegurar a indicação profilática dos anti-retrovirais, até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nestes casos, riscos e benefícios devem ser cuidadosamente ponderados e a decisão deve ser individualizada. **Não devem receber a profilaxia para o HIV casos de violência sexual em que a mulher apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor. Não deverá ser realizada a profilaxia para o HIV quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.**

Algumas situações excepcionais merecem atenção. A realização do teste anti-HIV no agressor deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral, caso o resultado seja negativo. Também o uso de teste rápido pode ser indicado para a tomada de decisão terapêutica, quando a condição sorológica do agressor é desconhecida, mas este é identificável e existindo tempo para sua avaliação em menos de 72 horas da violência. Caso o resultado seja negativo, a quimioprofilaxia anti-retroviral não deve ser realizada.

Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento com uso de anti-retrovirais, a decisão do tipo de combinação de medicamentos para profilaxia deverá ser individualizada e escolhida por infectologista. A falta de especialista no momento imediato do atendimento pós-

exposição não é razão suficiente para retardar o início da quimioprofilaxia. Nesses casos, recomenda-se o uso dos esquemas habituais, como AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + nelfinavir ou indinavir, até que a paciente seja reavaliada quanto à adequação da quimioprofilaxia.

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a

todas as situações. Ela exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo e grau de risco da violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime. A decisão final deve considerar sempre a motivação e o desejo da mulher em se submeter ao tratamento.

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

A profilaxia do HIV, com o uso de anti-retrovirais, deve ser iniciada no menor prazo possível, com limite de 72 horas da violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por 4 semanas consecutivas. O prazo de 72 horas não deve ser ultrapassado em nenhuma hipótese, mesmo em situações de múltiplos e elevados fatores de risco e agravo de exposição ao HIV.

Embora não existam esquemas definitivos de associação de anti-retrovirais para essa finalidade, recomenda-se o emprego de drogas potentes, do ponto de vista virológico, com baixo potencial de toxicidade e boa perspectiva de adesão. O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas, pela reconhecida maior eficácia na redução da carga viral plasmática.

Quando o esquema anti-retroviral selecionado incluir o nelfinavir ou o ritonavir, a anticoncepção de emergência deve ser realizada com levonorgestrel.

Esses anti-retrovirais reduzem significativamente os níveis séricos dos estrogênios, devido à interação medicamentosa que ocorre no sistema microssomal hepático.

PROFILAXIA PARA MULHERES ADULTAS

Em mulheres adultas recomenda-se usar a associação da zidovudina (AZT) 300mg e lamivudina (3TC) 150mg (inibidores da transcriptase reversa), 1 comprimido a cada 12 horas, preferentemente combinados na mesma formulação. A terceira droga que completa o esquema, nelfinavir (NFV) 750mg ou indinavir (IDV) 800mg (inibidores da protease), deve ser administrada a cada 8 horas (Quadro 9).

O indinavir pode ser, eventualmente, associado com um quarto medicamento, o ritonavir (RTV), como adjuvante farmacológico, neste caso indinavir

(IDV) 800mg + ritonavir (RTV) 100-200mg a cada 12 horas com ou sem alimento. Cabe lembrar que o ritonavir interage de forma importante com o metronidazol e seus substitutos, utilizados como parte da profilaxia de DST não virais. Deve-se preferir o nelfinavir, sempre que possível, ou suspender o metronidazol quando o ritonavir for indispensável. Em gestantes, o esquema preferencial deve considerar a associação de AZT, 3TC e NFV nas mesmas doses acima indicadas. Não se recomenda o uso da nevirapina ou de outros análogos não nucleosídeos nessas situações.

QUADRO 9 - PROFILAXIA DO HIV PARA MULHERES ADULTAS E GESTANTES			
ZIDOVUDINA 300mg	VO	a cada 12 horas	café e jantar +
LAMIVUDINA 150mg	VO	a cada 12 horas	café e jantar +
NELFINAVIR 750mg 1250mg	VO VO	a cada 8 horas a cada 12 horas	café, almoço e jantar ou café e jantar

ADESÃO

A adesão aos anti-retrovirais é um dos fatores principais na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV, nos casos de profilaxia. A não adesão ao esquema anti-retroviral está diretamente relacionada com o risco de desenvolvimento de resistência viral, de falha da profilaxia e de surgimento de cepas virais multirresistentes.

O termo adesão deve ser observado dentro do contexto no qual a pessoa não apenas obedece a orientações da equipe de saúde, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida. Vários fatores afetam a capacidade de adesão, como aspectos socioeconômicos, grau de escolaridade e qualidade do serviço de saúde. A adesão aos antiretrovirais diminui quanto mais eles interferem nas atividades cotidianas ou nos hábitos alimentares, ou quando acarre-

tam muitos efeitos colaterais. A adesão também é menor se a comunicação e a interação entre a mulher e o(a) profissional de saúde for deficiente ou inadequada. As estratégias para garantir adesão adequada aos anti-retrovirais incluem:

- Adequar o esquema anti-retroviral ao estilo de vida da usuária. Esta é, provavelmente, a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão;
- Identificar as rotinas diárias e, se possível, coincidir a administração dos medicamentos com atividades rotineiras;
- As refeições, geralmente com horários bem definidos, nem sempre funcionam como boa referência para a ingestão dos medicamentos, devido às restrições ou exigências do esquema anti-retroviral e dos hábitos alimentares variáveis das pessoas;
- Utilizar lembretes para tomada dos medicamentos, orientando que sejam tomados antes da atividade de rotina selecionada para reduzir a possibilidade de esquecimento;
- Sugerir despertadores ou beepers para avisar o horário de tomada dos medicamentos;
- Elaborar junto com a mulher uma escala diária dos medicamentos, definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas;
- Manter a mulher bem informada e esclarecer dúvidas em cada consulta;
- Orientar alguém próximo da mulher a acompanhar e apoiar a profilaxia, sempre que possível, e com a concordância da mulher;
- Planejar cuidados e modificações na escala das tomadas em casos de viagens, mesmo que de curta duração.

É importante que a equipe de saúde perceba que determinadas sugestões podem ser mais apropriadas para algumas pessoas do que para outras. Porém, independentemente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva de conseguir adesão adequada é motivar e envolver a pessoa no seu tratamento, utilizando-se medidas práticas, fazendo ajustes necessários e oferecendo permanente apoio.

ACONSELHAMENTO

O aconselhamento, como processo de escuta ativa, permite estabelecer relação de confiança entre os interlocutores e facilita a superação da violência sexual. O apoio emocional permite que a pessoa entre em contato com a equipe de saúde, de maneira menos defensiva, e possa iniciar o processo de elaboração do ocorrido dentro de suas possibilidades. Também permite minimizar o dano emocional, otimizar as profilaxias disponíveis e aderir ao tratamento. Nesse momento, é imprescindível que o(a) profissional de saúde disponha de tempo para ouvir a mulher e promover ambiente de confiabilidade e empatia. Além das medidas de aconselhamento específicas para a adesão aos anti-retrovirais, o aconselhamento deve incluir outras questões:

- A mulher em situação de violência sexual deve ser informada que não há segurança ou garantia absoluta de que a profilaxia funcionará. Considerando a possibilidade, mulheres e adolescentes devem ser orientadas a usar os preservativos masculino ou feminino em todas as relações sexuais, caso retomem a atividade sexual, durante o período de seis meses da data da violência. Esse tempo está condicionado aos resultados finais das sorologias para o HIV e para a hepatite B e C. A medida visa a proteger o parceiro na eventualidade de transmissão das DST não virais, hepatites ou HIV;
- Considerar os possíveis impactos de um resultado positivo e identificar alternativas de apoio familiar e social;
- No caso da investigação do HIV, é necessário reforçar para a mulher que os resultados iniciais, quando negativos, não são definitivos e não a dispensam da realização de exames futuros nos períodos indicados;
- Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia antiretroviral, pela possibilidade de exposição da criança aos anti-retrovirais (passagem pelo leite materno) e também para evitar o risco de transmissão vertical.

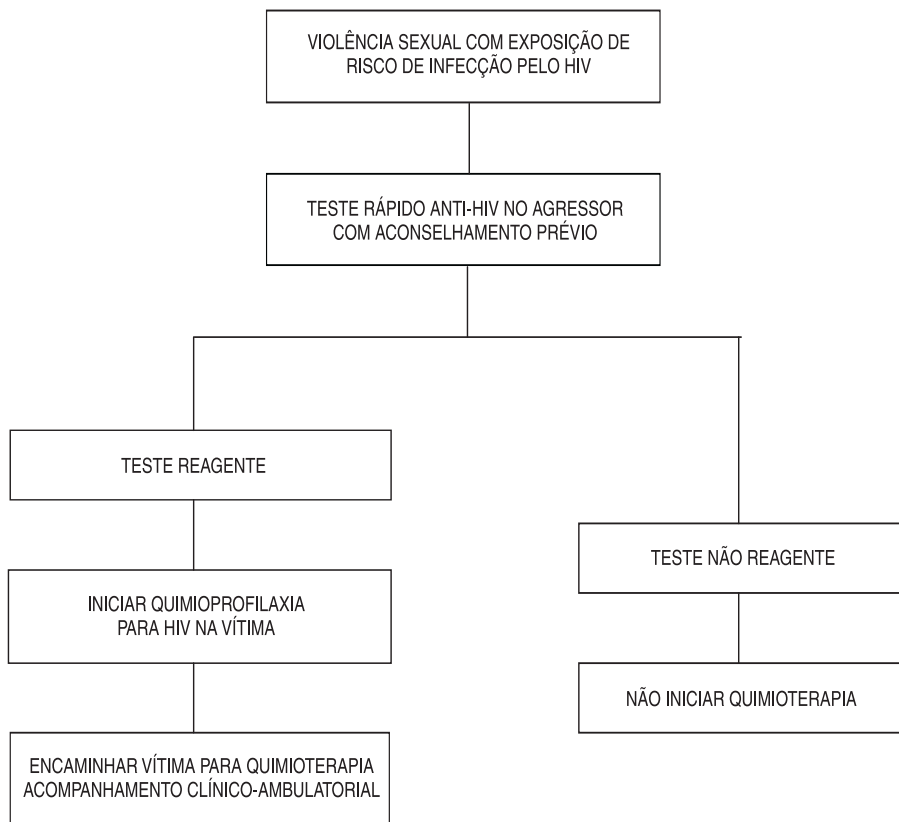
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O uso concomitante de outras drogas com os anti-retrovirais podem apresentar risco potencial de interação medicamentosa, a exemplo dos tuberculostáticos, hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Recomenda-se a consulta do Anexo 3, caso necessário.

REAÇÕES ADVERSAS

A paciente que inicia profilaxia anti-retroviral deve ser orientada a procurar atendimento assim que surjam quaisquer sintomas ou sinais clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa. Os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, como efeitos gastrintestinais, cefaléia e fadiga. As alterações laboratoriais são usualmente discretas, transitórias e pouco freqüentes. Na presença de intolerância medicamentosa, a paciente deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, podendo ser necessária a utilização de medicações sintomáticas, a exemplo dos antieméticos ou antidiarréicos. Nessa reavaliação, esquemas alternativos de anti-retrovirais podem, eventualmente, ser necessários na tentativa de se manter a profilaxia durante as quatro semanas.

FLUXOGRAMA PARA USO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV EM VIOLÊNCIA SEXUAL



ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizada no momento de admissão da mulher que sofre violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite, prévias à violência sexual. A realização de teste anti-HIV nos serviços de emergência deve ser feita após aconselhamento e consentimento verbal da mulher, devendo seguir o fluxograma de detecção de anticorpos anti-HIV (ver Anexo 4). A realização de

hemograma e transaminases é necessária somente para mulheres que iniciem a profilaxia com anti-retrovirais.

O apoio laboratorial é fundamental para auxiliar no diagnóstico e investigação das DST/HIV/Hepatites. No entanto, o diagnóstico final deve ser o resultado dos achados do exame clínico e do exame ginecológico associados aos testes complementares. As instituições de referência devem ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados (Quadro 11) e de outros que, a critério clínico, possam ser necessários.

QUADRO 11 - ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL					
	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 meses	6 meses
Conteúdo vaginal					
Sífilis (VDRL ou RSS)					
Anti-HIV					
Hepatite B					
Hepatite C					
Transaminases					
Hemograma					

A avaliação do conteúdo vaginal compreende a coleta de material para a realização de exame bacterioscópico e de cultura da secreção vaginal e, eventualmente, biologia molecular, com investigação endocervical para o gonococo, clamídia e HPV, quando houver suporte laboratorial.

GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Entre as conseqüências da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres.

O problema se agrava na medida em que parte importante das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que realizem o abortamento, mesmo quando previsto e permitido pela legislação. Por falta de informação sobre seus direitos ou por dificuldade de acesso a serviços seguros, muitas mulheres, convencidas de interromper a gestação, recorrem aos serviços clandestinos de abortamento, freqüentemente em condições inseguras e com graves conseqüências para a saúde, incluindo-se a morte da mulher.

No plano internacional, as Conferências das Nações Unidas, das quais o Brasil é signatário, reconhecem a importância do problema no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva. Segundo a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993), "os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais".

No mesmo sentido, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994), e a Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995), afirmam que os direitos reprodutivos são fundamentais para os direitos humanos. Incluem o direito de todo casal e indivíduo a ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência. Na conferência de Cairo+5, acrescenta-se que "em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis".

A importância específica dos serviços de saúde, dentro desse contexto, é destacada pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994). A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas conseqüências são de alta prioridade para profissionais de saúde. Às mulheres deve ser garantido o acesso à informação e orientação humana e solidária; ao abortamento pre-

visto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortamentos; e ao planejamento reprodutivo pós-abortamento para, inclusive, evitar abortamentos repetidos.

ALTERNATIVAS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal.

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

ASPECTOS LEGAIS

De acordo com o Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento

nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça.

O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis conseqüências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual. Segundo o Código Penal, art. 20, § 1º, "é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima". Se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação, somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente.

CONSENTIMENTO

Segundo o Código Penal, é imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico. O Código Civil estabelece que, a partir dos 18 anos, a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento. Entre 16 e 18 anos, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou pelo representante legal, que se manifestam com ela. Se a adolescente ou criança tem idade menor que 16 anos, deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela.

O consentimento do(a) representante legal também é necessário se a mulher, por qualquer razão, não tiver condição de discernimento e expressão de sua vontade, a exemplo das deficientes mentais. É desejável que conste no termo de consentimento a informação à mulher ou a seu representante legal da possibilidade de responsabilização criminal, caso as declarações prestadas

forem falsas, conforme art. 299 do Código Penal, sem prejuízo para a credibilidade da palavra da mulher. De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir. Também deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. Portanto, a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada à apresentação deste. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento, caso a mulher não possa apresentá-los.

OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Segundo o art. 7 do Código de Ética Médica, "o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente". O art. 21 acrescenta que é direito do(a) médico(a) "indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país". Também é direito do(a) médico(a), art. 28, "recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência". No entanto, é vedado ao médico(a) "descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento", conforme o art. 43.

Assim, é garantido ao(à) médico(a) a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual. No entanto, é dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre seus direi-

tos e, no caso de objeção de consciência, deve garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional e os direitos humanos das mulheres.

Cabe ressaltar que não há direito de objeção de consciência em algumas situações excepcionais: 1) risco de morte para a mulher; 2) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) profissional que o faça; 3) quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional; 4) no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

É dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional.

PROCEDIMENTOS DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

Sob a perspectiva da saúde, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado pelo abortamento.

O abortamento é considerado inseguro quando praticado em condições precárias e inadequadas, por pessoal com insuficiente habilitação, ou ambas as condições. Nesses casos, o abortamento relaciona-se com taxas elevadas de mortalidade, com cerca de 13% das mortes relacionadas maternas. Também acarreta condições de morbidade que, muitas vezes, comprometem a saúde reprodutiva da mulher. Por outro lado, se realizado em ambiente apropriado, com técnica adequada, e com profissionais de saúde capacitados, o abortamento induzido é procedimento considerado seguro, com riscos muito pequenos se comparado com outros procedimentos médicos.

Para garantir o abortamento seguro para as mulheres em situação de gravidez decorrente de violência sexual, que assim o solicitem, é necessário que exis-

tam suprimentos e equipamentos adequados, aplicação de técnicas corretas e capacitação dos(as) profissionais de saúde. Além disso, o cumprimento de algumas medidas e cuidados simples é fundamental para que o abortamento seja oferecido de forma segura e acessível para a mulher nos serviços de saúde.

DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

A estimativa da idade gestacional deve ser feita em semanas, calculadas a partir da data da última menstruação (DUM) conhecida e de certeza. O cuidadoso exame bimanual da pelve pode determinar o volume uterino e os sinais de gravidez a partir da 6ª a 8ª semana de gestação. O exame de ultra-sonografia é o método mais preciso e adequado para confirmar a idade gestacional e, sempre que disponível, deve ser utilizado.

Determinar a idade gestacional é importante para a escolha do método do abortamento e para estabelecer a concordância entre a idade gestacional e o período da violência sexual. Além disso, o exame clínico e a ultra-sonografia são necessários para afastar a ocorrência de gravidez ectópica ou de gestação molar. Sempre que possível, o exame de ultra-sonografia deve ser realizado em local ou horário diferente daquele utilizado para o atendimento pré-natal, evitando constrangimento e sofrimento para a mulher. O mesmo cuidado deve ser tomado durante o exame, evitando-se comentários desnecessários sobre as condições fetais.

CONDIÇÕES PREEXISTENTES

A história clínica e o exame físico são essenciais para conhecer as condições de saúde da mulher e identificar doenças preexistentes que possam interferir na realização da interrupção da gravidez. Antecedentes de transtornos da coagulação ou de reações alérgicas a medicamentos devem ser investigados. Doenças preexistentes e medicamentos em uso também devem ser considerados. A determinação do tipo sanguíneo, do fator Rh e hemograma devem ser procedimentos de rotina. Outros exames complementares pré-operatórios podem ser solicitados, quando necessário.

MÉTODOS DE INTERRUPÇÃO ATÉ 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Para a interrupção da gravidez de até 12 semanas de idade gestacional, o método de escolha é a aspiração a vácuo intra-uterina, segundo a Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). A aspiração a vácuo é procedimento muito seguro, rápido e eficiente. As complicações são excepcionais e, raramente, de gravidade relevante. Incluem a infecção, o esvaziamento incompleto, sangramento excessivo, ou perfuração uterina. A Aspiração Elétrica a Vácuo (AEV) utiliza bomba de vácuo de fonte elétrica, o que torna o equipamento menos prático e de maior custo. A Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) é procedimento que utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12mm, acopladas a seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e aspiração simultânea da cavidade uterina. A técnica pode ser realizada, grande parte das vezes, sem necessidade de dilatação cervical em gestações iniciais. Nas gestações de maior idade gestacional, geralmente é precedida de dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar.

A curetagem uterina utiliza curetas de diferentes formas e dimensões após a dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar, resultando na raspagem da cavidade uterina. O procedimento pode também utilizar outros instrumentos específicos, como a pinça de Winter, auxiliar na extração do conteúdo uterino. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido, curetas e pinças oferecem maior risco de acidentes, principalmente o de perfuração do útero e de sangramento excessivo durante o procedimento. A curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração a vácuo não estiver disponível. Recomenda-se que os gestores de saúde capacitem os(as) profissionais de saúde para substituir a curetagem uterina pela aspiração a vácuo.

A administração do misoprostol isoladamente, como método de interrupção da gravidez nas primeiras 12 semanas de idade gestacional, é opção a ser considerada em circunstâncias especiais. O procedimento é mais demorado, possivelmente mais doloroso, e com efeitos gastrointestinais mais freqüentes. A escolha da dose varia em diferentes experiências. As evidências sugerem

dose de 800µg por dia, via vaginal, durante dois dias, com três possíveis esquemas:

- a) 800µg dose única, a cada 24 horas;
- b) 400µg a cada 12 horas; e c) 200µg a cada 6 horas. Embora outras vias de administração possam ser empregadas, deve-se preferir a via vaginal, aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina.

A mulher que eventualmente decida pelo uso do misoprostol deve ser informada das limitações e efeitos do método. O risco de sangramento excessivo deve ser discutido com a mulher, que poderá aguardar pela conclusão do abortamento até 24 horas depois da última dose, em regime de internação ou em sua residência. Após esse período, o esquema pode ser repetido ou mudar o tratamento para aspiração ou curetagem, dependendo da decisão da mulher e das condições clínicas. Alternativas como o mifepristone (RU 486) e outros métodos de abortamento farmacológico não estão disponíveis para uso no Brasil.

MÉTODOS DE INTERRUÇÃO APÓS 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição. Para as gestações com mais de 12 e menos de 20 semanas de idade gestacional, recomenda-se a utilização do misoprostol para a dilatação cervical e a expulsão ovular. A mulher deve permanecer, obrigatoriamente, internada até a conclusão da interrupção, completando-se o esvaziamento uterino com curetagem nos casos de abortamento incompleto. Assim como nas gestações iniciais, as doses utilizadas de misoprostol variam em diferentes investigações.

Entre os esquemas disponíveis, recomenda-se administrar 200µg via vaginal a cada 12 horas, durante 48 horas. O tratamento pode ser repetido após intervalo de três a cinco dias, em caso de insucesso. A aspiração intra-uterina e a curetagem não são recomendadas como métodos de interrupção de gestações com mais de 12 semanas. Métodos cirúrgicos maiores devem ser reservados para situações excepcionais e a histerectomia deve ser abolida como método de abortamento em qualquer hipótese.

GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Não se recomenda a interrupção da gravidez após 20 semanas de idade gestacional. A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar.

PREPARAÇÃO DO COLO DO ÚTERO

Em gestações entre nove e 12 semanas, a preparação ou maturação do colo do útero torna o procedimento de esvaziamento uterino (aspiração a vácuo ou curetagem) mais rápido e com menor risco de complicações imediatas. O método é particularmente desejável para nulíparas e adolescentes. Recomenda-se utilizar dose única de 200 a 400µg de misoprostol, via vaginal, 3 a 4 horas antes do procedimento.

ALÍVIO DA DOR

É fundamental que a equipe de saúde garanta alívio apropriado para a dor em cada tipo de procedimento de interrupção de gravidez. A inadequação do controle da dor provoca sofrimento desnecessário e injustificado, e aumenta o dano emocional e o risco de complicações. Em todos os tipos de abortamento, seja na indução farmacológica, seja no esvaziamento uterino, deve-se proceder com escolha criteriosa do método de alívio da dor. A decisão deve considerar as condições clínicas de cada mulher, que deve ser apoiada e estimulada a participar da escolha.

O nível de dor durante o abortamento depende de muitos fatores. A fragilidade emocional da mulher em situação de violência sexual limita o uso de alternativas de alívio da dor utilizadas, com sucesso, em outras situações de abortamento.

Geralmente, são necessárias medidas de maior intervenção, que utilizem procedimentos específicos de anestesia ou analgesia. Nesses casos, além de

respeitar a escolha da mulher, devem ser consideradas as características e experiências de cada serviço. A escolha de anestesia geral deve ser reservada a provedores de saúde capacitados e equipados.

Em condições favoráveis, mulheres que apresentem gestações iniciais e com satisfatória interação com a equipe de saúde podem ser tratadas com apoio verbal e anestesia paracervical, especialmente nos casos de indicação e disponibilidade da técnica de AMIU. A anestesia local ou bloqueio paracervical é realizada utilizando-se lidocaína a 1%, sem vasoconstritor, injetando-se lentamente o anestésico na transição do colo com a mucosa vaginal, às 5 e 7 horas, com agulha calibre 23 ou de insulina, a uma profundidade de 3-5mm, na quantidade de 3-8ml em cada ponto, com o cuidado de evitar a injeção intravenosa do anestésico. A associação de drogas tranqüilizantes, como o diazepam ou midazolam, é desejável quando há elevada ansiedade.

Nas situações em que a idade gestacional é superior a 12 semanas, o uso de analgésicos narcóticos, petidina ou morfina, pode ser necessário durante o período de indução do esvaziamento uterino, para alívio da dor provocada pela contração uterina e dilatação cervical. A equipe de saúde deve estar atenta para possíveis efeitos adversos, principalmente a depressão respiratória. Caso o esvaziamento ocorra de forma incompleta, os mesmos cuidados rotineiros devem ser tomados para o alívio da dor durante a curetagem ou aspiração complementar.

INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES

Informações claras e acessíveis devem ser dadas para a mulher que realiza a interrupção da gravidez, respeitando-se os princípios de confidencialidade e privacidade. A equipe de saúde deve prover essas informações de forma sensível, considerando as condições emocionais de cada mulher. Ela deve ser esclarecida sobre o que será feito, medidas para alívio da dor, tempo do procedimento e de permanência no serviço, segurança do procedimento e riscos envolvidos. Manifestações de dúvidas e receios podem ocorrer e a equipe de saúde deve expressar consideração a cada questionamento, oferecendo resposta para cada uma delas.

PROFILAXIA DE INFECÇÃO

A infecção do trato genital inferior no momento do abortamento deve ser valorizada, na medida em que constitui importante fator de risco para infecções mais severas após o procedimento. Existindo sinais clínicos ou testes complementares sugestivos ou compatíveis com infecção, é necessário o tratamento apropriado antes da interrupção. Na ausência dessas condições, o uso profilático de antibióticos deve ser cuidadosamente considerado para cada caso. A violência sexual associa-se com taxas elevadas de aquisição de DST e há evidências de que a profilaxia reduz expressivamente o risco de infecção pós-procedimento.

CUIDADOS DE COLETA E GUARDA DE MATERIAL

Recomenda-se que amostras do material embrionário ou placentário do abortamento induzido sejam guardadas para eventual investigação de DNA, mediante solicitação do Poder Judiciário. As medidas necessárias para esse procedimento encontram-se no tema "Coleta de Material". Recomenda-se que, sempre que possível e disponível, uma parte do material seja encaminhada para exame de anatomia patológica para afastar a possibilidade de gestação molar.

ISOIMUNIZAÇÃO PELO FATOR Rh

Não há evidências conclusivas que assegurem a necessidade de imunização passiva de todas as mulheres Rh negativas após o abortamento induzido do primeiro trimestre. Nos serviços em que a medida é prática de rotina, deve-se administrar 1 ampola de imunoglobulina anti-Rh até 72 horas da interrupção da gravidez para as mulheres com teste de Coombs indireto negativo. O mesmo deve ser feito para a interrupção das gestações no segundo trimestre.

ALTA HOSPITALAR E SEGUIMENTO

A mulher pode receber alta hospitalar assim que capaz, com sinais vitais estáveis e ao término da recuperação anestésica, se houver. Na ocasião da alta hospitalar, deve ser informada sobre sinais e sintomas comuns ao período de recuperação, nos casos de uso de métodos cirúrgicos. Sangramento vaginal de menor ou igual volume ao menstrual pode ocorrer por vários dias. Cólicas abdominais, geralmente de intensidade tolerável, podem estar presentes nos primeiros dias.

A mulher poderá retornar às atividades cotidianas em poucos dias e o período de afastamento necessário deverá ser avaliado em cada caso. A primeira consulta médica deve ser realizada entre sete a dez dias do procedimento. Devem ser orientadas a retornar ao serviço de saúde em qualquer momento se ocorrer febre, dor abdominal ou sangramento vaginal de maior volume. A equipe de saúde deve colocar ênfase na necessidade de retorno da mulher para receber as medidas de atenção, principalmente para completar a investigação de DST/HIV/Hepatites.

COLETA DE MATERIAL

A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância na violência sexual, tanto para a comprovação do crime, como para a identificação do agressor. Cerca de 95% dos agressores não são condenados por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela Justiça.

Material do conteúdo vaginal, anal ou oral deve ser coletado por meio de swab ou similar, sendo acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado, preferentemente em ambiente climatizado. Nos serviços que dispõem de congelamento do material, a medida poderá ser adotada.

O material não deve ser acondicionado em sacos plásticos que, por manterem umidade, facilitam a proliferação bacteriana que destrói células e DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, pela possibilidade de desnaturar o DNA. O material deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição do Poder Judiciário.

ANEXO 1



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – SIVVA
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS

DADOS DO ATENDIMENTO

Data do Atendimento: ____/____/____ Hora: _____ Nº do Prontuário / BE: _____
 Unidade de Saúde: _____ Nº CNES: _____
 Endereço: _____ Fone: _____

DADOS GERAIS DO PACIENTE

Nº Cartão SUS: _____
 Documento: Não Sim RG CPF CT CN Nº do Doc: _____
 Nome: _____
 Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Anos Meses Dias Ignorada
 Sexo: Feminino Masculino Raça/Cor: Branca Preta Amarela Indígena Parda
 Escolaridade (em anos de estudo): Nenhum de 1 a 3 de 4 a 7 de 8 a 11 12 e mais Ign. Não se aplica
 Pessoa com Deficiência: Não Sim Qual?: Física Visual Auditiva Mental Múltiplas Deficiências Ignorado
 Nome da Mãe: _____
 Endereço de resid: _____ Nº _____ Compl: _____
 CEP: _____ Bairro: _____ Distrito Adm: _____
 Cidade: _____ UF: _____ Telefone p/ contato: _____
 Nome do Acompanhante: _____ Grau de relacionamento: _____
 Nome do Responsável Legal: _____ Grau de relacionamento: _____
 Não foi possível coletar Adolescente Emancipado
 Quem Transportou: COBOM-193 SAMU-192 GCM PM Ambulância particular Particulares
 Outros _____

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Caracterizar a vítima: Pedestre Ocupante de veículo Ignorado
 Se ocupante de veículo: Condutor do veículo Passageiro do veículo Sem informação se condutor ou passageiro
 Veículo que a vítima ocupava, ou, em caso de atropelamento, veículo que a atingiu:
 Bicicleta Motocicleta Automóvel Ônibus, caminhão ou outros veículos pesados Metrô ou trem Outro transporte terrestre
 Transporte aéreo Transporte aquático Ignorado Outro _____
 Se a vítima for ocupante de veículo, informar se houve:
 Colisão com outro veículo – Especificar: Bicicleta Outro não-motorizado Motocicleta Automóvel
 Ônibus, caminhão ou outros veículos pesados Metrô ou trem
 Colisão com pedestre ou animal Colisão com objeto fixo (poste, muro, etc) Ignorado Outro _____

OUTROS ACIDENTES

Queda de um nível a outro – Especificar: Escada/Degrau Edifício/Laje Brinquedo Móvel (leito, cadeira, etc.)
 Outro _____
 Queda do mesmo nível Queda não especificada
 Afogamento Fogo ou incêndio Outras queimaduras Arma de fogo Arma branca Mordedura animal Choque elétrico
 Deslizamento de terra ou inundação Sufocação ou aspiração de conteúdo gástrico ou outros riscos acidentais à respiração
 Intoxicação ou envenenamento (se possível informar qual substância) _____
 Outro (descrever) _____

AGRESSÃO POR TERCEIROS

Física Sexual Psicológica Negligência ou abandono Outras síndromes de maus-tratos Outro _____
 Se agressão física especificar instrumentos ou meios utilizados:
 Uso de força corporal Arma de fogo Arma branca Objeto contundente Enforcamento ou sufocação
 Meios não especificados Outros meios (descrever) _____
 Frequência da agressão: 1 única vez 2 a 5 vezes 6 a 9 vezes 10 ou mais vezes Ignorado
 Provável agressor(a): Familiar Patrão ou chefe Outros conhecidos Ladrão ou assaltante Outros desconhecidos
 Não informado
 Se o provável agressor for familiar, especificar parentesco:
 Mãe Pai Filho Filha Esposo Esposa Companheiro Companheira Outro _____
 Idade aproximada do agressor (a): _____ anos Idade ignorada Sexo do agressor (a): Feminino Masculino Ignorado

ANEXO 1 - (continuação)

AUTO-AGRESSÃO	Instrumento ou meio utilizado: <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Enforcamento ou sufocação <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Intoxicação ou envenenamento (se possível informar qual substância) _____ <input type="checkbox"/> Outros meios (descrever) _____
EVENTO DE INTENÇÃO INDETERMINADA	<input type="checkbox"/> Envenenamento ou intoxicação (se possível informar qual substância) _____ <input type="checkbox"/> Disparo de arma de fogo <input type="checkbox"/> Exposição a vapores, gases ou objetos quentes <input type="checkbox"/> Quedas <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo ou incêndio <input type="checkbox"/> Enforcamento ou sufocação <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Impacto de veículo a motor <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros (descrever) _____
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	Suspeita ou Evidência de que o paciente fez uso de Alcool antes do evento que determinou a lesão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Suspeita ou Evidência de que o paciente fez uso drogas ilícitas antes do evento que determinou a lesão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado A paciente estava grávida no momento do evento que determinou a lesão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> não se aplica
DADOS DA OCORRÊNCIA	Identificação da ocorrência: Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Data Ignorada Horário aproximado da ocorrência: _____ Horas <input type="checkbox"/> Horário Ignorado Local da ocorrência: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Bar e afins <input type="checkbox"/> Escolas <input type="checkbox"/> Creche/asilo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro _____ Endereço da ocorrência (exceto para residência): Nome do local, se conhecido: _____ Rua/Av: _____ Nº _____ Compl: _____ CEP: _____ Bairro: _____ Distrito Adm.: _____ Cidade: _____ Ponto de referência: _____
Descrição sumária do ocorrido: _____ _____	
CARACTERIZAR A LESÃO MAIS RELEVANTE	Tipo de lesão (marcar somente uma opção): <input type="checkbox"/> Traumatismo superficial <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Luxação – Entorse – Distensão <input type="checkbox"/> Traumatismo de nervos <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Traumatismo de medula espinal <input type="checkbox"/> Traumatismo de vasos <input type="checkbox"/> Traumatismo de tendões e músculos <input type="checkbox"/> Amputação traumática <input type="checkbox"/> Traumatismo de órgão interno (para cabeça, tórax ou abdômen/dorso/pelve) <input type="checkbox"/> Politraumatismo <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Corpo estranho em orifício natural <input type="checkbox"/> Intoxicação ou envenenamento <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____ Local da lesão (marcar somente uma opção): <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Olho e/ou órbita ocular <input type="checkbox"/> Ouvido <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Trato respiratório <input type="checkbox"/> Abdomen/dorso/pelve <input type="checkbox"/> Aparelho digestivo <input type="checkbox"/> Trato genito-urinário <input type="checkbox"/> Tronco - segmento não especificado <input type="checkbox"/> Ombro e braço <input type="checkbox"/> Cotovelo e antebraço <input type="checkbox"/> Punho e mão <input type="checkbox"/> Membro superior - segmento não especificado <input type="checkbox"/> Quadril e coxa <input type="checkbox"/> Joelho e perna <input type="checkbox"/> Tornozelo e pé <input type="checkbox"/> Membro inferior - segmento não especificado <input type="checkbox"/> Coluna - segmento não especificado <input type="checkbox"/> Múltiplas regiões do corpo <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____ Se síndromes de maus-tratos especificar (marcar somente uma opção): <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Sevícias físicas (síndromes de espancamento) <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Abuso psicológico <input type="checkbox"/> Formas mistas de maus-tratos <input type="checkbox"/> Síndrome de maus-tratos não especificada <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____
Diagnóstico da lesão mais relevante – usar para descrever e/ou complementar informação do quadro acima: _____ _____	
EVOLUÇÃO DO CASO	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Em observação <input type="checkbox"/> Acompanhamento clínico <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Recebido em óbito <input type="checkbox"/> Óbito durante o atendimento
ENCAMINHAMENTOS	<input type="checkbox"/> Ambulatório (rede básica ou especializada) <input type="checkbox"/> Ambulatório do Hospital <input type="checkbox"/> Hospital/PS <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Grande Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Vara da Infância e Juventude <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Delegacia de Polícia <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outros serviços _____
Nome do responsável pelo preenchimento: _____ Inscrição no Conselho Profissional: C_ R_ _ _ Número: _____	

ANEXO 2

Apresentação, posologia e interação com alimentos dos principais medicamentos anti-retrovirais indicados para situações de violência sexual

NOME GÊNÉRICO	SIGLA	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	INTERAÇÃO C/ ALIMENTOS
ZIDOVDINA+ LAMIVUDINA	AZT (ou ZDV) + 3TC	Adultos e adolescentes: comprimido AZT+3TC 300+150mg	Adultos e adolescentes: 300mg + 150mg 2x/dia	Administrar com ou sem alimentos
LAMIVUDINA	3TC	Adultos e adolescentes: comprimido 150mg	Adultos e adolescentes: 150mg 2x/dia ou 300mg 1x/dia < 50kg: 2mg/kg 2x/dia	Administrar com ou sem alimentos
ZIDOVDINA	AZT (ou ZDV)	Adultos e adolescentes: cápsula 100mg	Adultos e adolescentes: 300mg 2x/dia, ou 200mg 3x/dia	Administrar com ou sem alimentos
INDINAVIR	IDV	Adultos, adolescentes e crianças que conseguem deglutir cápsulas: cápsula 400mg	Adultos e adolescentes: 800mg de 8/8h Associado com RTV (1): IDV 800mg + RTV 100mg 2x/dia	Administrar 1h antes ou 2h após alimentação hidratação abundante (risco de nefrolitíase)
NELFINAVIR	NFV	Adultos e adolescentes: comprimido 250mg	Adultos e adolescentes: 1250mg 2x/dia ou 750mg 3x/dia	Administrar com alimentos não ácidos
RITONAVIR	RTV	Adultos e adolescentes: cápsula 100mg	Adultos e adolescentes: associado com IDV: RTV 100mg + IDV 800mg 2x/dia	Administrar preferencialmente com alimento para melhorar a tolerância

(1) Uso de RTV 100mg 2x/dia em adultos sem necessidade de escalonamento de doses.

ANEXO 3

Principais efeitos colaterais e interações medicamentosas com anti-retrovirais utilizados na quimioprofilaxia para o HIV após situações de exposição sexual

LAMIVUDINA

EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÕES COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
Raramente associada a Efeitos adversos. Embora, como todo ITRN (1), possa causar acidose láctica e esteatose hepática, parece estar entre os mais seguros quanto a esses efeitos.	Zalcitabina (potencial antagonismo). Evitar uso concomitante.	SMX-TMP (↑ biodisponibilidade de 3TC). Não há necessidade de ajuste de dose.

(1) ITRN = Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo.

ZIDOVUDINA

EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÕES COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
Anemia, neutropenia, leucopenia, plaquetopenia, náuseas, vômitos, astenia, mal-estar geral, cefaléia, miopatia, insônia, hiperpigmentação cutâneas, ungueal e de mucosas, alteração das provas hepáticas e hepatite, acidemia/acidose láctica e hepatomegalia grave com esteatose hepática.	Estavudina (potencial redução da atividade antiretroviral por antagonismo). Não usar concomitantemente.	Ganciclovir, anfotericina B, flucitosina, SMX-TMP, dapsona, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina (↑ risco de toxicidade hematológica). Monitorar anemia e eutropenia. Probenecida, fluconazol, paracetamol, metadona, atovaquona, ácido valpróico (↑ níveis séricos do AZT). Monitorar toxicidade do AZT

INDINAVIR

EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÕES COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
<p>Nefrolítiase, atrofia renal, hematúria, piúria estéril, hipertensão arterial, cefaléia, insônia, náusea, vômitos, astenia, fadiga, distúrbios do paladar, alopecia, alteração dos pelos e unhas, xerodermia, dor abdominal, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia indireta assintomática, lipodistrofia, aumento de triglicérides, hipercolesterolemia, hiperglicemia, diabetes.</p>	<p>Didanosina (↓ absorção de IDV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.</p> <p>Delavirdina (↓ níveis séricos de IDV). Reduzir a dose de indinavir para 600mg 8/8h (1).</p> <p>Efavirenz (↑ níveis séricos de IDV). Aumentar a dose de indinavir para 1.000mg 8/8h se este for usado como único IP(1).</p> <p>Nevirapina (↓ níveis séricos de IDV). Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>Ritonavir (↑ níveis séricos de IDV). Se associado ao IDV, usar RTV na dose de 100-200mg 2x/dia. O indinavir não deve ser administrado com amprenavir e saquinavir.</p>	<p>O indinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, astemizol, terfenadina, cisaprida, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, midazolam ou triazolam.</p> <p>Rifabutina (↓ níveis séricos de IDV e - níveis séricos da rifabutina). Ajustar dose de rifabutina.</p> <p>Cetoconazol e itraconazol (↓ níveis séricos de IDV). Considerar a redução da dose do indinavir para 600mg 8/8h (2).</p> <p>Aciclovir (maior risco de nefrolítiase).</p> <p>Co-Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ níveis séricos de IDV). Considerar alternativas terapêuticas.</p> <p>Erva de São João (↓ níveis séricos de IDV). Evitar uso.</p> <p>Sildenafil (↑ biodisponibilidade desildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.</p>

(1) Exceto para pacientes com insuficiência hepática ou com indicação de amprenavir para resgate e intolerância ao ritonavir.

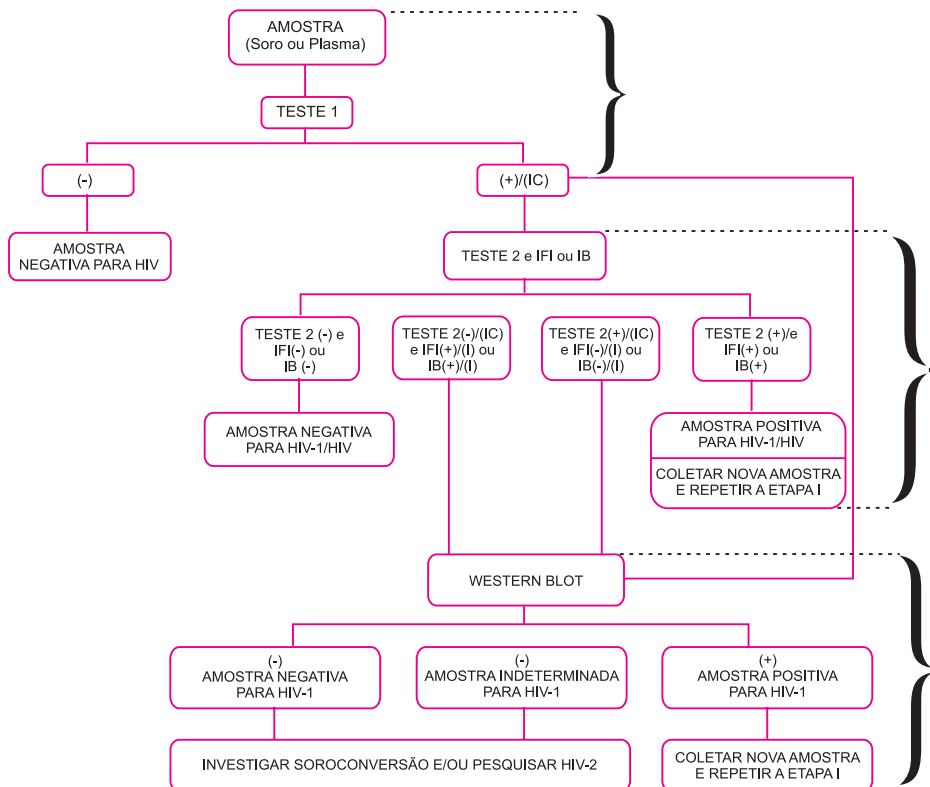
(2) Exceto na quimioprofilaxia da transmissão vertical, em alguns casos (ver documento Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes, 2004, do Ministério da Saúde).

NELFINAVIR

EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÕES COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
<p>Diarréia (efeito mais freqüente), exantema, flatulência, náusea, dor muscular, fraqueza, lipodistrofia, aumento de triglicérides, hipercolesterolemia, hiperglicemia e diabetes.</p>	<p>Didanosina (↓ absorção da NFV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.</p> <p>Efavirenz ou nevirapina (↑ níveis séricos de NFV). Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>Ritonavir (↑ níveis séricos de NFV). Sugere-se ajustar a dose de RTV para 400mg 2x/dia e de NFV para 500/500mg 2x/dia.</p> <p>Saquinavir (↑ níveis séricos de SQV e NFV). Considerar ajuste de dose de SQV (cápsula mole) para 800mg 3x/dia ou 1.200mg 2x/dia. O nelfinavir não deve ser co-administrado com delavirdina e amprenavir.</p>	<p>O nelfinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, astemizol, terfenadina, cisaprida, midazolam ou triazolam, erva de São João, cápsulas de alho, echinacea, ginseng e ginkgo-biloba</p> <p>Rifabutina (↓ níveis séricos de NFV e ↑ níveis séricos de rifabutina). Ajustar dose de rifabutina. Bloqueadores de cálcio (possibilidade de aumento dos níveis séricos dos bloqueadores). Monitorar toxicidade.</p> <p>Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ níveis séricos de NFV). Considerar alternativas terapêuticas.</p> <p>Sildenafil (↑ biodisponibilidade de sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.</p> <p>Atenção: Etinilestradiol e noretindrona (↓ significativa nos níveis séricos dos hormônios). Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.</p>

ANEXO 4

Fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de dois anos



Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de dois anos

A realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV nos laboratórios públicos e privados é regulamentada pela Portaria de n.º 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003, que determina um conjunto de procedimentos em seqüência denominado "Fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de dois anos". Após a realização deste fluxograma de testes, podemos encontrar os resultados descritos a seguir:

AMOSTRA NEGATIVA PARA HIV

Não há necessidade de coletar nova amostra, salvo nos casos em que há indicação de investigação de soroconversão e/ou pesquisa de HIV-2.

AMOSTRA POSITIVA PARA HIV/HIV-1

É obrigatória a coleta de segunda amostra para confirmar a positividade da primeira amostra, preferencialmente em intervalo de até 30 dias após a emissão do resultado referente à primeira amostra. Sempre que os resultados da segunda amostra forem diferentes dos obtidos com a primeira amostra, será preciso considerar a possibilidade de ter havido troca de amostras ou algum erro inerente aos procedimentos de realização dos testes.

AMOSTRA INDETERMINADA PARA HIV-1

Recomenda-se fazer a coleta de segunda amostra 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra para investigação de soroconversão. A investigação do HIV-2 é recomendada somente quando os dados epidemiológicos forem sugestivos de infecção por esse vírus ou se os dados clínicos forem compatíveis com a infecção HIV/Aids.

ANEXO 5

Recomendações para a profilaxia do tétano

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO CONTRA TÉTANO	FERIMENTO LIMPO OUTROS TIPOS		OU SUPERFICIAL DE FERIMENTO	
	VACINA	SAT ou IGHAT*	VACINA	SAT ou IGHAT*
Incerta ou menos de 3 doses	sim	não	sim	sim
3 doses ou mais; última dose há menos de 5 anos	não	não	não	não
3 doses ou mais; última dose entre 5 a 10 anos	não	não	sim	não
3 doses ou mais; última dose há mais de 10 anos	sim	não	sim	não

* 5.000 unidades de SAT (soro anti-tetânico), via IM, após realização do teste de sensibilidade; aos alérgicos ao SAT, indicar imunoglobulina humana em dose única de 250 unidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCHARAIBER L. B., D'OLIVEIRA A.F.P.L. - O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica, 2002
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Técnica - Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2005.
3. São Paulo/SP, Distrito de Saúde Escola do Butantã - Manual de Atenção Imediata à Violência Sexual para Serviços de Emergência - Rede de Atenção Integral a Violência Sexual e Doméstica - 2001. (mimeografado)