Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil

Profile of care to sexual violence in Brazil

Jorge Andalaft Neto
(*in memoriam*)
Aníbal Faúndes[1]
Maria José Duarte Osis[2]
Karla Simônia de Pádua[1,3]

Palavras-chave
Serviços de saúde
Violência contra a mulher
Maus-tratos sexuais infantis
Violência sexual

Keywords
Health services
Violence against women
Child abuse, sexual
Sexual violence

Resumo Avaliou-se a situação do atendimento às mulheres e crianças vítimas de violência sexual nos serviços públicos de saúde no Brasil, de acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde de 1998. Desenvolveu-se um estudo de corte transversal, com representatividade nacional. Realizaram-se entrevistas telefônicas com gestores municipais de saúde e responsáveis por 1.395 estabelecimentos que referiram atender mulheres e crianças que sofrem violência sexual. Apenas cerca de 8% deles seguiam um protocolo baseado na norma técnica do Ministério da Saúde. Dentre os 874 hospitais e prontos-socorros de adultos incluídos na amostra, 30, 37 e 26% referiram realizar a interrupção legal da gestação nos casos de estupro, risco de vida da mulher e malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, respectivamente. Entretanto, apenas 5,6, 4,8 e 5,5% tinham realizado ao menos uma interrupção nos 10–14 meses anteriores à pesquisa. Observou-se, portanto, grande progresso no reconhecimento de que a violência sexual existe, é frequente e que as mulheres, crianças e adolescentes que sofrem essas agressões precisam de atendimento médico especializado. Falta, entretanto, muito esforço para que esse reconhecimento se transforme em realidade prática, a fim de que todas as mulheres e crianças agredidas sexualmente tenham o atendimento de emergência e o seguimento de que precisam.

Abstract A study was carried out with the purpose of evaluating the situation of the care received by women and children who suffer sexual violence, and whether the public health units follow the technical guidelines launched by the Brazilian Ministry of Health in 1998. It was a cross sectional study with national representation. Telephonic interviews were held with municipal health managers and the professionals responsible for 1.395 health units providing health care to women or children. Only nearly 8% of these units followed the guidelines of the Ministry of Health. Among the 874 hospitals or emergency health care units for adults included in the sample, 30, 37 and 26% declared to carry out legal termination of pregnancy in case of rape, danger to woman's life and fetal malformation incompatible with survival after birth, respectively. However, only 5,6, 4,8 and 5,5% had carried out at least one pregnancy termination for each of the three causes during the 10–14 months before the interview. It is concluded that there was an important progress in the recognition that sexual violence against women and children exists, it is a frequent occurrence, and that women, adolescents and children who suffer sexual aggression require specialized medical care. A large effort is needed, however, to get that such recognition is translated into a situation where every woman or child who suffer sexual violence receives the emergency care, as well as the follow up they need.

[1]Pesquisador sênior do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp) – Campinas (SP), Brasil; Professor Emérito do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil.
[2]Pesquisadora do Cemicamp – Campinas (SP), Brasil; Professora colaboradora da pós-graduação do Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.
[3]Profissional de Pesquisa do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/UNICAMP – Campinas (SP), Brasil; Assistente de pesquisa do Cemicamp – Campinas (SP), Brasil.
Endereço para correspondência: Aníbal Faúndes – Caixa Postal 6181 – CEP: 13084-970 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: afaundes@uol.com.br

Introdução

Nos últimos anos o tema da violência sexual contra a mulher vem ganhando espaço em diferentes fóruns de discussão, evidenciando-se sua relevância e a necessidade de buscar maneiras de lidar com a questão. Entidades governamentais e não governamentais e o movimento feminista têm se empenhado nesse debate.

Desde 1996, o Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva (Cemicamp) vem organizando os fóruns de Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual, com o Ministério da Saúde, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e organizações não governamentais (ONGs) feministas. Esses fóruns reúnem representantes dos governos municipais, estaduais e federal, ONGs, professores responsáveis por cursos de formação em Ginecologia e Obstetrícia, e diversos profissionais da área da saúde.

Inicialmente, os fóruns concentravam esforços para a implantação de serviços de aborto legal nos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país. Aos poucos, o foco de ação foi se ampliando para o atendimento integral a mulheres vítimas de violência sexual. Essa movimentação vem contribuindo para mudar o panorama do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: até 1997 existiam três hospitais públicos que realizavam o aborto previsto por lei, e em 2002 o número passou para 44[1,2], distribuídos praticamente por todos os Estados. O número de locais que prestam atendimento de emergência a essas vítimas também se ampliou, passando dos três registrados em 1997 para aproximadamente 250 locais em 2002[2]. Além disso, em 1999 o Ministério da Saúde promulgou a norma técnica para "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes"[3], contendo orientações para os serviços de atendimento a vítimas de violência e ao aborto previsto em lei, essa norma foi reeditada em 2005 após ser revisada e ampliada[4]. Também editou um dos números dos Cadernos de Atenção Básica com a temática de "Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço"[5].

Neste momento, existe um conjunto de questões essenciais à definição de políticas públicas de saúde voltadas à atenção a mulheres vítimas de violência sexual em âmbito regional e nacional, que dependem da existência de dados sistematizados sobre serviços. Conhecer a atual situação do atendimento tanto a vítimas que precisam de atendimento de urgência como dos casos de violência sexual continuada certamente é um ponto de partida fundamental para o estabelecimento de políticas públicas nesse setor. Impõe-se, também, a necessidade de identificar quais as atuais barreiras à implementação de serviços que ofereçam atenção integral às mulheres vítimas de violência. Este artigo tem como objetivo avaliar a situação do atendimento nos serviços públicos de saúde às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil, visando determinar a prevalência de programas ou serviços municipais de atenção de rotina e/ou de emergência a mulheres e crianças que sofrem violência sexual nos municípios brasileiros, e descrever as características destes e sua adequação à norma técnica do Ministério da Saúde (1999)[3].

Sujeitos e métodos

Foi desenvolvido um estudo descritivo, de corte transversal, com representatividade nacional. A amostra esteve constituída por 788 municípios que foram selecionados seguindo um plano de amostragem. Duzentos e vinte e cinco municípios foram considerados "grandes" (definidos como aqueles com mais de 100.000 habitantes, equivalentes a 4% do total, mas que detinham 51% da população segundo o Censo 2000), foram considerados em um único estrato e fizeram parte da amostra (autorrepresentativos, probabilidade 1). Para os municípios com até 100.000 habitantes, correspondentes a 96% do total, foi utilizada a lista ordenada segundo região, Unidades da Federação e nomes dos municípios em ordem alfabética, fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sortearam-se 570 municípios (Unidades Primárias de Amostragem – UPAs), utilizando-se amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) de suas populações.

A casuística deste estudo foi constituída por secretarias municipais de saúde (SMS) e por serviços públicos de saúde ou conveniados ao SUS que prestam atendimento às mulheres que sofrem violência sexual. Esses serviços foram identificados a partir de informação fornecida pela SMS de cada município. Em cada município sorteado, o(a) coordenador(a) da saúde da mulher ou secretário(a) municipal de saúde foi identificado(a) e convidado(a) a participar do estudo. Os serviços de saúde dos quais se obtiveram as informações (1.395 serviços) para o estudo foram categorizados da seguinte maneira: 1.212 hospitais/prontos-socorros indicados, que foram identificados pela SMS de cada município como sendo serviços que davam atendimento a mulheres vítimas de violência sexual; 33 hospitais/prontos-socorros identificados através de informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), embora não tenham sido indicados pela SMS dos municípios; 150 outros serviços de saúde indicados: unidades de saúde, que foram identificadas pela SMS como locais onde também era dado atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Quando uma SMS referiu mais de uma dessas unidades, foi feito sorteio para escolher em qual delas se faria a entrevista. Para calcular a proporção de serviços que declararam realizar a interrupção da gestação nos dois casos previstos na lei e no caso de malformação fetal, foram considerados apenas os hospitais e prontos-socorros de adultos, como os que tinham condições de

realizar essas intervenções. Esses serviços eram somente 874 dos 1.395 serviços de saúde incluídos na amostra total.

Nos serviços de saúde indicados ou não pelas SMS, foram convidados a participar do estudo a pessoa responsável pelo atendimento às mulheres que sofrem violência sexual. Para as perguntas a respeito da realização do aborto nos casos previstos na lei brasileira, também foram incluídos serviços não mencionados pelos municípios, mas que faziam parte de uma lista do Ministério da Saúde de serviços que prestariam esse tipo de atendimento.

A coleta dos dados foi feita de outubro de 2005 a fevereiro de 2006. Foram feitas entrevistas por telefone[6,7], que eram gravadas e digitadas simultaneamente em banco de dados especialmente preparado para este estudo. Para as entrevistas, utilizaram-se dois questionários estruturados — um para as SMS e outro para os serviços de saúde. Ambos os questionários foram pré-testados em municípios não selecionados para a amostra estudada.

As informações obtidas nas entrevistas por telefone foram digitadas uma única vez, em bancos de dados especialmente preparados para este estudo, utilizando-se o programa *Data Entry* (DE) do SPSS. Após a entrada dos dados, os arquivos passaram por verificação de consistência simples e lógica, para identificação de problemas e posterior correção dos dados digitados. Com a finalização dessa etapa e obtendo-se os arquivos finais corrigidos, procedeu-se à análise descritiva dos dados, que consistiu de tabelas de distribuição de frequências[8] das diversas variáveis do estudo. O *software* utilizado foi o SPSS v.11.5.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº 038/2005). Durante o seu desenvolvimento foram obedecidas as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos[9]. Foi obtido o consentimento oral das pessoas, via telefone, após ter sido lido o termo de consentimento livre e esclarecido. Em caso de concordância da pessoa em dar a entrevista, foi perguntado novamente a ela se concordava em ser entrevistada, a fim de registrar o seu consentimento verbal no início da gravação para se ter um registro do seu consentimento.

Resultados

Mais de 85% dos municípios grandes ou pequenos declararam que possuíam serviços públicos que atendem a mulheres que sofrem violência sexual, e uma porcentagem semelhante declarou possuir serviços que atendem crianças nessa mesma situação. Quase dois terços dos municípios grandes e pouco menos da metade dos pequenos instalaram esses serviços para mulheres entre 2001 e 2006. A instalação de serviços de atendimento a crianças que sofrem violência sexual também se iniciou com maior frequência — entre 2001 e 2006 —, mas em porcentagem um pouco menor que no caso das mulheres (Tabela 1).

Apenas um terço dos serviços disse realizar o atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual utilizando um protocolo. Essa porcentagem sobe a 36% nos hospitais indicados pelo Ministério da Saúde. Daqueles serviços que utilizaram protocolo, apenas pouco mais de uma quarta parte utilizava o protocolo normatizado pelo Ministério da Saúde. Essa porcentagem foi quase a mesma nas unidades de saúde indicadas e não indicadas. Mais frequentemente era utilizado protocolo da própria Secretaria Municipal de Saúde, o que acontecia em 30% das unidades. Protocolos elaborados pelo próprio serviço de saúde ou pela Secretaria Estadual de Saúde foram citados por mais de 10% das instituições, respectivamente (Tabela 2).

Considerando os serviços que devem ser oferecidos às mulheres e adolescentes que sofrem violência sexual, segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o mais frequentemente oferecido foi a administração de antibióticos, sendo pouco mais de 70%, e sendo pequena a diferença entre hospitais indicados ou não indicados pelo Ministério da Saúde (Tabela 3).

Anticoncepção de emergência era oferecida por pouco mais de 50% dos hospitais indicados pelo Ministério da Saúde e quase 60% dos não indicados. Quase a metade dos hospitais indicados oferecia imunoprofilaxias contra Hepatite B comparado com quase 70% dos hospitais não indicados. Em torno de 45% dos hospitais, indicados ou não, ofereciam profilaxias contra HIV. Menos de 30% fazia coleta de material para identificar o agressor, sem grande diferença

Tabela 1 - Percentagem de SMS em municípios grandes e pequenos que informaram possuir serviços públicos de saúde que dão atendimento de emergência às mulheres e/ou crianças vítimas de violência sexual e desde quando é oferecido esse atendimento

Variável	Municípios	
	Grandes	Pequenos
	%	%
Município possui serviços públicos de saúde que atendem mulheres vítimas de violência sexual	85,9	87,8
Total	220,0*	565,0**
Município que possui serviços públicos de saúde que atendem crianças vítimas de violência sexual	83,6	87,4
Total	214,0$	564,0$$
Ano em que começou o atendimento às mulheres		
↑1990	6,7	17,1
1991– 2000	28,2	37,1
2001–2006	65,1	45,7
Total	149,0#	280,0##
Ano em que começou o atendimento às crianças		
↑1990	5,9	15,2
1991–2000	33,3	40,6
2001–2006	60,7	44,2
Total	135,0&	283,0&&

*Uma Secretaria não soube informar; **Duas Secretarias não souberam informar; #37 Secretarias não souberam informar e três se recusaram em informar; ##216 Secretarias não souberam informar; $Sete Secretarias não souberam informar; $$Três Secretarias não souberam informar; &43 Secretarias não souberam informar e uma se recusou em informar; &&209 Secretarias não souberam informar e uma se recusou em informar.

segundo a seleção do serviço para a pesquisa. Entre a metade e dois terços das instituições faziam sorologia para sífilis, HIV, Hepatite B e C, com maior frequência nos hospitais indicados que nos não indicados. Hemograma foi o exame mais solicitado, por quase 70% das instituições, principalmente os hospitais indicados. Exame de transaminase e a coleta do conteúdo vaginal foram realizados em menos da metade das instituições (Tabela 3).

Quanto a realizar interrupção legal da gestação em casos de estupro, houve uma enorme diferença entre os hospitais indicados pelo Ministério da Saúde e os não indicados: 21% nos primeiros e menos de 5% nos não indicados. As porcentagens foram um pouco maiores para os casos de risco de vida, com quase 28% dos hospitais indicados e menos de 3% dos não indicados. Assim mesmo, no caso de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, pouco menos de 20% dos hospitais indicados a fazia, contra pouco mais de 1% dos não indicados (Tabela 4).

Considerando apenas os hospitais ou prontos-socorros que tinham condições práticas para realizar interrupção legal da gestação, que eram somente 876, encontramos que 30,6% declararam realizar aborto legal por estupro, 37% por risco de vida, 26% por malformação fetal incompatível com a vida extrauterina. Quase 70% dos hospitais ou prontos-socorros declarou fazer aborto legal por uma ou outra destas causas (Gráfico 1).

As porcentagens foram muito menores quando se perguntou se tinham se realizado abortos legais por estas causas nos últimos 10–14 meses (dependendo da data da entrevista). Em torno de 5% destas instituições tinham realizado aborto por cada uma destas causas e 11,4% por qualquer uma delas (Gráfico 1).

Tabela 2 - Percentagem de serviços de saúde que prestam de rotina atendimento de emergência a mulheres vítimas de violência sexual, existência de um protocolo para esse atendimento e quem elaborou esse protocolo, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço							
	Hospitais Indicados		Não Indicado		Outros Serviços Indicados		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atendimento a mulheres vítimas de violência e existência de um protocolo								
Não presta atendimento	199	16,4	6	18,2	62	41,3	267	19,1
Presta, mas não tem protocolo	553	45,6	17	51,5	64	42,7	634	45,4
Presta e tem protocolo	440	36,3	8	24,2	22	14,7	470	33,7
Presta e não soube informar sobre o protocolo	18	1,5	1	3,0	1	0,7	20	1,4
Sem informação sobre o atendimento	2	0,2	1	3,0	1	0,7	4	0,3
Total	1212	100,0	33	100,0	150	100,0	1395	100,0
Protocolo elaborado por[$]								
Secretaria Municipal de Saúde	126	30,7	1	12,5	5	25,0	132	30,1
Secretaria Estadual de Saúde	53	12,9	1	12,5	2	10,0	56	12,8
Ministério da Saúde	109	26,5	1	12,5	5	25,0	115	26,2
FEBRASGO	6	1,5	0	0,0	0	0,0	6	1,4
Próprio Local/ hospital	68	16,5	3	37,5	2	10,0	73	16,6
Outras instituições	97	23,6	1	12,5	6	30,0	104	23,7
Equipe multidisciplinar	5	1,2	0	0,0	0	0,0	5	1,0
Médicos/enfermeiros	16	3,9	1	12,5	0	0,0	17	3,9
Outros Profissionais	18	4,4	0	0,0	1	5,0	19	4,3
Outra	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Total	411[#]	100,0	8	100,0	20[&]	100,0	439	100,0

[&]Dois serviços não souberam informar; [#]29 serviços não souberam informar; [$]Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 3 - Percentagem dos serviços em que as mulheres e crianças vítimas de violência sexual recebem medidas de profilaxia, tratamento e coleta de material do agressor, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

	Serviço							
	Hospitais Indicados		Não Indicado		Outros Serviços Indicados		Total	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Oferecem anticoncepção de emergência	52,9	941	36,0	25	58,8	85	53,0	1051
Oferecem antibiótico	72,4	911	58,3	24	68,4	79	71,8	1014
Oferecem imunoprofilaxia contra Hepatite B	49,5	914	41,7	24	68,3	82	50,8	1020
Oferecem profilaxia contra HIV	45,8	950	46,2	26	26,2	84	44,2	1060
Coletam material para identificação do agressor	28,7	908	30,4	23	15,6	77	27,8	1008
Realizam exames laboratoriais								
Conteúdo vaginal	41,2	942	34,6	26	44,2	86	41,3	1054
Sorologia para Sífilis	66,9	979	57,7	26	50,6	87	65,4	1092
Sorologia para HIV	60,0	986	65,4	26	48,3	87	59,2	1099
Sorologia para Hepatite B	57,0	969	52,0	25	47,1	87	56,1	1081
Sorologia para Hepatite C	49,7	939	30,4	23	41,0	83	48,6	1045
Transaminase	47,1	889	43,5	79	43,0	23	46,7	991
Hemograma	70,0	974	72,0	25	57,6	85	69,1	1084

Discussão

A impressão positiva que se forma a partir das respostas às perguntas dirigidas às Secretarias de Saúde dos municípios, que informaram que em mais de 85% deles se dava atendimento a mulheres e crianças que sofrem violência sexual, revela-se enganosa quando se observam as respostas às questões mais específicas dadas pelos responsáveis pelas instituições de saúde desses mesmos municípios. Essas respostas nos dizem que apenas um terço realizava atendimento seguindo um protocolo e apenas uma quarta parte deles utilizava os protocolos incluídos nas normas publicadas pelo Ministério da Saúde desde 1999.

A falta de protocolo fica mais evidente quando observamos que apenas a metade dos estabelecimentos oferecia anticoncepcionais de emergência ou imunoprofilaxia contra Hepatite B; apenas 45% contra HIV e menos de 30% fazia coleta de material para identificar o agressor. Apenas o uso de antibióticos para prevenção de contágio com doenças bacterianas ou sífilis, transmitidas pelo agressor, apareceram como sendo utilizados por 70% dos estabelecimentos, que seguramente já possuíam e utilizavam esses antibióticos para muitas outras circunstâncias na rotina de atendimento.

Da mesma forma, o hemograma era o exame mais solicitado, também por 70% dos estabelecimentos incluídos na amostra, sendo o menos específico para os casos de violência sexual, enquanto a coleta de conteúdo vaginal foi relatada por apenas 40% dos estabelecimentos. A coleta de sorologia para sífilis era a mais presente e também mais rotineira, assim como a sorologia para HIV, mas ainda assim era praticada apenas por menos de dois terços dos estabelecimentos. Outros exames que estão na norma do Ministério da Saúde eram realizados com frequência ainda menor. Por outro lado, chama a atenção que alguns desses atendimentos, como oferecer anticoncepcionais de emergência e imunoprofilaxia contra Hepatite B, eram realizados com maior frequência em hospitais não indicados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

A grande diferença entre os hospitais indicados pelas Secretarias e os não indicados se evidenciou na coleta de material para identificar o agressor, duas vezes mais frequente nos hospitais indicados e, sobretudo, quando se pergunta pela prática da interrupção legal da gestação, não apenas em casos de estupro, mas também nas outras situações permitidas pela justiça brasileira: risco para a vida da mulher, presente no Código Penal, e malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, que na época da pesquisa não estava especificada na lei, mas era autorizada por juízes em todo o Brasil. Nesses casos, a frequência da prática de interrupção legal da gestação era de mais de quatro vezes maior em hospitais indicados para o caso de estupro,

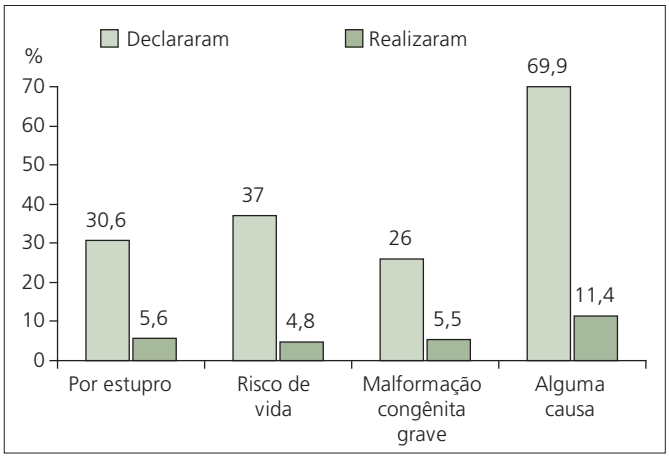

Gráfico 1 - Hospitais e prontos-socorros (n=874) que declararam realizar aborto legal e que efetivamente realizaram abortos nos últimos 10–14 meses.

Tabela 4 - Serviços de saúde que realizam ou não a interrupção da gravidez em caso de estupro, a documentação exigida e as razões dos que não realizam, da forma como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais indicados	Não indicado	Outros serviços indicados	Total
	%	%	%	%
Realizam interrupção da gravidez em caso de estupro				
Sim	21,1	9,1	4,7	19,1
Não	63,4	66,7	90,7	66,5
Não soube informar/ não respondeu	15,5	24,2	4,7	14,4
Total	1212,0	33,0	150,0	1395,0
Realizam interrupção da gravidez em caso de rico de vida da mulher				
Sim	27,7	15,2	2,7	24,7
Não	56,5	60,6	91,3	60,4
Não soube informar/ não respondeu	15,8	24,2	6,0	14,9
Total	1212,0	33,0	150,0	1395,0
Realizam interrupção da gravidez em caso de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina				
Sim	19,1	12,1	1,3	17,1
Não	63,9	63,6	91,3	66,8
Não soube informar/ não respondeu	20,0	24,2	7,3	16,1
Total	1212,0	33,0	150,0	1395,0

nove vezes maior para risco de vida e quase 15 vezes para malformação fetal grave incompatível com a vida fora do útero.

É verdade que parte dessa diferença pode ser atribuída a que a proporção dos serviços que não tinham condição prática de realizar interrupção da gestação era maior entre aqueles não indicados. Entretanto, isso não explica o total dessa diferença. De fato, muitos dos estabelecimentos incluídos na amostra não tinham internação, eram só para atendimento de crianças ou não possuíam um centro cirúrgico adequado para a interrupção da gestação. Tinham condições para realizar interrupção legal da gestação apenas 874 dos quase 1.400 estabelecimentos na amostra. Quando apenas esses estabelecimentos são considerados a porcentagem que declarou realizar interrupção da gestação em caso de estupro sobe de perto de 20 para 30% nos casos de estupro, de menos de 30 para 37% nos casos de risco de vida, e de 20 para 26% nos casos de malformação fetal grave incompatível com a vida fora do útero materno. Mas o que mais chama a atenção é que, apesar de essas instituições declararem que faziam essas intervenções, apenas uma fração delas tinha efetivamente realizado alguma interrupção da gestação nos últimos 10 a 14 meses.

Estes resultados sugerem que os dirigentes desses estabelecimentos estavam conscientes de que existia uma norma que assinalava os direitos dessas mulheres de que seu pedido de interrupção legal da gestação fosse atendido em serviços públicos de saúde, e da obrigação de esses serviços proporcionarem esse atendimento.

A diferença entre a porcentagem de estabelecimentos em que os gestores declararam fazer a interrupção legal da gestação e a porcentagem dos que tinham feito uma ou mais interrupções reflete a dificuldade de gestores e provedores realizarem uma prática extremamente estigmatizada, apesar de reconhecerem o direito de essas mulheres realizarem o aborto na segurança de um estabelecimento de saúde, e de não terem que pagar para que seja realizado em estabelecimento privado e altamente custoso, o que, muitas vezes, é inacessível para as mulheres com menos recursos econômicos.

Os resultados desta pesquisa revelam um grande progresso no reconhecimento de que a violência sexual existe, é frequente e que as mulheres, crianças e adolescentes que sofrem essas agressões precisam de atendimento médico especializado. Falta, entretanto, muito esforço para que esse reconhecimento se transforme em uma realidade prática em que toda mulher e criança agredida sexualmente possam ter o atendimento de emergência e o seguimento de que elas precisam.

Os resultados mostram que os protocolos estabelecidos na norma do Ministério da Saúde estavam sendo seguidos por uma pequena fração dos estabelecimentos na amostra: apenas uma quarta parte de um terço dos serviços que utilizavam um protocolo, ou seja, em torno de 8% do total. Isto ilustra quanto ainda faltava por fazer no momento em que se realizou este estudo.

A grande limitação desta publicação é que os dados foram coletados em 2005–2006 e foram relatados verbalmente em diversos encontros, principalmente no XI Fórum Interprofissional sobre Violência Sexual contra a Mulher e Aborto Previsto na Lei, realizado em Campinas, SP em 24–25 de Novembro de 2006. Nessa oportunidade, o primeiro autor deste artigo apresentou as informações aqui relatadas com maiores detalhes. O processo de publicação desses mesmos dados foi demorado inicialmente pela distância entre o local de trabalho físico do primeiro autor e o local onde os dados eram processados. Esse problema foi profundamente agravado pelo lamentável incidente que afetou muito gravemente sua saúde. Só agora, depois de sua partida definitiva, a qual todos lamentamos, pelas excepcionais características humanas e científicas que destacavam o primeiro autor dentre todos os seus colegas, é que temos a coragem de publicar os dados como uma homenagem a sua memória.

Conclusões

Há ampla disseminação do conceito de que a violência sexual afeta com elevada frequência mulheres e crianças, e que elas precisam de um atendimento especializado. Entretanto, será necessário um grande e prolongado esforço até que todas as mulheres e crianças agredidas sexualmente tenham todo o atendimento de que elas precisam.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, pelo apoio recebido durante a coleta de dados para este estudo.

Leituras suplementares

1. Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto J. V Fórum interprofissional sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual. Femina. 2001;29:107-12.
2. Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto, J. VII Fórum interprofissional para o atendimento integral da mulher vítima de violência sexual. Femina. 2003;31(5):473-8.
3. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultados de violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
4. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultados de violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. 2ª ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Rea LM, Parker RA. Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira; 2000.
7. Cemicamp. Avaliação da estratégia de distribuição de métodos anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde. Relatório Técnico Parcial. Vol. I. Campinas: Cemicamp; 2002.
8. Altman DG. Practical statistics for medical research. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 1999.
9. Brasil. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4:15-25.