



PERFIL DO ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

Módulo quantitativo

Relatório final

Projeto de pesquisa desenvolvido pelo Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas em colaboração com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo

Patrocinador: Ministério da Saúde

Dezembro de 2006

Pesquisadores responsáveis:

Anibal Faúndes

Ellen Hardy

Maria Jose Duarte Osis

Maria Yolanda Makuch

Graciana Alves Duarte

Jorge Andalaft Neto

Assistente de Pesquisa:

Karla Simônia de Pádua

Auxiliar de Pesquisa:

Dulce Maria dos Santos Veiga Machado

Supervisora da coleta de dados:

Janaina Nunes Sanfelice

Entrevistadoras:

Andréia Lucimara Silva de Souza

Andréa Macota Satte

Cássia Cristina Botecchia

Celina Thiago de Souza

Danielle Antonia Mamoni Lotufo

Janice Aparecida Rodrigues G. Massaro

Karen Regina Araium Mariano

Mara Jeane Degrecci Alihievishi

Rosângela de Jesus Silva

Processamento e Banco de Dados

Maria Helena de Souza

Euclídes G. de Oliveira

Estatística:

Maria Helena de Souza

SUMÁRIO

1. Introdução	01
2. Objetivos	02
3. Sujeitos e Métodos.....	03
3.1 Desenho.....	03
3.2 Tamanho da amostra	03
3.3 Plano de amostragem	03
3.4 Casuística	04
3.5 Coleta de dados	04
3.6 Instrumento para coleta de dados.....	05
3.7 Processamento e análise de dados	05
4. Aspectos Éticos.....	06
5. Resultados	08
6. Conclusões.....	12
7. Referências Bibliográficas.....	12
Anexo 1 – Tabelas, Gráficos e Figuras	A-2

1. INTRODUÇÃO

O direito a uma vida sexual satisfatória livre de violência, coerção ou risco de gravidez não desejada e de adquirir doença, é um dos direitos sexuais e reprodutivos mais básicos da mulher. A violência baseada no gênero sempre existiu, mas só recentemente está sendo discutida no Brasil e no resto do mundo. 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, a Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e o movimento feminista têm se empenhado nesse debate. Recentemente, por ocasião da celebração do Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional da Redução da Morte Materna, o Ministério da Saúde reafirmou a necessidade de desenvolver pesquisas sobre a situação dos serviços que atendem mulheres em situação de violência.

Desde 1996, o Cemicamp vem organizando os fóruns de Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual juntamente com o Ministério da Saúde, a FEBRASGO, a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e outras ONG feministas. Esses fóruns reúnem representantes dos governos municipais, estaduais e do federal, ONG, professores responsáveis por cursos de formação em Ginecologia e Obstetrícia, e diversos profissionais da área da saúde.

O primeiro destes fóruns concentrava-se na necessidade da implantação de serviços de aborto legal nos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país. Já nesse primeiro fórum, porém, houve concordância quanto a ampliar o conceito para o atendimento integral a mulheres vítimas de violência sexual. Desde então, o Ministério da Saúde promulgou a norma técnica para “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” (Ministério da Saúde, 1999), também

editou um dos números dos Cadernos de Atenção Básica com a temática de “Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço” (Ministério da Saúde, 2002). Em 2005, o mesmo Ministério atualizou, através de uma segunda edição, a Norma sobre atendimento às vítimas de violência sexual (Ministério da Saúde, 2005).

Essa movimentação vem contribuindo para mudar o panorama do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: até 1997 existiam três hospitais públicos que prestavam algum atendimento às mulheres nessa situação, incluindo o aborto previsto por lei; desde então, o número de locais que prestam atendimento de emergência a essas vítimas se ampliou para aproximadamente 250 locais em 2002, incluindo 44 serviços que praticavam aborto previsto na lei (Faúndes et al., 2003), distribuídos praticamente por todos os Estados da Federação.

Todos esses esforços se justificam devido à elevada frequência e às graves conseqüências da violência de gênero e, particularmente, da violência sexual. A aceitação social da violência baseada no gênero, no interior da família e fora dela, faz com que a mulher não a denuncie, levando a um desconhecimento da real prevalência dessa ocorrência. Entretanto, diversos estudos têm mostrado que a violência sexual é altamente freqüente, sendo que sua prevalência depende fundamentalmente da definição do que seria violência sexual. A *Declaração para Eliminação da Violência contra as Mulheres*, apresentada pela Organização das Nações Unidas em 1993 define a violência de gênero como sendo “qualquer ato de violência de gênero que resulta ou poderia resultar em dano físico, sexual ou psicológico, ou ainda em sofrimento, para as mulheres, incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada (WHO, 2000). Se aceitamos essa definição, a violência sexual afeta 30% ou mais das mulheres em idade fértil, em diversos países do mundo, incluindo o Brasil (Faúndes et al., 2000). As informações disponíveis sugerem que milhões de mulheres estão sofrendo este tipo de violência e vivendo as suas conseqüências (MacDonald 2000).

Entre as mais sérias conseqüências da violência sexual encontram-se a gravidez não desejada, a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a contaminação pelo HIV, e o trauma psíquico que pode ser grave e permanente.

A freqüência de gravidez não desejada após estupro é imprecisa (De Bruyn, 2003). Os dados mais fidedignos são de um estudo prospectivo com uma amostra representativa de mais de 4000 mulheres de 18 anos ou mais, seguidas por um período de três anos, que encontrou uma taxa de gravidez de 5% por episódio de estupro (Holmes et al., 1996). Este pode ser o limite inferior do risco de engravidar porque esse estudo incluía poucas adolescentes, que podem ter maior probabilidade de ficar grávidas do que mulheres de maior idade (Mulugeta et al., 1998).

A gravidez resultante de estupro é quase sempre rejeitada pela mulher e, portanto, freqüentemente termina em aborto. Isto pode ter graves conseqüências nos países com leis restritivas, em que o aborto seguro não é acessível, ainda naqueles casos previstos na lei, como acontece até hoje no Brasil. A experiência mostra que a atitude preconceituosa de gestores e profissionais da saúde desestimula as mulheres de solicitarem atendimento e restringe o acesso ao aborto legal e seguro. Um dos objetivos da Norma do Ministério da Saúde é, justamente, derrubar essas barreiras e facilitar o acesso ao aborto legal em hospitais públicos (WHO, 2003a; Faúndes et al., 2002).

Estima-se que o risco de adquirir uma DST através de um episódio de violência sexual é de 4 a 30%, tanto em países desenvolvidos como menos desenvolvidos (Ononge et al., 2005; Martin et al., 1999; Russo & Denious, 1999; WHO, 1997; McFarlane et al., 2005; Kawsar et al., 2004). As taxas variam para cada agente específico e segundo a faixa etária. A taxa de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* pode variar entre 0,8 a 9,6%; de 3,1 a 22% para *Trichomonas vaginallis*; de 1,5 a 26%, para *Chlamydia trachomatis*; entre 12 a 50% para Vaginose bacteriana; de 2 a 40% para o Papiloma vírus humano (HPV); de até 1,6% para o *Treponema pallidum*; e de 3% para a Hepatite B (Martin et al., 1999; McFarlane et al., 2005; Kawsar et al., 2004). Quando não

são prevenidas ou tratadas precocemente, essas infecções podem levar a sérias complicações a longo prazo, como doença inflamatória pélvica, esterilidade de causa tubária, gravidez ectópica, dor pélvica crônica.

A transmissão sexual do HIV está bem estabelecida assim como o maior risco do sexo anal. O risco aumenta ainda mais se a agressão provoca feridas na região genital ou anal, como acontece freqüentemente na violência sexual contra crianças e adolescentes (WHO, 2003b; WHO, 2001; Lindegren et al., 1998; Meel 2003; Mein et al. 2003).

As conseqüências psicológicas da violência sexual são muito variáveis, incluindo depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativa de suicídio e as chamadas síndrome de estresse pós-traumático ou síndrome do trauma do estupro (WHO, 2003b; Hegarty et al. 2004; Ramos-Lira et al. 2001; Burgess y Holmstrom 1985). Essas duas síndromes são relativamente pouco freqüentes, mas outras seqüelas psicológicas se observam com muita freqüência e podem expressar-se de várias formas: cefaléia crônica, fadiga, transtornos do sono, pesadelos e transtornos do apetite (Felitti et.al., 1998; Walker et al., 1999; Anteghini, 2001). Vários estudos têm mostrado, ainda, que mulheres com história de violência sexual têm maior incidência de alterações menstruais, dor pélvica crônica, dispareunia e disfunções sexuais, do que aquelas que nunca sofreram esse tipo de violência (Faúndes et al. 2000; WHO, 2003b; WHO, 1995; Schei 1990; Champion et al., 2005; Collet 1998).

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. Ao mesmo tempo, impõe-se a necessidade de identificar quais as atuais barreiras à implementação de serviços que ofereçam atenção integral às mulheres vítimas de violência, bem como a possibilidade de dar visibilidade a ações inovadoras

e humanizadas de atenção que possam ser implementadas em nível regional ou nacional. Por esta razão, o Ministério da Saúde solicitou a realização desta pesquisa, com o propósito de ampliar e melhorar a atenção às mulheres que sofrem violência sexual.

Neste relatório são apresentados resultados referentes às características do atendimento prestado a mulheres que sofrem violência sexual, pelos serviços de saúde em todo o Brasil, identificados na pesquisa.

2. OBJETIVOS

GERAL

Avaliar a situação atual do atendimento nos serviços públicos de saúde às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil, visando a detectar a necessidade e a oportunidade de ampliação desse atendimento.

ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de programas ou serviços municipais de atenção de rotina e/ou de emergência a mulheres que sofrem violência sexual nos municípios brasileiros.
- Descrever as características de programas ou serviços municipais de atenção de rotina e/ou de emergência a mulheres que sofrem violência sexual e sua adequação à norma técnica do Ministério da Saúde.
- Identificar as principais barreiras à implementação de atendimento às mulheres que sofrem violência sexual em municípios onde esses serviços não existam.
- Analisar a articulação institucional dos programas municipais de atenção a mulheres vítimas de violência sexual.

3. SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 Desenho

Foi desenvolvido um estudo descritivo, de corte transversal, com representatividade nacional.

3.2 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se uma proporção estimada de municípios que possuem atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Brasil igual a 2% (Faúndes *et al.*¹), com uma diferença absoluta aceitável entre as proporções amostral e populacional de 1%. Fixando-se o erro tipo I (α) em 5%, o tamanho da amostra resultou em 753 municípios (KISH, 1965²). Considerando-se uma perda de aproximadamente 5%, decorrente de recusas, estipulou-se o tamanho amostral em 795 municípios.

3.3 Plano de amostragem

Os 225 municípios “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 (auto-representativos, 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 IBGE. Sortearam-se 570 municípios (Unidades Primárias de Amostragem: UPA), utilizando-se

¹ Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto J. V Fórum interprofissional sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual. **Femina** 2001; 29: 107-12.

Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto, J. VII Fórum interprofissional para o atendimento integral da mulher vítima de violência sexual. **Femina** 2003; 31(5): 473-478.

² Kish L. **Survey sampling**. New York: John Wiley & Sons. 1965.

amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) de suas populações.

3. 4 Casuística

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 para o estudo foram categorizados da seguinte maneira:

- Hospitais/Pronto socorros indicados: identificados pela indicação da SMS em cada município como sendo um serviço que dava atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Totalizaram 1212 serviços
- Hospitais/Pronto Socorros não indicados: serviços não referidos pelas SMS de municípios com mais de 100.000 habitantes, identificados através de informações do DATASUS. Totalizaram 33 serviços na amostra.
- Outros serviços de saúde indicados: Unidades de Saúde indicadas pelas SMS como dando atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Quando um município referiu mais de uma Unidade, foi feito sorteio para escolher em qual delas se faria a entrevista. Totalizaram 150 Unidades Básicas de Saúde na amostra.

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.

3. 5 Coleta dos dados

A equipe de pesquisa do Cemicamp treinou 19 pessoas, das quais se selecionaram oito para realizar a coleta de dados junto às SMS e aos serviços de saúde. O treinamento das entrevistadoras ocorreu em Setembro de 2005, teve duração de 10 horas e abordou aspectos teóricos e práticos em relação à coleta de dados além de uma palestra sobre o atendimento à mulheres vítimas de violência sexual no Brasil. Para subsidiar o treinamento e orientar o trabalho de coleta de dados foi preparado um Manual para as Entrevistas.

A coleta dos dados teve início em 06 de outubro de 2005 e terminou em 10 de fevereiro de 2006.

As entrevistas foram feitas por telefone (REA & PARKER, 2000³; CEMICAMP, 2002⁴), com gravação e digitação simultânea em banco de dados especialmente preparado para este estudo. Em média, foram necessárias quatro chamadas telefônicas para cada SMS ou serviço de saúde, a fim de se obter as informações requeridas. A qualidade das informações obtidas era avaliada semanalmente através de uma sub-amostra das gravações, que eram conferidas com os dados correspondentes digitados no banco de dados.

3. 6 Instrumentos para coleta dos dados

Para fazer os contatos com as SMS e os serviços de saúde foi utilizada uma Folha de Contato Telefônico. 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.

³ Rea LM & Parker RA. **Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução**. São Paulo: Pioneira. 2000.

⁴ Cemicamp. **Avaliação da estratégia de distribuição de métodos anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde. Relatório Técnico Parcial. Vol I**. Campinas: Cemicamp. 2002.

3. 7 Processamento e análise dos dados

As informações obtidas nas entrevistas por telefone foram digitadas uma única vez, em bancos de dados (das SMS e dos SS) 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 freqüências (ALTMAN, 1999⁵) das diversas variáveis do estudo. O software utilizado foi o SPSS v.11.5.

4. ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer 038/2005). Durante o seu desenvolvimento foram obedecidas as diretrizes estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996⁶).

Somente participaram da pesquisa pessoas que assim o desejaram e demonstraram sua vontade através de consentimento oral, via telefone, em vista do desenho do estudo. Ao serem contatadas e consultadas sobre sua vontade de participar ou não da pesquisa, as pessoas foram informadas verbalmente dos seguintes pontos, que constam do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado:

- Os objetivos da pesquisa;
- A garantia de anonimato;

⁵ Altman D.G. **Practical statistics for medical research**. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 1999.

⁶ Brasil. Resolução no. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética** 1996; 4:15-25.

- A garantia da utilização do questionário somente com a finalidade desta pesquisa;
- A garantia do acesso à entrevista somente pela equipe de pesquisa do Cemicamp;
- A necessidade de gravação da entrevista;

O nome das pessoas entrevistadas não foi registrado nas fitas gravadas e nem na Folha de Contato Telefônico, que receberam apenas um código numérico. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obtida a concordância da pessoa em dar a entrevista, foi avisado do início da gravação. Nesse momento, foi perguntado novamente à pessoa se ela concordava em ser entrevistada, para registrar o seu consentimento verbal. Todos os instrumentos utilizados, bem como as fitas gravadas serão armazenados por um período de cinco anos quando, então, serão destruídos.

5. RESULTADOS

Neste relatório são apresentados os resultados referentes aos dados obtidos junto às SMS nos municípios que fizeram parte da amostra, grandes e pequenos, e os resultados referentes às informações dos serviços de saúde – indicados ou não pelas SMS – a respeito do atendimento dado às mulheres que sofrem violência sexual. As tabelas e gráficos referidos no texto encontram-se no Anexo 1.

Dados obtidos junto às Secretarias Municipais de Saúde

As informações obtidas junto as SMS dos municípios grandes referentes ao perfil do atendimento à violência sexual foram fornecidas principalmente por Coordenadores de Saúde da Mulher (33,5%), outros funcionários com função de chefia (29,4%), e por enfermeiros ou médicos (15,4%). Nos municípios pequenos, os principais informantes foram Secretários Municipais de Saúde

(30,2%), outros funcionários com função de chefia (27,0%), e enfermeiros ou médicos (19,6%) - dados não apresentados em tabela.

Porcentagens semelhantes de SMS dos municípios grandes e pequenos referiram a existência de serviços públicos de saúde que dão atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: 85,9% e 87,8% respectivamente. Nos municípios grandes, quase dois terços (65,1%) desses serviços começaram a dar atendimento no período 2001-2006. Nos municípios pequenos, 37,1% dos serviços existentes começaram a dar atendimento entre os anos de 1991 e 2000, enquanto 45,7% começaram no período 2001-2006 (Tabela 1).

Na Tabela 2 observa-se que nos dois tipos de municípios estudados a principal razão apontada pelas SMS para não terem em seus municípios serviços públicos que dão atendimento a mulheres vítimas de violência foi “Falta de decisão da própria Secretaria Municipal de Saúde”, mencionada por 54% das SMS de municípios grandes que não dispunham desses serviços e por 40% das SMS de municípios pequenos que estavam nessa situação. No grupo de municípios grandes, ainda foram mencionadas as razões: “Falta de treinamento do pessoal” (27%), “Não tem hospital/hospital fechado” (19%) e “Falta de espaço físico” (15%). Nos municípios pequenos apontaram-se essas mesmas razões nas seguintes porcentagens: 19%, 25%, 25%; além dessas também foram mencionadas: “Não teve casos” (8%) e “Falta de medicamento e outros materiais” (4%).

Em 83,6% dos municípios grandes e 87,4% dos pequenos foi referida a existência de serviços públicos de saúde que dão atendimento de emergência a crianças que sofrem violência sexual. Um terço (33,3%) dos municípios grandes que dispunham desse atendimento referiu ter sido iniciado entre os anos de 1991 e 2000, enquanto 60,7% começaram a atender no período 2001-2006. Nos municípios pequenos, 40,6% desses serviços começaram a atender no período 1991-2000, e 44,2% entre 2001 e 2006 (Tabela 3).

Mais da metade (56%) das SMS de municípios grandes que não dispunham de serviços públicos para atendimento de emergência a crianças vítimas de

violência apontou como razões dessa situação “Falta de decisão da própria Secretaria Municipal de Saúde; em seguida foram mencionadas “Falta de treinamento do pessoal” (28%), “Falta de espaço físico” (25%), “Não tem hospital/hospital fechado (16%), “Não teve casos (3%). Nos municípios pequenos em que não havia esse atendimento, essas razões foram apontadas nas seguintes porcentagens: 22%, 20%, 26%, 26% e 13%. Além dessas, 2% das SMS de municípios pequenos mencionaram também “Falta de medicamentos e outros materiais” (Tabela 4).

Entre as SMS de municípios grandes, porcentagens semelhantes - 29,4% e 28,9% respectivamente - disseram que toda a rede municipal de saúde está preparada para atender mulheres vítimas de violência sexual, ou que toda rede está preparada para encaminhar e que há unidades de saúde/serviços especialmente preparados para atender mulheres nessa situação. Em relação ao atendimento de crianças que sofreram violência sexual, 26,9% dessas SMS disseram que toda a rede está preparada para encaminhá-las para unidades especiais de atendimento; 28% afirmaram que existem unidades especialmente preparadas para atender esses casos e 23,4% que toda a rede de saúde do município está preparada para dar esse atendimento. Entre os municípios pequenos, mais da metade (56,1%) das SMS disse que toda a rede municipal de saúde está preparada para atender a mulheres vítimas de violência sexual, e apenas 6,7% disseram haver unidades/serviços de saúde especialmente preparados para esse atendimento. De forma semelhante, quanto ao atendimento de crianças que sofreram violência sexual, 55,3% dos municípios pequenos afirmaram que toda a rede de saúde do município está preparada para atender esses casos, e 8,1% disseram que há serviços especiais para esse atendimento (Tabela 5).

Com relação aos serviços que dão atendimento a mulheres e crianças vítimas de violência sexual estarem integrados/coordenados com a Secretaria de Justiça e/ou com o IML, 44,6% das SMS de municípios grandes disseram que existe coordenação com ambas as instituições; por outro lado, 29,5% referiram que não há coordenação com nenhuma das instituições. Nos municípios pequenos, 45% das SMS disseram que não há coordenação entre os serviços

de saúde que dão atendimento a mulheres e crianças vítimas de violência sexual e a Secretaria de Justiça e/ou IML; 39,6% apontaram coordenação com a Secretaria de Justiça (Tabela 6).

Em 75,9% das SMS de municípios grandes e 84,8% das SMS dos municípios pequenos em que havia atendimento a mulheres e crianças vítimas de violência sexual foi referido que era rotina as Delegacias encaminharem essas pessoas para os serviços de saúde (Tabela 7).

Em quase dois terços (63,2%) dos municípios grandes e um pouco mais de um terço (35,5%) dos municípios pequenos a interrupção da gravidez solicitada pelas mulheres vítimas de violência sexual e prevista na lei está incluída no atendimento que lhes é dado (Tabela 8).

Cerca de 15% dos municípios grandes e 25% dos pequenos disseram que não têm empecilhos para realizar a interrupção da gestação de acordo com a lei, quando é solicitada pela mulher que foi estuprada. Entre os municípios grandes, o empecilho mais referido foi “Resistência dos médicos (29,6%)”. Entre os municípios pequenos, o empecilho mais mencionado foi “Questão religiosa/familiar/cultural das vítimas (13,8%)”; 13,1% desses municípios também apontaram que “Não têm hospital/têm hospital de baixa complexidade/encaminha (Tabela 9).

Dados obtidos dos serviços de saúde – indicados ou não pelas SMS – a respeito do atendimento dado às mulheres que sofrem violência sexual

Oitenta por cento dos serviços consultados informaram que prestam atendimento de emergência e quase 20% manifestaram praticar interrupção da gravidez em caso de estupro. Estas porcentagens foram maiores para os serviços indicados pelas Secretarias Municipais de Saúde particularmente no que se refere a interrupção da gravidez em caso de estupro. Chama atenção que quase 80% dos serviços que segundo as Secretarias Municipais não

dariam atendimento relataram prestar atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual (Tabela 10).

Quanto ao atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, verificou-se que 16,4% dos hospitais indicados pelas SMS não prestavam esse atendimento. No geral, quase um quinto (19,1%) dos serviços consultados (Hospitais e outras Unidades de Saúde) declararam não atender mulheres nessa condição. Pouco menos que a metade (45,4%) referiu dar atendimento, mas sem protocolo. Um terço (33,7%) declarou prestar atendimento de acordo com protocolo específico. Dentre esses serviços, 30,1% apontaram a Secretaria Municipal de Saúde como responsável pela elaboração desse protocolo; 26,2% o atribuíram ao Ministério da Saúde; 23,7% apontaram “Outras instituições”; e 16,6% afirmaram que o próprio hospital havia definido o protocolo de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (Tabela 11).

Pouco mais que a metade (51,3%) dos serviços de saúde que atendiam de rotina mulheres vítimas de violência sexual afirmaram que a demanda pelo atendimento era espontânea, enquanto um terço (32,2%) mencionou que as mulheres eram encaminhadas por delegacias de polícia. Quase um quarto (23,9%) dos serviços referiu que atendimento às mulheres era feito em uma área do hospital exclusivamente destinada a isso (Tabela 12).

Na Tabela 13 se observa que pouco mais que a metade (53%) dos serviços que atendiam as mulheres vítimas de violência sexual afirmou que elas recebiam anticoncepção de emergência, na maioria dos casos a pílula só com levonorgestrel (83%). Entre os serviços que não ofereciam a anticoncepção de emergência, as razões mais frequentemente referidas para isso foram: falta do medicamento (53,2%) e encaminhar para local específico de referência (22,7%).

A maioria (71,8%) dos serviços que atendiam mulheres vítimas de violência referiu que elas recebiam antibiótico para prevenção de Sífilis, Neisseria e Chlamidia. Entre as razões referidas com mais frequência pelos serviços que não davam antibióticos para as mulheres atendidas estavam: porque

encaminhavam para local específico de referência (40,4%), e por falta do medicamento, apontada por 22,5% dos entrevistados (Tabela 14).

A imunoprofilaxia contra Hepatite B era oferecida por cerca da metade (50,8%) dos serviços que atendiam mulheres vítimas de violência sexual; na maioria dos casos (71,4%) era ministrada a vacina anti-hepatite. Os serviços que referiram não dar a imunoprofilaxia contra a Hepatite B, apontaram com mais frequência as seguintes razões: porque encaminhavam para local específico de referência (43,8%), e por falta do medicamento, citada por 32,2% deles (Tabela 15).

A profilaxia contra HIV era oferecida por menos da metade dos serviços (44,2%), dos quais pouco menos de dois terços (64,1%) a ministravam a todas as mulheres atendidas. As razões mais referidas pelos serviços para não oferecerem a profilaxia contra HIV foram: encaminhar para local específico de referência (47,4%) e a falta do medicamento, apontada por 41,3% dos serviços (Tabela 16).

Pouco mais de um quarto (27,8%) dos serviços declararam que era feita coleta de material para identificação do agressor. Em 44,6% desses locais a coleta era feita por ginecologista do próprio serviço, 19,6% referiram profissionais de enfermagem, 17,1% profissionais de laboratório, e 16,1% disseram que outros médicos realizavam a coleta. Nos serviços em que esse procedimento não era realizado, as principais razões foram: encaminhar para local específico (22,7%), a coleta era feita no IML (20,6%), falta de material para a coleta (15,6%) e falta de treinamento de pessoal (13,2%). Cerca de um quinto (21,5%) dos serviços ainda mencionaram outras razões (Tabela 17).

Na Tabela 18 são apresentadas porcentagens dos serviços que declararam realizar diversos exames laboratoriais nas mulheres vítimas de violência sexual atendidas. A maioria declarou realizar hemograma (69,1%) e sorologias para Sífilis (65,4%), para HIV (59,2%) e para Hepatite B (56,1%).

Setenta e dois por cento dos serviços declararam que as mulheres vítimas de violência sexual atendidas eram informadas sobre o direito de interromperem a gestação. Entre aqueles que não davam essa informação às mulheres, as razões referidas com mais frequência para isso foram: encaminhavam para local específico ou referência (36,5%), e falta de treinamento do pessoal, mencionada por 18,7% (Tabela 19).

Menos da metade (43,6%) dos serviços entrevistados referiram fazer seguimento das mulheres vítimas de violência. Esse seguimento era realizado principalmente por psicólogos(as) - 50,2%; médicos ginecologistas - 49,6%; assistente social - 37,3%, enfermeira(o) / equipe de enfermagem - 33,9%; e/ou por outros médicos - 23,9% (Tabela 20).

Pouco menos de 20% dos serviços que davam atendimento para mulheres vítimas de violência sexual disse que realizavam a interrupção da gravidez em caso de estupro. Nesse caso, a documentação exigida para fazer a interrupção era alvará judicial, referido por metade desses serviços, parecer de junta médica (26,7%), solicitação por escrito feita pela gestante (25,6%), e boletim de ocorrência, citado por 21,8%. Dentre os serviços que não realizavam a interrupção da gravidez em caso de estupro, as razões mais referidas para isso foram: não ter um centro cirúrgico, estrutura física, etc (40,2%) e porque encaminhavam para hospitais/ maternidade/ unidade de referência (22,3%). Quase 15% dos serviços não souberam informar ou não quiseram responder se o serviço realizava a interrupção da gravidez em caso de estupro (Tabela 21).

Com relação à interrupção da gravidez em caso de risco de vida da mulher, um quarto (24,7%) dos serviços declarou realizá-la. Nesse caso, a documentação exigida era, principalmente, parecer de junta médica (40,9), alvará judicial (23,2%), e/ou solicitação por escrito da gestante (22,3%). Quase um terço (32,5%) dos entrevistados não sabia ou não quis informar qual a documentação exigida. As principais razões referidas pelos serviços que não realizavam a interrupção nesse caso foram: encaminhar para hospitais/

maternidade/ unidade de referência (42,5%) e não ter centro cirúrgico, estrutura física, etc, citada por 35,2% (Tabela 22).

A interrupção da gravidez em caso de malformação fetal incompatível com a vida extra-uterina foi referida por 17,1% dos serviços, e 16,1% não souberam ou não quiseram informar. A documentação exigida pelos serviços que realizavam essa interrupção era, principalmente, alvará judicial (47,5%) e parecer de junta médica (40,8%). Quase 30% dos serviços que realizavam a interrupção da gestação nesse caso não souberam ou não quiseram informar qual a documentação necessária. Entre as principais razões dadas pelos serviços que não realizavam essa interrupção foram citadas: encaminhar para hospitais/ maternidade/ unidade de referência (41,0%) e não ter centro cirúrgico, estrutura física, etc, apontada por 28,4% (Tabela 23).

A maioria dos serviços (69,9%) que davam atendimento a mulheres vítimas de violência declarou que fazia a interrupção da gestação pelo menos em algum dos casos previstos na lei brasileira ou por malformação congênita grave. Entretanto, apenas 11,4% declararam ter realizado alguma interrupção nos últimos 10-14 meses. Especificamente no caso de gravidez resultante de estupro, 30,6% dos serviços declararam realizar o aborto, porém apenas 5,6% haviam feito algum no período estudado (Gráfico 1).

A maior parte dos serviços que haviam realizado pelo menos uma interrupção legal de gestação nos últimos 10-14 meses esteve concentrada nas Regiões Sudeste e Sul do país. Apenas em três estados brasileiros – Tocantins, Goiás e Mato Grosso do Sul - não se identificou nenhum serviço que tivesse realizado pelo menos uma interrupção (Figura 1).

6. CONCLUSÕES

- O conceito de que é preciso oferecer atendimento de emergência às mulheres que sofrem violência sexual está amplamente difundido no Brasil, uma vez que mais de 80% dos municípios declararam ter serviços de saúde que prestam esse atendimento. Proporção semelhante dos serviços contatados confirmaram dar esse atendimento, porém, apenas 34% desses serviços tinham protocolo de atendimento, 15% ministravam todos os medicamentos e 14% realizavam todos os exames determinados pelas normas técnicas vigentes.
- As principais justificativas dos hospitais e pronto-socorros que não ministravam a medicação necessária foi a falta dos medicamentos e a falta de decisão das SMS.
- Em muitas SMS, evidenciou-se grande desinformação sobre o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos serviços públicos de saúde dos respectivos municípios.
- Setenta por cento dos hospitais e pronto-socorros declararam realizar interrupção da gestação em pelo menos um dos casos considerados legais, porém, apenas 11% haviam feito, pelo menos, uma interrupção nos 10-14 últimos meses antes da pesquisa. Em 23 estados da Federação e no Distrito Federal havia pelo menos um hospital ou pronto-socorro que realizara, no mínimo, uma interrupção nesse período.
- Evidenciou-se enorme desconhecimento sobre a documentação necessária para proceder à interrupção da gestação nos casos considerados legais.
- Em vista destes resultados, fica evidente a urgência de aprofundar os motivos pelos quais os serviços têm tantas dificuldades em oferecer atendimento e quais intervenções seriam necessárias para vencer essas barreiras e corrigir a desinformação que se manifesta nos resultados deste estudo. Estudos qualitativos complementares cumpririam com este objetivo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anteghini M. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brasil. *J Adolesc Health*. 2001;28:295-302.

Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome and posttraumatic stress response. In: Burges AW, editor. *Rape and sexual assault: a research handbook*. New York, NY: Garland Publishing Inc.; 1985. p.46-60.

Champion JD, Piper JM, Holden AE, Shain RN, Perdue S, Korte JE. Relationship of abuse and pelvic inflammatory disease risk behaviour in minority adolescents. *J Am Acad Nurse Pract* 2005;17(6):234-41.

Collet BJ. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioner. *BJOG* 1998;105:87-92.

De Bruyn M. *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*. 2ª ed. Chapel Hill, NC: IPAS; 2003, pp 1-78.

Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo historia da violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000; 22(3):153-7.

Faúndes A, Leocadio E, Andalaft J. Making legal abortion accessible in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2002 May;10(19):120-7.

Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto J. Relatório final: VII Fórum interprofissional para atendimento da mulher vítima de violência sexual. *Femina*, 2003; 31(5):473-478.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245-58.

Hegarty K, Jun J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partner of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004; 328(7440): 621-24.

Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 175:320-25.

Kawsar M, Anfield A, Walters E, McCabe S, Forster GE. Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic. *Sex Transm Infect.* 2004;80:138-41.

Lindegren ML, Hanson IC, Hammett TA, Beil J, Fleming PL, Ward JW. Sexual abuse of children: intersection with HIV epidemic. *Pediatrics.* 1998;102(4):E46.

MacDonald R. Editorial: Time to talk about rape. *Br Med J.* 2000;321:1034-5.

Martin SL, Matza LS, Kupper LL, Thomas JC, Daly M, Cloutier S. Domestic and sexually transmitted diseases: The experience of prenatal care patients. *Pub Health Reports.* 1999;114:262-8.

McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences and treatment outcomes. *Obstet Gynecol.* 2005;105:99-108.

Meel BL. A study on the prevalence of HIV-seropositivity among rape survivors in Transkeyi, South Africa. *J Clin Forensic Med.* 2003;10:65-70.

Mein JK, Palmer CM, Shand MC, Templeton DJ, Parekh V, Mobbs M, et al. Management of acute adult sexual assault. *Med J Aust.* 2003;178(5):226-30.

Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.

Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

Mulugeta E, Kassaya M, Berhane Y. Prevalence and outcome of sexual violence among high school students. *Ethiopian Med J.* 1998;36:167-174.

Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R. Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda. *Afr Health Sci.* 2005;5(1):50-4.

Ramos-Lira L, Saltijeral-Mendez MT, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutierrez MA, Martinez-Velez NA. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Publica Mex.* 2001;43:182-91.

Russo N, Denious J. Understanding the relationship of violence against women to unwanted pregnancy and its resolution. In Beckman L & Harvey M eds. *The new civil war. The psychology, culture and politics of abortion*, pp 211-234. Washington DC: The American Psychological Association, 1999.

Schei B. Psycho-social factors in pelvic pain. A controlled study of women living in physically abusive relationships. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1990;69(1):67-71.

Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Von Korff M, Bernstein D. et al. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *Am J Med.* 1999;107(4):332-39.

WHO. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization, 2003a.

WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. France: World Health Organization; 2003b, pp. 1-154.

WHO. Violence against women and HIV/AIDS: setting the search agenda (document WHO/FCH/GWH/01.08). Geneva: WHO; 2001.

WHO. Violence against women. Geneva: WHO; June 2000.

WHO. Violence against women: a priority health. Geneva: WHO, 1997.

WHO. STD case management workbook 1. Programme introduction the transmission and control od STD/HIV (WHO/GPA/TCO/PMT/95.18A). Geneva: WHO, 1995.

ANEXO 1

TABELAS, GRÁFICOS E FIGURA

Tabela 1 – Percentagem de SMS em municípios grandes e pequenos que informaram possuir serviços públicos de saúde que dão atendimento de emergência às mulheres 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*	565**
Ano em que começou o atendimento		
≤ 1990	6,7	17,1
1991 - 2000	28,2	37,1
2001 - 2006	65,1	45,7
Total	149 [#]	280 ^{##}

* 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.

Tabela 2 – Razões referidas pelas SMS de municípios grandes e pequenos para não realizar o atendimento de emergência a mulheres vítimas de violência sexual em serviços públicos de saúde

Razões	Municípios	
	Grandes	Pequenos
	%	%
Falta de decisão da Secretaria Municipal de Saúde	54	40
Falta de treinamento do pessoal	27	19
Não tem hospital / hospital fechado	19	25
Falta de espaço físico	15	25
Não teve casos	-	8
Falta de medicamento e outros materiais de consumo	-	4
Outra razão	11	4
Total	26* #	52*

* Quatro Secretárias de Municípios grandes e 17 de Municípios pequenos referiram apenas que encaminham para outros serviços.

Uma Secretaria não soube informar.

Tabela 3 – Percentagem de Secretarias Municipais de Saúde de Municípios grandes e pequenos que informaram que possuem em seu município serviços públicos de saúde que dão atendimento de emergência as crianças vítimas de violência sexual e desde quando é oferecido esse atendimento.

Variável	Municípios	
	Grandes %	Pequenos %
Município que possui serviços públicos de saúde que atendem crianças vítimas de violência sexual	83,6	87,4
Total	214*	564**
Ano em que começou o atendimento		
≤ 1990	5,9	15,2
1991 - 2000	33,3	40,6
2001 - 2006	60,7	44,2
Total	135 [#]	283 ^{##}

* 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 uma se recusou em informar.

Tabela 4 – Razões referidas pelas SMS de municípios grandes e pequenos para não realizar atendimento de emergência a crianças vítimas de violência sexual em serviços públicos de saúde

Razões*	Municípios	
	Grandes	Pequenos
	%	%
Falta de decisão da SMS	56	22
Falta de treinamento do pessoal	28	20
Falta de espaço físico	25	26
Não tem hospital / hospital fechado	16	26
Não teve casos	3	13
Falta de medicamento e outros materiais de consumo	-	2
Outras razões	9	2
Total	32* #	54*

* Uma Secretária de Municípios grandes e 17 de Municípios pequenos referiram apenas que encaminham para outros serviços.

Duas Secretarias não souberam informar.

Tabela 5 – Características do atendimento a mulheres e crianças que sofreram violência sexual nos municípios grandes e pequenos

Características	Municípios	
	Grandes %	Pequenos %
Condições de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual		
Toda rede está preparada para atender esses casos	29,4	56,1
Toda a rede está preparada para encaminhar e há unidades especialmente preparadas para atender esses casos	28,9	18,0
Toda rede está preparada para encaminhar esses casos	18,7	19,2
Há unidades de saúde/serviços especialmente preparadas para atender esses casos	23,0	6,7
Total	187*	494**
Condições de atendimento as crianças vítimas de violência sexual		
Toda rede está preparada para atender esses casos	23,4	55,3
Toda a rede está preparada para encaminhar e há unidades especialmente preparadas para atender esses casos	26,9	18,1
Toda rede está preparada para encaminhar esses casos	21,7	18,5
Há unidades de saúde/serviços especialmente preparadas para atender esses casos	28,0	8,1
Total	175#	492##

* Duas Secretarias não souberam informar.

** Duas Secretarias não souberam informar.

Quatro Secretarias não souberam informar.

Uma Secretaria não souberam informar.

Tabela 6 – Distribuição percentual das SMS de municípios grandes e pequenos quanto à existência de coordenação entre os serviços que dão atendimento a mulheres e crianças vítimas de violência e a Secretaria de Justiça e/ou IML

Serviço de atendimento coordenado:	Municípios	
	Grandes	Pequenos
	%	%
Só com a Secretaria de Justiça	18,7	39,6
Só com o IML	7,2	4,7
Com ambos	44,6	10,7
Com nenhum dos dois	29,5	45,0
Total	166*	429**

* 26 Secretarias Municipais não souberam informar e três recusaram-se a informar.

** 77 Secretarias Municipais não souberam informar e uma recusou-se a informar.

Tabela 7 – Distribuição percentual das SMS de municípios grandes e pequenos quanto à rotina das Delegacias de Polícia encaminharem mulheres e crianças vítimas de violência sexual para as unidades de saúde/serviços que prestam esse atendimento

Delegacias têm como rotina encaminhar as vítimas de violência sexual para os serviços de saúde	Municípios	
	Grandes	Pequenos
	%	%
Sim	75,9	84,8
Não	21,3	13,2
Algumas vezes	2,9	2,0
Total	174*	447**

* 18 Secretarias não souberam informar e três recusaram-se a informar.

** 57 Secretarias não souberam informar e três recusaram-se a informar.

Tabela 8 – Distribuição percentual das SMS de municípios grandes e pequenos segundo a inclusão da interrupção da gravidez no atendimento às mulheres que sofrem violência sexual, quando solicitada de acordo com a lei.

Inclui a interrupção da gravidez no atendimento	Municípios	
	Grandes	Pequenos
	%	%
Sim	63,2	35,5
Não	36,8	64,5
Total	133*	262**

* 48 Secretarias não souberam informar e 14 recusaram-se a informar.

** 217 Secretarias não souberam informar e 28 recusaram-se a informar.

Tabela 9 – Distribuição percentual das SMS de municípios grandes e pequenos quanto aos empecilhos para realizar a interrupção da gestação nos casos em que a mulher foi estuprada e a solicita de acordo com a lei

Empecilhos para realizar a interrupção da gestação	Municípios	
	Grandes %	Pequenos %
Resistência dos médicos	29,6	12,8
Não tem empecilho	15,5	24,8
Problemas legais/jurídicos	13,4	11,7
Falta de decisão da SMS	12,7	3,8
Questão religiosa/familiar/cultural das vítimas	12,0	13,8
Falta de treinamento de pessoal	10,6	10,3
Resistência de outros profissionais de saúde	9,9	1,0
Não tem hospitais/só baixa complexidade/encaminha	9,2	13,1
Não tem casos	9,2	9,7
Falta de espaço físico	4,9	9,3
Falta do medicamento	0,7	3,4
Outra razão	5,6	4,1
Total	142*	290**

* 46 Secretarias não souberam informar e sete recusaram-se em informar.

** 191 Secretarias não souberam informar e 26 recusaram-se em informar.

Tabela 10 – Porcentagem dos serviços de saúde que prestam de rotina atendimento de emergência e interrupção da gravidez a mulheres que sofrem violência sexual, segundo indicação da Secretarias Municipais de Saúde

Prestam atendimento de rotina a mulheres vítimas de violência	Hospitais Indicados	Outros Serviços Indicados	Não Indicado	Total
Emergência	83,4	58,0	78,8	80,6
Interrupção da gravidez	21,1	4,7	9,1	19,1

Tabela 11 – 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		Hospitais não Indicados		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 12 – Porcentagem dos serviços de saúde que prestam de rotina atendimento de emergência a mulheres vítimas de violência sexual conforme características da demanda e do local do atendimento no serviço, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	Total
	%	%	%	%
Maioria da demanda				
Espontânea	49,8	60,9	67,1	51,3
Encaminhadas por unidades de saúde	9,5	4,3	9,6	9,4
Encaminhadas por delegacias de polícia	34,0	17,4	13,7	32,2
Encaminhadas por ONGs/ Outras instituições semelhantes	3,0	8,7	5,5	3,3
Não tem casos/ Nunca tiveram casos	2,0	0,0	4,1	2,1
Outra	1,7	8,7	0,0	1,8
Total	930*	23**	73***	1026
Local do atendimento				
Na rotina do serviço de saúde	75,8	80,0	79,0	76,1
Em área/setor exclusivo para esses casos	24,2	20,0	20,9	23,9
Total	1007#	25##	86##	1118

* 80 serviços não souberam informar e faltou informação de um serviço

** Três serviços não souberam informar

*** 13 serviços não souberam informar e faltou informação de um serviço

Quatro serviços não souberam informar

Um serviço não soube informar

Tabela 13 – Serviços de saúde nos quais as mulheres vítimas de violência sexual recebem ou não anticoncepção de emergência (AE), que tipo de pílula e as razões para não receberem, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			Total
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	
	%	%	%	
Recebem AE				
Sim	52,9	36,0	58,8	53,0
Não	47,1	64,0	41,2	47,0
Total	941*	25**	85***	1051
Tipo de pílula que recebem^{\$\$}				
Só com levonorgestrel	83,8	60,0	78,6	83,0
Combinada (Yuspe)	11,3	0,0	14,3	11,5
Com levonorgestrel e combinada	4,9	60,0	4,7	5,5
Total	388 [#]	5 ^{##}	42 ^{###}	435
Razões dos serviços para que as mulheres não recebam AE^{\$\$}				
Falta de treinamento do pessoal	3,8	0,0	2,9	3,6
Falta do medicamento	51,2	60,0	74,3	53,2
Resistência dos médicos	0,5	0,0	0,0	0,4
Resistência de outros profissionais da saúde	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde	10,4	6,7	5,7	10,0
Outros atendimentos: trauma, urgência, etc	9,0	6,7	5,7	8,7
Encaminha p/ local específico ref.(DST, hospital,etc)	24,4	20,0	8,6	22,7
Atendem crianças/não tem casos	2,4	6,7	0,0	2,3
Outra razão	3,1	0,0	2,9	3,0
Total	422 ^{\$}	15 ^{**}	35	472

* 69 serviços não souberam informar e faltou informação de um serviço

** Um serviço não soube informar

*** Dois serviços não souberam informar

107 serviços não souberam informar e faltou informação de três serviços

Quatro serviços não souberam informar

Oito serviços não souberam informar

\$ 21 serviços não souberam informar

\$\$ Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 14 – Porcentagem dos serviços nos quais as mulheres vítimas de violência sexual recebem ou não antibióticos para prevenção de sífilis, neisseria e chlamidia e as razões para não receberem, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	Total
	%	%	%	%
Recebem antibiótico				
Sim	72,4	58,3	68,4	71,8
Não	27,6	41,7	31,6	28,2
Total	911*	24**	79***	1014
Razões dos serviços para que as mulheres não recebam antibiótico##				
Falta de treinamento do pessoal	3,4	0,0	4,0	3,4
Falta do medicamento	22,0	30,0	24,0	22,5
Resistência dos médicos	2,6	10,0	0,0	2,6
Resistência de outros profissionais da saúde	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde	10,8	10,0	8,0	10,5
Outros atendimentos: trauma, urgência, etc.	12,5	10,0	0,0	12,0
Encaminha p/ local específico/ref.(DST, hospital,etc.)	40,5	40,0	40,0	40,4
Atendem crianças/não tem casos	2,2	0,0	0,0	1,9
Outra razão	8,2	0,0	20,0	9,0
Total	232#	10	25	267

* 97 serviços não souberam informar e faltou informação de três serviços

** Dois serviços não souberam informar

*** Oito serviços não souberam informar

18 serviços não souberam informar e faltou informação de um serviço

Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 15 – Porcentagem dos serviços nos quais as mulheres vítimas de violência sexual recebem ou não imunoprofilaxia contra hepatite B, tipo de imunoprofilaxia e as razões para não receberem, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	Total
	%	%	%	%
Recebem imunoprofilaxia contra Hepatite B				
Sim	49,5	41,7	68,3	50,8
Não	50,5	58,3	31,7	49,2
Total	914*	24**	82***	1020
Tipo de imunoprofilaxia^{\$}				
Vacina anti-hepatite B	68,4	75,0	90,7	71,4
Imunoglobulina humana anti-hepatite B	13,1	12,5	5,6	12,1
Referiu ambos (os dois acima)	18,5	12,5	3,7	16,5
Total	351 [#]	8 ^{**}	54 ^{**}	413
Razões dos serviços para que as mulheres não recebam imunoprofilaxia^{\$}				
Falta de treinamento do pessoal	3,9	0,0	0,0	3,5
Falta do medicamento	30,8	71,4	34,6	32,2
Resistência dos médicos	0,0	0,0	0,0	0,0
Resistência de outros profissionais da saúde	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde	9,6	0,0	11,5	9,4
Outros atendimentos: trauma, urgência, etc	9,1	21,4	15,4	9,8
Encaminha para local específico/ref.(DST, hospital, etc.)	45,6	14,3	30,8	43,8
Atendem crianças/não tem casos	1,6	0,0	7,7	1,9
Outra razão	5,9	0,0	3,8	5,6
Total	439 ^{##}	14	26	479

* 96 serviços não souberam informar e faltou informação de um serviço

** Dois serviços não souberam informar

*** Cinco serviços não souberam informar

97 serviços não souberam informar e faltou informação de 4 serviços

23 serviços não souberam informar

\$ Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 16 – Porcentagem dos serviços nos quais as mulheres vítimas de violência sexual recebem ou não profilaxia contra HIV, quais mulheres recebem e as razões para não receberem, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	Total
	%	%	%	%
Recebem profilaxia contra HIV				
Sim	45,8	46,2	26,2	44,2
Não	54,2	53,8	73,8	52,6
Total	950*	26	84**	1060
Quais mulheres vítimas de violência				
Todas as mulheres	64,3	58,3	65,0	64,1
Só as mulheres com risco	35,7	41,7	35,0	35,9
Total	414 [#]	12	20 ^{##}	446
Razões dos serviços para que as mulheres não recebam profilaxia⁺				
Falta de treinamento do pessoal	3,6	0,0	0,0	3,1
Falta do medicamento	39,4	71,4	50,8	41,3
Resistência dos médicos	0,0	0,0	0,0	0,0
Resistência de outros profissionais da saúde	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde	6,6	0,0	3,3	6,1
Outros atendimentos: trauma, urgência, etc.	5,8	0,0	0,0	5,0
Encaminha para local específico/ ref. (DST), hospital, etc.	47,3	35,7	50,8	47,4
Atendem crianças/não tem casos	0,6	0,0	1,6	0,7
Outra razão	7,0	7,1	3,3	6,6
Total	503 ^{\$}	14	61 ^{\$\$}	578

* 59 serviços não souberam informar e faltou informação de dois serviços

** Três serviços não souberam informar

21 serviços não souberam informar e faltou informação de três serviços

Dois serviços não souberam informar

\$ 11 serviços não souberam informar e faltou informação de um serviço

\$\$ Um serviço não soube informar

+ Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 17 – Porcentagem dos serviços nos quais se realiza ou não coleta de material para identificação do agressor das mulheres vítimas de violência sexual, quem realiza a coleta e as razões para não realizarem a coleta, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	Total
	%	%	%	%
Coletam material para identificação do agressor				
Sim	28,7	30,4	15,6	27,8
Não	71,3	69,6	84,4	72,2
Total	908*	23**	77***	1008
Quem realiza coleta				
Ginecologista do serviço	45,6	28,6	33,3	44,6
Médico legista no mesmo serviço	11,9	0,0	0,0	11,1
Outros médicos	14,6	14,3	50,0	16,1
Profissionais de enfermagem	19,2	14,3	33,3	19,6
Profissionais de laboratório	16,5	42,9	16,7	17,1
Outra	2,3	0,0	0,0	2,1
Não souberam informar	4,6	0,0	0,0	4,3
Total	261	7	12	280
Razões dos serviços para não coletarem o material				
Falta de treinamento do pessoal	12,9	7,1	16,1	13,2
Falta de material para coleta	15,7	7,1	16,1	15,6
Resistência dos médicos	0,7	0,0	0,0	0,6
Resistência do IML	1,7	7,1	1,6	1,8
Falta uma decisão das Secretarias de Estado de Justiça e de Saúde	9,6	14,3	6,4	9,4
Outros atendimentos: trauma, urgência, etc.	6,3	0,0	3,2	5,9
Encaminha p/ local específico/ ref. (DST, hospital, etc.)	21,0	42,8	33,9	22,7
O IML que faz/colhe	22,0	0,0	11,3	20,6
Outra razão	21,5	28,6	19,3	21,5
Total	585\$	14**	62#	661

* 102 serviços não souberam informar e faltou informação de um serviço

** Dois serviços não souberam informar

*** Dez serviços não souberam informar

Três serviços não souberam informar

\$ 58 serviços não souberam informar e faltou informação de 4 serviços

\$\$ Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 18 – Porcentagem dos serviços nos quais se realizam exames laboratoriais de conteúdo vaginal, sorologia para Sífilis, HIV, Hepatite B e C, Transaminase e hemograma, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Exames laboratoriais	Serviço							
	Hospitais Indicados		Hospitais não Indicados		Outros Serviços Indicados		Total	
	%	N	%	N	%	N	%	N
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

Tabela 19 – Serviços nos quais as mulheres vítimas de violência sexual recebem ou não informações sobre o direito à interrupção da gestação e as razões para não receberem essa informação, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	Total
	%	%	%	%
Recebem informação sobre o direito de interromperem a gestação				
Sim	71,4	60,0	80,8	71,9
Não	28,6	40,0	19,2	28,1
Total	885*	25**	78***	988
Razões dos serviços para que as mulheres não recebam informação[§]				
Falta de treinamento do pessoal	17,4	20,0	41,7	18,7
Falta do medicamento	0,0	0,0	0,0	0,0
Resistência dos médicos	3,9	0,0	0,0	3,6
Resistência de outros profissionais da saúde	1,3	0,0	0,0	1,2
Falta de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde	10,4	0,0	16,7	10,3
Outros atendimentos: trauma, urgência, etc.	11,3	0,0	0,0	10,3
Encaminha p/ local específico/ref. (DST, hospital, etc.)	36,1	70,0	16,7	36,5
Não houve casos/atendem crianças	5,7	0,0	0,0	5,2
Depende do médico, só de o médico der informação.	5,2	10,0	8,3	5,6
Outra razão	11,7	0,0	16,7	11,5
Total	230 [#]	10	12 ^{##}	252

* 120 serviços não souberam informar e faltou informação de seis serviços

** Um serviço não soube informar

*** Nove serviços não souberam informar

23 serviços não souberam informar

Dois serviços não souberam informar e faltou informação de um serviços

§ Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 20 – Porcentagem dos serviços de saúde nos quais as mulheres vítimas de violência sexual têm um seguimento e qual profissional faz esse seguimento, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			Total
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	
	%	%	%	
Dão seguimento às mulheres vítimas de violência	41,4	42,3	70,7	43,6
Total	979*	26	82**	1087
Profissional que faz o seguimento[§]				
Médico ginecologista	50,9	45,5	41,4	49,6
Médico de moléstias infecciosas	11,7	9,1	1,7	10,4
Psicóloga (o)	52,9	45,5	32,8	50,2
Assistente social	40,2	54,5	13,8	37,3
Enfermeira(o)/ Equipe de enfermagem	30,8	36,4	55,2	33,9
Clínico geral/Clínico/Médicos diversos	22,6	9,1	36,2	23,9
Programas (sentinela, etc.)	1,5	0,0	0,0	1,3
Outro	9,4	9,1	12,1	9,7
Total	403 [#]	11	58	472

* 23 serviços não souberam informar e faltou informação de três serviços

** Cinco serviços não souberam informar

[#] Dois serviços não souberam informar

[§] Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 21 – 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, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			Total
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	
	%	%	%	
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	33	150	1395
Documentação exigida[§]				
Boletim de ocorrência	22,3	33,3	0,0	21,8
Alvará Judicial	50,0	66,2	57,1	50,4
Solicitação por escrito da gestante	25,8	0,0	28,6	25,6
Laudo do IML	4,7	0,0	0,0	4,5
Parecer de junta médica	26,6	33,3	28,6	26,7
Autorização	0,4	0,2	0,5	0,4
Outra documentação	10,5	0,0	28,6	10,9
Não teve casos	0,8	0,0	0,0	0,8
Não soube informar/ não respondeu	20,7	33,3	28,6	21,1
Total	256	3	7	266
Razões para não realizar a interrupção da gravidez[§]				
Falta de treinamento do pessoal	8,5	9,1	8,1	8,4
Falta dos medicamentos e material de consumo	5,1	0,0	8,8	5,5
Resistência dos médicos	5,5	4,5	0,0	4,6
Resistência de outros profissionais da saúde	0,8	4,5	0,0	0,8
Falta de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde	5,3	9,1	2,2	5,0
Não tem centro cirúrgico, estrutura física, etc.	36,5	50,0	59,6	40,2
Encaminham para hospitais/ maternidade/ unidades de referência	22,8	22,7	19,9	22,3
Não houve casos / só atendem crianças	9,1	0,0	3,7	8,1
Outra razão	10,3	9,1	7,4	9,8
Não soube informar/ não respondeu	5,8	0,0	0,7	4,8
Total	769	22	136	927

[§] Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 22 – Serviços de saúde que realizam ou não a interrupção da gravidez em caso de risco de vida da mulher, a documentação exigida e as razões dos que não realizam, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	Total
	%	%	%	%
Realizam interrupção da gravidez em caso de risco 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	33	150	1395
Documentação exigida[§]				
Boletim de ocorrência	3,6	0,0	0,0	3,5
Alvará Judicial	23,5	20,0	0,0	23,2
Solicitação por escrito da gestante	22,0	20,0	50,0	22,3
Laudo do IML	0,9	0,0	0,0	0,9
Parecer de junta médica	40,5	40,0	75,0	40,9
Autorização pais/familiares	6,3	0,0	0,0	6,1
Não teve casos	1,2	0,0	25,0	1,4
Outra documentação	6,3	0,0	25,0	6,4
Não soube informar/ não respondeu	32,7	0,0	40,0	32,5
Total	336	5	4	345
Razões para não realizar a interrupção da gravidez[§]				
Falta de treinamento do pessoal	6,9	5,0	6,6	6,8
Falta dos medicamentos e material de consumo	4,4	0,0	2,9	4,0
Resistência dos médicos	2,2	0,0	0,0	1,8
Resistência de outros profissionais da saúde	1,2	0,0	0,0	1,0
Falta de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde	1,2	5,0	0,0	1,1
Não tem centro cirúrgico, estrutura física, etc.	33,1	20,0	47,4	35,2
Encaminham para hospitais/maternidade/ unidades de referência	43,5	55,0	35,8	42,5
Não houve casos / só atendem crianças	3,6	10,0	1,5	3,4
Outra razão	9,1	5,0	10,2	9,1
Não soube informar/ não respondeu	2,2	0,0	0,7	1,9
Total	685	20	137	842

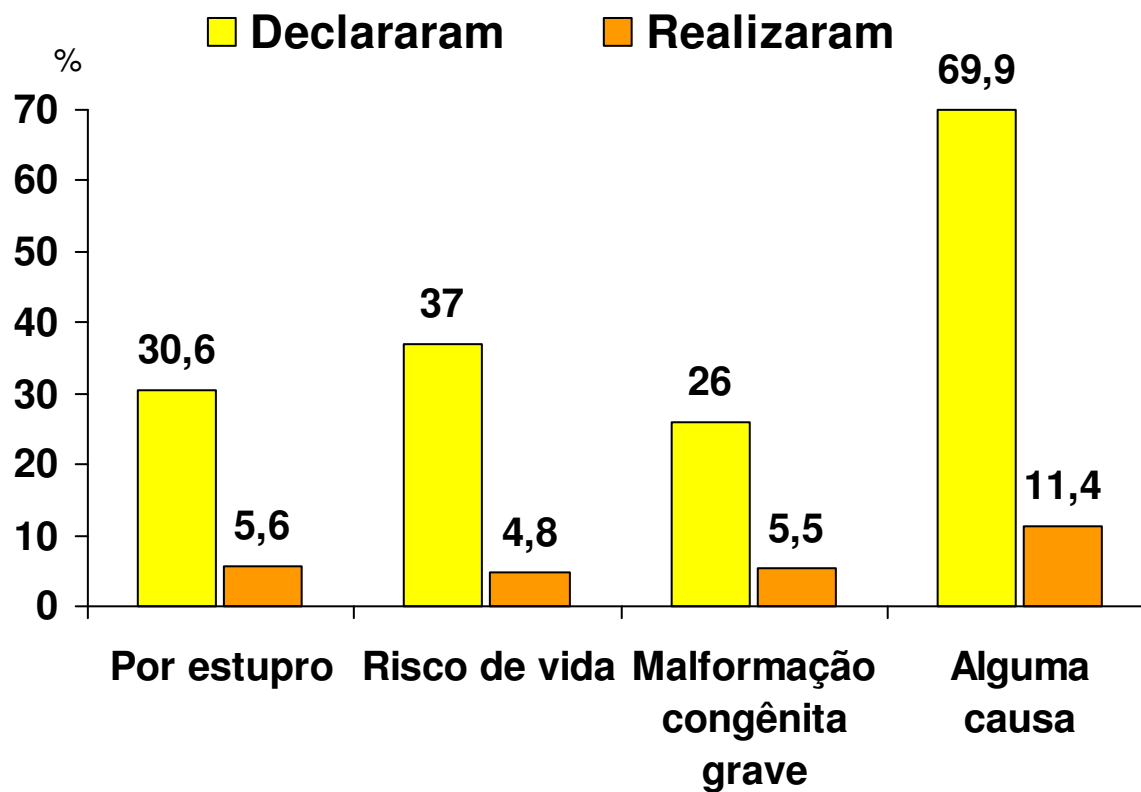
[§] Podiam dar mais de uma resposta

Tabela 23 – Serviços de saúde que realizam ou não a interrupção da gravidez em caso de malformação fetal incompatível com a vida extra-uterina, a documentação exigida e as razões dos que não realizam, segundo como foi feita a seleção do serviço para a pesquisa

Variável	Serviço			
	Hospitais Indicados	Hospitais não Indicados	Outros Serviços Indicados	Total
	%	%	%	%
Realizam interrupção da gravidez em caso de malformação fetal incompatível com a vida extra-uterina				
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	33	150	1395
Documentação exigida[§]				
Boletim de ocorrência	0,9	0,0	0,0	0,8
Alvará Judicial	47,4	50,0	50,0	47,5
Solicitação por escrito da gestante	22,4	100,0	25,0	23,1
Laudo do IML	0,4	0,0	0,0	0,4
Parecer de junta médica	40,5	100,0	25,0	40,8
Autorização pais/familiares	3,9	0,0	0,0	3,8
Não teve casos	0,4	0,0	0,0	0,4
Outra documentação	6,0	0,0	0,0	5,9
Não soube informar/ não respondeu	27,6	27,7	0,0	27,7
Total	232	4	2	238
Razões para não realizar a interrupção da gravidez[§]				
Falta de treinamento do pessoal	5,4	9,5	4,4	5,4
Falta dos medicamentos e material de consumo	4,7	0,0	5,8	4,7
Resistência dos médicos	3,2	4,8	0,0	2,8
Resistência de outros profissionais da saúde	0,5	0,0	0,0	0,4
Falta de uma decisão da Secretaria Municipal de Saúde	1,8	4,8	0,0	1,6
Não tem centro cirúrgico, estrutura física, etc.	27,4	9,5	37,2	28,4
Encaminham para hospitais/ maternidade/ unidades de referência	40,3	52,4	43,1	41,0
Não houve casos / só atendem crianças	3,2	4,8	0,7	2,9
Outra razão	17,2	14,3	13,1	16,5
Não soube informar/ não respondeu	3,1	0,0	0,7	2,6
Total	774	137	21	932

[§] Podiam dar mais de uma resposta

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



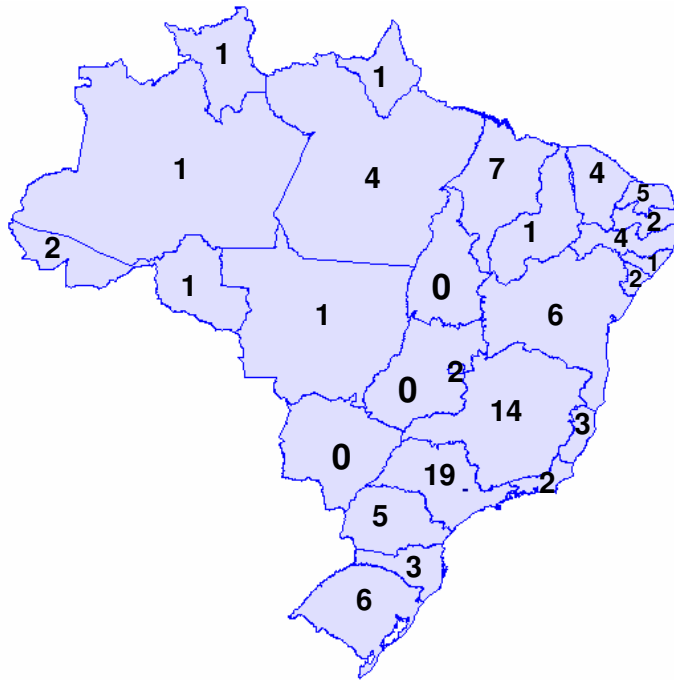


Figura 1. Hospitais e pronto socorros que efetivamente realizaram aborto legal nos últimos 10-14 meses, por unidade da Federação