

VI Fórum de Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual

Relatório Final

Evento patrocinado pelas seguintes instituições: Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP); Ministério da Saúde, FEBRASGO e IPAS - Escritório Brasil.

São Paulo, SP
19 e 20 de novembro de 2001

Relatoria Geral e Comitê Organizador

- Anibal Faúndes - CEMICAMP
- Elcyrene Leocádio - Ministério da Saúde
- Jorge Andalaft Neto - FEBRASGO

Relatores dos trabalhos em grupo:

- Rosiane Mattar/Rivaldo Albuquerque
- Joelcio Francisco Abbade
- Osmar Ribeiro Colas

Coordenadores de grupo:

- Aloísio José Bedone
- José Eduardo Silveira dos Santos
- Elcyrene Leocádio

Relação dos participantes, por ordem alfabética

Alan Bronz, Alessandra Helena Cantisani Borges, Aloísio José Bedone, Anibal Faúndes, Avelar de Holanda Barbosa, Carlos Tadayuki Oshikata, Cristiana Rapparini, Cristiano Fernando Rosus, Edailma Maria de Melo Dantas, Elcyrene Leocádio, Eugênio Marcelo Pita Tavares, Fernando Freitas, Idu Peréa Monteiro, Ivis Bezerra, Joelcio Francisco Abbade, Jorge Andalaft Neto, José Eduardo Silveira dos Santos, José Henrique Rodrigues Torres, José Luis de Oliveira Camargo, Kátia Maria Barreto Souto, Leila Adesse, Lívia Barros Garção, Márcia Teixeira Garcia, Margarida Martin Garcia de Muteos, Maria Arlene Pagani, Maria Auxiliadora Figueiredo Vertumatti, Maria da Conceição Ribeiro Simões, Maria Helena Pacheco, Maria José de Oliveira Araújo, Neila Maria Dahas Jorge Rocha, Osmar Ribeiro Colas, Oswaldo José Queiroz Dias, Raimundo Francisco Rabelo Júnior, Rivaldo Mendes de Albuquerque, Roberto Messod Benzecry, Rosiane Mattar, Rosires Pereira de Andrade, Stênia Lins Leão Lima, Tarcísio José de Almeida Moura, Vardeli Alves de Moraes.

Introdução

Este relatório resume as discussões e resoluções do VI Fórum interprofissional sobre atendimento integral à mulher vítima de violência sexual, realizado em São Paulo, em 19 e 20 de novembro de 2001. Os Fóruns Interprofissionais vêm se realizando desde 1996, com o fim de estabelecer diálogo entre gineco-obstetras brasileiros e a comunidade, representada pelos grupos de mulheres organizadas, advogados, juizes, eticistas e cientistas sociais, em torno às necessidades de atendimento das mulheres que sofrem violência sexual, incluindo a interrupção da gestação quando consequência desta violência e solicitada pela mulher.

Os Fóruns estão sendo organizados pelo Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), pela Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei, da FEBRASGO e pelo Ministério de Saúde. Para cada Fórum, os organizadores selecionaram temas específicos sobre o assunto.

Em 2001 os temas selecionados foram "Homens autores de violência", "Organização dos serviços para atender as necessidades de prevenção de DST/AIDS" e "O papel do IML no atendimento à mulher vítima de violência sexual".

Estamos certos que este relatório será de utilidade aos colegas ginecólogos e obstetras que

obterão subsídios apropriados para responder suas dúvidas sobre estes temas.

Homens Autores de Violência Contra a Mulher

Decidimos utilizar a expressão homens autores de violência contra a mulher, em lugar de homens agressores, para afirmar nossa compreensão que estes homens não são apenas agressores, são pessoas comuns que vivem em sociedade, trabalham, mantêm relações de amizade, namoros, casamentos etc.

Significa também adotar uma posição de responsabilizar o autor de violência pelo(s) ato(s) cometido(s), que ele deve ser punido de acordo com as leis brasileiras, mas acreditando também que esse homem pode ser capaz de rever seus comportamentos e assumir um processo de mudança, para o qual necessita de apoio.

1.1. O perfil dos homens autores de violência contra mulheres

A maioria dos casos de violência provocada por homens contra mulheres não tem origem numa causa específica. O modelo de masculinidade hegemônica, decorrente da construção social e histórica das relações estabelecidas entre homens e mulheres (relações de gênero), é um dos fatores mais importantes na determinação da violência contra a mulher.

Podemos encontrar homens autores de violência contra mulheres em qualquer classe social, em diferentes culturas e raças.

1.2. O atendimento aos homens autores de violência contra mulheres

Os autores de violência não são necessariamente doentes, mas devem receber atendimento específico em cada situação, considerando a diversidade de contextos, grau de complexidade do problema apresentado, motivação individual e condições de atendimento (estruturais e organizacionais).

No Brasil, em alguns estados, estão sendo desenvolvidas experiências de atendimento que privilegiam os grupos de reflexão, associado ao acompanhamento de cada homem e de sua família².

Para dar início a esse tipo de atendimento é necessário avaliar individualmente com cada homem, até que ponto ele deseja e pode assumir o processo de reflexão em grupo, visando o autocohecimento e modificação de atitudes e comportamentos.

O atendimento aos homens não é responsabilidade dos serviços que atendem mulheres violentadas sexualmente e não deve ser realizado necessariamente pelas equipes de referência para atendimento de mulheres vítima de violência. Porém, essas equipes devem atuar junto aos setores competentes e junto aos grupos sociais organizados ou ONG, com o propósito de sensibilizá-los sobre a necessidade de que sejam criados grupos de atendimento a homens autores de violência doméstica ou intrafamiliar (física, psicológica e sexual).

Os serviços de saúde podem incluir os homens, em geral, em atividades educativas para a promoção da saúde, que indiretamente podem colaborar para prevenção da violência, estimulando maior participação no pré-natal, nas orientações para anticoncepção e prevenção do sexo seguro, entre outras.

As equipes de saúde, em especial os homens, podem encampar a Campanha do Laço Branco (originada no Canadá e conduzida por grupos de homens comprometidos com a eliminação da violência contra a mulher - 25 de novembro), como uma estratégia de promoção de relações igualitárias entre homens e mulheres. Maiores informações sobre esta Campanha podem ser obtidas junto ao grupo NOOS.

1.3. Atendimento aos homens autores de violência contra mulheres

Devemos buscar a ampliação das redes locais de atendimento a mulheres, incorporando instituições que atendam ou possam vir a atender homens autores de violência. Portanto, é necessário estimular a participação de entidades de classe, grupos organizados, serviços de mediação, clínicas sociais, entidades de ensino, etc.

A atuação em rede é uma estratégia importante e pode contribuir como um fator de redução da violência, tendo em vista que essa articulação - caso tenha visibilidade social - demonstra o interesse da sociedade pela eliminação da impunidade e pelo apoio às vítimas.

Por esses motivos, o Fórum sugere ao poder público (justiça, saúde, educação, cultura) a inclusão dessa estratégia nas políticas de combate a violência.

Para viabilizar essas ações, será necessário sensibilizar juizes visando a associação das penas alternativas à participação em grupos de reflexão. Uma das estratégias de sensibilização pode ser a inclusão deste assunto nos cursos de formação de juizes.

² Para informações sobre instituições que trabalham com homens autores de agressão entrar em contato com: Instituto NOOS de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais. Rua Martins Ferreira, 28 - Botafogo - 22.271-010 - Rio de Janeiro, RJ. Telefone: 21-2579-2357. E-mail: noos@allermex.com.br.

2. Organização dos Serviços para Atender às Necessidades de Prevenção de DST/AIDS

Recomendou-se, também, que as redes locais estimulem as instâncias competentes em diferentes áreas, e em especial a justiça, e busquem condições para ampliação do número de grupos que atendem homens autores de violência contra a mulher. O estímulo à formação de grupos de reflexão deve visar diferentes espaços, inclusive locais onde se possa atender presidiários ou egressos de presídios.

A realização de grupos de reflexão com presidiários e egressos não está necessariamente vinculada ao trabalho de prevenção e interrupção de violência contra mulheres. Porém, esta ação pode contribuir para a prevenção da violência de uma forma geral.

O atendimento aos homens poderá incluir aqueles que não foram denunciados, mas procuraram atendimento espontaneamente ou por indicação de instituições que não pertencem à área da justiça, assim como homens que não agredem mulheres, mas desejam participar de atividades de prevenção da violência de gênero.

1.4. O perfil do profissional que atende homens autores de violência contra as mulheres

Qualquer pessoa pode trabalhar com homens autores de violência contra mulheres em grupos de reflexão desde que estejam habilitados para conduzir esses grupos. Porém, é essencial que essa pessoa esteja motivada e capacitada para desenvolver o trabalho proposto.

A capacitação deve incluir pelo menos os seguintes temas: relações de gênero; direitos humanos; direitos sexuais e reprodutivos; dinâmicas de grupo; noções de terapia de família e de casal, bem como terapias corporais; e noções de psicopatologia. Essa experiência é fundamental para que estas pessoas reconheçam suas crenças, valores, sentimentos e preconceitos relacionados a temas como relações de gênero, violência, masculinidades, direitos, cidadania, sexualidade, dentre outros.

Homens ex-autores de violência contra a mulher podem manifestar o desejo de realizar esse trabalho e podem vir a colaborar atuando como facilitadores dos grupos de reflexão.

A organização do atendimento aos homens depende das condições locais e objetivos do trabalho (promoção, prevenção ou assistência).

A atuação com equipes multidisciplinares - sempre que possível - poderá trazer maiores benefícios para os homens atendidos, suas famílias e para a sociedade.

2.1. Primeiro atendimento

O primeiro atendimento deve ser realizado em instituições de saúde capacitadas para atender as mulheres vítimas de violência sexual, para onde devem ser encaminhadas por delegacias, centros de saúde e outros lugares onde estas mulheres vão procurar ajuda após a violência.

Os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual devem entrar em acordo com a coordenação de DST-AIDS e de saúde da mulher das Secretarias Estaduais e Municipais, para coordenar as atividades de prevenção das infecções de transmissão sexual e definir os locais de referência para a realização da profilaxia do HIV, com anti-retrovirais.

Algumas instituições, como Delegacia da Mulher, Clínicas, Unidades básicas de saúde, hospitais, Institutos Médico Legal e Organizações Não Governamentais, teriam como incumbência a captação e encaminhamento das mulheres aos Serviços de Atendimento Especializado à Mulher Vítima de Violência Sexual, onde deve ser indicada e administrada a primeira dose dos anti-retrovirais para a prevenção de DST/AIDS.

2.2. Seguimento

O seguimento das pacientes deve ser feito por no mínimo 6 meses, pois nos primeiros meses dificilmente será observada soroconversão HIV+. O seguimento dessas pacientes durante o período de profilaxia com anti-retrovirais será realizado de acordo a melhor conveniência das mulheres, preferencialmente no próprio hospital onde recebeu o primeiro atendimento, mas a cargo de um infectologista ou por um profissional devidamente treinado. Nos locais em que essa forma de coordenação não seja possível, o seguimento deve ser realizado em local que permita o atendimento por um especialista em HIV/AIDS, segundo as condições locais.

Com o objetivo de que a indicação ou não de administração de anti-retrovirais seja o mais correto possível, as coordenadorias Estaduais e Municipais de DST-AIDS deverão organizar o treinamento dos profissionais de saúde que atuam em serviços especializados no atendimento à mulher vítima de violência sexual.

2.3. Terapia a ser usada

A Coordenadoria Nacional de DST-AIDS e a Coordenação Nacional de Saúde da Mulher fica-

rão responsáveis em conjunto, pela elaboração do Anexo à Norma Técnica de Atendimento à Mulher e Adolescente Vítima de Violência Sexual, sobre a utilização de anti-retrovirais.

Dado o surgimento constante de novas drogas e de novos conhecimentos sobre os anti-retrovirais existentes, não pareceu adequado recomendar nenhuma combinação específica de medicamentos. Apenas a experiência dos participantes no Fórum parece sugerir a preferência por esquemas com duas ou três drogas.

Os participantes concordaram que a indicação ou não de terapia anti-retroviral deve considerar as características do agressor e da violência praticada (tipo de violência, lesões provocadas, número de agressores, fatores de risco no agressor). Os detalhes da indicação dos anti-retrovirais e dos medicamentos não recomendados devem fazer parte do treinamento proposto acima.

Devido à interação entre alguns anti-retrovirais e o estrógeno, recomenda-se que o levonorgestrel seja utilizado, preferencialmente, para anticoncepção de emergência. No caso da utilização do Método de Yuspe, o ritonavir e neofinavir devem ser retirados do tratamento devido à diminuição da ação estrogênica. Se a paciente já faz uso de anticoncepcional hormonal, que tenha em sua composição o estrogênio, o ritonavir e o neofinavir também devem ser retirados do esquema.

2.4. Coordenação dos serviços

As Secretarias de Saúde dos Estados, junto com as secretarias Municipais de Saúde, através de suas coordenadorias de DST/AIDS e Saúde da Mulher, devem ficar responsáveis pela identificação e divulgação dos Serviços de Atendimento à Mulher vítima de violência sexual e de coordenar o treinamento dos profissionais destes serviços.

3. Papel do IML no Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual

3.1. A prioridade de atendimento após a violência

Foi unânime no grupo que a prioridade do atendimento é da assistência médica, psicológica e social; e que o atendimento aos aspectos médico-legais devem ocorrer depois daquela assistência. As pessoas que trabalham nas Delegacias de Polícia devem ser orientadas sobre o conceito de urgência no atendimento médico e psicológico nos casos de violência sexual, alertando sobre a necessidade da anticoncepção de emergência e da

profilaxia das DST e AIDS nas primeiras horas após a violência. Muitas vezes o atendimento psicológico precisa ser feito também no mais curto espaço de tempo (urgência).

O Serviço Médico deve sempre orientar a mulher ou seu representante legal de que tanto a realização do Boletim de Ocorrência em Delegacia de Polícia quanto o exame realizado no Instituto de Medicina Legal são importantes para ela. Porém, a decisão de comparecer à Delegacia e ao IML deve ser da vítima ou de seu representante. Nos casos de violência ou suspeita de sua ocorrência em menores de 18 anos, o caso deve ser comunicado ao Conselho Tutelar, que fará os devidos encaminhamentos.

3.2. Como aprimorar o registro do exame pericial nos IML ou no local do primeiro atendimento médico.

Recomendou-se que todos os IML tenham um protocolo específico para o atendimento às vítimas de violência sexual. Essa sugestão deverá ser encaminhada a uma Comissão do CFM juntamente com os modelos utilizados por hospitais do RN e SC (anexo), que estão discutindo o papel do IML. Solicitar aos médicos legistas que elaborem uma lista de materiais necessários aos serviços médicos para que estes possam realizar o exame pericial no próprio hospital, quando possível.

Sempre deve ser feito o registro do atendimento em prontuário próprio e adequado. As informações que devem estar contidas no prontuário são as dispostas na Norma Técnica do Ministério da Saúde. Deve ser ressaltado que a maioria das vítimas de violência sexual não apresenta lesões, tais como escoriações, mordidas, queimaduras, arranhaduras, equimoses, hematomas etc. Entretanto, quando presentes, o prontuário médico deve conter sua descrição e localização com precisão. O relatório médico deve conter desenhos demonstrativos das lesões, para melhor localização e compreensão das informações que estão descritas nele. A descrição das lesões pode ser mais acurada quando se utiliza desenhos ou fotografias, devendo essa prática ser reforçada.

Recomenda-se que os prontuários sejam periodicamente revisados pela equipe de atendimento, e as suas correções devidamente repassadas às pessoas que participam da assistência.

3.3. Como coordenar / integrar o IML, melhorando o fluxo de atendimento à mulher vítima de violência sexual?

No caso da mulher consultar primeiramente o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, o serviço deve sempre informar e ori-

entar as mulheres sobre seus direitos, recomendando a realização do Boletim de Ocorrência e do Exame Pericial no IML.

Realizar o exame pericial no IML é uma decisão da vítima, que deverá ser encaminhada pela autoridade policial. O ideal seria que o Boletim de Ocorrência e o Exame Pericial, nos casos queira fazê-los, fossem realizados no próprio serviço médico.

Deve ser esclarecido às mulheres que a comunicação à Polícia não significa início da ação penal. As situações em que se torna obrigatório a comunicação da violência à autoridade policial são os casos de violência contra menor pelo padrasto, pai ou tutor, ou quando for acompanhada de lesões corporais graves ou morte.

Nos casos em que a mulher procurar primeiramente a Delegacia, os delegados devem estar sensibilizados sobre a importância do rápido atendimento médico e psicológico, e que estes sejam prestados antes do encaminhamento ao IML. Seria recomendável que o IML dispusesse de viaturas que pudessem ser utilizados para transporte destas mulheres vítimas de violência.

3.4. Capacidade dos médicos ginecologistas que atendem violência sexual para fazer exame sexológico em seus serviços e identificar a violência sexual, bem como a ruptura himenal, a partir de exame físico.

O exame médico bem feito e com suas observações devidamente registradas no prontuário facilita o trabalho do legista e pode servir de prova documental para a justiça. Sugerimos que os médicos sejam treinados para que possam identificar e tipificar melhor as lesões encontradas.

A maioria dos Serviços não colhe material vaginal para identificação do esperma, nem guarda material para identificação através do DNA, mas devem ser orientados a fazê-lo, quando possível, inclusive guardando pedaços das vestes da mulher, pêlos ou outros materiais suspeitos. Esse material deve ser conservado em envelope de papel e lacrado, devendo ficar anexado ao prontuário da vítima. Recomenda-se cuidados ao manusear estes materiais, como uso de luvas e pinças para evitar contaminação pelo profissional de saúde. Esse material deverá ser conservado no próprio serviço que deverá registrar a coleta no prontuário e informar à autoridade policial a sua existência.

Recomenda-se que seja reivindicado às Secretarias Municipais de Saúde que disponibilizem meios necessários para coleta e conservação do material.