

## VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: ADESÃO DE HOSPITAIS DE REFERÊNCIA E OS PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS

### **Fernanda Cristina Coelho Musse**

Mestre pela Universidade Estadual de Maringá. Doutoranda no Programa de Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá. Docente na Universidade Cesumar - UNICESUMAR - Departamento de Medicina. Maringá (PR). Brasil.

### **Aníbal Faúndes**

Professor Emérito da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Pesquisador Sênior do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas - CEMICAMP - e Membro do Grupo de Trabalho sobre Prevenção do Aborto Inseguro da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria - FIGO. Brasil.

### **Rosires Pereira de Andrade**

Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva do CNPq. Gerente de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH. Professor Titular de Reprodução Humana pela Universidade Federal do Paraná - UFPR. Curitiba (PR). Brasil.

### **Jovita Maria Matarezi de Souza**

Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetria e Chefe do serviço de Violência Sexual Contra à Mulher da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Maringá (PR). Brasil.

### **Sheila Cristina Rocha-Brischiliari**

Doutora em Ciências da Saúde e Docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual Oeste do Paraná - UNIOESTE. Foz do Iguaçu (PR). Brasil.

### **Sandra Marisa Pelloso**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá - UEM. Maringá (PR). Brasil.

### **Maria Dalva de Barros Carvalho**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá - UEM. Docente na Universidade Cesumar - UNICESUMAR. Maringá (PR). Brasil.

### **Autor correspondente:**

Fernanda Cristina Coelho Musse  
fcoelho\_med@hotmail.com

**RESUMO:** Buscou-se identificar o grau de adesão dos hospitais de referência ao Protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual no Paraná-Brasil, entre 2009 e 2015, associando aos perfis sociodemográficos e às categorias de adesão. Estudo observacional transversal, população composta por todas as mulheres em situação de violência sexual, atendidas por 28 Hospitais do Paraná. Analisaram-se dez itens sobre a taxa de adesão: desde o acolhimento, profilaxias, até encaminhamentos posteriores ao trauma. Encontrou-se que todos os Hospitais fizeram o atendimento agudo às mulheres: 50% aderiram às Profilaxias ISTs, AIDS e hepatites, coletas de secreção e exames sanguíneos; 63% ofereceram contracepção de emergência; 69% encaminharam para acompanhamento ambulatorial. Houve associação entre idade, etnia, escolaridade e estado civil com melhores taxas de adesão ao Protocolo. Entendeu-se que Hospitais de referência se preocupam com atendimentos agudos, mas não aderem integralmente às medidas profiláticas, multidisciplinares e continuadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estupro; Notificação compulsória; Violência contra a mulher; Violência de gênero.

## SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: ADHERENCE OF REFERENCE HOSPITALS AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILES

**ABSTRACT:** The adhesion rate of reference hospitals to the Protocol of Attendance for women in situations of sexual violence in the state of Paraná, Brazil, between 2009 and 2015, is provided, associating it with sociodemographic profiles and adhesion categories. Current transversal observational study comprised an all-female population in situations of sexual violence attended by 28 hospitals in the state of Paraná. Ten items were analyzed, including reception of patient, prophylaxis and post-trauma referrals. All hospitals performed primary care for victims; 50% adhered to STIs, AIDS and hepatitis prophylaxis, secretion collection and blood tests; 63% offered emergency contraception; 69% forwarded them to outpatient follow-up. There was an association between age, ethnicity, education and marital status with better rates of adherence to the Protocol. Although reference hospitals are concerned with total care, they do not fully adhere to prophylactic, multidisciplinary and continuous measures.

**KEY WORDS:** Disease notification; Gender-based violence; Rape; Violence against women.

Recebido em: 17/12/2019

Aceito em: 21/05/2020

## INTRODUÇÃO

Entre as nuances da violência de gênero, encontra-se uma de suas formas mais perversas de atuação: a violência sexual<sup>1-3</sup>. A violência sexual figura-se como um fenômeno universal e uma prática eminentemente contra mulheres<sup>2,3</sup>, provocando nelas danos físicos, psíquicos e morais<sup>4,6</sup>. Estudos sugerem ser possível identificar características sociodemográficas de vulnerabilidade entre as mulheres agredidas sexualmente, porém estas análises não são conclusivas, uma vez que se limitam a locais específicos<sup>2,7</sup>. Por outro lado, sabe-se que em torno de 40% das mulheres que sofrem violência sexual são meninas abaixo de 14 anos de idade<sup>8</sup>.

No Brasil, o estado do Paraná ocupa a terceira posição no ranking de estados com o maior número de estupros do país, com registro de 13 casos de abuso sexual por dia<sup>9</sup>. Porém, estudos publicados há quase quinze anos<sup>10</sup>, já verificavam que “os serviços médicos em geral não estão equipados para diagnosticar e tratar as mulheres vítimas de violência sexual, devido à falta de médicos treinados e a relativa ‘invisibilidade’ do problema”.

O atendimento integral e multidisciplinar às mulheres em situação de violência torna-se uma tentativa de minimizar o sofrimento destas e de seus familiares, através de um atendimento sistemático a curto e a longo prazo, desde o acolhimento, o atendimento agudo à mulher, a coleta de exames e a realização de profilaxias, até o acompanhamento ambulatorial posterior<sup>11-13</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda cada elemento do atendimento às mulheres em situação de violência por meio da “Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”<sup>14,15</sup>.

Assim, de acordo com o protocolo recomendado, os hospitais e estabelecimentos de referência do estado devem seguir, sistematicamente: “a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico”, acrescido de que “os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar”<sup>16</sup>.

O conhecimento atualizado da taxa de adesão

dos Hospitais de referência ao Protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual é de suma importância, uma vez que evidencia as possíveis dificuldades, já existentes e novas, dos serviços de saúde em adotar a rotina de assistência a essas mulheres, através de manejos preconizados em nível global. Não há estudo brasileiro, ao que se tem conhecimento, que tenha estabelecido uma proposta sistemática e categorizada para avaliação das taxas de adesão aos protocolos de atendimento pelos Hospitais de referência.

Além disso, para o gerenciamento adequado em saúde, entendeu-se que é preciso, observar também se há meses ou trimestres em que pudesse haver aumento de casos notificados de violência, com maior demanda dos Hospitais de referência. Suspeitou-se ainda de que alguns perfis sociodemográficos de mulheres teriam melhores taxas de adesão ao protocolo de atendimento por parte dos hospitais, em detrimento dos demais, sendo estas investigações inéditas em nosso país.

Portanto, o presente estudo teve por objetivos: identificar e sistematizar o grau de adesão dos Hospitais de referência ao Protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual no estado do Paraná-Brasil, entre os anos de 2009 e 2015, identificando se há diferenças entre número de notificações de casos de violência sexual contra a mulher por trimestre analisado; avaliar se há características sociodemográficas de mulheres que tenham melhores taxas de adesão aos itens do protocolo de atendimento, em detrimento aos demais, segundo categorias de adesão (baixa, média e alta adesão).

## METODOLOGIA

Estudo observacional transversal com dados provenientes da base de dados da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. A amostra estudada foi composta por todas as mulheres em situação de violência sexual, atendidas por 28 Hospitais de referência do estado do Paraná e que foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre janeiro de 2009 e agosto de 2015.

Foram utilizados os dados eletrônicos provenientes do SINAN para levantamento de dados sociodemográficos das mulheres e caracterização dos tipos de agressões sofridas, bem como para as informações sobre os atendimentos nos Hospitais de referência.

Para identificar a adesão ao Protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência pelos Hospitais de referência, foram avaliados os seguintes itens: (1) Acolhimento; (2) Exame clínico e ginecológico no quadro agudo; (3) Coleta de exames de sangue; (4) Coleta de secreção vaginal; (5) Profilaxias para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), para a síndrome da imunodeficiência aguda (AIDS) e para hepatites; (6) Coleta de material do agressor/sêmen; (7) Contracepção de emergência; (8) Notificações (Acidente de trabalho); (9) Encaminhamento para Registro de Ocorrência; (10) Encaminhamento para acompanhamento ambulatorial (social, médico e psicológico). O conjunto desses 10 itens foi conceituado, neste trabalho, pela expressão “Gestão Integral de Assistência às Mulheres em Situação de Violência Sexual”, instrumento cunhado pelos autores desta pesquisa após amplo debate para sistematização dos dados.

O grau de adesão dos Hospitais de referência a Norma Técnica de Atendimento às mulheres em situação de violência sexual, no estado do Paraná, foi calculado como a porcentagem de itens atendidos entre aqueles aplicáveis a sua respectiva situação, para cada atendimento. Esse grau de adesão foi separado em três categorias: baixa (até 50%), média (de 51% a 75%) e alta (de 76% a 100%). Em seguida, foi aplicado o teste qui-quadrado de associação para verificar se havia relações significativas entre as categorias de adesão e as características sociodemográficas das mulheres.

Já os dados sociodemográficos das mulheres em situação de violência foram categorizados conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>17</sup>, como: idade, raça/etnia, escolaridade, estado civil e se apresentavam algum tipo de deficiência ou transtornos. Em relação às agressões, foram aventados dados do tipo de agressão sofrida, tipo de agressor (íntimo ou desconhecido – de acordo com a classificação da Ficha de Notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação), horário e local da agressão, recorrências,

presença e tipo de intimidação e tipo de violência sexual (com ou sem penetração vaginal).

Para avaliação da tendência das séries mensais de notificação e das taxas de adesão aos itens do protocolo, foi aplicado o teste Mann-Kendall Sazonal, que avalia a presença de tendência em uma série considerando a presença de sazonalidade, proposto por Hirsch et al. (1982). Ainda, foi obtida a estatística Tau de Mann-Kendall, cujo sinal indica se a tendência é crescente ( $\text{Tau} > 0$ ) ou decrescente ( $\text{Tau} < 0$ ).

O conjunto de dados colhidos foi inserido em Planilha Excel e analisado por meio de estatística descritiva, avaliando a frequência das variáveis de interesse. As demais análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*). Para todos os testes o nível de significância foi fixado em 5%.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, estado do Paraná, protocolo nº 2.969.836 de data 18 de outubro de 2018.

## RESULTADOS

Dentre os 28 Hospitais de referência analisados neste estudo, cinco (18%) Hospitais não enviaram dados de Notificação, entre os anos de 2009 e 2015, sendo excluídos da população. Os demais Hospitais apresentaram, pelo menos, uma Notificação de violência sexual contra a mulher. Obteve-se, assim, um número total de 4057 Notificações dos Hospitais.

Na descrição dos itens de Gestão Integral de Assistência às Mulheres em Situação de Violência Sexual, os tópicos “Acolhimento” e “Exame clínico e ginecológico no quadro agudo” foram realizados por todos os Hospitais de referência (100%). O item “Coleta de exames de sangue” foi realizado em 55% (2216) das mulheres atendidas nos Hospitais de referência, já o restante não fez coleta sanguínea. A “Coleta de secreção vaginal” foi realizada em 52% (1504) dos atendimentos nos Hospitais de referência, sendo o critério de inclusão para este item a notificação como “Estupro” e/ou “Penetração vaginal, oral ou anal” (Tabela 1).

**Tabela 1.** Taxa de adesão dos Hospitais de referência ao Protocolo de Atendimento às mulheres em situação de violência sexual no estado do Paraná

Itens	Descrição	Casos incluídos	Casos aderentes	%	Tau <sup>6</sup>	Valor p <sup>6</sup>
1	Acolhimento <sup>1</sup>	4057	4057	100	-	-
2	Exame clínico e ginecológico <sup>1</sup>	4057	4057	100	-	-
3	Coleta de exames de sangue <sup>1</sup>	4057	2216	55	-0,324	0,002
4	Coleta de secreção vaginal <sup>2</sup>	2908	1504	52	-0,44	< 0,001
5	Profilaxias DSTs, AIDS e hepatites <sup>2</sup>	2908	1555	53	-0,711	< 0,001
6	Coleta de material do agressor/sêmen <sup>2</sup>	2908	851	29	-0,212	0,039
7	Contracepção de emergência <sup>3</sup>	2408	1509	63	-0,067	0,514
8	Notificação de Acidente de Trabalho <sup>4</sup>	183	36	20	0,048	0,663
9	Encaminhamento para Registro de Ocorrência <sup>1 5</sup>	4057	2804	60	0,095	0,356
10	Encaminhamento para acompanhamento ambulatorial (social, médico/enfermeiro ou psicológico) <sup>1</sup>	4057	3717	69	-0,443	< 0,001

<sup>1</sup>Todas as notificações realizadas pelos Hospitais de referência do estado do Paraná

<sup>2</sup>Apenas para as vítimas que sofreram “Estupro” ou algum tipo de “Penetração vaginal, oral ou anal”

<sup>3</sup>Apenas para as vítimas que sofreram “Estupro” ou algum tipo de “Penetração vaginal, oral ou anal” e idade entre 10 e 50 anos de idade

<sup>4</sup>Apenas para as vítimas que sofreram violência com relação com o trabalho

<sup>5</sup>Consideraram-se encaminhamentos realizados para qualquer tipo de “Delegacias” ou Instituto Médico Legal (IML)

<sup>6</sup>Apenas as notificações de 2009 a 2014

- Série constante inviabilizando a aplicação do teste

\*Tendência significativa (valor  $p < 0,05$ )

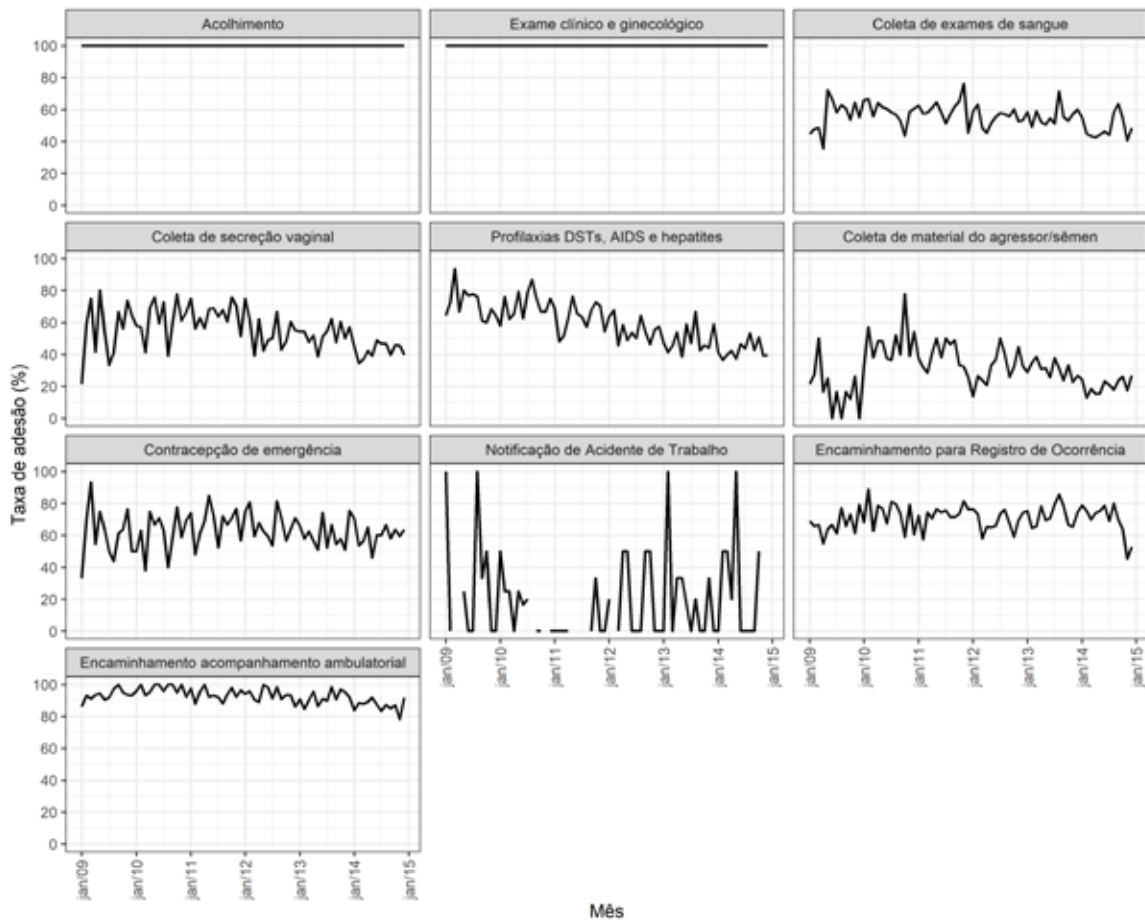
As Profilaxias para ISTs, AIDS e hepatites foram realizadas apenas em 53% (1555) dos casos atendidos, como critério de inclusão para este item a Notificação como “Estupro” e/ou “Penetração vaginal, oral ou anal” (Tabela 1). No entanto, não houve Hospital de referência que sempre realizasse todos os critérios da Gestão Integral de Assistência às Mulheres em Situação de Violência Sexual.

Considerando os resultados do teste de Mann-Kendall Sazonal, aplicados às séries das Taxas mensais de adesão dos Hospitais de referência ao Protocolo de Atendimento às mulheres em situação de violência sexual no estado do Paraná, de 2009 a 2014 (Gráfico 1), há evidências suficientes de que a série apresenta tendência negativa e significativa para os itens: 3 - Coleta de exames de sangue (Tau = -0,324 e valor  $p = 0,002$ ), 4 - Coleta de secreção vaginal (Tau = -0,440 e valor  $p < 0,001$ ), 5 - Profilaxias ISTs, AIDS e hepatites (Tau = -0,711 e valor  $p < 0,001$ ), 6 - Coleta de material do agressor/sêmen (Tau = -0,212 e valor  $p = 0,039$ ) e 10 - Encaminhamento para acompanhamento ambulatorial (social, médico ou psicológico) (Tau = -0,443 e valor  $p < 0,001$ ), indicando uma diminuição da taxa de adesão de tais itens ao longo do tempo. Para os demais, não foi verificada tendência significativa, ao nível de 5% de significância.

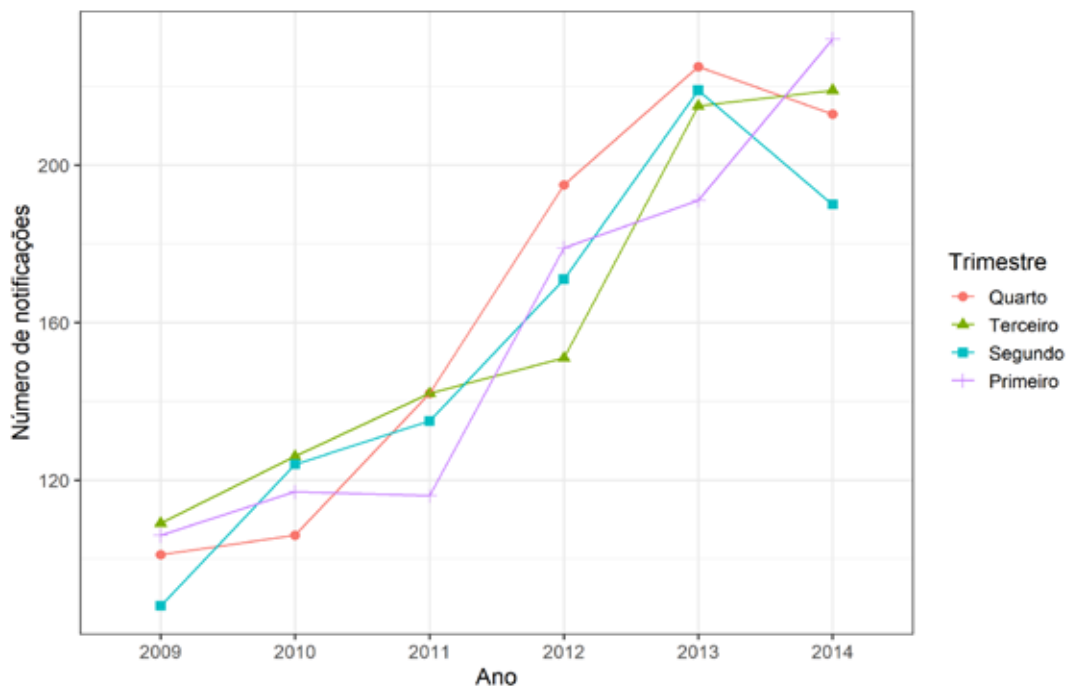
O número de Notificações resultou em curva ascendente de casos de 2009 a 2014, com 404 e 854 casos notificados, respectivamente, além de mensalmente, destacar-se o comportamento ascendente dos casos ao longo do tempo, pelos Hospitais de referência. Conforme os resultados do teste de Mann-Kendall Sazonal, há evidências suficientes de que a série apresenta tendência positiva significativa, ao nível de 5% de significância (Tau = 0,753 e valor  $p < 0,001$ ), confirmando o aumento das notificações no decorrer do tempo.

Averiguou-se ainda que não se destacou um padrão de um determinado mês com maiores ou menores números de notificações em todos os anos, sendo que o máximo do período foi de 88 casos, verificado em maio de 2013, enquanto que o mínimo foi observado em junho de 2009, com 21 notificações.

Além da análise mensal, também foi verificada a distribuição do número de casos entre os trimestres de cada ano. Fica novamente evidente, o crescente número de casos ao longo dos anos, porém o padrão não é tão claro entre os trimestres, embora destaque-se que em três, dos seis anos avaliados, as maiores quantidades de notificações foram observadas no quarto trimestre, considerando, inclusive, o agrupamento independente do ano (982 notificações entre outubro e dezembro de 2009 a 2014) (Gráfico 2).



**Gráfico 1.** Curva da taxa de adesão dos Hospitais de referência ao Protocolo de Atendimento às mulheres em situação de violência sexual no estado do Paraná, pelo item e mês das ocorrências e tendência de mudança nesta taxa entre 2009 e 2015.



**Gráfico 2.** Gráfico com o número de Notificações por trimestres dos atendimentos de mulheres em situação de violência sexual nos Hospitais de referência no estado do Paraná, pelos anos de ocorrências.

A idade média das mulheres atendidas foi de 16 anos de idade, com mediana de 14 anos. Mulheres acima de 60 anos contabilizaram apenas 1% (27) dos casos, enquanto meninas de até 19 anos de idade somaram 72% (2920) dos casos notificados. Ressalta-se que 27% destas meninas eram menores de 10 anos de idade, e mais de 50% delas, menores de 15 anos de idade.

Em mais de 90% dos casos, a zona de ocorrência foi o meio urbano, totalizando 3189 notificações. Ambiente rural e periurbano somaram pouco mais de 7% (269) das ocorrências. Mais da metade dos casos (50%, 2013 casos) ocorreram na “residência” das mulheres, 26% (983) em via pública; 81 casos (2,15%) em escolas (Tabela 2). Em 72,7% (2530) dos casos notificados, a mulher sofreu a agressão sexual pela primeira vez. Reincidências foram observadas em 27,3% (949) das notificações preenchidas.

**Tabela 2.** Dados sociodemográficos das mulheres vítimas de violência sexual atendidas nos Hospitais de referência do estado do Paraná

ITEM	n (%)	Valor p
(Continua)		
<b>IDADE</b>		< 0,001
0-16 anos	2528 (62)	
17-59 anos	1502 (37)	
60 anos ou mais	27 (1)	
<b>ETNIA/RAÇA/COR</b>		< 0,001
Branca	2784 (69)	
Preta	191 (5)	
Amarela	18 (0)	
Parda	821 (20)	
Indígena	9 (0)	
Ignorado	214 (5)	
Sem preenchimento	20 (0)	
<b>ESCOLARIDADE</b>		< 0,001
Analfabeto	25 (1)	
1ª a 4ª série incompleta do EF	374 (9)	
4ª série completa do EF	144 (4)	
5ª à 8ª série incompleta do EF	862 (21)	
Ensino fundamental completo	214 (5)	
Ensino médio incompleto	497 (12)	
Ensino médio completo	327 (8)	
Educação superior incompleta	169 (4)	
Educação superior completa	109 (3)	
Ignorado	370 (9)	
Não se aplica	834 (21)	
Sem preenchimento	132 (3)	

ITEM	n (%)	(Conclusão) Valor p
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL/ESTADO CIVIL</b>		< 0,001
Solteiro	2124 (52)	
Casado / União Consensual	380 (9)	
Viúvo	32 (1)	
Separado	168 (4)	
Não se aplica	1210 (30)	
Ignorado	48 (1)	
Sem preenchimento	95 (2)	
<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL (Relações sexuais)</b>		< 0,001
Heterossexual / Só com Homens	210 (5)	
Homossexual / Só com mulheres	2 (0)	
Bissexual / Com homens e mulheres	2 (0)	
Não se aplica	286 (7)	
Ignorado	112 (3)	
Sem preenchimento	3445 (85)	
<b>IDENTIDADE DE GÊNERO</b>		< 0,001
Travesti	0 (0)	
Mulher transsexual	0 (0)	
Homem transsexual	0 (0)	
Não se aplica	554 (14)	
Ignorado	58 (1)	
Sem preenchimento	3445 (85)	
<b>DEFICIÊNCIA/TRANSTORNO</b>		< 0,001
Sim	307 (8)	
Não	3477 (86)	
Ignorado	209 (5)	
Sem preenchimento	64 (2)	
<b>TIPO DE DEFICIÊNCIA OU TRANSTORNO</b>		< 0,001
Deficiência Física	21 (5)	
Deficiência Intelectual	136 (32)	
Deficiência Visual	22 (5)	
Deficiência Auditiva	24 (6)	
Transtorno Mental	94 (22)	
Transtorno de Comportamento	77 (18)	
Outras	49 (12)	

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando o grau de adesão do tratamento de cada paciente ao Protocolo de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência Sexual no estado do Paraná, dado pela porcentagem de itens atendidos entre aqueles aplicáveis a sua respectiva situação, pode-se classificá-lo em três categorias: baixa (até 50%), média (de 51% a 75%) e alta (de 76% a 100%), vê-se, portanto, que pouco

mais de 51% das mulheres atendidas foram classificadas como atendimentos de alta adesão, 25% como média e 23% como baixa adesão. Esta classificação também se associou significativamente com todas as características sociodemográficas das pacientes avaliadas, ao nível de 5% de significância (Tabela 2). Ainda para as mulheres classificadas com alta adesão, há predominância das características relacionadas a raça branca, escolaridade entre a 4ª série completa do ensino fundamental e o ensino médio completo, e que não possuíam companheiro permanente, sendo todas essas porcentagens superiores se comparadas com as classificações de média e de baixa adesão, ao nível de 5% de significância (Tabela 3).

**Tabela 3.** Dados relacionados à Agressão das mulheres vítimas de violência sexual atendidas nos Hospitais de referência do estado do Paraná

(Continua)		
ITEM	n (%)	Valor p
<b>ZONA DE OCORRÊNCIA</b>		< 0,001
Urbana	3189 (79)	
Rural	163 (4)	
Periurbana	106 (3)	
Ignorado	66 (2)	
Sem preenchimento	533 (13)	
<b>HORA DA OCORRÊNCIA</b>		< 0,001
Manhã (6:00 - 11:59hs)	368 (9)	
Tarde (12:00 - 17:59hs)	559 (14)	
Noite (18:00 - 23:59hs)	810 (20)	
Madrugada (0:00 - 5:59hs)	633 (16)	
Sem preenchimento	1687 (42)	
<b>LOCAL DA OCORRÊNCIA</b>		< 0,001
Residência	2013 (50)	
Habitação Coletiva	22 (1)	
Escola	81 (2)	
Local de Prática Esportiva	20 (0)	
Bar ou similar	30 (1)	
Via Pública	983 (24)	
Comércio / Serviços	63 (2)	
Indústrias / Construção	15 (0)	
Outro	546 (13)	
Ignorado	244 (6)	
Sem preenchimento	40 (1)	
<b>RECORRÊNCIA DA AGRESSÃO</b>		< 0,001
Sim	949 (23)	
Não	2530 (62)	
Ignorado	537 (13)	
Sem preenchimento	41 (1)	

(Conclusão)		
ITEM	n (%)	Valor p
<b>MEIO DA AGRESSÃO*</b>		< 0,001
Força Corporal / Espancamento	1606 (29)	
Enforcamento	155 (3)	
Objeto Contundente	60 (1)	
Objeto Pérfuro Cortante	223 (4)	
Substância / Objeto quente	11 (0)	
Envenenamento	46 (1)	
Arma de fogo	341 (6)	
Ameaça	1252 (23)	
Outro	267 (5)	
Não Especificado (em branco, ignorado ou não para todas as alternativas)	1518 (28)	
<b>TIPO DE VIOLÊNCIA SEXUAL*</b>		< 0,001
Assédio Sexual	1042 (23)	
Atentado ao pudor (2009-2014)	488 (11)	
Estupro	2713 (59)	
Pornografia Infantil	84 (2)	
Exploração Sexual	106 (2)	
Outros	137 (3)	
<b>TIPO DE PENETRAÇÃO*</b>		< 0,001
Penetração Oral	594 (20)	
Penetração Anal	536 (18)	
Penetração Vaginal	1851 (62)	

\*Pode haver mais de uma opção assinalada.

Fonte: Dados da pesquisa

## DISCUSSÃO

Neste estudo, procurou-se utilizar o Protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, para destacar os dez itens, ou seja, as dez etapas do atendimento que são essenciais durante a avaliação e o acompanhamento das mulheres, denominado pelos autores deste trabalho de Gestão Integral de Assistência às Mulheres em Situação de Violência Sexual. A adesão aos itens de atendimento tem por objetivo importante redução de danos e meio de promover cuidados pós trauma às pacientes. Os autores deste trabalho zelaram por considerar a adesão de cada item do Protocolo de acordo com a pertinência de cada caso, considerando, por exemplo, o tipo de violência e a idade de cada mulher, para se tomar as decisões clínicas e de acompanhamento posterior.

Este estudo identificou que o grau de adesão dos

Hospitais de referência ao Protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual no estado do Paraná-Brasil, entre os anos de 2009 e 2015, foi baixo na maioria dos itens analisados. Há preocupação ao atendimento agudo às mulheres e tomada da história clínica, porém, os demais elementos a curto e longo prazo, incluindo-se profilaxias e acompanhamento ambulatorial, são precários. Particularmente grave é que quase a metade das mulheres expostas (47%) não receberam profilaxias para ISTs, HIV e Hepatites, sendo que 37% das expostas ao risco de gravidez não recebeu anticoncepção de emergência.

Embora haja o referido Protocolo de atendimento, não houve Hospital de referência, no estado do Paraná, que sempre aderisse a todos os itens de atendimento. Patel et al<sup>18</sup> utilizou o conceito de “*Comprehensive Management Care Medical*” para definir a adesão dos estabelecimentos de saúde norte americanos ao protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual daquele país, por meio de pesquisa por contato telefônico, em que também se observaram baixas taxas de adesão aos itens de atendimento naquele contexto.

Entre os motivos constatados em registros sistematizados para as baixas taxas de adesão dos Hospitais de referência à totalidade dos itens de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, encontram-se: a falta de profissionais de saúde de áreas multidisciplinares; a insegurança dos profissionais da assistência às mulheres em relação à aplicabilidade do protocolo; a falta de estrutura e de materiais; e a escassez de capacitação continuada dos profissionais de saúde para o atendimento de violência sexual em algumas regiões<sup>19,20</sup>.

Apenas 69% dos atendimentos foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial (social, médico/enfermeiro ou psicológico). Este dado é relevante, uma vez que, a longo prazo, os profundos prejuízos, na qualidade de vida das mulheres, indicam ser necessário o encaminhamento ambulatorial para seguimento destas pacientes, com diminuição de danos<sup>4,11</sup>.

Observou-se também que mulheres entre 15 e 59 anos de idade, escolaridade a partir da 4ª série do ensino

fundamental completo até ensino médio completo, raça branca e que possuíam companheiro, apresentaram maiores taxas de adesão aos itens de atendimento pelos Hospitais de referência, revelando associação entre as taxas de adesão e os perfis sociodemográficos das mulheres, sugerindo que pode haver atendimentos diferenciados a estas mulheres, em detrimento das demais. Esse dado foi surpreendente, visto que a literatura versa sobre maior vulnerabilidade de crianças menores de 14 anos<sup>8</sup>, fator pelo qual poderíamos pensar ser este grupo o que deveria receber as mais altas taxas de adesão aos itens do protocolo, aspecto que não ocorreu. Diante disso, uma das hipóteses é a de que, neste grupo etário, há maior chance de exposição crônica ao agressor, individualizando, por exemplo, a profilaxia para ISTs não virais<sup>16</sup>. Contudo, mesmo retirando esse contexto durante a análise, observou-se deficiência nos itens de atendimento a essa faixa etária.

Estudos brasileiros, embora tenham analisado dados sociodemográficos e a realização de Protocolos de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, foram de amostragem restrita a regiões específicas - um hospital apenas<sup>4,12</sup>, ou se basearam na descrição de itens isolados dos protocolos de atendimento ou descrições sociodemográficas<sup>21-23</sup>. Somente em um destes trabalhos, analisou-se amostra de representatividade nacional, porém, utilizando a Norma Técnica do Ministério da Saúde de 1998, com dados referentes a 2001-2006, adquiridos através de contato telefônico, e não por Notificação<sup>24</sup>.

Garbin et al<sup>19</sup> enfatiza a notificação da violência como obrigatória, e associa a notificação adequada a resultados mais “satisfatórios”, evitando maiores danos às pessoas vitimadas. Neste estudo, identificou-se uma curva ascendente de notificações de violência sexual contra a mulher, no estado do Paraná, durante os anos de 2009 a 2015 – movimento que se viu também em relação a dados nacionais<sup>25</sup> – que poderia refletir a consolidação do Protocolo de atendimento às mulheres, no estado do Paraná, e o aumento do número de municípios que passaram a notificar casos de violência sexual contra a mulher a partir da compulsoriedade da notificação. Porém, houve uma tendência mensal de diminuição da adesão ao longo do tempo, já inicialmente baixa. Ou seja,



tem-se notificado o atendimento, mas não se realiza todos os pontos necessários para um atendimento integral a essas mulheres, com crescente piora deste quadro. Não houve trimestre com maior número de notificações entre os anos estudados.

Este estudo possui a limitação de utilizar dados sociodemográficos de fichas de notificação que podem não ter sido preenchidas corretamente, uma vez que as respostas como, por exemplo, raça/etnia possa ter sido geradas perguntando diretamente às mulheres, causando viés. No entanto, possui validade quanto à qualidade do atendimento às mulheres que sofreram violência sexual no estado do Paraná na época do estudo. É possível que alguns casos não tenham sido notificados, porém, como para a maior parte desses hospitais os recursos do SUS são muito importantes para sua manutenção, é difícil imaginar que muitos casos tenham sido deixados sem notificação. De qualquer forma, essa possível omissão não influencia nossos resultados quanto aos componentes do atendimento não realizados e, muito menos, quanto à associação entre variáveis sociodemográficas e o grau de adesão ao protocolo.

## CONCLUSÃO

Este estudo contribuiu para elucidação das taxas de adesão dos Hospitais de referência do estado do Paraná ao Protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, sinalizando uma adesão deficitária e uma tendência de diminuição da mesma com o tempo, podendo refletir em maiores danos à população atendida a curto e a longo prazo, população esta caracterizada em seus predomínios de vulnerabilidade durante este trabalho. Além disso, descobriram-se melhores taxas de adesão ao protocolo em atendimentos às mulheres de certos perfis sociodemográficos, em detrimento às demais. Outrossim, não foi encontrado um padrão de determinado trimestre com maiores ou menores números de notificações em todos os anos.

Verificou-se ainda que além de promover adesão igualitária e integral dos locais de referência aos itens de atendimento, é necessário suporte adequado para manter esta adesão ao longo do tempo.

Pensamos que, especialmente, os ginecologistas e obstetras, mas também toda a equipe multidisciplinar de atendimento às mulheres em situação de violência, possuem um papel fundamental para corrigir a tendência a menor atenção integral às mulheres que sofrem violência sexual, como constatado neste estudo, frisando-se que esse problema seguramente não se limita ao Estado do Paraná. Julgamos que a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e seu Comitê Nacional, especializado em Violência Sexual e Aborto, previsto em lei, tem um papel essencial para mudar as condições observadas neste trabalho.

Desse modo, um possível mecanismo poderia ser o de promover grupos de discussão, seja isoladamente ou no contexto de congressos regionais e nacionais da especialidade. De qualquer forma, não podemos simplesmente identificar esse problema sem sugerir mecanismos de correção, em um momento no qual o combate à violência de gênero tem se tornado um tema de interesse global.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento à Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA), especialmente ao Centro de epidemiologia, divisão de vigilância de doenças não transmissíveis, pela dedicação ao tema da violência sexual contra as mulheres e cuidados com os dados Notificados.

## REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Sousa ER, organizadores. Curso impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007. p. 24-35.
2. Lylla Winzer. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. *Cad. Saúde Pública* vol.32 no.7. Rio de Janeiro 2016 Epub Aug 01, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126315>

3. Bohra N, Sharma I, Srivastava S, Bhatia MS, Chaudhuri U, Parial S, Sharma A, Kataria D. Violence against women. *Indian J Psychiatry*. 2015 Jul;57 (Suppl 2):S333-8. <http://doi.org/10.4103/0019-5545.161500>
4. Facuri CO, Fernandes MAS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública*: maio 2013, 29(5):889-98.
5. Garcia ALC, Trajano MP. Violência sexual contra mulheres e saúde mental: um diálogo sobre norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. *Florianópolis: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2018; 10(25):260-80.
6. Torres-de la Roche LA, Krentel H, Devassy R, de Wilde MS, Leicher L, De Wilde RL. Surgical repair of genital injuries after sexual abuse. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW*. 2019 Sep 12;8: Doc14. <http://doi.org/10.3205/iprs000140>
7. Trigueiro TH, Merighi MAB, Medeiros ARP, Ribeiro CEL, Mata NDS, Jesus MCP. Victims of sexual violence attended in a specialized service. *Cogitare Enferm*, 2015 Abr/jun; 20(2):247-54.
8. Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Câmara dos Deputados. Mapa da violência contra a mulher. 2018; p. 9.
9. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Distrito Federal; 2018.
10. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 28(2): p. 193. <http://doi:10.1590/S0100-72032006000200009>
11. Andrade RP. Violência sexual contra mulheres: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento. Curitiba: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná; 2016.
12. Oshitaka CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan-fev, 2005, 21(1):192-99.
13. Farchi S, Polo A, Asole S, Ruggieri MP, Lallo DD. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. *BMC Women's Health* 2013, 13:31. <http://doi.org/10.1186/1472-6874-13-31>
14. Ministério da Saúde. Norma Técnica – Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3ª Edição atualizada e ampliada. Brasília, DF; 2012.
15. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual, Curitiba, PR; 2015. .
16. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 3ª Edição atualizada e ampliada. Brasília, DF; 2014. p. 21
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil; 2009.
18. Patel A, Roston A, Tilmon S, Stern L, Roston A, Patel D et al. Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2013, 123, 24–28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.04.014>
19. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(6):1879-1890. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>
20. Nunes MCA, Lima RFF, Morais NA. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017; v. 37 n°4, 956-969. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003652016>
21. Andrade RP, Guimarães ACP, Fagotti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM et al. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. *RBGO*, 2001, v.23,n°9.

22. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(6):e00002716. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00002716>
23. Bedoni AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, fev 2007, 23(2):465-469.
24. Andalaft Netto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua DS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *FEMINA*, 2012; 40(6).
25. Gaspar RN, Pereira MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(11):e00172617. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00172617>