

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

ATUAÇÃO DO GINECOLOGISTA INFANTO- PUBERAL FRENTE AO ABUSO SEXUAL

CARMEN LUCIA DE ABREU ATHAYDE

**RIO DE JANEIRO
2007**

**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**ATUAÇÃO DO GINECOLOGISTA INFANTO-
PUBERAL FRENTE AO ABUSO SEXUAL**

CARMEN LUCIA DE ABREU ATHAYDE

Orientadora: Dra. Simone Gonçalves de Assis

Tese apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

**RIO DE JANEIRO
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA
E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

A865 Athayde, Carmen Lucia de Abreu
Atuação do ginecologista infante – puberal frente ao abuso sexual /
Carmen Lucia de Abreu Athayde . – 2007.
xiii . , 239 f. , tab.

Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto
Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , 2007.

Orientador : Simone Gonçalves de Assis

Bibliografia : f. 210 - 221

1. Violência sexual . 2 . Maus- tratos sexuais infantis . 3. Ginecologia .
I. Título.

CDD - 22ª ed. 362.74

Agradecimentos

À Dra. Simone Gonçalves de Assis, pela orientação competente e precisa, pelo incentivo nos momentos necessários e pela incansável disponibilidade apresentada durante a realização deste trabalho.

Aos membros titulares e suplentes da banca examinadora: Dr. Alexandre José Baptista Trajano, Dra. Ana Lúcia Ferreira, Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva, Dr. Paulo Roberto Bastos Canella, Dra. Maria Cecília de Souza Minayo e Dr. Renato Moreira de Sá pelas contribuições para melhoria deste estudo.

Aos Drs. Alexandre José Baptista Trajano, Maria do Carmo Borges de Souza e Suely Deslandes pela participação e colaboração na elaboração do projeto desta tese, durante a fase de Qualificação.

À minha família, por sua presença e apoio.

A Mariângela Nogueira Blanco, pela sinceridade só encontrada nos grandes amigos, pela presença incisiva em alguns momentos e que foi de suma importância nesta trajetória.

Aos amigos de sempre e que estiveram presentes nos bons e maus momentos: André, Andréia, Luíza, Mauro, Egberto, Lúcia, Carlos, Flávia, Raquel, Lenita, Vera.

A Janice Machado Cunha, por compartilhar as alegrias e tristezas, apreensões e incertezas durante o curso de Doutorado.

À chefia e aos colegas do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, em especial ao Drs. José Augusto Pantaleão e José Francisco Olivaes, que souberam compreender as minhas ausências durante o período de execução desta tese.

Ao Instituto Fernandes Figueira, pela oportunidade de aprendizado durante o curso do Doutorado.

A Lucimar Câmara Marriel, pela ajuda na transcrição das entrevistas.

A Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira e Thiago de Oliveira Pires, pelo trabalho estatístico.

A Fátima Cristina Lopes dos Santos, pela revisão bibliográfica.

A Maria Inês Alonso, pelo trabalho de tradução.

A Leila Pereira, pela cuidadosa revisão do texto.

Aos colegas que se dispuseram a participar desta pesquisa, contribuindo tão generosamente com seu tempo, informações, angústias e certezas no preenchimento dos questionários e participando das entrevistas. Aqueles colegas que não puderam participar, porque o seu silêncio também trouxe algum significado.

ÍNDICE

	Páginas
Capítulo 1: Introdução	1
1.1-Apresentação e delimitação do objeto	1
1.2-Objetivos geral e específicos	11
Capítulo 2: Referencial Teórico	12
2.1-Formação Profissional	12
2.1.1- A Medicina como profissão	12
2.1.2- Ensino médico no Brasil	16
2.1.3- Modelos de formação médica no Brasil	20
2.1.4- A formação e o ensino da Ginecologia	30
2.1.5- A especialização médica e a educação continuada	35
2.1.6- O processo de socialização do médico	40
2.2- Violência sexual contra crianças e adolescentes	42
2.2.1- A formação e a atenção do médico ginecologista frente ao tema da violência	49
2.2.2- Avaliação ginecológica de crianças com suspeita de abuso sexual	56
2.2.3- A relação do ginecologista com a família	63
Capítulo 3: Bases Metodológicas	65
3.1- Atores estudados	66
3.2- Critérios de inclusão	69
3.3- Elaboração de instrumento e coleta de dados	69
3.3.1- Metodologia quantitativa	69
3.3.2- Metodologia qualitativa	74
3.4- Análise de dados	75
3.5- Considerações Éticas	77
Capítulo 4: Perfil Sóciodemográfico e Profissional dos Ginecologistas Infanto- Puberais	79
4.1- Perfil sóciodemográfico e profissional	79
4.2- Formação profissional	82

4.3- Contato inicial, motivação e formação sobre o tema do abuso sexual infanto-juvenil	85
Capítulo 5: Diagnóstico do Abuso Sexual Infanto-Juvenil	98
5.1- Suspeição e diagnóstico do abuso sexual	99
5.2- Rotina de atendimento	101
Capítulo 6: Atuação do Ginecologista Infanto-Puberal Frente ao Abuso Sexual Infanto-Juvenil	125
6.1- Solicitação de exames complementares	125
6.2- Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis	136
6.3- Contracepção de emergência	148
6.4- Coleta de provas forenses	156
6.5- Manutenção da criança/adolescente vítima de abuso sexual sob vigilância estreita	158
6.6- Notificação da violência sexual em caso de suspeição de abuso sexual	161
6.7- Tempo de acompanhamento	169
Capítulo 7: Outros Aspectos Relevantes ao Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual	171
7.1- Atendimento público X atendimento privado	171
7.2- Relacionamento com a família	173
7.3- Fatores que facilitam o atendimento	182
7.4- Fatores que dificultam o atendimento	195
7.5- Sugestões para melhorar o atendimento	203
Capítulo 8: Considerações Finais	204
Bibliografia	210
Anexos	222

LISTA DE TABELAS E ANEXOS

LISTA DE TABELAS	Página
Tabela 1- Distribuição dos ginecologistas infanto-puberais quanto à faixa etária, tempo de formatura e de atuação na especialidade	80
Tabela 2- Distribuição dos ginecologistas infanto-puberais segundo tempo de especialização e título de especialista em ginecologia-obstetrícia	84
Tabela 3- Frequência de casos de suspeita de abuso sexual infanto-juvenil pelos ginecologistas infanto-puberais	100
Tabela 4- Frequência de casos de abuso sexual infanto-juvenil diagnosticados pelos ginecologistas infanto-puberais	101
Tabela 5- Dados da anamnese que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a suspeitarem de abuso sexual infanto-juvenil	105
Tabela 6- Dados da anamnese que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a diagnosticarem o abuso sexual infanto-juvenil.	107
Tabela 7- Dados clínicos que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a suspeitarem de abuso sexual em crianças	114
Tabela 8- Dados clínicos que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a suspeitarem do abusos sexual em adolescentes	116
Tabela 9- Mudanças psicológicas/comportamentais observadas na anamnese que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a suspeitarem do abuso sexual infanto-juvenil	117
Tabela 10- Dados clínicos que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a diagnosticarem o abuso sexual infanto-juvenil	121
Tabela 11- Dados clínicos relativos às DST que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a diagnosticarem o abuso sexual infanto-juvenil	122
Tabela 12- Mudanças psicológicas/comportamentais observadas na anamnese que	123

auxiliaram os ginecologistas infanto-puberai s a diagnosticarem o abuso sexual infanto-juvenil

Tabela 13- Solicitação de exames complementares pelos ginecologistas infanto-puberai s que suspeitaram do abuso sexual na infância 127

Tabela 14- Solicitação de exames complementares pelos ginecologistas infanto-puberai s que suspeitaram do abuso sexual na adolescência 128

Tabela 15- Solicitação de exames complementares pelos ginecologistas infanto-puberai s em casos diagnosticados de abuso sexual na infância 128

Tabela 16- Solicitação de exames complementares pelos ginecologistas infanto-puberai s em casos diagnosticados de abuso sexual na adolescência 128

Tabela 17- Envolvimento das doenças sexualmente transmissíveis comumente encontradas (DST) para diagnóstico e notificação do abuso sexual em crianças 131

Tabela 18- Protocolo de acompanhamento laboratorial de mulheres e adolescentes vítimas de abuso sexual 135

Tabela 19- Profilaxia para DST demandada pelos ginecologistas infanto-puberai s que suspeitaram de abuso sexual na infância 137

Tabela 20- Profilaxia para DST demandada pelos ginecologistas infanto-puberai s que suspeitaram de abuso sexual na adolescência 137

Tabela 21- Profilaxia para DST demandada pelos ginecologistas infanto-puberai s que diagnosticaram o abuso sexual na infância 139

Tabela 22- Profilaxia para DST demandada pelos ginecologistas infanto-puberai s que diagnosticaram o abuso sexual na adolescência 139

Tabela 23- Contracepção de emergência realizada pelos ginecologistas infanto-puberai s que suspeitaram de abuso sexual na infância e adolescência 149

Tabela 24- Contracepção de emergência realizada pelos ginecologistas infanto-puberai s que diagnosticaram o abuso sexual na infância e adolescência 150

Tabela 25- Coleta de provas forenses assumida como conduta clínica pelos ginecologistas infanto-puberai s que suspeitaram de abuso sexual na infância e adolescência 156

Tabela 26- Coleta de provas forenses assumida como conduta clínica pelos ginecologistas infanto-puberai s que diagnosticaram o abuso sexual na infância e 157

adolescência

Tabela 27- Manutenção da criança e da adolescente sob vigilância como conduta clínica assumida pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram do abuso sexual entre crianças e adolescentes 158

Tabela 28- Manutenção da criança e da adolescente sob vigilância como conduta clínica assumida pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram o abuso sexual entre crianças e adolescentes 159

Tabela 29- Notificação ao Conselho Tutelar como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram do abuso sexual na infância e adolescência 161

Tabela 30- Notificação ao Conselho Tutelar como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram o abuso sexual na infância e adolescência 163

Tabela 31- Notificação à Vara da Infância e Juventude como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram do abuso sexual na infância e adolescência 164

Tabela 32- Notificação à Vara da Infância e Juventude como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram o abuso sexual na infância e adolescência 165

Tabela 33- Notificação ao Ministério Público como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram do abuso sexual na infância e adolescência 166

Tabela 34- Notificação ao Ministério Público como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram o abuso sexual na infância e adolescência 167

Tabela 35- Comunicação à escola como providência legal pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram do abuso sexual na infância e adolescência 168

Tabela 36- Comunicação à escola como providência legal pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram o abuso sexual na infância e adolescência 168

ANEXOS:

222

Anexo 1- Questionário auto-aplicável com carta explicativa

Anexo 2- Carta adicional explicando não-possibilidade de um contato prévio

Anexo 3- Consentimento livre e esclarecido para entrevista

Anexo 4- Roteiro para entrevista

RESUMO

Esta pesquisa buscou estudar a atuação dos ginecologistas infanto-puberais do Estado do Rio de Janeiro frente ao abuso sexual infanto-juvenil. Procuramos abordar os aspectos de diagnóstico e tratamento, além de outros fatores que podem interferir nessa assistência. A metodologia utilizada aliou a pesquisa quantitativa à qualitativa, numa perspectiva de triangulação de métodos, procurando avaliar extensivamente a atuação desses profissionais e demonstrar as implicações subjetivas dos sujeitos na construção dessa rotina de atendimento. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: questionário auto-aplicável e entrevistas semi-estruturadas. A população alvo do estudo quantitativo foi composta por 78 ginecologistas infanto-puberais filiados à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência no Estado do Rio de Janeiro. Alcançamos 48,7% dos profissionais. Nas entrevistas qualitativas foram entrevistados nove ginecologistas infanto-puberais, agregando profissionais que, embora não fossem filiados a essa entidade, atuam em serviços especializados de ginecologia infanto-puberal no estado. Dentre os profissionais entrevistados observamos, que 81,6% deles referiram ter suspeitado do abuso sexual infantil, enquanto 52,6% dos ginecologistas infanto-puberais tiveram tal suspeita em relação aos adolescentes. Com relação à certeza diagnóstica do abuso sexual, ela ocorreu para 76,5% dos profissionais para o grupo etário infantil e, para 55,6%, quando a abordagem dirigiu-se aos adolescentes. Notamos uma priorização das queixas relatadas pelas próprias pacientes quando se tratava de adolescentes, tanto no que se refere aos casos suspeitos quanto aos confirmados. No tocante às crianças, sempre houve um maior crédito ao testemunho formulado por terceiros. Os achados físicos que mais contribuíram para a suspeição dos casos de abuso sexual infantil na visão desses profissionais foram: infecção pelo papilomavírus humano – HPV - (51,6%), alargamento do orifício himenal e fissura anal (45,2%). A certeza diagnóstica aconteceu baseada, principalmente, em infecção pelo HPV (54,8%), laceração aguda ou equimose do hímen (51,6%) e secção himenal cicatrizada (45,2%). Para o grupo de adolescentes, as lesões mais significativas na suspeição do abuso sexual foram: infecção pelo HPV (48,1%) e ferimento na fossa navicular (40,7%). No grupo de adolescentes, a gravidez despontou como o grande sinalizador da certeza diagnóstica do abuso sexual para os ginecologistas infanto-puberais em questão (60,7%), assim como a infecção pelo herpes-vírus (60,7%), seguida de laceração aguda ou equimose do hímen, infecção por HIV e HPV (50,0%). Os resultados mostram a ausência de uma educação formal da grande maioria desses profissionais no que tange à atuação frente aos casos de abuso sexual infanto-juvenil, levando à falta de uniformidade nas condutas desse contingente profissional. Foi possível identificar alguns fatores pessoais e de ordem institucional que interferem nessa atuação, podendo melhorá-la ou prejudicá-la. Dentre os fatores encontrados e que levaram a um maior comprometimento com esse tipo de assistência citamos: observação da violência sexual como questão de saúde pública e que demanda cuidados específicos; apoio de equipe multidisciplinar; maior visibilidade das situações violentas na atualidade; organização própria dos serviços de atendimento à violência. Por outro lado, o estigma da violência, a dificuldade de verbalização pelas pacientes e a pouca integração intra-institucional e interinstitucional configuram obstáculos ao desempenho desses profissionais. Como sugestões para promover uma melhor assistência propomos: melhor estruturação dos serviços; capacitação comum na graduação médica para permitir o rastreamento de situações abusivas; capacitação específica durante a especialização para aqueles profissionais interessados nesta temática.

Palavras-chave: violência sexual, maus tratos sexuais infantis, ginecologia.

ABSTRACT

This research aimed to study the performance of infant-juvenile gynaecologists from Rio de Janeiro State in dealing with child sexual abuse. We tried to approach aspects of diagnosis as well as other factors that can interfere in this kind of attendance. The methodology used in this study consisted of quantitative research as well as qualitative one with the objective of crossing data, so that we could evaluate extensively the performance of those professionals and demonstrate the subjective implications of those individuals in the construction of an attendance routine. Self-questionnaires and semi-structured interviews were used as instruments for this research. The population quantitatively involved in this study was composed of 78 gynaecologists who are members of Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência in Rio de Janeiro State, summing up 48,7% of the amount of all the professionals from that entity. Among the nine infant-juvenile gynaecologists who were interviewed, some of them did not belong to the association mentioned above. Nonetheless, all these professionals work in specialized services concerning infant-juvenile gynaecology in Rio de Janeiro State. Concerning the professionals who were interviewed, 81,6% of them said to have suspected child sexual abuse while 52,6% of them had this suspicion in relation to teenagers. As to the certainty in the diagnosis of sexual abuse, 76,5% stated that it occurred with children and 55,6% said it happened with teenagers. It was noted that there was a priority of the teenagers' complaints involved in the suspicious cases and also in the confirmed ones. As to the children involved in sexual abuse, more confidence was given to the testimonies made by a third person. The physical findings that most contributed to the suspicion of child sexual abuse were: the infection by human papillomavirus _ HPV _ (51,6%), the widening of the himen hole and the anal fissure (45,2%). The certainty of the diagnosis was mainly based on the infection by the human papillomavirus (54,8%), acute hymen laceration or ecchymosis (51,6%) and scarred hymen section (45,2%). The most significant injuries concerning the teenage group for the suspicion of sexual abuse were the infection by human papillomavirus (48,1%) and the fossa navicularis wound (40,7%). In this group, pregnancy represented the most important factor for the certainty of the diagnosis pointed at by the professionals involved in the study (60,7%). This was followed by the infection by herpes virus (60,7%), acute hymen laceration or ecchymosis, infection by HIV and by the human papillomavirus (50,0%). The results also showed that the majority of the professionals that took part in this research failed in having formal education related to infant-juvenile sexual abuse, which resulted in a lack of uniformity in their performance. It was also possible to identify some personal and institutional factors that eventually interfered in the doctors' performance for the better or for the worse. Among the factors that contributed for a bigger commitment with this kind of attendance, we can stress: the consideration of sexual violence as a question of public health that demands specific care, the support of a staff composed by professionals from different areas of study, more visibility of the present situations of violence and an appropriate organization of the services that deal with violence attendance. On the other hand, the stigma of violence, the patients' difficulty in talking and the poor interaction between the intra and inter-institutional services are obstacles for those professionals' performance. So, in order to accomplish a better attendance for sexual abuse cases, we conclude that it is utterly necessary to improve a) the service structure, b) the medical graduation capability in order to allow the tracing of abusive situations, c) specific capability in post-graduation courses to those professionals interested in this subject.

Key- words: sexual violence; child abuse, sexual; gynaecology.

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

1.1- Apresentação e delimitação do objeto

Esta pesquisa situa-se na área da Violência Familiar, com enfoque específico no abuso sexual contra crianças e adolescentes, sob uma perspectiva sócioepidemiológica. A violência é um fenômeno que permeia toda a história da Humanidade, mudando suas formas de apresentação e manifestação conforme a época estudada. A história do homem dá-se em busca da maior longevidade e qualidade de vida. Ao avaliarmos o tempo atual, em que observamos um aumento na expectativa de vida pelo controle das causas naturais e infecciosas de mortalidade, observamos, paradoxalmente, uma abreviação e/ou uma deterioração da vida em virtude da escalada da violência.

A violência é uma questão antes de tudo social e que tem sua intersecção com o setor da saúde por dois motivos: primeiro, devido ao impacto que provoca na qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais acarretadas e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médicos-hospitalares; segundo, com a ampliação do conceito de saúde, a violência passou a ser objeto da intersectorialidade onde o campo da saúde se insere (Minayo, 2004).

A Organização Mundial de Saúde, no primeiro *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, define o problema como:

Uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug et al., 2002:5).

Esse *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* dispõe sobre os tipos de violência, que se articulam entre si: violência auto-infligida, interpessoal, comunitária e coletiva, indicando o amplo leque de formas de violências que acometem as populações, com destaque para as crianças, seres especiais pela condição de crescimento e desenvolvimento que vivenciam. Embora o tema da violência sexual contra crianças seja o foco principal do estudo, ressalta-se que as várias formas de violência interagem e atuam simultaneamente sobre as condições de vida e saúde das crianças e suas famílias.

Azevedo e Guerra (2001) reportam o primeiro enfoque de maus-tratos físicos contra crianças pelo médico francês Ambroise Tardieu em 1860, na França, relatando uma série de casos com lesões físicas, algumas com evolução letal, não-compatíveis com as explicações dadas pelos responsáveis. Em confronto com os ideais da época, seus estudos não tiveram repercussão no meio científico. Entretanto, na década de 60 do século XX, a questão dos maus-tratos físicos infantis é resgatada pela medicina, por meio dos pediatras Kempe e Silverman, que batizam o fenômeno como Síndrome da Criança Espancada.

O movimento feminista, na década de 70, coloca em discussão o poder patriarcal e busca sensibilizar a sociedade como um todo para as ações de opressão e dominação calcadas na diferença de gênero. Insere, na pauta dos atendimentos em saúde, as questões relativas à violência contra mulher, ampliando a visão desse setor para a violência como uma questão de Saúde Pública.

A partir da década de 80 do século passado, a agenda do setor saúde no Brasil passou a admitir a discussão sobre a problemática da violência. Essa mudança acontece embasada em duas abordagens: primeiro, com a mudança no cenário político nacional finalizando uma era de autoritarismo, concomitante, observa-se a ampliação da consciência do valor da vida e dos direitos da cidadania. O segundo motivo aparece calcado na

mudança do padrão epidemiológico no Brasil, com o reconhecimento inexorável da mudança nos perfis de morbi-mortalidade, com a ascensão das causas relacionadas à violência, que passaram a responder como segunda causa desta estatística.

Em nível mundial, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) desempenha um papel fundamental na discussão e inclusão do tema da violência na alçada do setor saúde por meio de suas assembléias anuais, em especial as de 1993 e 1994, que abordaram especificamente este assunto (Minayo, 2004a).

A violência também foi tomada como prioridade pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e abordado como um dos problemas principais a ser enfrentado pela região das Américas nos dez primeiros anos deste século em curso (Minayo, 2004a).

No Brasil, apesar de seu impacto e magnitude, a questão da violência começou a se impor como tema prioritário ao setor saúde a partir da Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência Doméstica, datada de 1993, sendo que no ano de 1999 foi lançada pelo Ministério da Saúde a primeira edição de Norma Técnica tratando da Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 1999).

Nesse documento está delineado que, apesar dos progressos conseguidos pelas mulheres na sociedade, a desigualdade de gênero, ainda, é responsável por agravos à saúde da mulher. O Estado admite sua responsabilidade em acolher essas vítimas, reconhecendo, contudo, suas dificuldades em fazê-lo. Dentre elas, cita a falta de estrutura dos serviços médicos e a necessidade de se estabelecer relações intersetoriais que dêem conta do combate à violência (Brasil, 1999).

Uma nova edição ampliada dessa norma foi publicada em 2005, contemplando de forma mais abrangente e detalhada os diversos aspectos clínicos e assistenciais que fazem

parte do atendimento às vítimas da violência sexual, como a contracepção de emergência e a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, fornecendo parâmetros técnicos de conduta (Brasil, 2005).

O Ministério da Saúde, entendendo a gravidade e a repercussão do problema da violência e visando à redução dos índices de morbimortalidade decorrentes de semelhantes agravos, após consultas a diferentes segmentos que, direta e indiretamente, estão envolvidos com o tema, aprovou a Portaria nº 737 MS/GM, em 16 de maio de 2001, referente à Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, a qual dispõe as normas que regulam as ações para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde decorrentes da violência (Brasil, 2001).

Alguns conceitos expressos nessa Portaria merecem ser destacados: adoção do conceito ampliado de saúde, alcançando, além das questões médicas e biomédicas, aquelas relativas a estilo de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais; distinção entre acidentes e violências, atribuindo ao primeiro a não-intencionalidade em produzir lesões (embora reconheça a imprecisão às vezes presente nessa classificação); compreende que as violências podem atingir todos os grupos sociais e faixas etárias, sendo possível repercutir de forma diferente em cada um; classificação dos tipos de violência em: física, sexual, psicológica e negligência (Brasil, 2001).

Em relação ao grupo de crianças, adolescentes e jovens, englobando indivíduos com faixa etária de zero a 24 anos, define que esses têm sido vítimas de diferentes tipos de acidentes e violência. Define, estrategicamente, por faixa etária, os locais onde se dão a maioria dos agravos: assim, na infância, é mais comum a vulnerabilidade no ambiente doméstico e, na adolescência, no espaço extradomiciliar. Essa Portaria Ministerial situa o **abuso sexual infanto-juvenil** especialmente nas **violências domésticas**.

O uso do termo **doméstico** é questionado por alguns autores (Faleiros, 1998) já que situaria apenas o *locus* onde se desenvolveria a ação, não expressando, em verdade, o fator determinante: o exercício assimétrico de poder. Para Ferreira (2002), entretanto, na prática, violência doméstica e familiar são usadas como sinônimos.

Os direitos de proteção das crianças e adolescentes pela família, pela sociedade e pelo Estado estão garantidos no artigo 227 da Constituição Federal de 1988, alicerçando a criação do Estatuto da Criança e Adolescente, pela lei nº 8069 de 13 de julho de 1990 (Brasil, 1990).

Esse estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde – 13 e 245 –, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores da saúde e educação a notificação e prevenção desses casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico (Brasil, 1990).

A notificação compulsória de maus-tratos infantis foi, também, determinada pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES), em meados de 1999, implementando uma ficha própria a ser utilizada em todo o estado (Resolução SES nº 1354 de 9 de julho de 1999). Desde então, as notificações passaram a ser obrigatoriamente encaminhadas aos Conselhos Tutelares e às Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, em seu parecer nº 76/99 (de 29/01/1999) em resposta ao Ministério Público deste estado, posiciona-se a respeito do impasse entre os artigos 102 do Código de Ética Médica, que versa sobre o sigilo médico, e 103 do mesmo código, que se refere a menor de idade e à manutenção do sigilo, inclusive

para pais ou responsáveis, e a obrigatoriedade do profissional médico comunicar aos órgãos competentes a suspeita de violência doméstica. Tal órgão de classe entende que a comunicação não acarreta infração ética, não configurando violação do sigilo profissional e justificando que *o menor não tinha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo ou que haveria danos para si com a não revelação do sigilo* (CREMERJ, 1999).

A convergência desses casos de violência sexual para o setor da saúde envolve de forma direta seus profissionais e sua atuação frente ao problema. A capacitação de recursos humanos é uma das preocupações pertinentes do Ministério da Saúde e que é expressa na Portaria anteriormente citada, a qual enfatiza, ainda, o papel ativo que as universidades devem desempenhar na formação profissional.

A literatura mostra que o não-conhecimento do tema pelos profissionais da saúde é um dos grandes obstáculos ao diagnóstico dos agravos resultantes de violência. Em decorrência disso, sabe-se que só uma parcela de tais casos é diagnosticada e notificada, não se tendo a exata noção da magnitude e alcance do problema.

Autores como Reichenheim et al. (1999) concordam que:

A participação relativa desses agravos no perfil de adoecimento e morte da população jovem tornou este grupo de causas um importante problema de saúde pública, intensificando e justificando uma centralização de esforços dos pesquisadores da área no sentido de conhecer melhor o problema (p.110).

A literatura tem relatado um aumento de casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes, principalmente do sexo feminino (Diegoli et al., 1996; Piipo, 1998), discutindo-se, dentre as causas registradas desse incremento, a possibilidade de maior visibilidade da questão do abuso sexual em nossos dias, facilitando os relatos, a maior

exposição pelas meninas das situações abusivas em relação aos meninos ou, ainda, a existência real de um maior número de meninas abusadas evidenciando um viés de gênero.

Piippo (1998) argumenta que, durante muito tempo, a avaliação ginecológica por um especialista não era considerada para crianças e adolescentes impúberes, estando os problemas ginecológicos sob a apreciação dos pediatras, embora o exame pediátrico de rotina raramente incluísse a genitália feminina. A maior evidência do abuso sexual, entretanto, aumentou a frequência, a necessidade e a especificidade da avaliação genital.

Essa diferença de gênero na caracterização epidemiológica do abuso sexual infanto-juvenil evidencia o papel do ginecologista infanto-puberal na equipe de saúde envolvida na assistência a essas vítimas, sendo a inclusão desse profissional na equipe multidisciplinar referendada pelo Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e Adolescência, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) (SBP;CLAVES, 2001).

A Ginecologia é a especialidade médica que trata da mulher em seus aspectos fisiológicos e dos estados patológicos que incidem em seus órgãos reprodutores. A ginecologia infanto-puberal vai abordar o aparelho genital feminino durante a infância e adolescência, em sua dimensão fisiológica e os transtornos porventura existentes. Não se pode considerar, contudo, que se trata apenas de uma **miniaturização** do aparelho reprodutor adulto, porquanto a clientela em foco possui características distintas e próprias desse período da vida, exigindo habilidades específicas.

A suspeita de abuso sexual infantil coloca o clínico frente a uma grande dificuldade: discernir as alterações genitais patológicas das variações normais (possíveis de serem decorrentes de diferenças congênitas, de raça, de variações hormonais, de cicatrização de

traumas ou de infecções) e diferenciar o que é sugestivo, compatível ou patognomônico do abuso sexual infanto-juvenil.

Kellog et al. (1998) salientam que os clínicos são desafiados a diferenciarem sintomas e achados atribuíveis ao abuso sexual, aos achados fisiológicos ou outras condições e que essa determinação é crítica para garantir a segurança necessária à criança e proporcionar-lhe tratamento adequado. Embora a detecção do abuso sexual seja de importância inquestionável, um erro diagnóstico pode ser traumatizante para a criança, a família e pessoas suspeitas do abuso.

Hegar et al. (2002) acreditam que o exame médico assume um valor inquestionável para os profissionais das áreas social e jurídica, no subsídio de suas conclusões e ações frente aos casos suspeitos. Andalaft Neto (2004) observa que *em razão dos médicos se sentirem desconfortáveis com o diagnóstico de incesto ou abuso sexual, mesmo situações óbvias tendem a ser omitidas.*

O Manual de Ética em Ginecologia e Obstetrícia (CREMESP, 2004), elaborado pelo Conselho Regional de Medicina/São Paulo (CREMESP) em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e com a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP), prevê a necessidade de um atendimento médico capacitado que envolva tanto a assistência clínica quanto psicológica às vítimas de violência sexual, ressaltando a importância da prevenção quanto às doenças sexualmente transmissíveis, da instituição da contracepção de emergência, da informação sobre seus direitos e os possíveis agravos da agressão sexual para a saúde reprodutiva. Esclarece que não há fundamento ético impeditivo do atendimento às vítimas e que uma recusa infundada poderia ser caracterizada como imperícia e omissão de socorro, com todas as suas conseqüências. Reforça, ainda, a necessidade de registro tanto do exame quanto da conduta

clínica em prontuário médico e que essas anotações, além de garantirem proteção ao médico, nos casos de interesse da Justiça, também podem servir de base na confecção do laudo indireto de exame de corpo de delito e conjunção carnal. Nos casos de gravidez resultante de estupro, é garantido à paciente o direito de interrupção da gestação, de acordo com o estabelecido pelos Fóruns Interprofissionais sobre Atendimento ao Aborto Previsto por Lei e pela Norma Técnica para a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde (Brasil, 2005). Em tal situação, é necessário apenas o termo de consentimento para interrupção da gestação, fornecido pela gestante ou por seu representante legal (em pacientes consideradas incapazes, dentre estas as menores de idade), sendo desejável, mas não imprescindível, que se anexe ao prontuário médico o boletim de ocorrência. É facultado ao médico pelo Código de Ética Médica não realizar o abortamento por questões de foro íntimo, sendo, entretanto, seu dever informar à paciente os seus direitos, sem tentar induzir uma decisão e encaminhá-la aos serviços disponíveis.

Ao atuarmos como ginecologista em determinado Ambulatório de Ginecologia Infanto-Puberal, em uma unidade de referência situada em hospital de nível terciário da rede pública do Ministério da Saúde na cidade do Rio de Janeiro, começamos a receber para avaliação, com relativa frequência, casos de suspeita de abuso sexual.

Apesar de nossa formação acadêmica em dois hospitais universitários vinculados a universidades federais no Estado do Rio de Janeiro, pudemos vivenciar as dificuldades inerentes a esse diagnóstico e a falta de preparo técnico que dificultava a nossa atuação, dificuldade que nos levou a procurar um aprofundamento em tal assunto.

Não encontramos na literatura especializada, até o momento, trabalhos que tratem, especificamente, das complexidades do diagnóstico do abuso sexual pelos ginecologistas

infanto-puberais brasileiros, profissionais afeitos às características da genitália feminina infantil que estão sendo cada vez mais solicitados para auxiliar nesse complicado diagnóstico, mas que, contudo, podem não estar adaptados a esta condição singular de intersecção entre atendimento clínico e violência.

Assis e Constantino (2003) mostram, em um levantamento bibliográfico da década de 90 do último século sobre violência contra crianças e adolescentes, que o abuso sexual foi o tipo de violência priorizado pelos autores, com diferentes recortes: artigos de revisão, fatores de risco e auxílio diagnóstico, aspectos teóricos e sócio culturais, pesquisa empírica em IML (Instituto Médico-Legal) e representações sociais do estupro. Há uma preponderância de trabalhos médicos, principalmente de pediatras, ressaltando a necessidade de aumentar a capacitação desses profissionais pela dificuldade demonstrada em diagnosticar o abuso sexual. Segundo as autoras, a tendência de investigar a capacitação profissional estendeu-se para outras áreas da saúde (Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia), porém não observamos este incremento em relação à Ginecologia.

A partir dessa discussão, definimos como nosso **objeto de estudo a atuação do ginecologista infanto-puberal frente ao abuso sexual**.

Entendemos por atuação uma atitude clínica, definida por Turato (2003) como: *olhos e ouvidos qualificados que se aproximam para compreender existencialmente os sofrimentos que acometem o outro*, aliados a uma atividade clínica baseada em conhecimentos sistematizados e que permitam a formulação de um diagnóstico e o estabelecimento de condutas apropriadas.

Acreditando que os resultados dessa interação possam interferir na qualidade da assistência prestada, consideramos a temática desta pesquisa oportuna e desejável, podendo trazer contribuições ao estado da arte.

1.2- Objetivos:

Geral:

- Traçar o perfil de atuação dos ginecologistas infanto-puberais frente ao abuso sexual.

Específicos:

- Identificar quais achados clínicos (físicos, psicológicos e/ou comportamentais) e/ou laboratoriais são relevantes para esses profissionais na detecção dos casos.
- Analisar as dificuldades diagnósticas para os profissionais que atuam na Ginecologia Infanto-Puberal na condução dos casos de abuso sexual infanto-juvenil.
- Analisar seus procedimentos clínicos em face da suspeição e/ou confirmação do abuso sexual contra crianças e adolescentes.
- Investigar a influência da formação profissional na atuação dos ginecologistas infanto-puberais frente ao abuso sexual infanto-juvenil.

Capítulo 2

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são abordados dois amplos temas: a formação profissional dos ginecologistas e sua atuação frente aos casos de violência sexual. No primeiro, são destacados a Medicina como profissão, o ensino e a formação médica e ginecológica no país, a especialização médica e a educação continuada e o processo de socialização do médico. Na segunda parte, é abordada a violência sexual contra crianças e adolescentes, a formação e atuação do ginecologista sobre esse tema, a avaliação ginecológica de crianças com suspeita de abuso sexual (anamnese e relação médico-paciente, exame físico, diagnóstico diferencial) e a relação do ginecologista com a família da criança em situação de violência sexual.

2.1. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

2.1.1. A Medicina como profissão

A Medicina é uma das profissões mais antigas e reconhecidas na sociedade ocidental. Contudo a trajetória histórica dos cuidados à saúde variou de acordo com a época, com a população estudada e com o enfoque dado pelas sociedades às causalidades das doenças. Sayd (2006) lembra que, desde os primórdios da socialização humana, sempre se manteve a prática de que as pessoas que sofrem devem ser cuidadas por uma outra pessoa, e não por si próprio.

Este outro, responsável pela função do cuidar, assumiu várias representações. Rego (2003) relembra, que nas sociedades primitivas (onde existia a crença de que a doença era

provocada por uma ação externa aos indivíduos), a cura era mediada pelos pajés ou xamãs por meio da intervenção sobre as forças espirituais. Em sistemas religiosos mais organizados, como na tradição judaico-cristã, a salvação da alma era o objetivo principal a ser alcançado e os sacerdotes muitas vezes acumulavam a função religiosa com o papel de médico. Os hospitais, naquela época, em geral a cargo de instituições religiosas, funcionavam, basicamente, como abrigo aos doentes, não tendo um objetivo precípuo de oferecer tratamento (Rego, 2003).

Em civilizações da Antiguidade (como a dos egípcios e a dos sumérios) encontram-se descrições concernentes a temáticas médicas como: o corpo humano, relato de epidemias e de medicações formuladas a partir da observação da natureza. Entretanto um corpo de conhecimentos sistematizados, enfocando a doença e a morte sem conotação espiritual, mas inseridas na ordem geral do cosmos, só é observado a partir da civilização grega (Sayd, 2006).

Hipócrates foi o primeiro a separar medicina e religião. Rejeitava a idéia da causalidade espiritual das doenças e a atribuía à contaminação ambiental, preconizando repouso e hábitos saudáveis para promover a cura. Em Roma, Galeno foi um grande seguidor das idéias de Hipócrates, desenvolvendo um trabalho intenso no âmbito da farmacopéia, sendo considerado o Pai da Farmácia, e, durante a Idade Média, os ensinamentos médicos eram transmitidos através da leitura dos textos clássicos de Hipócrates e Galeno, sem nenhum envolvimento com atividades práticas.

Foucault (2002b) pontua uma conquista de poder da Medicina a partir da segunda metade do século XVIII. Relaciona essa mudança de perspectiva com as novas condições políticas e econômicas vigentes na época. Com o surgimento da Revolução Industrial eclode a importância do corpo na divisão do trabalho, fazendo-se necessário o

conhecimento e o controle das características populacionais possíveis de interferência nos processos de produção. A normatização da sociedade de acordo com os interesses do Estado consolida-se através da intervenção médica: passa a se privilegiar a infância, responsabilizando-se a família em garantir cuidados específicos para o crescimento e desenvolvimento sadio das crianças; medidas de controle são instituídas sobre a população como um todo, visando ao desaparecimento dos grandes surtos epidêmicos, a baixa taxa de mortalidade e o aumento da vida média dos indivíduos.

Para Foucault (2002a), a mudança ocorrida nos hospitais é também norteadada por esta idéia de disciplina. Se, anteriormente, o hospital destinava-se a abrigo dos desvalidos, agora *as razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que são submetidos os hospitais*. Aliado a isso, um novo enfoque no saber médico, dirigido às causas ambientais das doenças, permite que o hospital se torne o local privilegiado da prática médica. Assim, cria-se uma nova hierarquia dentro do hospital, com a tomada de poder pelo médico, instituindo-se todo um ritual manifestado na visita aos enfermos. Novas práticas são adotadas, como o registro de todas as informações oriundas dos pacientes, permitindo a comparação entres os pares dos métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados e dos resultados obtidos. O saber médico, até então concentrado nos grandes tratados, passa a ser construído ao longo das observações diárias na clínica. O hospital assume o lugar de cura e do saber médico, passando a figurar como obrigatório na formação profissional:

O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII (Foucault, 2002:110).

Coelho (*apud* Grosseman & Patrício, 2004) confirma que o delineamento do monopólio do exercício da Medicina pelo profissional médico ocorreu entre o final do século XVIII e início do século XIX. Mesmo assim, algumas resistências à sua prática ainda eram notadas, a despeito do estabelecimento de algumas sociedades de profissionais na Europa que pretendiam fortalecer o controle exclusivo da profissão. Ainda, segundo esse autor, a forma encontrada de obter tal controle foi por meio da unificação dos serviços médicos considerados pertinentes pelos médicos da elite (clínicos e cirurgiões formados pelas escolas médicas) e a exclusão de outras formas alternativas (praticadas pelos leigos).

Guimarães & Rego (2005) e Pereira Neto (1995), discutindo a distinção entre ocupação e profissão à luz da sociologia das profissões, retratam critérios que alguns autores dessa linha de pensamento definem como necessários para o estabelecimento de uma profissão: conhecimento e habilidades devem ser abstratos e organizados em um corpo codificado de princípios; esse conhecimento deve ser aplicável a problemas concretos da vida; a sociedade ou seus membros mais relevantes devem acreditar que o conhecimento deve conter altos índices de resolutividade; membros da sociedade devem aceitar como adequado que esses problemas não sejam mais encaminhados para outros grupos ocupacionais, já que é este grupo ocupacional o detentor do conhecimento e não os outros; a própria profissão deve ajudar a criar, organizar e transmitir conhecimentos; a profissão deve ser aceita como árbitro final em qualquer disputa sobre a validade de qualquer solução técnica envolvendo área de sua competência; a quantidade do conhecimento e habilidades e a dificuldade em adquiri-los devem ser tão grandes que os membros da sociedade vejam a profissão como possuindo certo grau de mistério, inacessível aos homens comuns por seus próprios esforços ou mesmo sem ajuda. (Goode *apud* Guimarães & Rego, 2005; Goode *apud* Pinheiro Neto, 1995).

Para Wilensky (*apud* Guimarães & Rego, 2005; *apud* Pinheiro Neto, 1995) a profissionalização de uma ocupação faz-se pelas etapas seguintes: ocupação tornada uma atividade em tempo integral; criação de um sistema de ensino formal com distinção entre os que estão mais dedicados à prática ou ao ensino profissional; criação de uma associação profissional nacional; intensa disputa política interna contra os que se dedicam à ocupação há mais tempo (resistentes à atualização do trabalho); intensa disputa política externa (contra as ocupações com atividade semelhante); criação de um código de ética para reduzir a competição interna e para proteger os clientes e enfatizar o ideal de serviço.

Machado (1997) e Sayd (2006) ponderam que a Medicina possui algumas prerrogativas sustentáveis do seu monopólio, diferenciando-a da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados: uma aliança com o Estado desenvolvida por meio de sua história (que lhe concede prerrogativas legais para o exercício profissional); uma aliança com a elite (consumidora de seus serviços a preço de mercado); um campo sólido e complexo de conhecimento empírico e teórico, transformando sua prática em complexo e sofisticado ato técnico-científico.

2.1.2. Ensino Médico no Brasil

Durante o período colonial, o exercício da Medicina no Brasil estava a cargo de profissionais formados em escolas européias (principalmente em Portugal e na França).

O ensino nas universidades portuguesas, considerado oficial pelos colonizadores portugueses, era de cunho estritamente teórico. Naquela época a denominação dada aos praticantes da medicina era de **físicos**, já que a Medicina era chamada de **física**.

O ensino médico até o século XV era realizado por religiosos e a eles destinado em sua maioria. Só a partir dessa época percebe-se a participação de leigos, em especial os de origem judaica, como aprendizes da medicina (Rego, 2003).

A prática da Medicina no Brasil-colônia contava, também, com os práticos, que predominavam no cuidado à saúde da população e eram denominados de curandeiros, curadores, entendidos e curiosos: submetidos a um treinamento empírico pelos médicos licenciados, após serem considerados aptos pelos seus tutores, deviam prestar exames perante a Junta do Protomedicato e depois do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor, instâncias máximas designadas pelo rei de Portugal na área da saúde no Brasil até meados do século XIX. Tal exame de proficiência, entretanto, tinha um cunho duvidoso e prestava-se mais à compra de licenças do que a uma aferição rigorosa (Rego, 2003; Grosseman & Patrício, 2004; Machado, 1997).

O início do ensino da Medicina no Brasil coincide com a chegada da família real ao Brasil-colônia em 1808: as primeiras escolas médicas fundadas no país foram em Salvador e no Rio de Janeiro. Funcionavam na dependência de hospitais militares, outrora pertencente aos jesuítas e tinham seu currículo estruturado sob a forma de cadeiras. A sua criação visava à formação de futuros ocupantes em cargos da burocracia estatal (Rego, 2003).

Os currículos dessas escolas sofreram sua primeira alteração em 1813: os cursos médico e cirúrgico eram distintos e com duração de cinco anos cada um; com o crescimento populacional e a necessidade de responder ao aumento da demanda de assistência à população houve o ensejo de mudanças no perfil médico no final do século XIX, sendo introduzido o curso prático nas escolas médicas em 1881, com sua posterior regulamentação através do Decreto 8.918 de 31 de março de 1883 (Beltrame, 2006).

Finalmente, em 1884 os cursos médico e cirúrgico foram unificados e passaram a ter duração de oito anos (Rego, 2003).

O número de escolas médicas entre nós sofreu um incremento paulatino até o final da década de 50 do século XX, sendo observado um crescimento mais intenso na década seguinte com a flexibilização das regras da legislação que controlavam a criação de novos cursos. Para Rego (2003), essa mudança no perfil de criação das escolas médicas obedeceu a uma pressão política para a expansão de vagas no ensino superior, visando a atender às demandas especialmente da classe média, cujos filhos engrossavam as fileiras daqueles que eram aprovados nos vestibulares, mas não conseguiam ingressar nas faculdades devido à falta de vagas, chamados, então, de “excedentes”.

Machado (1997) e Rego (2003) observaram a manutenção da política de liberalização de criação de novas escolas médicas proporcionando um novo “surto” de escolas na década de 90 do século passado. De acordo com dados do *site* da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM, 2007), existiam no país em 26/01/2006 119 escolas médicas. Desse total, 65 são escolas públicas, enquanto 54 são de natureza privada.

Machado (1997) observava uma preponderância significativa das escolas públicas federais quando comparadas com as de gestão estadual ou municipal, com distribuição homogênea em todo país e ponderava que isto refletia *a política adotada pelo Estado brasileiro de prover e manter sob sua responsabilidade a formação de médicos em nosso País*. Ressaltava, também, que, por tradição, os melhores cursos de medicina encontravam-se nessas instituições.

Uma avaliação feita por essa autora (1997) referente à distribuição do total de escolas médicas pelo território nacional permanece inalterada nos dias atuais, ou seja, uma grande concentração de faculdades de Medicina nas regiões do país com maior

concentração de recursos econômicos e sociais: Sudeste e Sul. Assim, das atuais 119 escolas de Medicina, 53 estão concentradas na região Sudeste (44,5%) e 23 na região Sul do país (19,3%). Das 53 escolas da região Sudeste, 32 são de caráter privado (60,4%) e na região Sul esse número perfaz um total de 13 escolas privadas (56,5%).

Edler & Fonseca (2006), ao avaliarem as tendências da educação médica nas décadas de 1950-1960, também apontaram tal tendência de concentração das escolas naquelas regiões, à custa, principalmente, das escolas privadas e isoladas. Afirmam que esse tipo de expansão permitiu uma falta de compromisso com a qualidade do ensino e com propostas curriculares inovadoras, baseando suas afirmativas em dados contidos em avaliações da Comissão do Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura datada de 1971: corpo docente desqualificado, com pouca ou nenhuma experiência em pesquisa; falta de infra-estrutura para a pesquisa; professores convidados itinerantes; falta de campo para a prática de estudantes na fase clínica ou de internato, isto é, cursos eminentemente teóricos sem a realização de estágios práticos (Edler & Fonseca, 2006; Grossemann & Patrício, 2004).

Rego (2003) reforça que, mesmo entre as escolas médicas mais recentemente fundadas, muitas iniciaram seu funcionamento ainda sem autorização oficial, acreditando na pouca probabilidade de virem a ser fechadas. Rego (2003) e Siqueira (2006) destacam, ainda, a posição reacionária dos próprios estudantes, tradicionais defensores da qualidade do ensino, frente a uma avaliação das escolas que possa evoluir com uma proposta de fechamento das mesmas. Esses autores julgam que semelhante postura do corpo discente está relacionada com o medo de comprometer as oportunidades de trabalho e o exercício profissional de colegas oriundos dessas escolas.

2.1.3. Modelos de formação médica no Brasil

A organização das faculdades de Medicina no Brasil esteve sob influência dos modelos europeus até meados do século XX, entretanto, o período após a Segunda Guerra Mundial determinou novas relações econômicas e culturais no mundo, havendo um declínio da influência européia e um predomínio norte-americano, inclusive na educação médica (Almeida, 2000). A partir da reforma do sistema de ensino médico americano, baseado na publicação do Relatório Flexner, nosso modelo de ensino foi paulatinamente deslocando-se do modelo europeu para o americano, culminando sua implantação com a Reforma Universitária de 1968 (Brasil, 1968).

O Relatório Flexner foi resultado de uma avaliação das escolas médicas americanas, publicado em 1910, que mostrou o desastroso sistema de formação médica de então. Havia uma disparidade entre o nível das ciências médicas e o nível de ensino. O modelo de ensino mostrava-se, ainda, baseado em currículos tradicionais que não contemplavam os métodos da ciência moderna. Algumas de suas sugestões foram: obrigatoriedade do ensino laboratorial; expansão do ensino clínico, principalmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de adequar a formação médica ao desenvolvimento das ciências médicas; estímulo à pesquisa e sua vinculação ao ensino (Rego, 2003).

A mudança curricular baseada no modelo flexneriano entre nós consolidou-se quando se instalou no País uma política que favorecia os interesses internacionais, representados, no caso da Medicina, pela expansão da indústria farmacêutica e do complexo médico-industrial. Na opinião de Tedesco (*apud* Machado, 1997), a reforma universitária ocorrida na América Latina não correspondia às necessidades internas dos

países, mas foi implantada atendendo a políticas preconizadas por agências internacionais de financiamento.

Com a reforma curricular instaurada, as cátedras foram extintas e substituídas por disciplinas distribuídas em departamentos. Os cursos da área da saúde foram divididos em dois ciclos: o básico e o profissional, que não apresentam ligação entre si. O ciclo básico é constituído pelas chamadas matérias básicas, compreendendo as disciplinas de anatomia, fisiologia, histologia, farmacologia, microbiologia e genética. O chamado ciclo profissional abrange as disciplinas que correspondem às especialidades médicas e ao estágio supervisionado nos serviços, denominado de internato médico. Nesta fase, normalmente, o estudante insere-se no contexto hospitalar.

Lampert (2002) acentua que tal estrutura permitiu o acréscimo de conhecimento por meio do acréscimo do número de disciplinas. Já Siqueira (2006) pontua que essa cisão, observada na estrutura curricular introduzida pelo relatório Flexner, estende-se ao modelo assistencial: a Medicina compromete-se com o biológico, separando a mente do corpo, adotando a lógica de que a cada efeito corresponde uma causa e o princípio segundo o qual o ser humano seria mais bem conhecido se dividido em partes, cujo conhecimento levaria ao conhecimento do todo. As doenças passam a ser vistas, então, como processos individuais, naturais e biológicos, que acometem determinados órgãos, eliminando-se, assim, a contextualização do indivíduo no processo de adoecer.

Algumas objeções são apresentadas a tal modelo de ensino por diversos autores: a pouca interação das disciplinas entre si, mesmo quando pertencentes a um mesmo departamento; a disputa de poder entre as disciplinas e entre os departamentos; a segmentação do conhecimento em disciplinas distintas, mesmo quando existe sobreposição do conteúdo programático, não havendo conexão nem entre eles, nem em relação ao mundo

concreto e à realidade vivida pelo aluno; a opção prematura do estudante por uma especialidade; a pouca terminalidade do curso de Medicina para o mercado de trabalho (Machado, 1997; Lampert, 2002; Rego, 2003; Fagundes & Burnham, 2005).

Rego (2003) salienta ainda que, nessa estrutura curricular, as atividades práticas acontecem de forma fragmentada, não sendo satisfatórias na maioria das vezes. Delineia alguns cenários onde pode desenvolver-se o contato dos alunos com pacientes: a) enfermarias: normalmente obedecendo a uma escala hierárquica, que passa pelo residente do serviço, pelo aluno do internato até chegar ao aluno de terceiro ou quarto ano. Todas as atividades desempenhadas pelos alunos menos graduados já foram realizadas por outros, não propiciando com isso um comprometimento desse aluno com os pacientes; b) aulas práticas: desenvolvidas em ambulatórios ou anfiteatros, sendo, na maioria das vezes, demonstrativas. Os alunos assumem papel de observadores e, em algumas oportunidades, realizam o exame em um paciente ou em outro colega; c) estágio de internato: é o estágio obrigatório do curso de Medicina e tem sua duração variando, atualmente, entre 18 e 24 meses. É quando o aluno começa a assumir responsabilidades em relação aos pacientes; d) estágios extracurriculares: ocorrem, normalmente, fora do universo acadêmico e permitem aos alunos desenvolverem atividades práticas. Algumas questões se impõem em relação a essa atividade extracurricular: a falta de supervisão permitindo, às vezes, a incorporação de condutas não-condizentes com a boa prática médica e a ignorância dos pacientes em saber que serão atendidos por estudantes; e) atividades de extensão curricular: às vezes oferecidas pelas faculdades como possibilidade de participação em atividades comunitárias de pesquisa e/ou assistência.

Tal estrutura curricular então vigente, desenvolvida no âmbito dos hospitais de ensino ou hospitais universitários é chamada de “hospitalocêntrica”.

O incremento significativo do conhecimento é outro fator importante que contribui para aumentar a especialização e o surgimento de subespecialidades, influenciando a prática e o ensino médico: o modelo flexneriano privilegia um enfoque sistemático nas doenças em detrimento de um caráter de prevenção ou promoção da saúde (Novaes *apud* Beltrame, 2006).

Essa visão fragmentada do corpo humano introduz a analogia a uma máquina, com partes que se inter-relacionam obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas. Contudo tal máquina precisa de ajustes periódicos a cargo dos especialistas (Koifman, 2001).

A introdução de todo um arsenal tecnológico visando à maior acurácia diagnóstica e terapêutica passa a permear a atuação médica, interferindo na relação médico-paciente. Koifman (2001) discute que a inserção maciça da tecnologia ocupa indevidamente o lugar da anamnese e exame físico, comprometendo o raciocínio clínico. Assim, o médico afasta-se ainda mais do paciente, e a qualidade da atenção fica comprometida em seu todo, porquanto não há espaço para o paciente exteriorizar suas preocupações e aderir às propostas terapêuticas. Já Beltrame (2006) conclui que a tecnologia e a racionalização do trabalho passam a concorrer com a subjetividade, a intuição, a individualização e a sensibilidade na relação médico-paciente.

Se, por um lado, esse modelo médico era responsável por uma grande resolutividade, por outro, surgia toda uma gama de questionamentos referente à equidade de acesso das populações a todo esse arsenal tecnológico e em que medida isso era necessário na resolução dos eventos prevalentes.

Em âmbito mundial, a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão em 1978, com a diretriz de **Saúde para todos no ano 2000** advoga a

necessidade de se priorizar a atenção básica em saúde como estratégia para se alcançar tal objetivo. Lampert (2002) destaca, ainda, o papel da Conferência de Otawa (1986) na qual *se formulou oficialmente a proposta de Promoção da Saúde, e se ampliou o entendimento de que saúde é qualidade de vida.*

Entre nós, o modelo da Medicina preventiva e o da promoção da saúde tiveram no movimento da Reforma Sanitária e na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) seus marcos históricos, apontando a necessidade de reformulação das práticas assistenciais vigentes. Isso ficou consolidado na promulgação da Constituição Brasileira em 1988, assentado no Título VII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

Amoretti (2005) destaca, também, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um marco em termos de progresso de sistema assistencial público de saúde, estando *organizado em uma rede de serviços e garantindo acesso universal e gratuito a todas as pessoas, constituindo um fator de democratização e distribuição equitativa de recursos aplicados.* O SUS representa, ainda, segundo esse autor, um exemplo de participação do Estado na garantia dos direitos individuais, na preservação da cidadania e da justiça social.

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 apontou, também, na direção da necessidade de uma formação médica generalista que pudesse atuar no campo das necessidades básicas de saúde da população.

No âmbito da educação médica, alguns fóruns são registrados na literatura como de importância capital na direção de um novo paradigma na formação médica. A Conferência Mundial em Educação Médica, realizada em Edimburgo, na Escócia, em 1988, ratifica que o principal objetivo da educação médica é formar profissionais capacitados na promoção da saúde de todas as pessoas. Define o perfil desse profissional como *“um atento ouvinte, um*

cuidadoso observador, um comunicador sensível e um médico eficiente” (Chaves & Rosa apud Feuerwerker, 2006).

Baseada nessas orientações, Beltrame (2006) traduz as competências necessárias à formação desse profissional como alguém que tenha capacidade para se comunicar, tenha habilidades interpessoais, possa atuar em cenários diversos do ambiente hospitalar, consiga inserir-se em equipes multiprofissionais e atuar na prevenção de doenças, quando isto for exequível.

A atuação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), na análise situacional das escolas médicas e na formulação de um plano de ação, também se tornou referência na formação médica. Para construir tal percurso foram convidadas diversas entidades representativas da categoria médica ou representantes de setores que estivessem mais relacionados à atuação profissional dos egressos dos cursos de Medicina e que, juntas, formaram a Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)¹.

Esse processo constou de três fases: a primeira fase visou mapear um perfil das escolas médicas brasileiras e contou com a adesão de 76 escolas das 80 convidadas a participarem do processo; a segunda fase consistiu na avaliação de egressos e docentes de 47 escolas, objetivando caracterizar os seus recursos humanos e a qualificação profissional do formado, entendendo como se dão as relações entre eles no processo pedagógico; a terceira fase apontava *para uma intervenção participativa e auto-sustentada, com objetivos gerais de estimular a manutenção e ampliação do movimento desenvolvido nas fases anteriores e promover a transformação da escola médica participante* (Beltrame, 2006).

¹ A CINAEM foi constituída pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica, Conselho de Reitores, Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Nacional dos Docentes Universitários, Academia Nacional de Medicina, Associação Médica Brasileira, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina e Associação Nacional dos Médicos Residentes

Na primeira fase do projeto, as conclusões da CINAEM apontam para uma estrutura político-administrativa centralizadora das escolas médicas: uma estrutura econômico-administrativa sem autonomia, pouco ágil e insuficiente diante das necessidades básicas das instituições; uma infra-estrutura material aquém do desejável e sucateada; recursos humanos escassos, pouco preparados e com regime de trabalho insuficiente às necessidades do ensino médico; um modelo pedagógico anacrônico, fragmentado e compartimentado; escolas médicas com pouco investimento em pesquisa e prestação de serviços à comunidade e, conseqüentemente, formando médicos inadequados às demandas sociais (CINAEM *apud* Beltrame, 2006). Beltrame (2006) enfatiza, ainda, que, dentre as variáveis estudadas, o modelo pedagógico e os recursos humanos foram os maiores determinantes do perfil profissional dos egressos.

No tocante à avaliação direta dos egressos e dos recursos humanos que constituíram a segunda fase da avaliação, a CINAEM concluiu que a estrutura curricular apresentava uma formação humanista deficiente, centrada em recursos tecnológicos, e a estrutura pedagógica não privilegiava o aluno, estando centrada no professor, na assistência terciária e favorecendo especializações. Além disso, os cursos de Medicina, em média, apresentavam pouca terminalidade, não capacitando os formados para desenvolverem atividades inerentes à profissão (CINAEM *apud* Beltrame, 2006).

As questões relativas à formação médica enfocadas pela CINAEM foram discutidas em 11 fóruns nacionais de avaliação, em oficinas de trabalho semestrais e produziram ao final um documento-síntese: Preparando a Transformação da Educação Médica (2000), que subsidiou o processo de transformação em algumas escolas médicas brasileiras (Stella & Campos, 2006).

As situações referidas anteriormente, no âmbito assistencial e na formação profissional, apontavam para uma necessidade de mudança de paradigma na formação médica. Essas mudanças foram alocadas sob a epígrafe de “paradigma da integralidade”, visando a um novo modelo pedagógico e buscando um equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.

Para Campos et al. (2001), esses objetivos a serem alcançados passam:

...pelo deslocamento do eixo da formação médica centrada na assistência individual prestada em unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/doença da população (p.54).

Lampert (2002) acentua algumas características propositivas desse modelo pedagógico, contrapondo-o ao paradigma flexneriano vigente: a) ênfase na saúde quando da abordagem do processo saúde-doença; b) processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno como sujeito ativo de sua própria formação; c) ensino da prática em diversos cenários do sistema de saúde existente, em graus crescentes de complexidade, obedecendo a mecanismos de referência e contra-referência, além de voltado para as necessidades básicas de saúde; d) importância do enfoque docente contemplar tanto a competência técnica quanto a pedagógica; e) acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e suas implicações éticas.

Essa abordagem holística do profissional médico, requerida pelas necessidades sociais, está consolidada no perfil desse profissional preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, aprovadas pela Resolução do

Conselho Nacional de Educação (CNE), homologadas pelo Ministro da Educação e publicadas no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2001, que diz em seu artigo 3º:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Algumas dificuldades são referidas na literatura para implantação desse paradigma da integralidade nas escolas médicas. Como já referido anteriormente, a estrutura até então vigente em departamentos e disciplinas enseja uma disputa na Academia por espaço e poder. Koifman (2001) relata a dificuldade de adesão de vários departamentos quando da mudança curricular na Universidade Federal Fluminense. Para o coordenador do curso de Medicina na época, tal fato podia ser atribuído à desinformação e à falta de diálogo entre os departamentos. A autora (2001), baseada em Fleck, aponta como possíveis causas dessas discordâncias as diferentes concepções de Medicina e os diferentes objetivos da formação médica para cada um desses departamentos, o que prejudica o diálogo. Entende ser necessário o esforço da criação de um diálogo abrangente como forma de superar as diferenças e tornar frutífero o intercâmbio.

Uma outra dificuldade apontada é a questão da formação dos docentes das escolas médicas. Alguns autores apontam como critério de escolha do corpo docente a competência técnica, sendo este, na maioria das vezes, constituído por especialistas conceituados em suas áreas técnicas. Contudo a formação técnica específica não fornece subsídios para o exercício da docência e, via de regra, esses profissionais estão preocupados com a transmissão objetiva dos conteúdos programáticos, sem a contextualização preconizada

pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. No dizer de Amoretti (2005): *“uma das questões fundamentais a considerar é como educar os educadores, para que correspondam às necessidades e demandas sociais da área de saúde, trazendo para o debate o saber/fazer docente e o saber/fazer profissional.”*

Um outro viés na questão docente apontado por Tamosauskas (2003) é a conciliação entre a atividade docente e a pesquisa dentro da Universidade, havendo, algumas vezes, o privilégio de uma função em detrimento da outra, quando deveriam estar harmonizadas.

Bulcão & Sayd (2003) indicam que a maioria dos docentes encara o ensino como uma decorrência natural de sua atividade clínica, entendendo que o preparo prévio para a docência contribuiria para facilitar a relação do professor com o ensino em geral.

As atividades de ensino desenvolvidas em unidades de saúde diferentes do hospital universitário como unidades básicas de saúde, ou ainda, em outras instâncias hospitalares além das enfermarias (por exemplo, nos ambulatórios), são questões apontadas que suscitam dificuldade e demandam solução para a implantação desse novo projeto de formação profissional. Bulcão & Sayd (2003) identificaram, em uma amostra com professores de uma faculdade de Medicina, o pouco apreço ao trabalho docente desenvolvido em ambulatórios, visto como de menor importância em relação à gravidade das doenças e, como consequência, diminuindo o mérito do médico que ali atua.

Lampert (2002), ao fazer um estudo de 12 escolas médicas brasileiras quanto ao norte adotado em seus processos de formação médica, conclui que, apesar das diretrizes instituídas, existe, ainda, uma dominância do modelo baseado em especialidades e centrado no atendimento hospitalar. Identifica uma tendência à mudança, que é recente e precisa ser monitorada para abalizar movimentos em direção ao paradigma da integralidade.

2.1.4. A Formação e o Ensino da Ginecologia

As doenças das mulheres eram conhecidas e, esporadicamente, tratadas desde a época de Hipócrates. Na grande maioria das vezes no decorrer da História, esteve em mãos de leigos, como curandeiros e parteiras.

A Ginecologia instituiu-se como especialidade médica a partir da segunda metade do século XIX e foi forjada entre a Obstetrícia e a Cirurgia. Rhoden (2002) destaca os avanços tecnológicos como fatores primordiais ao seu desenvolvimento, tais como: a assepsia, a anti-sepsia e a anestesia, que permitiram o incremento dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos e a construção de seu lugar específico como especialidade dentro da Medicina.

Martins (2004) destaca as disputas de competência entre os médicos parteiros (também ocupados com as afecções ginecológicas) e os cirurgiões, que passaram a condenar o que para eles significa uma ingerência em seu campo de trabalho. Contudo Rhoden (2002) enfatiza constituírem o conhecimento e a habilidade dos obstetras, no tocante ao corpo feminino, um diferencial para que assumissem, também, a nova especialidade.

Entretanto a constituição da Ginecologia como uma especialidade destinada aos cuidados de uma clientela específica _ as mulheres _ assume uma conotação peculiar, já que não existe correspondência, em relação à prática destinada aos homens, de uma formação abrangente.

Costa et al. (2006) enfatizam que, desde o final do século XVIII, a natureza feminina era associada, gradativamente, aos órgãos reprodutivos. Tal associação das mulheres com a reprodução determinava, também, seus papéis sociais de esposa e mãe. Assim, as mulheres estavam destinadas ao espaço privado, enquanto aos homens

destinavam-se as atividades do mundo público. Em consonância com o papel desempenhado pela Medicina na época, a Ginecologia surge como um poder normalizador dos padrões de comportamento feminino, *que ultrapassa em muito o simples cuidado dos órgãos reprodutivos* (Rohden, 2002:108).

Martins (2004) destaca que a Ginecologia inaugurou uma nova metodologia de investigação do corpo feminino baseada no tato e, principalmente, no olhar. A partir dessas técnicas semiológicas, foram auferidos conceitos de normalidade e níveis de patologia do trato reprodutor feminino. Contudo essas práticas de exame abrem um campo de discussão a respeito da validade e da moralidade da nova especialidade, cuja maior representação é o exame ginecológico, quando ocorre *“a intromissão de um homem estranho, mesmo que coberto pelos propósitos da medicina, na intimidade de uma mulher...”* (Martins, 2004).

Os aspectos referidos pela literatura, concernentes ao exame ginecológico e que suscitavam resistência das mulheres à sua efetivação mantêm-se, ainda, atuais. O uso do espéculo vaginal que, àquela época, simbolizava uma invasão e uma maior exposição do corpo, descrita em Rohden (2002) até como uma idéia de um abuso sexual pelo médico, continua sendo um desconforto para a grande maioria das mulheres.

Sandelowski (2000) refere que, nos anos 70 do século XX, a posição de litotomia usada durante o exame pélvico representava uma situação de subordinação feminina ao poder dos homens, estando em confronto com o movimento de liberação das mulheres, então em voga. Essa resistência à posição ginecológica, que ocorria com os próprios médicos no alvorecer da Ginecologia, referida por Martins (2004), só era aceita em situações muito específicas.

A possibilidade de realização do exame ginecológico de uma forma não-traumática para a mulher consistia em um trabalho de conquista e de convencimento por parte do

médico, inserida em uma avaliação global da paciente, que permanece válida no nosso tempo:

Se através de sua atitude você mostra que o exame não tem nada de insólito; se você permanece calmo, sério e digno; se após ter tomado o pulso, auscultado o pulmão e o coração, apalpado o ventre você pede naturalmente que é necessário fazer o toque vaginal, a mulher nem pensará em negar ao médico o exame, mesmo sendo um homem, ela se abandonará sem reservas a todas as explorações que ele julgar úteis (Leblond apud Martins, 2004: 126).

Além do consentimento informado da paciente para a realização do exame ginecológico, historicamente, a literatura refere a necessidade de autorização dos responsáveis para as meninas menores de idade (Rohden, 2002). Inclusive a presença de um acompanhante, no caso uma enfermeira, é citada por Sandelowski (2000) como um fator de proteção para médicos e pacientes. Para essa autora, a ligação do exame ginecológico a conotações sexuais pode ocasionar equívocos que seriam dissipados com a presença de uma enfermeira durante a sua realização, impedindo falsas acusações de conduta imprópria aos profissionais.

Um dado destacado na literatura é o enfoque da Ginecologia na mulher a partir da diferenciação sexual com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, ou seja, a partir da puberdade e, mais especificamente, a partir da menarca. Martins (2004) enfatiza que “o interesse médico pelo corpo feminino restringira-se ao período em que a mulher exercia sua função reprodutiva e passava por várias transformações, como a puberdade, a gravidez e o parto chegando até o seu epílogo com a menopausa”. Assim, as crianças do sexo feminino não constituíam objeto de estudo nem de assistência desta nova especialidade: a Ginecologia.

O ensino da Ginecologia e da Obstetrícia na Escola Médica do Rio de Janeiro começou um ano após a sua implantação, que aconteceu junto com a chegada da família imperial em 1808, mas, em Salvador, começou somente em 1819 (Mott *apud* Vieira, 2002). Segundo Rego (2003) e Martins (2004) tais disciplinas começaram a ser ministradas isoladas apenas a partir da década de 1880, com a reforma dos cursos médicos.

Um grande obstáculo imposto nos cursos médicos no tocante a essas disciplinas foi o ensino prático, já que não existiam enfermarias para gestantes e puérperas nos hospitais onde os cursos estavam instalados. Com isso não se desenvolvia a aprendizagem prática, ficando o curso restrito à leitura de tratados e compêndios.

As condições do ensino tiveram um sucesso mais rápido no Rio de Janeiro, com o funcionamento de uma enfermaria para mulheres pobres na Santa Casa de Misericórdia, mas, embora o local fosse propício ao ensino, resistências por parte das freiras e dos provedores dificultavam o acesso dos alunos à enfermaria. O impasse só foi solucionado com a intervenção do Governo Imperial.

A resistência das pacientes em se exporem aos alunos durante as aulas práticas foi mais um motivo a dificultar a sua implantação. Martins (2004) pondera que a melhoria das instalações hospitalares e do atendimento propiciou o aumento da clientela hospitalar, permitindo um ensino mais voltado para o aprendizado clínico a partir do final do século XIX. Enfoca ainda, que essa falta de prática expunha os médicos recém-formados a enfrentarem situações dramáticas em seu exercício profissional, que podiam ser creditadas ao seu despreparo.

Somente a partir do século XX, o ensino da Ginecologia e Obstetrícia evolui para a prática, com a construção das primeiras maternidades no Brasil. Até então, a parte teórica era priorizada sobre o aprendizado clínico (Martins, 2004).

Nos dias atuais, o ensino de uma e outra mantém-se isolado, observando que ambas experimentam um incremento acentuado em seus campos de conhecimento, caminhando cada vez mais para especialidades distintas. Esse acúmulo de informação propiciou o desdobramento em diversas subespecialidades e áreas de atuação ligadas às disciplinas dirigidas especificamente à saúde da mulher.

A **Ginecologia Infanto-Puberal** surgiu como subespecialidade da Ginecologia na década de 40 nos Estados Unidos e começou a ter representatividade no Brasil na década de 70 do século XX, sendo em 1978 criada uma Comissão Nacional de Ginecologia Infanto-Juvenil, junto à Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Somente em 1995, entretanto, foi instituída a Sociedade de Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA), com representatividade junto aos órgãos internacionais.

Bastos (1998), um de seus precursores entre nós, entende que a Ginecologia Infanto-Puberal deva ser essencialmente preventiva e que, no âmbito das doenças orgânicas, possibilite o diagnóstico precoce de algumas ginecopatias, dentre as quais não menciona o abuso sexual e suas intercorrências. Entretanto, atualmente, esse é um tema presente em congressos dessa subespecialidade. Outro destaque no nosso meio é a Professora Avani Jorge Moreira que trabalhou e ajudou a divulgar-la (Furtado, 1998).

Como subespecialidade, está ligada, nos currículos de graduação, à disciplina de Ginecologia. Porém, diferentemente do que se observa com outros tópicos relacionados à patologias incidentes em outras fases da vida (como, por exemplo, patologias da mama, do trato genital inferior, próprias do climatério), o abuso sexual não é contemplado nos programas da maioria das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro. Permanece um

critério já visto desde os primórdios da Ginecologia, quando o interesse pela saúde da mulher estava diretamente ligado à sua fase de vida reprodutiva.

A experiência em nível de pós-graduação pode ocorrer em alguns hospitais que dispõem em seu organograma de um serviço especializado em Ginecologia Infanto-Puberal. Nesse sentido, a especialização médica é um tema muito importante na complementação do conhecimento médico no País.

2.1.5. A Especialização Médica e a Educação Continuada

A procura por um maior aprimoramento profissional e, até mesmo, uma capacitação específica que facilite o ingresso no mercado de trabalho leva a maioria dos formandos em Medicina a buscar uma **especialização** após o término do curso de graduação.

Nunes (2003) destaca que a Residência Médica está consagrada como a melhor forma de inserção dos profissionais médicos na vida profissional, propiciando um treinamento técnico sob a supervisão de preceptores altamente qualificados e conferindo o título de especialista ao seu término.

A Residência Médica é uma forma de especialização *lato senso* iniciada nos Estados Unidos no final do século XIX, baseada no treinamento em serviço. No Brasil, o início dos seus programas aconteceu na década de 1940, alcançando seu número um grande impulso na década de 70, pressupondo um sistema de dedicação exclusiva, com a participação intensa do aluno no cotidiano do hospital.

A Residência Médica no Brasil foi regulamentada por meio do decreto presidencial nº 80.281 de 5 de setembro de 1977, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), entre cujas ações destaca-se: o estabelecimento de parâmetros para a

atuação do médico residente, além da definição de critérios e normas para o credenciamento de programas de residência (Brasil, 1977).

Nunes (2003) elenca alguns problemas vislumbrados na atualidade e que comprometem o papel desempenhado pela Residência Médica na formação profissional: a) descompasso entre número de bolsas de estudo oferecidas aos programas e número de vagas credenciadas; b) discrepância entre número de formandos e número de vagas oferecidas, havendo uma demanda de vagas muito maior que as disponíveis; c) qualidade dos programas oferecidos exigindo uma avaliação das sociedades de especialistas, dos conselhos de medicina e das escolas médicas; d) forma de acesso aos programas pautado em um sistema de seleção com um enfoque majoritariamente teórico, que vai à contramão do que é proposto pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina, gerando nos formandos um afastamento das atividades práticas para dedicarem-se à preparação dos processos seletivos.

Machado (1997), baseada em Días-Jouanen, propõe um modelo das especialidades médicas de acordo com o grau de envolvimento que o profissional estabelece com a clientela, variando desde um contato intenso, nas especialidades ditas cognitivas, até aquelas nas quais há prevalência das habilidades técnicas, com um predomínio de alta tecnologia e pouco contato com os pacientes. Assim, as especialidades, de uma forma geral, estariam distribuídas da seguinte forma:

- Especialidades cognitivas: lidam diretamente com o cliente e a sua relação profissional tende a ser baseada no conhecimento cognitivo adquirido durante a formação, valorizando a subjetividade e o raciocínio clínico. Dentre os exemplos clássicos citam-se: os clínicos gerais, os pediatras, os psiquiatras e homeopatas.

- Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades: nesse caso lidam com o paciente, mas não de forma tão direta e cotidiana. A relação médico-paciente é permeada por habilidades técnicas, por equipes de apoio e equipamentos sofisticados, estando representada pelas especialidades basicamente cirúrgicas como a cirurgia geral, a cirurgia cardiovascular, a cirurgia plástica, etc.
- Especialidades intermediárias: conciliam as bases cognitivas com as habilidades técnicas, constituindo, para essa autora, verdadeiras “clínicas autônomas”, condensando os dois ramos básicos da Medicina: a clínica e a cirurgia. Toma, como exemplos, a oftalmologia, a traumato-ortopedia, a ginecologia-obstetrícia, a otorrinolaringologia.
- Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas: tipicamente urbanas, fruto de processos sociais mais avançados e voltados à pesquisa. Nesse caso a relação médico-paciente transcende o âmbito individual estando dirigida à coletividade. Sobressaem, nessa atividade, os administradores hospitalares, os sanitaristas, os epidemiologistas, os médicos do tráfego.

Segundo o O Relatório de Gestão 1993/1994 realizado pela Fundação para o Desenvolvimento da Administração Pública (FUNDAP *apud* Campos et al., 1997) as áreas menos procuradas pelos graduados são as chamadas cognitivas, as de “especialidades gerais”.

Campos et al. (1997), discutindo a criação de subespecialidades dentro da Medicina, identifica fatores relacionados com melhor remuneração, tanto no setor público quanto no privado, na escolha pelas especialidades operadoras de tecnologia. Reconhece a

inevitabilidade dessas novas áreas do conhecimento e propõe uma linha alternativa de raciocínio que preserve as áreas básicas.

Assim, a área de competência de cada especialidade seria dividida em dois espaços inclusivos:

um mais geral, denominado campo de competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades. O campo de competência não caracterizaria monopólio profissional da especialidade; ao contrário, seria um campo de intersecção com outras áreas; um segundo, mais específico, denominado núcleo de competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando portanto, a sua existência como uma nova área (Campos et al, 1997: 143).

Gilbert et al. (2006), trabalhando com residentes do terceiro ano do programa de Ginecologia e Obstetrícia em um hospital do Rio de Janeiro, identifica uma tendência à escolha por subespecialidades, principalmente aquelas mediadas por tecnologia. Esses profissionais expõem que tal escolha é baseada na busca por uma vida mais estável no que tange aos horários de trabalho e a diminuição da incerteza no exercício profissional diário, garantido pelo trabalho com diagnóstico por meio de imagem.

Esses profissionais defendem, também, a residência como forma de adquirir experiência e advogam a circunscrição do conhecimento como uma forma de permitir a atualização constante (Gilbert, 2006).

Outra forma de aprendizado profissional é a **educação continuada**. Esta habilita o profissional para o exercício de uma boa prática, acompanhando as mudanças e os progressos científicos em curso. Por um lado, o acesso facilitado à informação hoje existente torna a busca de conhecimento mais fácil, por outro, o excessivo volume de novas

informações dificulta acompanhar o desenvolvimento em áreas do conhecimento muito extensas. Entidades médicas, como as Sociedades de cada especialidade e o próprio Conselho Regional de Medicina promovem, periodicamente, jornadas e cursos de atualização. No intuito de avaliar a permanente atualização médica, o Conselho Federal de Medicina instituiu, através da Resolução nº 1772, o Certificado de Atualização Profissional (CAP), que atesta a atualização dos conhecimentos médicos, habilitando-o ao exercício de sua especialidade. Para que isso ocorra, o médico deverá comprovar uma pontuação ao longo de cinco anos, por meio de atividades de atualização. Essa pontuação será também avaliada na revalidação do Título de Especialista, quando obtidos a partir de janeiro de 2006 (CFM, 2005).

Dentro da Ginecologia, os congressos promovidos pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) acontecem em nível nacional a cada dois anos. Os promovidos pela federada regional – Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (SGORJ) ocorrem anualmente. Além desses, existem, ainda diversos encontros com temas específicos às subespecialidades da Ginecologia e congressos em âmbito nacional pelas Sociedades das diferentes subespecialidades.

2.1.6. O Processo de Socialização do Médico

A trajetória pessoal para tornar-se médico inclui experiências não-formuladas nos projetos de curso, mas que fazem parte da formação profissional de cada um e que são relevantes no contexto final.

Souza (2001) descreve que a formação médica passa, além da aquisição de habilidades técnicas e conteúdo, pela apreensão do cenário onde se desenvolve a prática assistencial institucionalizada e pela busca de uma identificação com o professor.

Esclarece, ainda, que essa introjeção de valores acontece sem nenhuma clareza de consciência e que vai projetar o perfil desse profissional.

Beltrame (2006) atesta que o ensino vai além do que está explícito no currículo formal (programas oficiais) ou, ainda, no currículo manifesto (o que os professores dizem querer transmitir). *“Ao lado do currículo que se diz estar desenvolvendo, existe outro que funciona subterraneamente, denominado oculto”* (Beltrame, 2006:65). Giroux (*apud* Beltrame, 2006) define assim o currículo oculto: *“...conjunto de normas, valores e crenças não declarados que são transmitidos aos estudantes através da estrutura subjacente de determinada aula.”* (Beltrame, 2006).

Rego (2003) lembra que os estudantes são pessoas motivadas a aprender, porquanto possuem o objetivo específico de “tornarem-se médico”. Esse “tornarem-se médico” inclui não só a aquisição de conhecimentos técnicos, mas toda uma gama de características que os ajudem a se identificar como médicos. Tal motivação funciona tanto na identificação dos modelos representativos do seu ideal profissional como aqueles que são a sua antítese.

Para Sacristán (*apud* Beltrame, 2006), o currículo oculto pode ter efeitos benéficos, como também efeitos totalmente contrários ao projeto educativo.

De acordo com Rego (2003), o indivíduo assume um papel ativo em sua socialização profissional, podendo exercer escolhas quanto ao seu futuro profissional. O produto final será o resultado dos alicerces onde construiu sua bagagem profissional, mediado pela padronização mínima de conhecimentos, valores e atitudes, implícita nesse processo de socialização.

Silva e Teixeira (2002) entendem que o estudante de Medicina é “treinado” para desenvolver duas características que consideram marcante na Medicina atual: a onipotência e a despersonalização do paciente. Por esses mecanismos, acreditam que se promova um

distanciamento emocional entre médico e paciente e que isto confira ao médico uma proteção viabilizadora de sua atuação. Vêem que tal mecanismo é relativamente válido para manter a saúde e a sanidade do médico, se não usados de forma estereotipada e indiscriminada.

Souza (2001), ao estudar o processo de socialização de um grupo de estudantes em uma escola médica brasileira, descortina uma realidade contraditória entre o que é preconizado teoricamente pelos professores (“escutar o paciente”) e o que vivenciam na prática (quando essa atuação é ridicularizada por esses mesmos professores). Identifica um dilema vivido por tais estudantes em se arriscarem em uma relação transferencial com os pacientes e não serem reconhecidos pelos pares como pertencentes ao grupo social. À semelhança de Silva e Teixeira (2002), a autora encontra nessa prática uma resolução da tensão doente/doença pela negação do doente e a limitação do saber ao valor pragmático da ação.

Campos (1999) acredita ter a perda da subjetividade na relação médico-paciente influência negativa no atendimento e que esse resgate é necessário para trazer de volta ao profissional resolutividade, humanidade e prazer de trabalhar. Considera, ainda, que isso é possível a partir de uma reformulação no ensino da graduação.

2.2. VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Nosso objeto de estudo está situado dentro do campo da violência contra crianças e adolescentes. Como a violência é um fenômeno que permeia a história da Humanidade, conceituá-la constitui um desafio para vários autores, devido à sua complexidade, à sua polissemia e à sua controvérsia.

Minayo e Souza (1998) situam a **violência** como: *“ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam a sua integridade física, moral, mental ou espiritual.”*

Chenais (1981), compactuando com a idéia de que a violência apresenta uma multiplicidade de caracteres variáveis de acordo com os lugares, épocas, circunstâncias e pessoas envolvidas, acredita ser impossível encerrá-la em um conceito rígido, evitando, com isso, reduzi-la em sua complexidade e não compreendê-la em sua historicidade.

Soares (2002) entende a violência *“como uma forma de comunicação que acaba se instalando entre certos grupos pela força do hábito e pelo desconhecimento de uma outra gramática que enfatize a capacidade de ouvir, de respeitar, de compartilhar, de aceitar diferenças e de expressar positivamente os sentimentos.”*

O entendimento da violência traz implícita uma noção de força e/ou poder entre quem pratica e quem é sujeito da ação, seja no âmbito do macrossistema ou nas relações interpessoais.

A Organização Mundial de Saúde (Krug et al, 2002) tipifica a violência de acordo com as características daquele que comete o ato violento, podendo ser: **auto-infligida**, contemplando o suicídio, a ideação suicida e as tentativas de suicídio; **violência interpessoal** desdobrada em duas vertentes: uma familiar ou contra o parceiro, dirigida contra os membros da família, independe de acontecer no espaço da casa ou não, e uma segunda vertente, que é comunitária e compreende aqueles atos cometidos contra conhecidos ou desconhecidos e que ocorrem no ambiente social em geral; **violências coletivas**, envolvendo as situações que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, gerando danos, lesões e mortes.

Minayo (2005a) acrescenta a essa tipologia a violência estrutural, evidenciada nos processos sociais, políticos e econômicos que desencadeia, mantendo as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e de gerações. Pode estar implicada na gênese dos demais tipos de violência e é difícil de ser quantificada, já que se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação.

A violência pode, ainda, ser caracterizada de acordo com o tipo de ação desenvolvida: física, psicológica, negligência e sexual. Essas formas não são excludentes entre si, podendo estar, algumas vezes imbricadas, sendo, também, denominadas de abuso ou maus-tratos.

A **violência física** significa o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. O **abuso psicológico** está relacionado à depreciação, ao uso de agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir sua liberdade ou isolá-la do convívio social. Por **abuso sexual** entende-se o ato ou jogo sexual que ocorre nas relações homo ou heterossexuais, visando estimular a vítima ou utilizá-la para obter satisfação sexual, além de, práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. **Negligência** é entendida como a ausência ou recusa em prover cuidados necessários a alguém que deveria receber cuidados e atenção.

A **violência contra crianças e adolescentes** é uma forma secular de relacionamento das sociedades baseada no poder adultocêntrico. Passa a ser questionada na sociedade moderna a partir do entendimento das crianças como sujeitos de direito e com necessidade de proteção pela família e pelo Estado para completo desenvolvimento biopsicossocial.

A abordagem da violência dirigida para essa faixa etária traz à tona um conceito defendido por Azevedo e Guerra (1989) sobre as condições que tornam tais crianças vítimas. Aquelas submetidas a privações decorrentes da realidade socioeconômica e política são denominadas “*crianças vitimadas*” ou “*crianças de alto risco*” e reclamam intervenção e proteção do Estado para manterem seus direitos de cidadãos.

As crianças expostas a uma relação de poder assimétrica com o adulto, que têm cerceados sua vontade e desejo em resposta à vontade de outrem, são chamadas de “*crianças vitimizadas*”. Como esse processo se desenvolve por longo tempo, é, ainda, exigido da criança sua cooptação por meio de um pacto de silêncio. São crianças vivendo sob um regime de medo e coação, em uma situação típica de “*estado de sítio*.”

As crianças vitimizadas podem estar expostas à violência de qualquer natureza: física, psicológica, sexual ou negligência. Neste trabalho enfocaremos especificamente a **violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo feminino**.

A **violência sexual** cometida contra crianças e adolescentes traz inquietações profundas e muitas dificuldades aos profissionais de saúde que lidam com essa clientela, começando pelas diversas definições do que constitui o abuso sexual, passando pela suspeita clínica, confirmação diagnóstica e demais procedimentos pertinentes (no âmbito clínico e no das implicações legais). Esses profissionais, na maioria das vezes, vêm-se frente a uma ainda desconhecida realidade.

Várias definições existem sobre o tema priorizando diversos aspectos relacionados a este tipo de violência. Neste trabalho adotaremos aquela proposta por Deslandes (1994), que assim caracteriza abuso sexual:

Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança ou adolescente. Tem por intenção estimulá-la ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Podem variar desde atos em que não existe contato sexual (voyeurismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual visando lucros como prostituição e pornografia (p.13).

Azevedo e Guerra (1989) utilizam como definição:

Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou usá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa (p.42).

Algumas observações são enfatizadas na literatura como fundamentais na definição do que seja uma condição sexual abusiva: a diferença etária, devendo ser de cinco ou mais anos para alguns autores, caracterizando um desenvolvimento psicológico, emocional e cognitivo superior do abusador em relação à criança abusada; os elementos de coerção utilizados; e o tipo de comportamento envolvido (Finkelhor & Hotaling, *apud* Amazarray, 1998).

De acordo com Gabel (1997), a noção de abuso comporta uma disfunção em três níveis: o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (forte) e o uso delinqüente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem sobre o próprio corpo.

O abuso sexual de crianças e adolescentes é cometido, na maioria das vezes, por um adulto próximo à criança e que, pelo poder exercido sobre ela (seja pela sedução, coação ou pela força) obtém um “pacto de silêncio”, às vezes com a anuência de toda família, o que pode dificultar o relato pela vítima (Azevedo; Guerra, 1989).

Assis et al. (2003) destacam as variadas formas de abuso sexual, incluindo pedofilia e pederastia (relação sexual do adulto com criança pré-púbere e púbere, respectivamente), incesto, exibicionismo, molestaç o, estupro, prostituição infantil e pornografia.

O abuso sexual é classificado como incesto quando praticado por alguém ligado à criana por laos consang neos, de afinidade ou com a responsabilidade de dela cuidar, podendo ser pai adotivo, tutor ou padrasto, implicando em uma transgressão do dever de proteo. Para Bouhet et al. (1997), o incesto pai-filha é o mais difícil de revelar e o que traz as piores conseq ncias para o equilíbrio psíquico da criana e adolescente, tanto no presente quanto no futuro.

O atendimento clínico é dificultado por esse compromisso de silêncio que perpassa não apenas a família, mas também alguns profissionais com dificuldade pessoal em lidar com a questão, ou que não estão plenamente capacitados para esse tipo de ateno em saúde.

Bouhet et al. (1997) destacam que facilitar a revelao do abuso sexual implica dar credibilidade   palavra da criana. Isso pode ter um valor terapêutico porquanto possibilita a implantao de medidas terapêuticas para a criana e para a família. A revelao do abuso sexual pode evitar graves conseq ncias sobre a saúde mental da criana abusada e deve ser uma das prioridades dos programas de preveno e, conseqüentemente, da sensibilizao e formao dos profissionais envolvidos.

O diagnóstico fica ainda mais dificultado, pois, freqüentemente, o abuso sexual ocorre sem sinais e sintomas físicos ou com sintomas com apario transitória ou inespecíficos, interferindo em sua confirmao.

Mesmo que uma criana vítima de abuso sexual não apresente uma sintomatologia física exuberante, isso não significa que esteja isenta de um sofrimento em virtude da

experiência traumática vivenciada. Não é possível, contudo, generalizar as conseqüências do abuso sexual para todas as crianças, pois as repercussões a longo prazo estão na dependência da singularidade de cada caso.

Finkelhor (*apud* Amazarray 1998), em uma revisão da literatura em amostras femininas, dividiu as conseqüências em efeitos a curto e a longo prazo. As principais reações apresentadas pelas vítimas em curto prazo seriam: medo, depressão, ansiedade, raiva, hostilidade e comportamento sexual inapropriado. Mulheres adultas com histórico de abuso sexual na infância apresentavam depressão, comportamento autodestrutivo, ansiedade, sentimentos de isolamento e estigmatização, baixa auto-estima, tendência à revitimização e abuso de substâncias.

O estresse pós-traumático é descrito na literatura e tende a ser mais intenso quando a experiência atemorizante é sentida na infância em comparação com idades mais avançadas.

Na esfera do comportamento sexual, Wright & Scalora (*apud* Amazarray 1998) referem a alta atividade sexual desde a infância até a idade adulta. Em adultos relatam: confusão e ansiedade a respeito da identidade sexual para aqueles que sofreram abuso homossexual; dificuldades no ajustamento sexual adulto como nas relações conjugais, impotência, ansiedade sexual, menor satisfação sexual, esquiva do sexo ou desejo compulsivo por sexo e confusão quanto aos valores sexuais.

No que tange às conseqüências físicas do abuso sexual, Assis et al (2003) encontraram, em uma revisão da literatura, como seqüelas freqüentes, a gravidez na adolescência (sendo fruto do episódio abusivo ou posterior à violência sexual) ou postergada para idade mais tardia (pela dificuldade de estabelecer um relacionamento mais íntimo com o sexo oposto ou medo de que o abuso sexual se repita entre a sua prole). São

referidas, ainda, as doenças venéreas, as queixas e lesões físicas gerais, os problemas ginecológicos e a dor pélvica.

O quadro de dor pélvica crônica em mulheres constitui uma entidade nosológica de difícil elucidação diagnóstica e tratamento, podendo ter sua gênese em diversos órgãos e sistemas. A violência sexual, seja na infância ou na idade adulta, é um dado que deve ser pesquisado, porque pode corresponder à causa desse transtorno, mesmo sem seqüelas físicas, mas como uma manifestação latente da agressão sofrida.

A complexidade desses atendimentos e as suas possíveis repercussões exigem, em muitas ocasiões, a participação de diversas áreas do conhecimento e de diversas especialidades médicas, no intuito de aprimorarem-se os resultados dos diagnósticos e da assistência prestada.

O fato de estudos mostrarem uma maior incidência de abuso sexual em crianças do sexo feminino (Diegoli; Carvalho, 1996; Piipo et al., 1998) revela a importância da participação dos ginecologistas que atuam junto a essa faixa etária numa equipe multidisciplinar prestadora de assistência a estas vítimas de abuso sexual.

2.2.1. A formação e a atenção do médico ginecologista frente ao tema da violência

Um aspecto recorrente quando se aborda a formação médica é a importância de ajustar-se o ensino às necessidades básicas de saúde da população. A formação médica exige terminalidade ao final do curso de graduação, ou seja, que o médico esteja apto a prestar atendimento àquelas situações de saúde mais incidentes na população.

O perfil epidemiológico brasileiro apresentou mudanças significativas nos últimos 30 anos, trazendo o tema da violência para a agenda da saúde. Minayo (2005a), analisando

de forma aglomerada as causas de mortalidade, enumera as enfermidades cardiovasculares, as violências e acidentes e as neoplasias como sendo as três principais dentre elas. Observa que todos esses três grupos de afecções estão relacionados com condições, situações e estilos de vida e, por isso, requerem, para seu enfrentamento a superação do modelo biomédico vigente na formação médica.

Apesar da necessidade de assistência às vítimas de violência pelo setor da saúde, essa autora registra que nunca um tema provocou tanta resistência para sua inclusão na pauta sanitária. Entende estarem esses motivos relacionados à visão de que a violência restringe-se ao âmbito da polícia e da justiça, e de que os fatores sociais atuam, apenas, como variáveis ambientais na produção de doenças (Minayo, 2005a).

Gomes et al. (2002) entende que a efetivação do atendimento nas situações de violência está relacionada à possibilidade de formular essa hipótese diagnóstica nos diferentes casos atendidos e que, muitas vezes, isso se associa à escuta e ao olhar ampliados que o profissional imprime à sua prática. Ampliar o olhar e escuta significa não se deter apenas no que é visível ou palpável, ou, em algumas situações, questionar a causalidade daquelas marcas corporais evidentes.

Deslandes (2002), estudando dois serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, assinala que o conhecimento para atendimento às vítimas de violência “*não faz parte, por sua especificidade, da formação médica e da enfermagem aprendida na universidade*” (p.77). Assegura, ainda, que esse conhecimento, normalmente, vem do lidar diário com estas situações criando um *know-how*, a ser sistematizado com base no autodidatismo.

Para Deslandes (2002), o atendimento à violência desencadeia no trabalho em saúde o surgimento de novas tecnologias, entendendo tecnologia como “*um conjunto de saberes*

que se desdobram materialmente e afetam as relações sociais da produção”. Dentre esses saberes construídos, esta autora aponta a percepção aguçada dos profissionais do setor da pediatria na detecção dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

A falta de acurácia diagnóstica permite que grande parcela dos casos de violência, *“que ocorrem de forma silenciosa e naturalizada e com as quais a sociedade convive”* (Minayo, 2004a) deixe de ser abordada pelo setor saúde. A ausência de uma formação específica para o diagnóstico e acompanhamento da violência pelos profissionais de saúde é citada na literatura como o principal obstáculo à essa atuação (Gomes et al., 2002; Roonberg; Hammarstrom, 2000; Paavilainen et al., 2002; Botash et al., 2005).

Roonberg e Hammarstrom (2000), em uma revisão da literatura, explicitam, ainda, que esta falta de formação permite aos profissionais desenvolverem alguns estereótipos piorando a qualidade da assistência prestada. Assim, sentem-se intimidados para indagar ao paciente sobre questões relativas à hipótese de violência, porque não foram treinados para isso durante seu processo de formação; julgam que o fator socioeconômico possa ser determinante na gênese da violência, impedindo o reconhecimento dessas vivências nas classes sociais mais favorecidas; desenvolvem sentimentos de impotência e frustração, por não saberem lidar com os casos quanto à intervenção apropriada e aos procedimentos legais cabíveis; tendem a apresentar reações de hostilidade aos pacientes vítimas de violência.

Minayo (2004b) registra que a formação profissional na área da saúde não pode manter-se indiferente a um problema com a magnitude da violência, responsável por tantas mortes, seqüelas e dor. Mostra-se de acordo com a visão anteriormente citada da contextualização da educação médica, trazendo o debate da violência para o escopo do factível, ao invés de mantê-lo no nível da inevitabilidade e da falta de controle. Nesse sentido, Deslandes (1994) relata que os casos de maus-tratos levados aos serviços de saúde

são passíveis de resolutividade, desde que os profissionais estejam instrumentalizados para isso.

A maneira da inserção dessa temática na formação profissional ainda é fonte de debate na literatura. Para Minayo (2004b):

A educação formal, seja em que nível for, precisa contribuir para a institucionalização do Estado Democrático e dar resposta às demandas sociais. Para isso é fundamental estabelecer um diálogo entre os serviços médicos, clínicos e de emergência e a saúde pública, ultrapassando a tentação de medicalizar a violência e ao mesmo tempo, buscando uma especialização maior dos recursos humanos (p.18).

Flores (2004) propõe que os médicos em geral e, em especial, aqueles ligados à carreira universitária, como os professores nos cursos de Medicina e os preceptores nas residências médicas, estejam atentos para a inserção do tema da violência como conteúdo específico de diversas disciplinas de graduação e mesmo como uma disciplina específica em cursos de pós-graduação.

Guze (1995) discute a estrutura do curso médico baseado em duas orientações distintas que pode assumir: uma visão reducionista, que entende a saúde como ausência de doenças e se pauta em um ensino fragmentado ou, por outro lado, em uma visão humanista, enfocando a saúde de uma forma mais abrangente cujo objetivo é responder às necessidades populacionais. Pondera que é nesse domínio humanístico que as questões relativas ao abuso e violência familiar são consideradas.

Entende que subjacente a essa divisão de perspectivas, encontra-se a alocação de recursos financeiros estimuladores da manutenção de uma Medicina voltada para a formação tecnológica. Como consequência, gera-se uma Medicina de alto custo em contraste com um baixo nível de saúde da população americana. Tal paradoxo, segundo

Guze (1995), aponta para uma necessidade de repensar a educação médica e os cuidados com a saúde.

Esse autor enumera alguns obstáculos a serem superados na direção da adoção de um currículo médico com uma visão holística: as mudanças curriculares calcadas em objetivos educacionais e não na obtenção de recursos com a sua implantação; apoio departamental e/ou da direção da escola; e reações negativas à mudança minimizadas por meio da negociação.

Por fim, Guze (1995) propõe ser o tema da violência inserido no currículo, permeando outras disciplinas já existentes, sem a necessidade de ter que incluir-lhe uma outra e, com isso, construir um conhecimento integrado. Acredita que a principal tarefa em educar consiste em fornecer condições permanentes de aprendizagem e que o conhecimento sobre a violência nesta fase não precisa ser esgotado, mas que estimule uma educação continuada.

Brandt (1997), percebendo a violência familiar como um campo multidisciplinar, sugere que esse ensino seja formulado, em conjunto, para profissionais da Medicina, Enfermagem e Odontologia. Advoga que essa formação seja hierarquizada em três níveis: formando profissionais aptos a atuarem no rastreio das situações abusivas; em um nível mais avançado no atendimento primário, acompanhando alguns casos; e especialistas na temática, aptos a intervenções diretas e específicas em suas áreas. Para o autor, essa abordagem multidisciplinar permitiria a socialização dos membros de cada profissão a fim de perceberem a violência familiar como um domínio da saúde em geral, em que cada um tem sua parcela de responsabilidade e em que o apoio de equipe promove melhores resultados no enfrentamento da questão.

Na Ginecologia, o tema da violência ainda é periférico, incluindo-se a violência sexual, estando pouco presente na graduação, residência, especialização e também na educação continuada. Entretanto, embora o tema da violência sexual contra mulheres venha sendo timidamente abordado nos congressos gerais da Ginecologia, todavia, a violência sexual contra crianças e adolescentes tem sido mais amplamente discutida em congressos da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA).

No âmbito do município do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu, no período de 1999 a 2003, cursos de capacitação destinados aos profissionais da rede de saúde (de diversas áreas) para que esse atendimento pudesse ser implantado nos hospitais do município. A FEBRASGO, por sua vez, publicou em 2004, um manual de orientação quanto ao diagnóstico e conduta: *Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei*.

Na atuação do profissional frente a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, vários aspectos devem ser observados. Algumas especificidades do abuso sexual infanto-juvenil traduzem a importância que o tipo de assistência prestada pelo ginecologista assume nessas situações abusivas: incide, em grande parte das vezes, em relações próximas; costuma ser marcado pelo segredo por parte da vítima e do agressor; possibilita seqüelas físicas e, principalmente, psicológicas na criança; afeta habitualmente a estrutura familiar.

Fucks (2005) enfatiza o papel relevante das instituições de saúde e de educação, representadas na figura de seus profissionais. Relata que, estatisticamente, a criança abusada e a mãe procuram, em primeiro lugar, médicos ou pessoas diferenciadas na escola. Por isso é importante que ambas instituições ampliem seu conhecimento acerca dessa problemática, evitando, assim, que seus profissionais assumam atitudes omissas, devido à

angústia e ao despreparo perante situações passíveis de comprometê-las em seu espaço familiar ou profissional.

Para Rouyer (1997) e Tomkiewicz (1997), o momento da revelação do abuso é crucial para a criança, e a forma como é recebida determina na sua reação frente às investigações médicas e judiciais que se fazem necessárias, podendo produzir um novo trauma. Alvin (1997) reforça a importância desse primeiro encontro tanto para a paciente quanto para a família e diz que qualquer pré-julgamento por parte do profissional deve ser afastado, assim como reações mais emocionais.

Na visão de Ferreira (2002), a forma de acolhimento da criança e da família pela equipe de saúde, independente do tempo decorrido entre a situação abusiva e a busca por assistência, pode ser o primeiro passo para a superação dessa crise familiar vivenciada.

Thouvenin (1997) entende serem muitas as dificuldades dos profissionais e defende que a formação daqueles que irão tratar profissionalmente de tais situações é fundamental no sucesso das intervenções terapêuticas.

Paixão (2003) comparou o atendimento dos casos de abuso sexual infantil em duas instituições brasileiras, situadas na cidade do Rio Janeiro: uma de nível terciário, com abordagem específica em maus-tratos infantis; outra de nível primário. Verificou que a capacitação técnica deficiente repercute tanto no profissional (gerando insegurança no que tange ao estabelecimento diagnóstico e suas conseqüências legais) quanto no usuário (que expressa sua insatisfação com o atendimento prestado pelo serviço de saúde).

Furniss (1993) compreende que para os profissionais mostrarem-se motivados para atuar em casos de abuso sexual infanto-juvenil, três condições devem ser preenchidas: capacidade de lidar pessoalmente com as questões do abuso sexual e encontrar apoio pessoal e profissional; conhecimento e habilidades profissionais acerca do abuso sexual;

estrutura e recursos dos serviços. Esse autor acredita que processo interacionais sutis baseados nos fatores anteriormente citados e que podem, inclusive, não serem conscientes, possibilitam totalmente o impedimento da atuação profissional, ou, ainda, permitem a sua realização de forma não-satisfatória.

No âmbito estrito da formação, algumas questões assumem relevância na literatura e são assim enfocadas: Furniss (1993) ressalta sua importância e alerta que a formação de especialistas no atendimento ao abuso sexual infanto-juvenil ocorre “*no domínio particular e em um problema particular das necessidades metassêmicas globais da intervenção*”. Ou seja, esse tipo de formação é desejável dentro de cada área do conhecimento implicada na assistência às vítimas de situações abusivas e não substitui a noção e a importância da necessidade de cooperação multidisciplinar no atendimento.

Volnovich (2005) concorda com a importância da formação profissional, mas acrescenta a necessidade de este saber estar acompanhado com o compromisso político em defesa dos direitos da criança garantidos por lei. Ressalta, também, a importância de estar-se atento às influências ideológicas que perpassam toda a formação e que podem influenciar na atuação, às vezes, “*opondo o direito da criança ao direito da família*’.

2.2.2. Avaliação Ginecológica de Crianças com Suspeita de Abuso Sexual

A avaliação ginecológica de crianças com suspeita de abuso sexual será descrita em etapas: anamnese e relação médico-paciente, exame físico e diagnóstico diferencial.

ANAMNESE E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A consulta ginecológica na infância ocorre em situações especiais e requer habilidades singulares por parte do clínico para sua realização. A criança, normalmente, vem à consulta por decisão de seu responsável (representado pela mãe na maior parte das vezes) ou pelo encaminhamento de outro profissional (em especial o pediatra), para uma avaliação específica. A obtenção dos dados da anamnese, normalmente, transcorre sem problemas, já que o acompanhante tende a assumir essa tarefa. É preciso, porém, que a criança se sinta foco da consulta e não mera espectadora, sendo necessário para isso, que o profissional de saúde estabeleça um processo de interação com ela, privilegiando sua participação (Rehme, 1998).

A suspeita de abuso sexual pode se constituir, *a priori*, no motivo da consulta _ o que não é o mais comum, segundo Seabra e Nascimento (1997), _ ou pode ser uma hipótese suscitada para explicar outra queixa clínica. O reconhecimento por parte dos médicos do amplo espectro de manifestações do abuso sexual (MacFayden, 1994), assim como o desejo de considerar tal hipótese (Hinds; Baskin, 1999) são fatores relevantes no estabelecimento desse diagnóstico.

A forma sigilosa e coercitiva como ocorre o abuso sexual (principalmente quando intrafamiliar, levando a própria família a negá-lo), a escassez e transitoriedade de sinais e sintomas patognomônicos fazem com que a revelação do abuso pela criança seja considerada como prova irrefutável (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996; Lahoti et al., 2001). Contudo a revelação é pouco freqüente. Romans et al. (1995) alegam que ela pode repercutir de forma traumática e funcionar como uma revitimização. Hymel e Jenny (1996),

justificam as freqüentes retratações das crianças como um esforço para voltar à vida familiar “normal”.

Na vigência da necessidade de entrevistar-se uma criança quanto à possibilidade de um abuso sexual, é consenso na literatura fazer-se tal ação pelo profissional mais habilitado. A entrevista imparcial é a parte mais crítica da avaliação diagnóstica, e entrevistas repetidas devem ser evitadas (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996; MacFayden, 1994). Entretanto o clínico não deve furtar-se a esclarecer questões relevantes para o diagnóstico (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Hinds; Baskin, 1999; MacFayden, 1994). Algumas proposições são defendidas na condução da entrevista: abordagem sem pressa; entrevista desacompanhada para a maioria dos autores, se possível, e em lugar confortável para ela; o entrevistador sentado próximo à criança e não atrás de uma mesa ou escrivaninha; linguagem utilizada adaptada ao nível do entendimento da criança; preocupação em evitar qualquer tom de julgamento tanto na voz como na expressão facial; perguntas serem do tipo abertas (por exemplo: “o que aconteceu com você?”, “conte-me mais”), o que dará liberdade à criança de relatar o ocorrido sem se sentir pressionada ou induzida (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996; Rehme, 1998). Caso a criança relate o abuso durante a entrevista, questões mais diretas podem ser formuladas, se necessário (Hymel; Jenny, 1996). Diegoli e Carvalho (1996) preconizam a realização da entrevista na presença dos pais ou acompanhantes, reassegurando-se à criança, após o seu término, que sua participação no abuso não implica culpa (Seabra; Nascimento, 1997).

EXAME FÍSICO

O exame físico deve visar a uma avaliação global da criança, incluindo seu estado emocional, mental, comportamental e estágio de desenvolvimento puberal, não se restringindo à avaliação genital e anal (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Hinds; Baskin, 1999; Lahoti et. al, 2001; Navratil, 1997; Chile, 2000). Aspectos circunstanciais, como observação dos trajes infantis e se estão intactos ou não, também devem fazer parte dessa avaliação e precisam ser registrados de forma apropriada (Chile, 2000). A presença de lesões (como equimoses, petéquias, lacerações) em qualquer área do corpo deve ser documentada (Diegoli; Carvalho, 1996). Lahoti et al (2001) salientam, ainda, a importância do exame da cavidade oral, que pode ser sede de lesões provenientes da penetração oral forçada.

É consenso na literatura que se deve buscar a cooperação da criança para a efetivação do exame físico, evitando-se, com isso, proporcionar-lhe um novo trauma. Para Hymel e Jenny (1996), o início do exame deve priorizar uma abordagem mais geral, sendo realizado de maneira gentil e entendido como uma oportunidade a mais para conquistar a confiança da criança.

O exame físico deve constituir-se em um evento saudável para a criança (Rehme, 1998) e, se realizado apropriadamente, pode ajudar na construção de sua identidade feminina (Piipo et. al., 1998).

A demonstração dos procedimentos a serem realizados, a forma como serão efetuados, a garantia de que poderão ser interrompidos se ela assim o desejar conferem à criança a sensação de controle do seu corpo e da situação e de não estar vulnerável ao poder de pessoas mais velhas (Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996; Chile, 2000; Rehme, 1998; Alvin, 1997).

O exame realizado sob contenção física, além de prejudicial à criança e à relação médico-paciente, será de pouco auxílio na obtenção de dados clínicos, já que é necessário o relaxamento perineal para uma avaliação fidedigna. O exame sob sedação pode constituir-se em opção viável quando a cooperação da criança não é alcançada, mas não deve ser usado como forma de ameaça (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Rehme, 1998).

A presença de um adulto como companhia durante o exame físico é discutida por autores, não havendo, contudo, uma posição homogênea. Rehme (1998) defende a idéia de que a mãe (considerando que seja a responsável presente) acompanhe o exame desde percebida uma boa interação dela com a filha, podendo ser uma aliada no propósito de acalmá-la. A Academia Americana de Pediatria, por meio do seu Comitê para crianças abusadas e negligenciadas, considera desejável a presença de um adulto como apoio, desde que não seja suspeito de envolvimento no abuso. Outros autores (Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996) advogam a idéia de que crianças maiores possam escolher a presença ou não dos pais durante o exame; porém não é explicitado a partir de que idade se considera esse direito de escolha das crianças, nem qual sua conduta para com as crianças menores. São encontradas, ainda, orientações de que o exame seja realizado na companhia de outro profissional (Diegoli; Carvalho, 1996; Chile, 2000) ou sempre na presença de um familiar ou representante legal (Loredó-Abdalá; Bustos Valenzuela, 1999).

Como regra geral, o exame genital (principalmente em crianças pré-púberes) consiste na visualização de toda a genitália externa (grandes e pequenos lábios, clitóris, uretra, tecido peri-uretral, hímen, orifício himenal, fossa navicular e comissura posterior), devendo abranger face medial da coxa e ânus. A técnica utilizada para a realização do exame poderá interferir e modificar os achados. O uso de instrumental, como espéculo, em

crianças só está indicado para elucidação de sangramento vaginal ativo (Baldwin; Landa, 1995; Guerra, 2000; Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996), secreção vaginal crônica ou suspeita de corpo estranho (Baldwin; Landa, 1995; Navratil, 1997).

A suspeita de abuso sexual infantil coloca o clínico frente a uma grande dificuldade: discernir as alterações genitais patológicas das variações normais (que podem ser decorrentes de diferenças congênitas, de raça, de variações hormonais, de cicatrização de traumas ou de infecções) e, dentre o que é anormal, diferenciar o que é sugestivo, compatível ou patognomônico do abuso sexual infantil (Baldwin; Landa, 1995; Navratil, 1997).

Tomkiewicz (1997) avalia a utilidade do exame médico pela valorização dada pela sociedade ao que é “visto” em detrimento ao que é “ouvido”, mostrando, assim, uma ratificação no modelo assistencial baseado em dados físicos. Considera algumas situações em que o exame físico pode ser mais conclusivo na demonstração do abuso sexual: naquelas em que o abuso ocorreu mediante violência, e nos casos mais recentes (tanto em crianças quanto em adolescentes).

Assim, os sinais citados na literatura sugestivos do abuso sexual infantil, mas que, isoladamente, não permitem afirmar a sua existência, são: abrasão ou erosão da genitália ou face interna de coxas; erosão ou esmagamento de pequenos lábios e alargamento do orifício himenal. O grau de suspeição aumenta quando são encontrados esmagamento, rasgadura ou distorção do hímen; uma diminuição ou ausência de tecido himenal; ferimento da fossa navicular; e lesão ou esmagamento da fúrcula vaginal. Os dados conclusivos sobre a ocorrência do abuso sexual infantil são: a presença de sêmen em ânus, vulva (preferencialmente através do hímen), boca (atrás dos incisivos superiores), nas roupas da criança; o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (American Academy of

Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Lahoti et al., 2001; Chile, 2000; Romans et al., 1995); e a existência de gravidez na ausência de uma história de coito consensual (Lahoti et al., 2001). Estes últimos autores citados consideram que, além da gravidez, o achado de uma laceração aguda ou equimose do hímen, a ausência de tecido himenal na metade posterior, uma secção himenal cicatrizada ou uma fenda completa e uma laceração anal profunda são comprobatórias de abuso sexual com penetração.

A pesquisa do sêmen pode ser confirmada pela descoberta de espermatozoides (presentes até 72 horas após a ejaculação), por meio do uso da lâmpada de Wood durante o exame (destacando as áreas onde deve ser colhido material para exame laboratorial) ou, ainda, pela dosagem de fosfatase ácida no conteúdo vaginal (significativa quando maior que 50 UI) e imunoeletroforese da proteína prostática P-30, positiva de 80 horas até 30 dias pós-coito (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Lahoti et al., 2001; Chile, 2000; Romans et al., 1995; Seabra; Nascimento, 1997).

A variedade de formas de hímen e de diâmetros do seu orifício constituem fatores de confusão para o diagnóstico. Baldwin e Landa (1995) expõem como tipos de hímen mais comuns: o anular (circunferencial), o crescente, o fimbriado e o septado. A observação seriada dos aspectos himenais mostrou a influência em sua avaliação de fatores tais como a idade da criança, o grau de desenvolvimento puberal, a posição adotada no exame, a intensidade de tração aplicada pelo examinador, o grau de relaxamento e o tempo decorrido desde o abuso até o momento da consulta. As lesões mais sugestivas da existência de abuso sexual são aquelas localizadas na porção posterior do hímen e um intróito vaginal com diâmetro acima de quatro milímetros (em crianças abaixo de 13 anos). Contudo não se pode excluir que outras patologias sejam responsáveis por lesões na metade posterior do hímen, e um diâmetro do orifício himenal menor que quatro milímetros não autoriza descartar a

manipulação vaginal e que tenha, mesmo, havido penetração (Baldwin; Landa, 1995; Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996; Lahoti et al., 2001).

O exame da região anal também se caracteriza pela inespecificidade dos achados, podendo ser encontrados: ferimentos em torno do ânus, edema, rubor, cicatrizes ou lacerações. A cronicidade do trauma pode ser inferida pela existência de deformidades do ânus situadas fora da linha média; por uma dilatação do esfíncter anal superior a 15 mm com uma duração de 30 segundos e sem a presença de fezes na ampola retal ou um espessamento e irregularidades das pregas esfínterianas anais após uma dilatação completa (Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996; Chile, 2000; Seabra; Nascimento, 1997).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

As lesões traumáticas agudas têm que ser diferenciadas avaliando-se se são provenientes de um evento acidental ou do abuso sexual infantil. Nas lesões acidentais (por exemplo: na queda à cavaleiro), via de regra, os ferimentos são assimétricos, comprometendo o clitóris, o monte pubiano, os grandes e pequenos lábios e ocorrem devido sua compressão contra o osso púbico. As lesões decorrentes do abuso sexual, normalmente, afetam a comissura posterior, fossa navicular e o hímen posterior, não havendo, na história clínica, não há uma explicação coerente para a sua etiologia (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996).

A literatura cita, ainda, a importância de se diagnosticar o abuso físico como causa das lesões e de se excluir outras patologias de vulva e vagina que podem mimetizar lesões por abuso sexual, tais como: líquen escleroso, vulvovaginites por higiene deficiente, infecções não-sexualmente transmissíveis (como por estreptococo ou shigella), corpos

estranhos, prolapso de mucosa uretral, más-formações genitais (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1999; Baldwin; Landa, 1995; Hinds; Baskin, 1999; Hymel; Jenny, 1996; Shetty et al., 1998).

2.2.3. A relação do ginecologista com a família

Em uma revisão da literatura por nós realizada (Athayde; Assis, 2005), sobre a avaliação ginecológica do abuso sexual infanto-juvenil no período de 1993 a 2004, nas bases de dados Lilacs e Medline, a temática da família nesse processo do abuso sexual esteve presente em 57.8% dos textos, variando, porém, seu viés de apropriação. Alguns pontos são destacados:

- o papel da família “*disfuncional*” como origem da violência, principalmente naquelas com pais em litígio;
- a maior incidência de abusadores intrafamiliares levando, na maioria das vezes, à lesões menos graves pelo fato do abuso acontecer de forma progressiva;
- a necessidade de apoio e de esclarecimento à família pelos profissionais de saúde;
- a repercussão que um erro diagnóstico pode ter sobre a família;
- as diferenças de comportamento da família, em especial da mãe, em relação à criança e ao diagnóstico de abuso sexual nos casos extra ou intrafamiliares (tornando-se mais reticente e arredia nesta última situação).

Alvin (1997), discutindo o contato dos profissionais de saúde com a família de adolescentes vítimas de abuso sexual, propõe que os pais devem ser recebidos no final da consulta e na presença da paciente. Julga procedente a avaliação, pela equipe de saúde, do estado emocional da família e do seu contexto relacional como possíveis suportes à vítima

naquele momento crítico. Caso tal interação não seja viável, indica uma breve internação da paciente, como uma maneira de afastá-la, temporariamente, da projeção da culpa familiar.

Capítulo 3

Bases metodológicas

Este estudo busca elucidar o perfil de atuação dos ginecologistas infanto-puberais no Estado do Rio de Janeiro frente ao abuso sexual. Está fundamentado teoricamente na clínica ginecológica e em estudos sobre violência sexual sob a perspectiva da saúde pública (Krug et al., 2002). O desenho de pesquisa empregado procurou avançar em uma perspectiva do diálogo interdisciplinar aliando a metodologia quantitativa e qualitativa, numa perspectiva de triangulação de métodos.

Minayo (2005b) define triangulação de métodos como:

Expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um constructo específico (p.29).

Para Minayo et al. (2005), a triangulação de métodos constitui, portanto, uma estratégia de pesquisa e abordagem metodológica apropriada quando se busca aumentar o conhecimento sobre o assunto em pauta e quando esse atende aos objetivos da pesquisa.

A assistência ginecológica às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual é um aspecto pouco abordado no nosso meio ao se discutir o atendimento à violência sexual nessas faixas etárias, o que traz o interesse em se pesquisar extensivamente a atuação dos ginecologistas infanto-puberais por meio do viés quantitativo.

A abordagem quantitativa realizada representa uma avaliação em um momento específico do tempo da vida dos ginecologistas infanto-puberais, configurando um censo

de todos os sócios da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência – secção Rio de Janeiro. Todos os 78 profissionais foram objeto do estudo. O estudo alcançou 38 profissionais, contabilizando uma perda de 51,3% nas devoluções, o que faz o desenho do estudo se assemelhar a uma amostra não-probabilística não-intencional, devido a perdas _ cujas justificativas serão descritas mais adiante _ por recusas ou impossibilidade de preenchimento do instrumento de avaliação. O desenho do estudo permite conhecer a frequência e a associação dos atributos indagados na pesquisa, impossibilitando a realização de inferências causais. É, geralmente, utilizado como um estudo exploratório, para originar dados preliminares, passíveis de permitir a elaboração de outros estudos de maior profundidade.

A abordagem qualitativa autorizou aprofundar os objetivos desta pesquisa, delineando as implicações subjetivas dos sujeitos na construção desta rotina de atendimento. Minayo (1996) considera que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A associação dessas duas metodologias propicia uma avaliação tanto em extensão quanto em profundidade do problema, proporcionando uma oportunidade não só de fornecer dados numéricos que evidenciem a magnitude da questão, mas também o entendimento das razões que fundamentam as ações dos sujeitos.

Deslandes e Assis afirmam:

Mais que oposições binárias (portanto, simplórias), o quantitativo e qualitativo traduzem, cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença (2002: 195).

3.1. Atores Estudados

O atendimento ginecológico à população infanto-juvenil, em especial às crianças, constitui uma tarefa diferenciada pela sua especificidade e provoca certa resistência nos ginecologistas sem treinamento na área. Por isso, dentro do universo de profissionais que atuam na Ginecologia, delimitamos como população-alvo deste estudo aqueles ginecologistas que exercem especificamente a ginecologia infanto-puberal.

A seleção desses profissionais baseou-se em relação solicitada pela Coordenação de Pós-Graduação do Instituto Fernandes Figueira ao presidente da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA). A resposta dessa Instituição contendo tal listagem foi enviada para o endereço eletrônico do Instituto Fernandes Figueira e o da pesquisadora.

A filiação à Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência e o exercício da Ginecologia Infanto-Puberal não estão condicionados a nenhuma aferição técnico-científica nessa especialidade. Portanto, semelhante escolha de atividade pressupõe um maior interesse e experiência dos profissionais no atendimento desse segmento populacional e seus agravos à saúde.

Não existe, também, a obrigatoriedade de filiação à SOGIA para atuação na Ginecologia Infanto-Puberal, havendo, assim profissionais que exercem essa atividade que não constam dessa listagem. Contudo Babbie (1999) avalia que as associações profissionais constituem populações que oferecem boas listas organizacionais.

A relação enviada pela SOGIA é composta por 78 nomes. Com foram excluídas a autora do projeto e uma outra pessoa identificada como psicóloga, restaram, assim, 76 nomes. Em virtude do pequeno número de ginecologistas infanto-puberais associados, este

estudo trabalhou, em sua abordagem quantitativa, com a população de ginecologistas infanto-puberais do Estado do Rio de Janeiro filiados à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência.

A definição da amostra na metodologia qualitativa independe do critério numérico, obedecendo à necessidade de abarcar a totalidade em suas múltiplas dimensões. Minayo (1996) enumera algumas características que devem estar contempladas nessa escolha amostral: os sujeitos sociais devem deter atributos que o pesquisador pretende conhecer; deve considerá-los em número suficiente para haver reincidência de informações, não devendo ser desprezadas as informações singulares cujo potencial explicativo deve ser levado em conta; o conjunto de informantes, embora possua uma homogeneidade fundamental em relação aos atributos, deve ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; o campo e os grupos a serem observados devem conter o conjunto de experiências que o pesquisador pretende captar.

Na abordagem qualitativa foram convidados a participar da pesquisa os profissionais que relataram, por meio do questionário, experiência no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência ou aquelas profissionais inseridas em serviços e programas de atendimento ginecológico a essa clientela, mesmo não estando filiados à SOGIA. A seleção das profissionais entrevistadas mesclou tanto aquelas que são filiadas à SOGIA e que referiram na abordagem quantitativa experiência no atendimento às vítimas de violência quanto aqueles atuantes em serviços de ginecologia infanto-puberal mas não filiados a essa instituição e, portanto, não participantes da metodologia quantitativa. Envolveu, ainda, uma ginecologista em função de gerência no Programa de Saúde da Mulher no município do Rio de Janeiro o qual abrange os atendimentos às crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

3.2. Critérios de Inclusão

Para a **metodologia quantitativa**, foram valorizados os seguintes critérios: ser ginecologista; ser filiado à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência e estar atuando no Estado do Rio de Janeiro; aceitar participar da pesquisa por meio da devolução do questionário respondido. Para participar do **estudo qualitativo**, era necessário: ser ginecologista; referir experiência no atendimento às crianças e às adolescentes vítimas de violência sexual por meio do questionário; e/ou estar inserido em serviços ou programas de atendimento à ginecologia infanto-puberal; aceitar participar na pesquisa por meio do Consentimento Livre e Esclarecido.

3.3. Elaboração de instrumento e coleta de dados

A construção de um instrumento de coleta de dados é uma parte fundamental de uma pesquisa científica, permitindo operacionalizar os objetivos, os indicadores e os conceitos do estudo (Souza et al, 2005).

3.3.1. Metodologia quantitativa

O questionário é um instrumento de coleta de dados de uso freqüente nas pesquisas quantitativas. Neste estudo, o instrumento utilizado foi um questionário auto-aplicável, organizado de forma semi-estruturada, permitindo que o entrevistado complementasse algumas questões abertas com aspectos que não foram abordados nas opções apresentadas (anexo 1).

A primeira parte do questionário procurou caracterizar o perfil dos participantes no tocante à idade, sexo, tempo de formatura, tempo de exercício da Ginecologia Infanto-

Puberal, tipo de atividade exercida (ambulatorial, rotina de enfermagem, atendimento em emergências, atividade docente) e tipo de vínculo de trabalho. A seguir, foi enfocada a formação profissional, abordando a realização da especialização, a educação médica continuada e as informações acerca do abuso sexual infanto-juvenil durante sua formação médica. Em seqüência foram apresentadas questões que versavam sobre o tema do estudo, ou seja, o abuso sexual infanto-juvenil, e procurou-se identificar a experiência e o comportamento dos sujeitos da pesquisa em relação: 1) aos critérios clínicos e laboratoriais que norteavam a suspeita e/ou o diagnóstico da violência sexual contra crianças e adolescentes; 2) à sua conduta clínica; 3) à influência de sua formação profissional em sua atuação.

Visando a aprimorar o instrumento de pesquisa, o questionário foi submetido a um pré-teste com cinco ginecologistas, todos com tempo de atuação clínica superior a 10 anos. Essa aplicação inicial do questionário a tais profissionais permitiu a revisão da linguagem utilizada e da organização do questionário em relação à ordenação das perguntas, chegando-se a versão final.

Os questionários _ acompanhados de aviso de recebimento para possibilitar um maior controle da entrega _ foram enviados pelos correios acompanhados de carta explicativa dos objetivos da pesquisa, ressaltando a importância das respostas, além de indicar formas de contato com a pesquisadora. Antes do envio, entretanto, do questionário foi tentado um contato telefônico com todos os profissionais que constavam da listagem enviada pela SOGIA e que configuraram a população do estudo: foi priorizado o contato por telefones comerciais e móveis, optando-se pelo residencial em casos em que os outros não eram disponíveis.

O contato por meio do telefone comercial foi estabelecido, na maioria das vezes, com consultórios. Isso significou uma dificuldade, porque, se o profissional se encontrava em meio a um atendimento, era preciso retornar a ligação algumas vezes até conseguir um contato direto. Em algumas situações, após várias tentativas de se falar pessoalmente, a comunicação só foi possível por meio da secretária, sendo que, nesses casos alguns médicos retornaram pessoalmente a ligação e outros permaneceram incomunicáveis. Houve, ainda, casos em que várias secretárias atuaram como intermediárias durante todo processo de conversação: algumas vezes essa intermediação significou, realmente, uma falta de oportunidade de comunicação direta, conseguindo-se, mesmo assim, de alguns médicos a concordância em participar da pesquisa e em devolver o questionário respondido (com apoio da secretária); outras vezes a secretária configurou uma barreira intransponível de acesso ao profissional e nenhuma resposta foi obtida.

Por essa conversa, o profissional era informado da pesquisa, dos objetivos, como foi selecionado para participar, como seus dados foram obtidos, confirmando-se o endereço para envio da correspondência. Era dada a informação do envio do questionário e que um outro contato seria feito alguns dias após para agendar uma data em que pudesse ser recolhido pela própria pesquisadora. Tal estratégia de busca dos questionários visou a diminuir o número de perdas, pois a maioria dos profissionais estava situada no município do Rio de Janeiro e em alguns municípios vizinhos. Esse trabalho demandou um gasto significativo de tempo em decorrência das distâncias observadas, ainda que, para aqueles profissionais residentes em municípios mais distantes foi encaminhado, junto com o questionário, um envelope selado para resposta.

As observações feitas durante os telefonemas em relação à receptividade, ao interesse pelo tema, pela pesquisa e seus resultados e às considerações feitas pelos profissionais

foram tomadas como um diário de campo e devidamente registradas. Conquanto Moser e Kalton (1975) destaquem que a impossibilidade de observar as reações do interlocutor pelo pesquisador e seu entorno é uma das desvantagens dos questionários enviados pelo Correio, isso pode ser algo minimizado por meio do contato telefônico prévio.

Uma profissional contatada pelo telefone residencial informou não fazer parte da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, apesar de seu nome e dados constarem da listagem, e negou-se a participar da pesquisa. Por isso, foi excluída da população em estudo, que finalizou em 75 pessoas.

Outras estratégias utilizadas para atualizar os números telefônicos e endereços de alguns profissionais que estavam defasados foi uma consulta no *site* da companhia telefônica e uma solicitação ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro _ que só fornece endereços e telefones comerciais _ para verificar a possível mudança de dados que permitissem um contato. Algumas vezes este Conselho só possuía o endereço comercial e, então, por meio do serviço de informação da companhia telefônica tentou-se verificar a existência de algum outro número de telefone que permitisse um contato.

Dessas 75 pessoas foi estabelecido um contato direto com 51; contato indireto através de um mensageiro (em geral, secretária) com nove pessoas e com 15 pessoas não foi possível nenhum tipo de contato para explicar os motivos da pesquisa e o envio do questionário.

Para as 15 com quem não foi possível um contato foram enviados, além do questionário e da carta explicativa que o acompanhava, uma segunda carta explicitando não ter sido possível o contato prévio (anexo 2) e um envelope já selado para resposta. Desse total tivemos um retorno de três questionários.

Foi enviada uma segunda via para 10 pessoas que alegaram o não-recebimento do questionário, embora o aviso de recebimento confirmasse a entrega, ou que haviam perdido a primeira correspondência. Dentre essas 10 pessoas, sete compreendiam aquelas com quem consegui um contato direto e três estavam no grupo onde as informações foram passadas por terceiros. Dessa segunda remessa, seis questionários foram entregues pessoalmente e quatro foram enviados pelos Correios. Dos seis, três foram devolvidos respondidos, enquanto dos três enviados pelos Correios apenas um retornou.

Durante os contatos por telefone, as principais justificativas para não se responder a pesquisa foram a falta de tempo e a pouca intimidade com o tema, seja por já não estar exercendo a Ginecologia Infanto-Puberal, seja, por atuar somente em clínica privada, o que limitaria a experiência profissional nesse campo, segundo os entrevistados.

Do total de questionários enviados 38 foram respondidos e devolvidos, o que perfaz um valor de 48,7%. Do total de 40 perdas, sete questionários foram devolvidos porque o endereço não estava correto (seis estavam entre os 16 em que não foi possível confirmarem-se os dados previamente; um foi devolvido apesar de termos conversado pessoalmente com a profissional, que se mostrou pouco receptiva e ter confirmado o endereço constante na listagem), e três pessoas informaram que o haviam respondido e devolvido pelos Correios, porém os mesmos não chegaram.

Dos 38 questionários válidos, 16 foram remetidos pelos próprios colegas: seis com envelope previamente selado; nove com postagem a cargo do respondente em uma atitude espontânea de devolução independente de solicitação; e um pessoalmente.

3.3.2. Metodologia qualitativa

Nesta etapa da pesquisa, os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas. De acordo com Cruz Neto (1994), as entrevistas “*são o procedimento mais usual no trabalho de campo*” na metodologia qualitativa, podendo ser organizadas em: não-estruturada (o informante aborda livremente o tema proposto); estruturada (os entrevistados são expostos a questões previamente formuladas) e semi-estruturada (articulação das duas formas anteriores).

Por meio desse recurso, podem ser obtidos dados de duas naturezas: a) objetivos: aqueles que se referem aos fatos e poderiam ser obtidos por fontes documentais; b) subjetivos: aqueles que se referem às crenças, atitudes e opiniões e que só podem ser obtidos com a participação dos indivíduos (Minayo, 1996).

As ginecologistas infanto-puberais entrevistadas foram contatadas por telefone e convidadas a participar dessa fase da pesquisa, não ocorrendo recusa ou resistência por parte de nenhuma delas. Foram explicados os objetivos e, consoante a concordância desses atores, os encontros foram agendados de acordo com a disponibilidade das entrevistadas e todas as entrevistas aconteceram em seus locais de trabalho, sendo oito em instituições públicas e uma em consultório particular.

A aceitação da participação foi registrada através de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3), sendo as entrevistas foram gravadas em áudio, com duração de 20 a

45 minutos e todas foram codificadas para efeito da apresentação dos resultados de um a nove, obedecendo à ordem de realização das mesmas.

Foram registradas, em diário de campo, observações pertinentes às reações, às hesitações e a outras manifestações das entrevistadas e/ou do entorno que julgamos relevante para os objetivos da pesquisa.

O roteiro da entrevista focalizou os seguintes aspectos: a) experiência da entrevistada no atendimento ao abuso sexual infanto-juvenil; b) rotina do atendimento clínico na situação de violência sexual contra crianças e adolescentes; c) contribuição da formação profissional nesse tipo de atendimento; d) sugestões para melhorar o atendimento. (anexo 4)

Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, sendo oito por ela transcritas e uma _ também revisada por ela _, por outra pessoa.

3.4. Análise dos Dados

A análise dos **dados quantitativos** obtidos requer a sua sistematização pela construção de um banco de dados (Gomes et al., 2005). Em uma primeira etapa dessa construção, foi realizada a codificação dos questionários de forma manual pela pesquisadora. Aoserem digitados, utilizou-se o programa Epi-Data (versão 3.0) e para análise e crítica do banco de dados foi usado o programa SPSS (versão 13). As etapas da digitação e construção do banco de dados estiveram a cargo de um estatístico.

Para a análise utilizou-se a metodologia **quantitativa descritiva**, com distribuição em freqüências absolutas e relativas segundo as variáveis de interesse. A análise dos resultados das questões de múltipla escolha teve como objetivo traçar o perfil dos profissionais envolvidos na pesquisa e o perfil de sua atuação frente ao abuso sexual infanto-juvenil.

As questões abertas foram digitadas e, algumas vezes, reproduzidas no capítulo de resultados da forma como foram redigidas pelos profissionais, categorizadas pela pesquisadora. Em alguns casos, a revisão dessas respostas para digitação foi feita pela pesquisadora junto com o estatístico visando a esclarecer alguns termos específicos que não eram do domínio deste e cujo entendimento era ainda dificultado pelo tipo caligrafia. Em alguns momentos a análise destas questões foi meramente descritiva, em outros procedemos como na metodologia qualitativa vista adiante.

A etapa de **análise qualitativa** começou a ser desenvolvida *pari passu* à coleta de dados. A realização de todas as entrevistas pela pesquisadora e a transcrição da grande maioria permitiu um contato profundo com a fala das profissionais.

De acordo com Minayo (1996), a análise dos dados qualitativos pode trazer alguns obstáculos ao pesquisador: em primeiro lugar, a “ilusão de transparência” por meio da compreensão espontânea, como se o real se mostrasse nitidamente ao pesquisador, ocorrendo mais facilmente quanto maior for a familiaridade do pesquisador com seu objeto de estudo; em segundo, o problema diz respeito ao envolvimento do pesquisador com métodos e técnicas, esquecendo-se do significado dos seus dados; e em último consiste na dificuldade de relacionar a teoria com os resultados obtidos.

No tratamento dos dados qualitativos optou-se por utilizar a análise de conteúdo, que é definida por Bardin (1977) como:

Um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (p.42).

Dentre as técnicas utilizadas para acessar os significados manifestos e latentes no material qualitativo, usamos a análise temática, que, segundo Minayo (1996), é uma das

que mais adequadas à investigação qualitativa do material sobre saúde. Foi realizada uma leitura exaustiva das entrevistas, procurando-se apreender o conteúdo e o significado das falas. Na segunda etapa, identificamos os principais núcleos que correspondiam aos objetivos do nosso trabalho e agregamos os dados em categorias empíricas. Por último, procurou-se analisar a fala das entrevistadas em seu contexto sociocultural e de vinculação institucional, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que estava manifesto. (Minayo, 1996; Gomes, 1994).

As duas grandes categorias de análise empregadas no estudo foram: violência sexual na infância e adolescência e formação profissional médica, abrangendo desde a graduação em Medicina até o processo de especialização e de educação continuada.

A imbricação dessas duas categorias proporcionou o surgimento de algumas subcategorias, como estrutura e rotina dos serviços e processo de atendimento clínico com suas diversas etapas: desde a anamnese, exame físico, rotina laboratorial e de acompanhamento, tanto sob o aspecto estritamente clínico quanto as outras facetas desse tipo de assistência, como a notificação, coleta de provas forenses e relacionamento com a família.

3.5. Considerações Éticas

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”, o projeto foi apresentado à Comissão Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, sob o nº 558/Dpq/2005 e aprovado em 12/07/2005.

Com base na referida resolução, considera-se que este estudo não trouxe riscos aos ginecologistas infanto-puberais investigados e como benefícios, a pesquisa poderá contribuir para traçar o perfil de atuação dos ginecologistas infanto-puberais frente ao abuso sexual no Estado do Rio de Janeiro e ajudar a identificar intervenções necessárias a um melhor atendimento.

Todos os participantes tiveram garantidos o anonimato, sua participação foi espontânea e foram, ainda, informados a respeito dos objetivos da pesquisa e do instrumento elaborado para coleta de dados a respeito do abuso sexual infanto-juvenil. O consentimento livre e esclarecido foi caracterizado pela devolução do questionário respondido ou pela assinatura do documento, quando pertinente.

Foi assegurado aos participantes a retirada do estudo em qualquer instante e bem como o sigilo em relação ao envolvimento deles, às informações obtidas, além da divulgação dos resultados da pesquisa via uma tese de Doutorado, apresentação em congressos e em eventos científicos e artigos.

Vale destacar que coube à pesquisadora todo o planejamento, execução do trabalho de campo, processamento dos dados, assim como a interpretação dos resultados e redação da tese. Houve a participação de uma colaboradora na transcrição de uma entrevista e de um estatístico na elaboração e análise do banco de dados. A pesquisa não contou com orçamento próprio, ficando as despesas a cargo da pesquisadora. Foram remunerados o estatístico e a responsável pela transcrição de uma das entrevistas.

CAPITULO 4

Perfil sociodemográfico e profissional dos ginecologistas infanto-puberais

Neste capítulo apresenta-se breve perfil sócio demográfico e profissional dos ginecologistas infanto-puberais investigados nesta tese. Seguem alguns dados sobre a formação em medicina e ginecologia/obstetrícia e especializações realizadas. A formação e o contato com o tema do abuso sexual na vida dos ginecologistas estão também demonstrados.

4.1. Perfil sociodemográfico e profissional

Dentre os 38 profissionais que responderam ao questionário, 76,3% pertencem ao sexo feminino, enquanto apenas 23,7% são do sexo masculino. Comparando-se com o total de 78 profissionais que constam da listagem enviada pela Sociedade de Ginecologia da Infância e Adolescência, observamos ser essa preponderância de profissionais do sexo feminino mantida na listagem original (82,1% e 17,9%, respectivamente).

O **perfil etário** dos ginecologistas infanto-puberais que responderam ao questionário deste estudo mostra uma concentração maior de profissionais a partir da quarta década de vida (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de ginecologistas infanto-puberais quanto à faixa etária, anos tempo de formatura e anos de atuação na especialidade

Ginecologistas (N=38)	%
FAIXA ETÁRIA	
25-30 anos	2,7
31-45 anos	40,5
46-60 anos	46,0
60 e mais anos	10,8
TEMPO DE FORMATURA	
Até 10 anos	26,4
11-20 anos	18,4
21-30 anos	36,8
30 e mais anos	18,4
TEMPO DE EXERCÍCIO DA ESPECIALIDADE (GIP)	
Até 10 anos	57,4
10-25 anos	18,5
Acima de 25 anos	18,5

No tocante ao **tempo de formatura**, 73,6% têm acima de 11 anos de formado, com bom tempo de exercício da profissão. Para compreender o investimento dos profissionais na especialidade de interesse deste estudo, foi perguntado o **tempo de exercício na especialidade** Ginecologia Infanto-Puberal. Um total de 57,4% está exercendo a especialidade há menos de 10 anos, indicando que essa especialização ocorreu anos após a formatura para boa parte dos profissionais investigados.

A abordagem qualitativa desta pesquisa, por meio de entrevistas, foi realizada com nove profissionais do sexo feminino. Embora não tenhamos tido a preocupação de caracterizar nestas entrevistas a idade e o tempo de formatura das ginecologistas infanto-puberais componentes da amostra qualitativa, pudemos extrair pela observação e até por algumas falas que são pessoas situadas em uma faixa etária a partir da quarta década, com tempo de vida profissional, em média, superior a 15 anos.

Eu me formei em noventa... (E2)

Você também é formada na mesma época que eu... (E9)

Eu tenho vinte e sete anos de formada, não tinha, nem se falava nisso[violência sexual contra crianças e adolescentes]... (E3)

Precisou eu ter vinte e nove anos de formada para acontecer [uma criança atendida no consultório e que a mãe referia que a menina havia enfiado um canudinho na vagina].(E5)

Olha só, eu sou uma mulher de 58 anos...(E8)

Machado (1997), em uma pesquisa sobre a realidade dos médicos no Brasil, descreve um rejuvenescimento do contingente médico no país, com uma percentagem de 70% destes profissionais tendo, na época, até 45 anos. Relaciona esse perfil etário a um incremento observado no número de escolas médicas no País, ocorrido a partir da década de 60 do último século. Observa, porém, que esse padrão jovem foi fruto da expansão do número de médicos ocorrida nas décadas de 70 e 80 e que, provavelmente, deve-se notar um crescimento do segmento mais idoso compatível com o que ocorre com a população brasileira em geral.

Uma outra característica apontada por Machado (1997) é a “transição de gênero” na atividade médica no Brasil, com uma alta taxa de feminização a partir da década de 70. Pontua, também, que isso é resultado da expansão das escolas médicas a partir da década de 60 e a uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho, tendendo a um equilíbrio entre os sexos em todas as regiões do País.

Oito, dentre as nove ginecologistas entrevistadas, encontram-se exercendo a Ginecologia Infanto-Puberal em ambulatórios da especialidade em serviço público. Dessas oito profissionais, sete atuam também em clínica privada; cinco acumulam atividade profissional em serviços com atendimento específico à violência sexual contra crianças e

adolescentes e as outras prestam essa assistência de forma diluída dentre os demais casos que atendem no ambulatório dessa especialidade.

Em relação ao **tipo de assistência prestada**, apenas uma pequena parcela (22,6%) referiu atuar no setor de emergência e em serviço de rotina em enfermarias (15,8%). A atividade mais citada foi o atendimento ambulatorial, relatada por 82,1% dos entrevistados. Cumpre ressaltar que a investigação do setor onde cada um atua foi feita de forma independente para cada uma das opções citadas, podendo, com isso, haver atuação em mais de um setor simultaneamente.

Em relação ao **vínculo de trabalho** na atividade privada, 82,1% dos entrevistados exercem a Medicina como profissional autônomo; 14,3% relatam vínculo empregatício; e igual percentual (14,3%) desempenha atividade docente nas disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia. Para aqueles que estão inseridos no setor público, o local de atuação mais citado foi hospital (57,1%), seguido por postos de saúde (32,1%), atividade docente (7,1%) e cargo administrativo (3,6%). Dentre as outras situações laborais citadas estão aposentados e preceptores de residência médica. Como informado, vários profissionais possuem mais de uma atividade, freqüentemente conjugando o setor público e privado.

4.2. Formação profissional

A conclusão do curso de Medicina habilita o formando a obter seu registro profissional junto à entidade de classe, o Conselho Regional de Medicina, e, a partir daí, exercer legalmente as atividades inerentes à profissão.

Reconhecemos, hoje em dia, a busca pela **especialização**, principalmente sob a forma de residência médica, como uma conseqüência lógica do curso de graduação em Medicina visando ao aprimoramento teórico-prático (nem sempre adquirido de forma

suficiente nos seis anos da faculdade de Medicina), possibilitando melhor atuação do recém-formado.

A residência médica é um estágio supervisionado em que os médicos adquirem experiência em lidar com pacientes, sob a supervisão de preceptores, e aliando conhecimento teórico com atividade prática. Os médicos residentes possuem certa autonomia: são responsáveis por seus pacientes, mas têm que receber orientação em suas ações e precisam prestar conta das mesmas aos supervisores. De acordo com a Resolução nº 16/2004 de 16 de novembro de 2004 da Comissão Nacional de Residência Médica, a residência médica em Ginecologia deve abranger todas as subespecialidades em seus aspectos clínico e cirúrgico: Ginecologia Geral, Mastologia, Patologia Cervical, Infertilidade, Uroginecologia, Endocrinologia Ginecológica, Oncologia Ginecológica e Ginecologia Infanto-Puberal. O Decreto-Lei nº 80281 de 05 de setembro de 1977, que criou a residência médica, determina, ao término do curso conferência ao médico-residente do título de especialista nessa área e essa forma de pós-graduação é considerada “padrão ouro” na especialização médica.

Sabe-se, contudo, que a especialização em forma de residência médica é reservada para uma minoria, em virtude da escassez de vagas oferecidas nos diversos serviços que dispõem de programa de pós-graduação, gerando uma relação altamente desfavorável entre oferta e procura. Assim, a grande maioria dos médicos formados a cada ano assume a sua vida profissional baseada nos conhecimentos obtidos nos seis anos escolares, podendo, mais tarde, aliar vivência adquirida e educação médica continuada, enriquecendo seu desempenho profissional.

Neste sentido, é muito comum os ginecologistas procurarem especializações que não residência médica, por serem mais curtas e, em geral, pagas pelo próprio profissional.

Questionados acerca de terem feito alguma especialização em ginecologia/obstetrícia, a maioria respondeu afirmativamente (94,7%), sendo que cerca da metade a cursou nos últimos 10 anos (44,8%), como se pode ver na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição de ginecologistas infanto-puberais segundo tempo de especialização em ginecologia/obstetrícia e título de especialista em ginecologia/obstetrícia,

Ginecologistas (N=38)	%
ESPECIALIZAÇÃO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	
Não cursou	5,7
Há até 10 anos	42,8
10-25 anos	31,4
26 ou mais anos	20,0
TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	
Não possui	46,0
Há até 10 anos	24,3
10-25 anos	13,5
26 ou mais anos	16,2

Aos profissionais foi também perguntado se tinham cursado outra especialização, além da Ginecologia e Obstetrícia: 63,9% responderam afirmativamente, com amplitude variada em relação ao tipo de formação desenvolvida 5,3% referem ter cursado mestrado e proporção equivalente de profissionais cursou Medicina do Trabalho. Foram citadas outras especializações em áreas próximas (Obstetrícia, Medicina Fetal), na própria Ginecologia (histeroscopia, laparoscopia, ultrassonografia) e em outras sub-especialidades (Mastologia, Reprodução Humana). Um profissional relata ter realizado o Curso em Atendimento à Violência Doméstica ministrado pela Universidade de São Paulo (USP).

Em relação ao Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), pela tabela três, vê-se que quase a metade (45,9%) dos ginecologistas infanto-puberais respondentes da pesquisa referiu não possuir. Dentre os 54% de profissionais detentores do

título de especialista pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 24,3% o obtiveram nos últimos 10 anos.

4.3. Contato inicial, motivação e formação sobre o tema do abuso sexual infanto-juvenil

Ao avaliarmos as respostas fornecidas pelos ginecologistas infanto-puberais nos questionários sobre informações acerca de abuso sexual infanto-juvenil recebidas durante o período de graduação médica, constatamos uma resposta significativa e alarmante, dada por 67,5% desses profissionais: não receberam nenhuma informação sobre abuso sexual infanto-juvenil durante o curso de graduação em Medicina.

Ao discutirmos a formação profissional nas entrevistas com as ginecologistas infanto-puberais que, atualmente, trabalham em serviços dessa especialidade, observamos que o assunto da violência sexual não foi abordado durante a graduação de todas as entrevistadas, o que pode ser justificado pelo tempo de conclusão do curso de graduação, pois a discussão desse tema naquele tempo era bem mais restrita.

O descompasso entre formação médica e atuação dos ginecologistas infanto-puberais frente ao abuso sexual infanto-juvenil também foi abordado durante uma entrevista por uma profissional com atividade docente que lembra ter sido uma das questões do Ministério da Educação e Cultura na avaliação da Faculdade de Medicina em que trabalha, no ano de 2002, uma questão sobre violência sexual. Apesar do tema já estar apresentado em Norma Técnica do Ministério de Saúde (Brasil, 2005), embora ainda não especifique crianças e adolescentes, continua a não ter peso correspondente na formação dos profissionais que atuarão na assistência.

Então, a gente vê tanto quem está se formando agora, como quem já se formou há mais tempo, tem mais tempo de experiência, a falta de saber como lidar com essa situação [do abuso sexual infanto-juvenil]. (E1)

Ficou claro que a lacuna existente no tema do abuso sexual sobre crianças e adolescentes na formação médica foi inerente á quase totalidade dos profissionais participantes da pesquisa, independente da faixa etária e do tempo de atividade profissional. Foi observado um interesse restrito de alguns pouco profissionais, mesmo que incipiente sobre abuso sexual, bem como algumas aulas dispersas em alguns cursos e faculdades.

A sugestão da inserção do tema do abuso sexual infanto-juvenil na grade curricular do curso de Medicina foi recorrente entre os atores deste estudo. Não houve, contudo, uniformidade de pensamento em relação ao momento e à forma como isso poderia ser implantado, sendo que um total de 23,7% dos ginecologistas apontou de forma direta a necessidade da discussão do tema durante o curso de Medicina. Foram propostas abordagens do abuso sexual infanto-juvenil nas disciplinas de Pediatria, Ginecologia, Medicina Legal e a criação de uma disciplina específica para tratar do tema da violência sexual.

Como sugestões de aspectos que precisam ser contemplados nessa abordagem do abuso sexual infanto-juvenil, surgiram temas diversos e importantes, indicando existir uma informação ampla da complexidade de questões a serem enfrentadas ao se trabalhar o tema: importância da situação do abuso sexual infanto-juvenil do ponto de vista clínico e epidemiológico; procedimentos na abordagem da família; formação da equipe multidisciplinar; atendimento clínico e laboratorial; orientações sobre a parte jurídica e psicológica da paciente vítima da violência sexual e da família.

Essa variedade de temas citados reflete, não só o fato de a violência ser comum à várias áreas do conhecimento e requerer enfrentamento multissetorial, como também as dificuldades concretas dos profissionais em lidarem com o abuso sexual infanto-juvenil, além de situarem esse estudo no campo do ensino formal.

Sob esse mesmo prisma, entendemos que a citação da Medicina Legal como uma disciplina que pode contribuir nessa formação deve-se a necessidade de identificação de lesões; entretanto, sua ação é restrita, pouco contribuindo com subsídios para assistência e condução dos casos.

Uma das entrevistadas ressalta que, na sua visão, a abordagem do tema da violência sexual infanto-juvenil dentro da disciplina de Ginecologia fica prejudicada, já que a própria Ginecologia Infanto-Puberal é um tópico pouco ou nada abordado no período da graduação médica. Tal ausência nos causa estranheza, por deixar-se de lado um problema de saúde tão singular em fase da vida de pleno crescimento e desenvolvimento. Em nossa realidade predomina uma formação mais generalista da Ginecologia. Essa falta de divulgação da Ginecologia Infanto-Puberal, que não seria atrativa pelas dificuldades intrínsecas ao seu desempenho, é um pensamento compartilhado por outro ginecologista, que demanda “*dos especialistas um trabalho mais atuante e agressivo nas universidades*” como *lócus* de disseminação do conhecimento.

Observamos que o tema do abuso sexual sobre crianças e adolescentes no País ainda é muito recente na Ginecologia, talvez, por ainda não ter alcançado maturidade suficiente entre os profissionais da área, para que se promova sua inserção na grade curricular.

Outro fator apontado por um ginecologista infanto-puberal para justificar esse enfoque fugaz do abuso sexual infanto-puberal durante a formação profissional é o tabu que ainda cerca a questão da violência, dificultando sua maior visibilidade.

A residência médica proporcionou, para uma entrevistada, contato com a Ginecologia Infanto-Puberal de uma forma geral, sem nada específico em relação à violência. As entrevistadas que tiveram oportunidade de cursar residência em hospital com frequência significativa de atendimentos de emergência costumavam presenciar alguns casos de violência sexual, mas geralmente não havia orientação clínica apropriada.

Na residência médica, por eu trabalhar num hospital geral, quando chegava qualquer caso, nós encaminhávamos para o IML. Isso era uma conduta comum. Ninguém se comprometia não. (E2)

Os ginecologistas infanto-puberais, de uma forma geral, nos questionários e nas entrevistas, ressaltaram, além da falta de informação teórica sobre o tema, a pouca disponibilidade de serviços de atendimento de Ginecologia Infanto-Puberal. Observamos que, nos nossos dias e entre nós, essa carência, embora não tenha sido sanada, foi minimizada com a presença de ambulatórios da especialidade nos principais hospitais do município do Rio de Janeiro. Contudo a demanda por serviços que prestem assistência específica aos casos de maus-tratos em geral e, em particular, à violência sexual ainda é sentida. A implantação desses serviços e o maior acesso dos profissionais interessados em treinamento e capacitação são vistos como uma evolução e um ganho do setor saúde que começa a se realizar.

Quando começamos o interesse pela ginecologia infanto- puberal, só encontramos dois serviços no Rio de Janeiro e um em São Paulo, nos anos setenta...(Q38)

...ter mais acesso aos ambulatórios de pediatria para facilitar a integração, permitindo chegarmos a diagnósticos de abuso sexual e maus-tratos. (Q32)

Acho que atualmente já está ocorrendo maior orientação neste sentido...da mesma forma estão sendo implantados ambulatórios de violência sexual.(Q28)

Uma das formas de reprodução do conhecimento adquirido sobre abuso sexual por alguns profissionais ficou evidente na exposição de quatro ginecologistas infanto-puberais que trabalham em unidades que acoplam o ensino à assistência. Por suas falas, pode-se pesquisar junto a elas como se dá a transmissão desse conhecimento e da experiência adquirida na atenção.

Para uma entrevistada, atuante em uma instituição que lida com alunos de graduação e residentes, conhecimento e prática são repassados para os alunos em aulas esporádicas, em diversos períodos da graduação, sobre abusos físicos contra crianças e adolescentes. Além disso, existe uma disciplina eletiva versando sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes, ministrada em 12 aulas, abordando desde aspectos clínicos até os aspectos legais. Essa entrevistada ressalta que, em seu serviço, o atendimento às crianças vítimas de violência faz parte do programa de residência em Pediatria. Entretanto, os residentes da ginecologia não freqüentam o serviço e questiona onde esses profissionais adquirirão experiência nesse tipo de assistência. Algumas vezes acontecem reuniões dos profissionais que compõem o serviço de atendimento às diversas formas de violência contra crianças e adolescentes com os demais pediatras desta instituição, e que atuam em outras subespecialidades, em um programa de educação médica continuada sobre o assunto, visando alertá-los para a detecção de casos em suas consultas de rotina.

As outras três entrevistadas estão inseridas em unidades de saúde que têm programas de residência médica e a abordagem do tema foi diferente em cada uma delas: em uma, restringe-se a aulas teóricas em alguns momentos do curso sem a devida dimensão que o assunto merece, segundo a avaliação da entrevistada; em outra, os residentes do terceiro ano do programa de Ginecologia assistem ao atendimento, mas somente um de cada vez em virtude da delicadeza da situação; e na terceira instituição, os residentes têm

uma presença ativa no ambulatório, chegando mesmo a assumir o atendimento em determinadas circunstâncias de forma bastante satisfatória.

Motivação para atender crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual

A experiência de todas as médicas entrevistadas no atendimento à violência não veio pela teoria, começando no curso da atividade profissional, em geral, alguns anos depois de iniciada a carreira, normalmente por meio de casos vindos pela emergência. Para algumas entrevistadas, o contato com tema tão delicado deflagrou um estímulo para permanecer nesse caminho, apesar de o descreverem como extremamente doloroso e sofrido.

O principal motivo apontado para prosseguir nesse atendimento foi a necessidade de cuidar adequadamente de pessoas que não eram contempladas com o tipo de assistência prestada nos serviços públicos. As entrevistadas relataram algumas situações em que até havia o atendimento emergencial, mas não tinha existido acompanhamento desejável às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Nos casos de abuso crônico, a carência do setor saúde é ainda mais notada pelas entrevistadas, com o agravante das pacientes sofrerem, ainda, a violência institucional, quando recorrem ao Instituto Médico Legal ou às delegacias.

... o interesse de ver que realmente era uma questão de saúde pública e que não era abordada. (E6)

Aí você começa a ouvir cada história tão escabrosa... Você diz assim, essas pessoas precisam ser orientadas, precisam de atendimento... (E6)

Isso é uma coisa que sempre me mobilizou muito. Violência sexual em criança é uma coisa que me tocava profundamente, me toca até hoje, profundamente. Eu acho que é incompatível a idéia de que um médico não queira fazer alguma coisa por essa criança. Tem muito médico que não quer nem ouvir falar de violência. Eu acho que isso é incompatível com a medicina. Eu acho que a

medicina é para cuidar do ser humano e um ato deste de violência, deste nível, precisa de um cuidado urgente. (E4)

Alguns desafios pessoais tiveram que ser enfrentados pelas entrevistadas como aprender, na prática, a superar as dificuldades na abordagem das pacientes e perceber que há uma contribuição expressiva no trabalho que desenvolvem, mesmo não significando a solução definitiva do problema.

Nós vemos que nós temos um compromisso com essas crianças, de não deixar que sejam reincidentes esses casos na vida delas. (E2)

Conforme você vai estudando, vai se tranquilizando, você vai vendo que você pode fazer sim. Mas você pode dar muito apoio àquela criança, aquele adolescente, você pode ajudar a melhorar a resiliência daquela criança, daquele adolescente. Então você vai ter uma contribuição realmente sobre aquele fato e que eu achava que não tinha. (E3)

Sofri muito com isso [aprender a partir da prática] porque, obviamente, essa mania de você fazer as entrevistas separadas, esses cuidados todos que você tem que ter neste tipo de atendimento. Se torna muito sofrido se você aprende na prática, à duras penas você vai ver se a mãe reage bem, se a mãe reage mal, como ela vai te responder, se você está abordando de forma certa, se está abordando... A prática é que foi me dando no dia-a-dia. Fui aprendendo no duro mesmo... levando pancada. (E4)

A inserção das entrevistadas nesse atendimento, cada uma em seu momento e em seu espaço, acontece à medida que identificam o abuso sexual como uma questão de saúde pública, com graves repercussões no desenvolvimento das crianças e adolescentes e como um problema passível de intervenção diagnóstica e terapêutica. Uma das entrevistadas relata como rejeitou a idéia de participar mais ativamente na atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, ilustrando que a abordagem do tema nem sempre é possível de ser feita por todos os profissionais de saúde.

Não quis fazer [o treinamento do Ministério da Saúde sobre abuso sexual] porque não quero melhorar? Não, porque não quero absorver todos esses casos do hospital. Prefiro não fazer. Não é esse o objetivo do meu trabalho:

- Ah, eu acho que o priminho de três anos de idade botou o dedinho... Eu quero saber se é virgem...

- Eu não vou saber, a senhora tem que ir no IML, eu não sei fazer diagnóstico de virgindade.

Eu não poderia responder isto se eu tivesse esse curso, se eu estivesse com as ferramentas. (E5)

Treinamento, capacitação e motivação para atender crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual

A inserção de perguntas abertas no questionário permitiu aos ginecologistas infanto-puberais que contribuíram com este trabalho discorrerem sobre a influência de seu treinamento e capacitação em sua atuação frente ao abuso sexual infanto-juvenil. Falaram como ela aconteceu e quais eram suas sugestões para implementar e melhorar a estrutura existente, neste tópico em que a educação médica continuada sob diversas maneiras foi amplamente citada.

A divulgação do tema foi sugerida por alguns, por meio de cursos de atualização, palestras e encontros, propondo-se a responsabilidade das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (SGORJ) e da Sociedade de Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA) pela inserção do abuso sexual infanto-juvenil nos congressos organizados por essas entidades.

Curso e congresso de ginecologia infanto-puberal (Q5)

... Cursos pré-congresso abordando o tema nos congressos de ginecologia e nos de infanto-puberal. (Q13)

Na educação médica continuada promovida pela SGORJ ter temas concernentes a esta matéria.(Q31)

A frequência aos congressos da Ginecologia Infanto-Puberal foi declarada por 60,5% dos profissionais como forma sistemática de educação continuada e, eventualmente, por 31,6%.

Observamos uma busca ativa por atualização de um ginecologista infanto-puberal participante e o papel dado por ele às entidades de classe e instituições públicas, ao ressaltar a importância do Manual de Orientação sobre Violência Sexual da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a divulgação pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro do protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual por meio de cartazes.

Dentre as nossas entrevistadas no âmbito da pesquisa qualitativa, seis são filiadas à SOGIA. No entanto, somente uma médica referiu a aquisição de conhecimentos por esses congressos: a forma mais comum declarada de se informar sobre a violência sexual foi pela literatura especializada, aliada à prática clínica.

A sensibilização por meio de um curso de capacitação oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde em diversas unidades de trabalho teve repercussão diferente nas ginecologistas infanto-puberais entrevistadas: uma negou-se a fazer, alegando diversos motivos de ordem pessoal e profissional; outra fez e num primeiro momento achou “*horrível*”, só vindo a se interessar pelo tema mais tarde, com o recebimento de casos clínicos, mas ressalva a importância da capacitação para deixá-la mais atenta.

Depois que eu passei a fazer essa sensibilização, eu passei a detectar muito mais casos que eu não via antes. Então, a sensibilização foi muito importante para mim. (E6)

Uma terceira entrevistada, apesar de aderir ao atendimento clínico em violência após alguns cursos de capacitação, mostrou um apreço maior pelas outras formas de aquisição do conhecimento.

O sentimento de falta de preparo frente à demanda apresentada levou outra colega ao Curso de Atendimento à Vítima de Violência Doméstica, da Universidade de São Paulo,

curso conceitual em relação à violência doméstica, com um abordagem ampla e multiprofissional sobre o assunto, mas que não dá subsídios técnicos específicos no atendimento ginecológico a estas vítimas.

Esse curso, claro que ajudou bastante, porque antes a gente não tinha preparo nenhum. (E2)

Ressaltamos a importância da abordagem dos aspectos legais feitas pelos profissionais que participaram da pesquisa, em termos de aprimoramento médico na área da violência contra crianças e adolescentes. As sugestões de aprofundamento nessa vertente enfocam o papel do Conselho Tutelar, das delegacias de mulheres, o posicionamento do Conselho Regional de Medicina e culminam com a sugestão de um curso com duração de um ano sobre direito da infância e adolescência, estudando as imbricações dos aspectos médicos e legais. Tal sugestão de curso denota o desconhecimento dos médicos, em geral, relativo ao trabalho realizado por essas instituições. Acreditamos que esse desconhecimento torna-os mais vulneráveis no atendimento aos maus-tratos em geral, e em especial ao abuso sexual infanto-juvenil, pelo não reconhecimento dos direitos das pacientes, da extensão do seu papel na assistência, pelo medo do seu envolvimento e das repercussões jurídicas que possam advir.

Outra proposta que julgamos interessante e pertinente é o estudo da violência em nível de especialização. Notamos, durante a pesquisa de campo, que os ginecologistas que estão atuantes ativos no atendimento à violência sexual contra crianças e adolescentes tiveram uma formação prévia em Ginecologia Infanto-Puberal e, a partir de determinado estímulo em sua trajetória profissional, aprofundaram-se na questão da violência. O inverso, entretanto, nem sempre se mostrou verdadeiro, ou seja, nem todo ginecologista

infanto-puberal tem experiência no atendimento às vítimas de violência ou interesse em enveredar por esse caminho.

Tentando enviar o questionário, tivemos contato com colegas que se negaram peremptoriamente a discutir o assunto, alegando diversos motivos, deixando a descoberto preconceitos, medo e desconhecimento: uns só trabalhavam em clínica privada e, por isso, esse tipo de atendimento não fazia parte de sua vivência; alguns, mesmo quando já haviam atuado em serviços públicos e tinham histórias prévias de atendimento ao abuso sexual infanto-puberal, não quiseram responder o questionário, mostrando-se irredutíveis apesar de toda nossa argumentação. Alguns colegas (10 do total de questionários enviados) alegaram não ter recebido (apesar do aviso de recebimento dos Correios confirmar a entrega) ou terem perdido o questionário. Nesses casos, providenciamos uma segunda via, que, algumas vezes, foram entregues pessoalmente como referido na metodologia. Mesmo assim, não obtivemos resposta de seis dessas pessoas. Outros expuseram suas dificuldades em participar da pesquisa baseados em compromissos profissionais inviabilizadores de tempo disponível para preencher o questionário.

Acreditamos que diversas razões podem estar implícitas no fato de não se querer abordar a violência sexual contra crianças e adolescentes, mesmo no plano teórico, como é o caso deste estudo; contudo cremos que alguma característica pessoal disponibiliza as pessoas para esse tipo de atendimento. Observamos que as dificuldades teóricas e práticas do aprendizado foram comuns a todos os ginecologistas infanto-puberais participantes da pesquisa; alguns, porém, conseguiram superar esses obstáculos e disponibilizarem-se para a assistência às vítimas infanto-juvenis de violência sexual. Outros chegaram mesmo a integrar ou construir serviços de referência nesta área.

O conhecimento teórico é necessário para o bom exercício profissional, mas observamos, nas entrevistas, que ele por si não é suficiente para se lidar constantemente com a violência sexual contra crianças e adolescentes. No dizer das profissionais, o assunto violência mobiliza de forma contundente o aspecto emocional, principalmente se a agressão é perpetrada contra crianças e idosos, havendo uma magnificação das reações. Provavelmente isso se deve à noção de uma fragilidade maior implícita nessas faixas etárias.

O teórico não dá o subsídio. (E5)

Ora, violência é um assunto que choca qualquer um, agora imagina a violência sexual contra uma criança. (E4)

Então assim já incomoda em qualquer faixa etária. Mas quando é idoso, idosa e criança, isso parece mais gritante, isso aparece de uma forma mais evidente... (E6)

Pelos relatos, existe a necessidade de um preparo emocional para se lidar com a violência, com as mudanças da rotina de trabalho provocadas pelo tema, que mexe com os conceitos sociais e éticos. Também é difícil superar a sensação de dor e impotência. Para isso, é necessário um interesse específico, que é subjetivo, pessoal. Quando esse interesse não existe, quando as pessoas não estão mobilizadas para o tema, a capacitação por si só não vai provocar a inserção do profissional nessa proposta de trabalho. Notamos, na fala das entrevistadas, que essa sensibilização poderá ser útil para o profissional estar atento aos sinais e sintomas sugestivos de uma violência e atuar em um programa de rastreio, desde que não exija um envolvimento maior no manejo destas questões.

Observamos em alguns discursos das entrevistadas, um conflito entre a atuação estruturada em um modelo biomédico e uma abordagem mais ampla da violência:

Eu não quero julgar essa criança, o pai dela violentou, o padrasto violentou, o vizinho violentou. Vou ter que acusar, vou ter que botar esse homem na cadeia. Eu quero me afastar um pouco dessa questão, que é familiar. Eu fico mais atenta à questão médica, entendeu?...(E5)

...para você desvendar essa coisa, você há que se expor muito, considerando que você é humano, sua percepção também pode estar errada. Então a gente fica muitas vezes.... eu já me senti nessa situação, muito dividida: “olha se eu não fizer posso deixar passar um crime e se eu fizer posso também estar cometendo um”. A gente é médico, a gente tem a percepção, mas a tua atuação é limitada. (E8)

Não estamos advogando a falta de formação formal, básica, na grade curricular do curso de Medicina e educação médica continuada no assunto da violência sexual contra crianças e adolescentes. Esse tipo de preparo técnico é fundamental para um rastreamento adequado de situações violentas e abusivas. Só conseguiremos estabelecer um diagnóstico clínico se ele fizer parte de nossas hipóteses diagnósticas construídas ao longo do atendimento, cuja construção está calcada no conhecimento teórico e prático adquirido.

Julgamos, todavia, que esse conhecimento básico possa, também, suscitar, em determinados profissionais, um desejo de um maior aprofundamento e uma maior capacitação. Os que fizerem essa escolha podem beneficiar-se de um curso de especialização.

CAPÍTULO 5

Diagnóstico de abuso sexual infanto-juvenil

Este capítulo aborda dois momentos importantes em ao diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: os dilemas existentes entre a suspeição e o diagnóstico efetivo dos casos e a rotina do atendimento inicial, crucial ao diagnóstico: porta de entrada, anamnese, exame físico, achados clínicos.

A atuação do ginecologista infanto-puberal no atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual costuma confrontá-lo com situações em que a hipótese diagnóstica de abuso sexual precisa ser explicitada. Por vezes, o aparecimento ocasional dessa forma de abuso dentro de sua prática diária não lhe permite tornar-se uma autoridade no assunto, ficando a abordagem deste tema, normalmente, diluída entre outras questões clínicas. Alguns ginecologistas infanto-puberais que se deparam com maior frequência com casos suspeitos ou confirmados de abuso sexual desenvolvem uma maior prática no assunto, tornando-se, algumas vezes, referência no atendimento para esse tipo de violência. Alguns deles passaram a se integrar em serviços especializados no atendimento ao abuso sexual, distintos daqueles voltados para o atendimento infanto-puberal em geral:

Mas eu não tenho assim uma experiência no ramo, no campo de atender especificamente este tipo de situação não. É uma coisa que fica dentro do meu trabalho como um todo. (E8)

Eu trabalho em Hospital Geral que é referência na Baixada Fluminense para o atendimento à violência sexual. Eu faço a parte de seguimento. (E1)

Kellog et al. (2005) apontam essa diferença de experiência no tocante à abordagem do abuso sexual entre pediatras. Embora todos possam cuidar de vítimas de agressão sexual, alguns sentem a necessidade de encaminhamento para profissionais mais experientes, em virtude de seu treinamento inadequado e insuficiência de conhecimentos na questão do abuso sexual infantil.

É variada a dedicação dos profissionais entrevistados e dos vários serviços à clientela de crianças ou adolescentes, interferindo na experiência acumulada, pois, embora alguns aspectos possam ser comuns à infância e adolescência, outros apresentam características singulares:

Adolescente... eu pego bastante. Como eu atendo mais adolescentes, crianças eu estou começando atender mais agora.(E2)

Por vezes, a ampliação da clientela atendida faz-se necessária em razão da necessidade de prestar-se assistência e da capacitação do profissional disponível para o atendimento:

Eu normalmente não atendo adolescentes. Eu atendo as crianças é... normalmente até doze anos. Excepcionalmente até treze ou quatorze anos. Como o pessoal sabe que eu lido com violência, então já pede para eu ver. (E4)

Apresentam-se, a seguir, as dificuldades com que profissionais, mais ou menos experientes no tema se defrontam ao suspeitar casos de abuso sexual na clientela infanto-juvenil, ou efetivamente diagnosticá-los.

5.1. Suspeição e diagnóstico de abuso sexual infanto-juvenil

A suspeição de abuso sexual contra **crianças** foi relatada por 81,6% dos profissionais. Contudo, desse percentual, somente 52,6% conseguiram estimar quantas vezes isso aconteceu em sua prática clínica, variando de um a 20 casos (tabela 3). Em

relação aos **adolescentes**, o índice de suspeição foi mencionado por pouco mais da metade dos ginecologistas infanto-puberais (52,6%). Desses, somente 26,3% conseguiu quantificar seus casos, com uma variação ente um e 30 casos. A distribuição do número de casos de crianças e adolescentes em que houve suspeição de abuso sexual pode ser vista na tabela quatro.

Tabela 3: Freqüência de casos de abuso sexual infanto-juvenil suspeitos pelos ginecologistas infanto-puberais

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS SUSPEITAS DE ABUSO SEXUAL (N=38)		
Nenhum	7	18,4
1-2	8	21,0
3-5	7	18,4
6 ou mais	5	13,2
Não sabe informar o número de casos suspeitos	11	29,0
CASOS DE ADOLESCENTES SUSPEITOS DE ABUSO SEXUAL (N=38)		
Nenhum	18	47,4
1-2	4	10,5
3-5	2	5,3
6 ou mais	4	10,5
Não sabe informar o número de casos suspeitos	10	26,3

Em relação ao **diagnóstico** de abuso sexual infanto-puberal, vê-se, na tabela 4, que 76,5% dos profissionais afirmaram já ter diagnosticado abuso sexual em sua clientela infantil, oscilando entre um a 15 casos diagnosticados por profissional. No que se refere ao diagnóstico de abuso sexual nos adolescentes, 55,6% dos profissionais já diagnosticou o abuso sexual em sua clientela juvenil, com casos variando entre um e 20 adolescentes por ginecologista.

Tabela 4: Frequência de casos de abuso sexual infanto-juvenil diagnosticados pelos ginecologistas infanto-juvenis

Ginecologistas infanto-juvenis	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=34)		
Nenhum	8	23,5
1-2	7	20,6
3-5	7	20,6
6 ou mais	3	8,8
Não sabe informar o número de casos diagnosticados	9	26,5
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=36)		
Nenhum	16	44,5
1-2	3	8,3
3-5	4	11,1
6 ou mais	3	8,3
Não sabe informar o número de casos diagnosticados	10	27,8

Em nossa casuística, observamos que um percentual mais significativo de profissionais relatou um maior índice de suspeição/diagnóstico de situações sexuais abusivas entre crianças quando comparado com as adolescentes. A maneira como ocorre o abuso sexual na infância, em geral, sem a realização do coito, evitando-se, assim, as marcas físicas, tende a tornar o diagnóstico mais difícil nessa faixa etária. Por outro lado, quando as lesões genitais traumáticas estão presentes, aparecem de forma mais grave. Drezett (2001) apresenta essa constatação em um estudo em que analisou os fatores e mecanismos referentes ao abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. Em seus resultados verificou ser o atentado violento ao pudor foi 13 vezes mais frequentes no grupo infantil, sendo estatisticamente significativo e, quando ocorreu o trauma genital, foi seis vezes mais frequentes entre as crianças.

5.2. Rotina do atendimento

Foram comentadas diferenças na organização dos serviços em que os ginecologistas infanto-juvenis atuam, cada qual apresentando suas peculiaridades. Também foram mencionados fatores facilitadores e dificultadores da assistência às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, determinando variações nas rotinas nos serviços, buscando-se

uma adaptação à realidade existente, a superação dos obstáculos encontrados e procurando oferecer o melhor atendimento possível. Assim, encontramos diferenças: na forma de chegada aos serviços da clientela infanto-juvenil vítima de violência sexual; nas diversas formas de abordagem da paciente e de sua família; na forma como é feito o exame clínico; na disponibilidade de métodos complementares; e nos protocolos de acompanhamento.

Freqüentemente foi mencionado pelos ginecologistas a Norma Técnica do Ministério de Saúde para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, notando-se, contudo, adaptações às realidades locais.

Descreve-se, a seguir, cada passo da rotina de atendimento àquelas relatada pelos ginecologistas infanto-puberais do Rio de Janeiro.

Porta de entrada

O mecanismo de encaminhamento das crianças e adolescentes para o atendimento ginecológico difere de um local para outro. Todavia, constatou-se o predomínio do primeiro atendimento em serviços de emergência, com posterior encaminhamento para acompanhamento ambulatorial.

Os serviços de emergência que atendem crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual têm o papel de implementar algumas condutas, como profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis e gravidez, e, até mesmo, internação para posterior avaliação se for julgado estarem as pacientes em risco ou se apresentarem agravos que necessitem de assistência em âmbito hospitalar.

A grande diversidade de motivos indicadores de suspeição de abuso sexual permite, ainda, que tais crianças e adolescentes cheguem diretamente aos ambulatórios de

ginecologia infanto-puberal ou aos ambulatórios especializados no atendimento às situações de violência por procura espontânea; referenciados por um outro serviço, como por exemplo a pediatria; por solicitação de parecer especializado; ou por encaminhamento pelo Juizado da Infância ou Conselho Tutelar para averiguação de uma suspeita de abuso sexual.

Anamnese

Na prática clínica, o atendimento ginecológico de rotina para adultas é gerador de ansiedade, não só pela exposição física necessária à sua realização, como também por estarmos lidando com uma área ligada à sexualidade, com seus tabus, mitos e fantasias. O atendimento ginecológico a crianças e, em algumas situações a adolescentes, ou principalmente, para estas últimas que não têm vida sexual ativa, configura uma situação onde algo **foge ao normal**, já que a avaliação ginecológica em tais situações não constitui um procedimento de rotina. Essa situação pode provocar desconforto nas jovens pacientes e também em seu/sua acompanhante, especialmente se o motivo da consulta está ligado a uma suspeita de violência sexual. Isso imprime à prática clínica do ginecologista infanto-puberal uma singularidade, requerendo do profissional uma capacidade particular de lidar com a cliente e sua família que, nesses casos, é parte integrante da consulta (e, muitas vezes, também tem participação na ocorrência do abuso sexual).

A necessidade de aproximação com a criança ou com o adolescente faz com que alguns profissionais tentem criar um ambiente descontraído, usando até mesmo música para favorecer tal intuito. A abordagem de um universo infantil ou juvenil, com fatos sobre os quais os profissionais têm domínio para falar e os pacientes para entender, a utilização de uma linguagem própria à idade e a não-abordagem direta da situação de violência sexual

são estratégias propostas por algumas entrevistadas para tentar dar à clientela a segurança necessária para sentir-se à vontade e cooperar.

A delicadeza da situação de abuso sexual demanda um tempo maior de atendimento que permita, não só gerar um ambiente de confiança, mas também realizar uma entrevista detalhada com a criança ou o adolescente e com os acompanhantes. Para Kellog et al. (2005) essa demanda maior de tempo na consulta é necessária para promover a diminuição da ansiedade da criança, causada pelo relato da história e pela expectativa do exame médico e procedimentos a serem realizados.

O aprofundamento da história da criança/adolescente com a família possibilita-lhe a exposição dos motivos da suspeita/confirmação do abuso, se presenciou ou não o abuso, se houve ou não alguma alteração física que embase a queixa ou se há algum outro tipo de motivo que legitime a suspeição ou a violência consumada. Autoriza, ainda, que o profissional busque as condições sociais da família e a inserção da criança naquela realidade:

Pergunto: mora com quem, vive com quem, quem vive junto, onde fica a criança durante o dia, se a mãe trabalha, se a mãe não trabalha, e vou esmiuçando até tentar fazer um diagnóstico do que realmente acontece.. (E5)

A busca de similaridades e discrepâncias nos relatos da jovem paciente e da família podem servir como subsídio para elucidação diagnóstica e é referida por uma profissional que realiza sua abordagem da seguinte forma: conversa primeiro com a paciente, depois com o acompanhante, e, então, reúne novamente as duas pessoas, buscando, assim, uma confrontação das histórias. Kellog et al. (2005) preconiza a realização da entrevista sem a presença dos pais, visando a minimizar as possíveis interferências e distrações ocasionadas pelos acompanhantes. Orienta, também, que as questões formuladas pelo entrevistador, e as

reações e comportamento da criança sejam registrados sob a forma de anotações no prontuário ou, quando possível, em gravações.

Alguns **dados da anamnese contribuem para se estabelecer a suspeição** do abuso sexual infanto-juvenil, segundo a opinião dos ginecologistas (tabela 5). Em ordem decrescente de frequência, foram mencionados os relatos por terceiros de testemunho do envolvimento de crianças em atividade com cunho sexual (58,1%), o depoimento da própria criança acerca de suas experiências abusivas (48,4%) e a confissão do próprio agressor (6,5%).

Tabela 5: Dados da anamnese que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a suspeitarem de abuso sexual infanto-juvenil

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Relato por terceiros de testemunho de envolvimento de crianças em atividade com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	18	58,1
Relato pela criança de experiência com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	15	48,4
Relato do agressor de envolvimento de crianças em atividade com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	2	6,5
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=27)		
Relato pela adolescente de experiência com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	19	70,4
Relato por terceiros de testemunho de envolvimento sexual de adolescentes em atividade com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	16	59,3
Relato pela adolescente de experiência com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual) com parceiro com diferença de idade igual ou maior que cinco anos	13	48,1
Relato do agressor de envolvimento sexual de adolescentes em atividades com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual) (N=27)	1	3,7

Comparando com dados relativos à anamnese nos casos de suspeição de violência sexual em adolescentes (tabela 5), nota-se que a queixa oriunda do próprio paciente assume um peso maior, tendo sido considerada relevante por 70,4% dos respondentes, enquanto o depoimento de terceiros assume um percentual de 59,3%, sendo o do próprio agressor

é ainda mais baixo do que o referido para crianças (3,7%). Quando questionados a respeito de relato de experiência de cunho sexual pelo adolescente com parceiro cuja diferença de idade seja igual ou maior que cinco anos, o que pressupõe um estágio de desenvolvimento psíquico e sexual superior, apenas 48,1% dos ginecologistas infanto-puberais conferiram valor à queixa.

Esses dados parecem indicar que, para os pesquisados, não importa a questão da diferença etária no abuso sexual contra adolescentes, sendo mais valorizado o próprio constrangimento sexual referido pela paciente. O mesmo não é observado quando se trata de vítimas em uma faixa etária menor, quando a queixa do familiar ou acompanhante tem uma maior repercussão na consulta médica para os ginecologistas participantes deste estudo.

Também foram pesquisados quais **dados da anamnese contribuíram para que os ginecologistas tivessem diagnosticado** crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Na tabela 6, percebe-se que o relato, fornecido por terceiros, do abuso sexual contra crianças é significativo para estabelecer o diagnóstico para 74,2% dos ginecologistas infanto-puberais, o relato da própria criança de ter sido vítima de uma situação abusiva é considerado válido por 67,7% destes profissionais, enquanto o relato do próprio agressor adquire importância no diagnóstico para 9,7%.

Tabela 6: Dados da anamnese que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a diagnosticarem abuso sexual infanto-juvenil

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Relato por terceiros de testemunho de envolvimento de crianças em atividade com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com	23	74,2

contato sexual)		
Relato pela criança de experiência com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	21	67,7
Relato do agressor de envolvimento de crianças em atividade com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	3	9,7
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=28)		
Relato pela adolescente de experiência com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	24	85,7
Relato por terceiros de testemunho de envolvimento sexual de adolescentes em atividade com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	18	64,3
Relato pela adolescente de experiência com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual) com parceiro com diferença de idade igual ou maior que cinco anos	16	57,1
Relato do agressor de envolvimento sexual de adolescentes em atividades com cunho sexual (voyerismo, exibicionismo, atos com contato sexual)	3	10,7

Em relação ao diagnóstico de abuso sexual em adolescentes, a tabela sete mostra que o relato por terceiros possui valor no diagnóstico para 64,3% dos ginecologistas infanto-puberais, enquanto o relato do próprio adolescente quanto às suas experiências sexuais abusivas é assinalado por 85,7% dos profissionais como de valor para o diagnóstico, contra o relato do próprio agressor que apresentou importância diagnóstica para apenas 10,7% dos ginecologistas infanto-puberais.

Observamos aqui uma similaridade com os dados colhidos nos casos de suspeição de abuso sexual infanto-juvenil, no qual a palavra do adolescente apresentou uma maior valorização por parte dos entrevistados em relação ao relato dos acompanhantes. No tocante ao relato das crianças, nota-se a priorização, pelo ginecologista infanto-puberal, da queixa relatada pelo adulto em detrimento do que é dito pela criança.

Exame Físico

A coleta de evidências clínicas por exame físico exige do médico um conhecimento específico das características particulares da genitália na infância e adolescência, para não se confundir o diagnóstico. Impõe-se, também, que o profissional perceba o que tal exame pode significar para aquela criança ou adolescente em termos de reviver uma agressão.

Algumas diferenças são apontadas pelos entrevistados no que tange à abordagem de crianças e adolescentes em relação ao exame físico:

- crianças têm mais dificuldade de compreensão sobre o que vai ser feito no exame. Esse menor entendimento configura um obstáculo difícil de ser transposto, por várias razões, como a recente relação ginecologista-paciente e o trauma sofrido na agressão sexual. Uma criança pode ter sua genitália examinada mais de uma vez, por vários médicos, sem uma preocupação com as conseqüências físicas e emocionais que essa prática médica pode ocasionar. Quando chega ao ginecologista infanto-puberal, a nova experiência de manipulação genital poderá significar mais um trauma e poderá ser vivida como uma revitimização;
- adolescentes, em geral, teriam mais fácil entendimento do verdadeiro motivo do exame, reconheceriam no médico a intenção de ajudá-lo e protegê-lo. Mesmo assim, muitas vezes, são várias as dificuldades encontradas neste atendimento:

Eu já tive criança assim extremamente traumatizada pela violência, às vezes que já era abusada cronicamente e que era muito difícil o exame clínico nesta criança num primeiro contato. O adolescente tem alguma restrição, mas fica mais fácil com o diálogo você conseguir sensibilizar o adolescente, mostrando porque você está examinando, qual é o objetivo, mostrando que é para o cuidado dele próprio. Eu acho mais fácil a aceitação, mas dependendo da situação, às vezes também é difícil. (E1)

A gente acaba conseguindo sempre examinar. Mas quando a gente pega uma criança virgem de atendimento acaba sendo mais fácil porque a gente pode conversar melhor, pode tranquilizar melhor e examinar com mais facilidade. Mas toda criança que é examinada em algum local que ela foi constrangida, depois fica mais difícil o exame, não é? E a criança, a gente não tem muito o

quê conversar com a criança para explicar que aquilo vai ser assim que ela não tem muita compreensão, ela ficou marcada, ficou marcada, né? (E3)

A explicação à criança do que vai ser realizado durante o exame físico é uma prática defendida na literatura (Kellogg et al., 2005). Para a autora, a realização imediata do exame físico é justificada quando o abuso sexual ocorreu nas últimas 72 horas ou se existe uma lesão aguda. Em tais circunstâncias, é imperativo o diagnóstico dessas lesões visando ao tratamento, permitindo, ainda, a colheita de possíveis provas forenses. Excluídas essas situações, o exame médico pode ser programado a fim de ser realizado em condições mais favoráveis para a criança e para a equipe de saúde.

O uso do exame sob narcose, em centro cirúrgico, é uma estratégia proposta por uma entrevistada objetivando minimizar o agravamento do estado emocional nas crianças mais fragilizadas, estratégia que encontra respaldo na literatura (Kellogg et al., 2005; Merrit, 2004), em situações cuja necessidade de exame físico se impõe, para esclarecer um trauma físico, uma hipótese de infecção, para colher subsídios forenses ou quando a criança é incapaz de cooperar para sua efetivação.

Para uma profissional, a aceitação do exame ginecológico pela criança e adolescente seria reveladora da possibilidade de abuso:

As pacientes menores e manipuladas, elas se abrem demais para o exame. As pacientes maiores e manipuladas, elas se fecham muito mais para o exame. Como se estivessem escondendo alguma coisa... Até porque muitas delas são ameaçadas para não contar, então elas não querem deixar ver. (E5)

Refletindo sobre o comportamento sexualizado das crianças vítimas de situação abusiva, Kellogg et al. (2005) referem pesquisas recentes que admitem tanto uma inibição do comportamento sexual quanto uma excitação, sendo essa última mais freqüente. Sob tal prisma, as duas reações referidas anteriormente ao exame ginecológico poderiam suscitar a

hipótese de abuso sexual, necessitando outros parâmetros para fundamentar ou rechaçar esse diagnóstico.

A presença de um acompanhante durante o exame em crianças e em adolescentes, principalmente aquelas sem vida sexual, é rotina para algumas profissionais. No caso das crianças, embora estas sempre se apresentem acompanhadas ao exame, nem sempre este acompanhante é um familiar ou alguém próximo. Nessas situações, algumas ginecologistas infanto-puberais entrevistadas propõem o adiamento do exame físico para uma ocasião em que o responsável possa estar presente, possibilitando propiciar maior segurança à cliente. Julgamos que a presença do acompanhante com fim de tranquilizar a criança deve ser criteriosa, porquanto, muitas vezes, o acompanhamento do exame pode também ser ansiogênico para ele, transmitindo para a criança a mesma sensação. Outra hipótese é a de o próprio abusador comparecer com a criança para o atendimento, podendo a sua presença ter um efeito de constranger ainda mais a paciente.

Uma maior flexibilização é encontrada na fala de algumas dessas profissionais no tocante ao exame das adolescentes. Nessa situação, admite-se o acompanhamento do exame por um outro profissional de saúde, como por exemplo: uma auxiliar de enfermagem em hospitais ou a secretária do consultório, quando o atendimento se dá no âmbito privado. Para as adolescentes sexualmente ativas, tal exigência não foi observada na fala de algumas profissionais, já que seu exame é similar ao exame de pacientes adultas e, provavelmente, o médico sente-se resguardado ao realizá-lo.

Uma profissional habituada a lidar com violência está alerta para a possível associação de diversas formas de maus-tratos e, assim, advoga a realização de um exame físico completo que busque não somente a presença de lesões genitais, mas também aquelas denotadoras de abuso físico e negligência:

...Ela é examinada de ponta à cabeça onde a gente procura lesões, hematomas pelo corpo todo, marcas suspeitas de violência, equimoses, marcas de cigarro apagado, enfim, por aí vai. E aí na vulva a gente faz um exame ainda mais detalhado, olhando a parte do intróito vulvar, hímen, vestibulo, ânus também a gente olha, para poder verificar as preguinhas anais e tal. Tudo na procura de rotura himenal, equimoses, hematomas, lacerações... (E4)

Essa preocupação em procurar outros achados físicos por meio do exame clínico visando a detectar outras formas de maus-tratos, que, muitas vezes, acompanham o abuso sexual, não foi percebida no discurso das outras profissionais entrevistadas, que restringiram-se a uma abordagem estritamente ginecológica.

Esse olhar ampliado aos sinais físicos da violência é referido por Kellogg et al., (2005), que o associa ao treinamento específico na avaliação dos casos de abuso sexual e a experiência clínica, para estabelecer um diagnóstico e propor um tratamento nas situações abusivas de violência. No tocante às lesões produzidas pela violência sexual, a autora privilegia algumas áreas diretamente envolvidas na atividade sexual, que devem ser investigadas: boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus. Na abordagem ginecológica, Kellogg et al. (2005) sugerem que uma atenção específica deve ser dirigida, no exame físico, à face medial das coxas, pequenos e grandes lábios, clitóris, uretra, tecidos peri-uretrais, hímen e orifício himenal, fossa navicular, fúrcula vaginal e região perianal como sede de lesões.

Achados Clínicos

A forma como se dá o abuso sexual é de capital importância para existência de achados ao exame físico, podendo imprimir ou não lesões físicas detectáveis. Isso constitui um dos grandes dilemas para o ginecologista, que, embora possa não encontrar provas concretas de existência do abuso, não pode descartar essa hipótese.

Kellogg et al. (2004) relatam que, em mais de 96% das vezes, os achados físicos ginecológicos de crianças e adolescentes referidos a uma história de abuso sexual serão normais, o que não desqualifica a queixa infanto-juvenil. Berenson et al. (2000) realizaram um estudo comparando achados genitais em dois grupos de meninas pré-púberes: um com uma história de penetração, e um grupo-controle, onde foi excluída qualquer possibilidade de violência sexual. Concluíram que poucos achados vulvares ou himenais são indicadores confiáveis de abuso sexual entre meninas pré-púberes e que os achados fortemente sugestivos foram encontrados em menos de 5% dos casos.

Kellogg et al. (2004) e Merrit (2004) propõem duas alternativas para explicar a devastadora ausência de lesões genitais no exame físico, contrastando com as queixas: a) penetração sem dano tissular visível; b) ocorrência de lesões agudas, mas que cicatrizaram completamente. Ainda, diretamente relacionado com essa situação é o fato do abusador se utilizar de práticas diversas da penetração vaginal, minimizando, assim, a ocorrência de lesões traumáticas:

Com criança é muito difícil ter penetração. Com criança é mais, em geral, aquela estimulação com dedo, ou então passou o pênis, ou fez uma masturbação. Então é mais difícil ter uma penetração. (E3)

Outra dificuldade para a confirmação do abuso sucede quando é maior o intervalo entre o acontecimento da agressão e a procura pelo atendimento médico. Nessa situação, é menor a chance de se observarem lesões, já que haveria um tempo hábil para promover a recuperação dos danos porventura existentes. Assim, os entrevistados relatam que nas

pacientes que chegam aos serviços de emergência, há maior possibilidade de diagnóstico pelo exame ginecológico, observando-se, então, com frequência, principalmente, lesões agudas. O exame minucioso de lesões crônicas em serviços de emergência, sinalizadoras de abuso sexual (condiloma, corrimentos, por exemplo) também pode acontecer: a descoberta dessas lesões pode assustar a família, explicando a procura por auxílio imediato nesses serviços de emergência.

A tabela 7 mostra os **achados clínicos que propiciaram a suspeita dos ginecologistas** de abuso sexual infanto-juvenil. Em relação ao exame físico das **crianças** com suspeita de abuso sexual, constatamos que, dentre as lesões físicas que mais chamaram a atenção dos ginecologistas infanto-puberais, estão a infecção pelo papilomavírus humano (51,6%), o alargamento do orifício himenal (45,2%) e as fissuras anais (45,2%). Outras lesões que chamaram a atenção, por ordem de frequência, foram: abrasão ou erosão da genitália ou face interna das coxas (38%); rasgadura ou distorção do hímen (35,5%); ferimento na fossa navicular (32,3%); diminuição ou ausência de tecido himenal (25,8%); infecção pelo herpes-vírus (22,6%); lesão ou esmagamento da fúrcula vaginal (16,1%); erosão ou esmagamento dos pequenos lábios (12,9%) e esmagamento do hímen (6,5%).

Tabela 7: Dados clínicos que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a suspeitarem de abuso sexual de crianças

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
---------------------------------	---	---

CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Infecção pelo papilomavírus humano	16	51,6
Alargamento do orifício himenal	14	45,2
Fissura anal	14	45,2
Abrasão ou erosão da genitália ou face interna de coxa	12	38,7
Rasgadura ou distorção do hímen	11	35,5
Ferimento na fossa navicular	10	32,3
Diminuição ou ausência de tecido himenal	8	25,8
Infecção por herpes-vírus	7	18,4
Lesão ou esmagamento da fúrcula vaginal	5	16,1
Erosão ou esmagamento dos pequenos lábios	4	12,9
Esmagamento do hímen	2	6,5

O diagnóstico de doenças com a possibilidade de transmissão sexual, como o papilomavírus humano (HPV), teve um valor controverso para os diferentes especialistas no tocante à suspeição e à certeza diagnóstica do abuso sexual infantil (como se verá mais adiante):

Condiloma, então, a maioria em criança pequena não é abuso. (E3)

Se você vir um condiloma ..essa paciente não pegou condiloma no ar, nem foi no banho, nem foi na piscina. (E5)

A dificuldade em determinar se a infecção pelo papilomavírus humano está ligada ao abuso sexual encontra-se retratada na literatura e vários fatores contribuem para essa indefinição. Sinal e Woods (2005) e Hornor (2004) destacam o longo período de latência dessa infecção viral e a impossibilidade de determiná-lo. Frazier (*apud* Hornor, 2004) refere que a transmissão vertical em crianças pode determinar, algumas vezes, um período de latência até de cinco anos sem apresentar lesões.

Outro fator arrolado que, também, interfere nessa avaliação são as várias formas de transmissão: transmissão vertical, por via hematogênica, por defeito no âmnio ou através do canal do parto; auto-inoculação, em crianças com verrugas em outras partes do corpo, possíveis de contaminar os próprios órgãos genitais e hetero-inoculação, pelo contato com

cuidadores portadores de verrugas nas mãos e que podem transmitir a infecção para crianças ao dispensar cuidados de higiene ou por meio de fômites. A transmissão sexual deve ser sempre considerada, podendo ocorrer pelo contato genital-genital, genital-anal, por carícias, por penetração digital anal ou genital (Honor, 2004; Sinal; Woods, 2005; Stevens-Simon et al., 2000; Siegfried et al., 1998).

Siegfried et al. (1998) discutem se na transmissão do papilomavírus humano por meio do recebimento de cuidados por pessoas portadoras de verrugas nas mãos, não estaria implícito o abuso sexual praticado por carícias, o que é comum em faixas etárias menores. No entanto concluem não existir um método confiável de se determinar a forma dessa transmissão viral em crianças, permanecendo o dilema para o clínico.

Sinal e Woods (2005) e Hornor (2004) indicam que a avaliação global da criança e da circunstância é necessária para confirmar ou não uma situação abusiva, quando aquela é portadora de condilomas genitais. Hornor (2004) afirma, ainda, que a investigação dos cuidadores em busca de infecção pelo papilomavírus humano como parte dessa avaliação não é recomendada; entretanto os irmãos de qualquer criança portadora de uma doença sexualmente transmissível devem ser avaliados, também, para uma infecção sexualmente transmissível pela possibilidade de existir uma situação de abuso sexual.

Hornor (2004) recomenda a notificação aos órgãos competentes em casos de crianças acima de três anos, já que a possibilidade de transmissão sexual parece estar diretamente relacionada com a idade, sendo maior nas mais velhas (Sinal; Woods, 2005). Naquelas crianças com idade inferior a três anos, o autor sugere que a comunicação seja realizada na dependência de outros sinais e/ou sintomas indicadores de abuso sexual, porquanto nessa faixa etária, a transmissão perinatal é uma hipótese bastante viável.

Na tabela 8, visualizam-se os dados do exame físico das **adolescentes** com suspeita de abuso sexual que mais levantaram suspeitas para os ginecologistas infanto-puberais quanto à possibilidade de abuso sexual. A saber: infecção pelo papilomavírus humano (48,1%), ferimentos na fossa navicular (40,7%), fissuras anais (37%) e infecção pelo herpes-vírus (37%). Outras lesões que apareceram em ordem decrescente de frequência no cotidiano dos ginecologistas são a abrasão ou erosão da genitália ou face interna da coxa e a diminuição ou ausência de tecido himenal (33,3% cada); o alargamento do orifício himenal e rasgadura ou distorção do hímen (29,6% cada); a lesão ou esmagamento da fúrcula vaginal (22,2%); e a erosão ou esmagamento dos pequenos lábios e esmagamento do hímen (18,5% cada).

Tabela 8: Dados clínicos que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a suspeitarem de abuso sexual juvenil

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=27)		
Infecção pelo papilomavírus humano	13	48,1
Ferimento na fossa navicular	11	40,7
Fissura anal	10	37,0
Infecção por herpes-vírus	10	37,0
Abrasão ou erosão da genitália ou face interna de coxa	9	33,3
Diminuição ou ausência de tecido himenal	9	33,3
Alargamento do orifício himenal	8	29,6
Rasgadura ou distorção do hímen	8	29,6
Lesão ou esmagamento da fúrcula vaginal	6	22,2
Erosão ou esmagamento dos pequenos lábios	5	18,5
Esmagamento do hímen	5	18,5

A limitação do exame físico nos casos sem presença de lesão faz com que o ginecologista passe a valorizar determinados aspectos da história e do comportamento da criança, passíveis de corroborar ou não sua hipótese diagnóstica. São levadas em conta a clareza da história relatada, as mudanças de comportamento apresentadas pela criança (desde alteração do rendimento escolar, tristeza até aquelas mais exuberantes como o

comportamento sexualizado), as reações apresentadas pela criança durante o atendimento, o perfil de quem trouxe a criança e que narra a história.

Na tabela 9 vêm-se algumas mudanças psicológicas ou comportamentais apresentadas pelas crianças e adolescentes com suspeição de terem sofrido violência sexual, segundo a visão dos ginecologistas. Dentro dessa avaliação global do quadro clínico da criança, as mudanças comportamentais demonstraram uma relevância para 64,5% dos ginecologistas infanto-puberais pesquisados, que desconfiaram do abuso sexual infantil, indicando que uma parte desses profissionais já está atenta para outras manifestações clínicas do abuso sexual infantil que extrapolam os dados físicos. As mudanças comportamentais e psicológicas das adolescentes como sinalizadoras de violência sexual foram importantes para 37,0% dos ginecologistas infanto-puberais que levantaram dúvidas de abuso sexual nessa faixa etária.

Tabela 9: Mudanças psicológicas/comportamentais observadas na anamnese que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a suspeitarem de abuso sexual infanto-juvenil

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Mudanças psicológicas e/ou de comportamento (isolamento, agressividade, insônia, diminuição do rendimento escolar, comportamento sexualizado incompatível com a idade)	20	64,5
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=27)		
Mudanças psicológicas e/ou de comportamento (isolamento, agressividade, insônia, diminuição do rendimento escolar, comportamento sexualizado incompatível com a idade)	10	37,0

Essa avaliação, que extrapola o dado físico, depende de uma visão subjetiva e da experiência do avaliador em valorizar ou não determinados aspectos:

Chegou um pai com uma menina. Eu achei que no papel de pai, ele estava muito... extrapolando muito a relação. Ele me falava detalhes da vulva da menina, de exame, que estava saindo uma secreção assim, assado. E aquilo me deixou um pouco... Não sei, talvez fosse um certo preconceito meu... Mas eu achei que aquilo ali estava esquisito, não estava uma coisa natural, uma relação pai-filha natural... (E8)

...Situações que a gente, teoricamente, não diria que é abuso, mas que de fato, a situação é concreta... Recentemente, eu atendi uma menina de 12 anos que a família trouxe porque ela se relaciona, estava tendo relação com um rapaz de 28 anos, casado, com três filhos. Eu...eu achei isso tão esquisito. Pra mim isso é um abuso... (E8)

Eu tive um caso que eu até tive muita dificuldade de resolver, mas não é isso, não é um caso de abuso sexual. Era uma menina que a mãe me levou pra me perguntar o que poderia fazer porque ela era uma criança que era exibicionista, então ela disse que ela tinha assim... queria sempre ficar sem roupa, mostrando, que ela ia pra janela da casa dela chamar os meninos.... (E9)

O lidar eventual, não-sistematizado, com casos de abuso sexual pode ser mais um fator complicador para o ginecologista infanto-puberal, que, às vezes, apesar de pensar nessa possibilidade diagnóstica frente aos casos atendidos, não se sente seguro em prosseguir essa investigação por não conseguir avaliar a extensão e profundidade da situação. Esse distanciamento do tema ajuda a explicar como a profissional entrevistada relativizou aspectos consagrados na literatura sobre abuso sexual, por exemplo, a atividade sexual entre uma menina de doze anos e um homem com vinte e oito anos, referido anteriormente.

Outras condições foram enfatizadas por alguns ginecologistas infanto-puberais dos vários segmentos etários, como sinalizadores de abuso sexual:

- na infância: atitude da criança, medo, pavor de expor a genitália, agressividade, relação com os pais (1); outro refere a presença de condiloma, sangramento e equimose (1).
- na adolescência: ulceração genital (1); gravidez confirmada ou abortamento (1).

Devemos argumentar que a presença de sangramento e equimose em genitália na infância (excluídas outras causas possíveis como trauma acidental, prolapso de uretra, tumores genitais), bem como o diagnóstico de gravidez na adolescência (excluída a

hipótese de coito consentido), configuram um quadro estabelecido de diagnóstico de abuso sexual e não de suspeição.

Apresentam-se, a seguir, os **achados clínicos no diagnóstico do abuso sexual infanto-juvenil**. A presença de lesões genitais traumáticas explícitas, como lacerações, equimoses, escoriações e hematomas são os achados clínicos mais freqüentes relatados nas entrevistas em profundidade, tanto em região perineal quanto em hímen. A integridade himenal, contudo, é um dado de difícil avaliação já que o hímen pode apresentar variações anatômicas de acordo com o desenvolvimento puberal da paciente e decorrente do tempo passado desde o trauma, favorecendo a cicatrização do tecido, como já referido anteriormente. Embora essas lesões tenham sido as mais freqüentemente relatadas, vão impor, em determinadas situações, diagnóstico diferencial da etiologia da lesão, devendo-se excluir outros tipos de trauma ou acidentes como determinantes da injúria.

Boss (1999), ao relatar um caso de lesão himenal acidental em criança, enfatiza que as injúrias himenais não podem ser consideradas patognomônicas de abuso sexual, embora tal possibilidade deva ser sempre pensada, já que constitui a principal causa desse agravo e traz repercussões importantes para o desenvolvimento infantil. Chama a atenção, contudo, para a dificuldade de se discernir, pelo exame físico, entre uma etiologia acidental ou um trauma sexual. Reforça que a história clínica relatada é fundamental para o esclarecimento da causa do trauma himenal, devendo ser clara e apresentar uma correlação coerente entre o tipo de acidente e a lesão apresentada.

Heppenstall-Heger et al. (2003), ao avaliarem 94 crianças com lesão genital, endossam a impossibilidade de se distinguir, pela avaliação estrita da lesão, se a causa foi acidental ou referente a um abuso sexual. Relatam, em sua casuística, a preponderância de

etiologia abusiva em comparação com outras causas acidentais, concordando com os dados disponíveis na literatura.

A maior probabilidade de o estupro acontecer na adolescência eleva a chance dos achados genitais nesta faixa etária em detrimento dos encontrados em crianças. A associação entre penetração vaginal e a gênese da maioria das lesões agudas significativas é registrada na literatura (Heppenstall-Heger et al., 2003; Merrit, 2004).

Os achados físico com freqüência no relato dos ginecologistas infanto-puberais no diagnóstico do abuso sexual **infantil** podem ser identificados na tabela 10: laceração aguda ou equimose do hímen (51,6%); secção himenal cicatrizada (45,2%); presença de sêmen em ânus, vulva, boca ou roupas da criança (38,7%); laceração anal profunda, gravidez e ausência de tecido himenal na metade posterior (35,5%); e fenda himenal completa (16,1%).

No que diz respeito às lesões físicas encontradas em **adolescentes** vítimas de abuso sexual e que foram sinalizadas pelos ginecologistas infanto-puberais participantes desta pesquisa como importantes para o diagnóstico, encontram-se: diagnóstico de gravidez na ausência de história de coito consentido (60,7%); laceração aguda ou equimose no hímen (50,0%); laceração anal profunda (46,4%); presença de sêmen em ânus, vulva, boca ou roupas (32,1%); ausência de tecido himenal na metade posterior, secção himenal cicatrizada e fenda himenal completa (28,6% cada).

Tabela 10: Dados clínicos que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a diagnosticarem abuso sexual de crianças e adolescentes

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=27)		
Laceração aguda ou equimose do hímen	16	51,6
Secção himenal cicatrizada	14	45,2
Presença de sêmen em ânus, vulva, boca ou roupas	12	38,7
Ausência de tecido himenal na metade posterior	11	35,5
Laceração anal profunda	11	35,5
Diagnóstico de gravidez	11	35,5
Fenda himenal completa	5	16,1
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=28)		
Diagnóstico de gravidez	17	60,7
Laceração aguda ou equimose do hímen	14	50,0
Laceração anal profunda	13	46,4
Presença de sêmen em ânus, vulva, boca ou roupas	9	32,1
Ausência de tecido himenal na metade posterior	8	28,6
Secção himenal cicatrizada	8	28,6
Fenda himenal completa	8	28,6

Comparando os achados físicos relevantes para aqueles ginecologistas infanto-puberais com os dados da literatura, encontramos resultados semelhantes. Berenson (2000), ao comparar dois grupos de crianças entre três e oito anos quanto às alterações anatômicas genitais (um com história de abuso sexual e outro _ grupo controle_ sem vitimização), identificou poucas diferenças entre eles. Faz ressalva de que alguns achados foram exclusivos do grupo de crianças abusadas sexualmente, embora não tenham sido estatisticamente significativos. Dentre eles, cita: a transecção, a perfuração e os entalhes himenais profundos, a laceração e as equimoses vulvares.

A presença de doenças sexualmente transmissíveis também foi mencionada pelos entrevistados como uma evidência clínica para o diagnóstico de abuso sexual, principalmente quando ocorrem em crianças e quando são de transmissão estritamente sexual, excluída a possibilidade de transmissão vertical. Algumas vezes, esse diagnóstico foi sinalizador de condições agravantes do abuso, como a prostituição infanto-juvenil:

Em relação a adolescente a gente já teve caso, a gente já internou uma menina com sífilis, que era até de prostituição.... (E2)

Na tabela 11 vêem-se as infecções sexualmente transmissíveis que apresentaram importância nos relatos obtidos dos ginecologistas infanto-puberais quanto ao diagnóstico do abuso sexual **infantil**: infecção pelo papilomavírus humano (54,8%); *Neisseria gonorrhoeae* (38,7%); herpes-vírus (38,7%); *Chlamydia trachomatis* e *Treponema pallidum* (excluída transmissão vertical ou transfusional), com 32,3% cada; infecção pelo HIV (excluída transmissão vertical ou transfusional) em 29,0%.

As infecções sexualmente transmissíveis como indicadores do abuso sexual entre **adolescentes** para os ginecologistas infanto-puberais apareceram nas seguintes frequências: infecção pelo herpes-vírus (60,7%); pelo HIV (excluída a transmissão vertical ou transfusional) e papilomavírus humano (50% para cada uma); pela *Neisseria gonorrhoeae* e *Treponema pallidum* (46,4% cada); e por *Chlamydia trachomatis* (39,3%).

Tabela 11: Dados clínicos relativos às doenças sexualmente transmissíveis que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a diagnosticarem abuso sexual de crianças e adolescentes

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=27)		
Infecção pelo papilomavírus humano	17	54,8
Infecção pela <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	12	38,7
Infecção pelo herpes-vírus	12	38,7
Infecção pela <i>Chlamydia trachomatis</i>	10	32,3
Infecção pela <i>Treponema pallidum</i> (excluída a transmissão vertical ou transfusional)	10	32,3
Infecção pelo HIV (excluída a transmissão vertical ou transfusional)	9	29,0
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=28)		
Infecção pelo herpes-vírus	17	60,7
Infecção pelo HIV (excluída a transmissão vertical ou transfusional)	14	50,0
Infecção pelo papilomavírus humano	14	50,0
Infecção pela <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	13	46,4
Infecção pela <i>Treponema pallidum</i> (excluída a transmissão vertical ou transfusional)	13	46,4
Infecção pela <i>Chlamydia trachomatis</i>	11	39,3

As manifestações psicológicas observadas em crianças vítimas de abuso sexual e que funcionaram como indício diagnóstico foram importantes para 58,1% dos ginecologistas infanto-puberais, enquanto aquelas observadas nos adolescentes com diagnóstico de abuso sexual foram significativas para 46,4% deles (tabela 12).

Tabela 12: Mudanças psicológicas/comportamentais observadas na anamnese que auxiliaram os ginecologistas infanto-puberais a diagnosticarem abuso sexual infanto-juvenil

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Mudanças psicológicas e/ou de comportamento (isolamento, agressividade, insônia, diminuição do rendimento escolar, comportamento sexualizado incompatível com a idade)	18	58,1%
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=28)		
Mudanças psicológicas e/ou de comportamento (isolamento, agressividade, insônia, diminuição do rendimento escolar, comportamento sexualizado incompatível com a idade)	13	46,4

Outros dados físicos foram ressaltados pelos ginecologistas infanto-puberais de acordo com sua experiência, em pergunta aberta sobre o que lhes chamaria atenção no atendimento às vítimas de abuso sexual:

- Na infância_ hiperemia perianal (1); normalmente quando chega ao ambulatório o que refere é o relato (1); a ocultação de lesões antigas não explicadas, a dificuldade para caminhar, encoprese e infecção urinária (1). Heppenstall-Heger et al. (2003) referem que, em seu acompanhamento prospectivo de crianças com lesões genitais, apenas 14,6% das encontradas apresentaram um processo de cicatrização com alteração anatômica que permitisse uma suspeita clínica *a posteriori*, mesmo aquelas resultantes de abuso sexual com uma história clínica exuberante com dor e sangramento. Portanto, a suspeita clínica do abuso sexual baseada nestas seqüelas acontecerá em situações bastante esporádicas pela reparação natural dessas lesões.
- Na adolescência_ a gravidez despontou como um grande sinalizador do abuso sexual. Uma questão que chamou a atenção de um ginecologista infanto-puberal participante deste estudo, considerada relevante no diagnóstico do abuso sexual, é a solicitação de abortamento legal pela jovem ou pelo responsável.

O diagnóstico de gravidez em adolescentes é citado como dado conclusivo para o abuso sexual por um alto percentual de profissionais. Atualmente, é importante excluir a

possibilidade de coito consentido, visto ser alta a incidência de gravidez nessa fase da vida, e, na grande maioria das vezes, decorrente da mudança de comportamento observada nas meninas, como o início precoce da vida sexual e sem os devidos cuidados relacionados com a contracepção. Kellog et al., (2005) abordam a diferença entre atividade sexual consensual e abuso sexual nessa faixa etária, chamando a atenção para o fato de que nem toda adolescente sexualmente ativa sofreu abuso sexual. Reforça, ainda, a importância, de uma assistência de saúde específica para as necessidades e interesses dessa população juvenil em exercício pleno de sua sexualidade.

CAPÍTULO 6

Atuação do ginecologista infanto-puberal frente ao abuso sexual infanto-juvenil

Este capítulo aborda o acompanhamento cotidiano dos casos pelos ginecologistas infanto-puberais que participaram do estudo, que tem relevância especial quando se trata de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Destacam-se alguns aspectos desta fase: solicitação de exames complementares, profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, contracepção de emergência, coleta de provas forenses, manutenção da criança/adolescente vítima de abuso sexual sob vigilância estreita, notificação de abuso sexual e breve discussão sobre o tempo de acompanhamento informado pelos ginecologistas infanto-puberais.

6.1. Solicitação de exames complementares

O rastreio, o diagnóstico e o acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis constituíram o principal objetivo médico apontado no questionário relativo ao acompanhamento das jovens pacientes com suspeita ou diagnóstico de abuso sexual, sendo, também, citado por quatro das ginecologistas infanto-puberais com entrevistas gravadas. Mesmo naqueles casos em que nenhum indício físico foi demonstrado, mas nos quais persistiu a possibilidade de contato sexual pela história clínica relatada pela criança/adolescente ou pela família, foram solicitadas sorologias para sífilis, hepatites, HIV, clamídia e herpes seguindo o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde. A repetição das sorologias foi feita com um intervalo de seis meses, procurando-se detectar mudança no resultado em virtude da janela imunológica. As demais profissionais entrevistadas

individualmente, embora tenham afirmado sua preocupação quanto ao acompanhamento, não detalharam suas rotinas.

O acompanhamento das doenças sexualmente transmissíveis diagnosticadas nas pacientes mostrou mecanismos diferenciados de prosseguimento, de acordo com os entrevistados: a) continuou com o próprio ginecologista infanto-puberal, quando este está inserido em um programa de atendimento à violência; b) o atendimento médico restringiu-se aos três primeiros meses, segundo relato de uma das entrevistadas, até sair o resultado das sorologias para AIDS e hepatite, prosseguindo até o seu término com uma enfermeira; c) faz-se por setores conexos (doenças infecto-contagiosas, por exemplo), segundo relato das entrevistadas, nas situações em que este atendimento é um a mais dentro do ambulatório de Ginecologia Infanto-Puberal, ou encaminham-se as pacientes a outros serviços.

A colheita de citologia vaginal foi citada como rotina por profissionais entrevistados de dois serviços de referência, no intuito de estudar essa microflora e os agentes sexualmente transmissíveis (como *Trichomonas vaginalis*), bem como para detectar alterações citológicas decorrentes de infecção por transmissão sexual, especialmente papilomavírus humano (HPV). Em um desses serviços, ainda, procede-se de rotina à colheita de *swab* uretral e vaginal, com o objetivo também de rastrear doenças sexualmente transmissíveis.

É registrada na literatura a preocupação com o risco de crianças e adolescentes portadoras de lesões pelo papilomavírus humano desenvolverem neoplasia tanto vulvar quanto cervical. Brown et al. (1998) descrevem a presença de atipias ou displasias em esfregaços cervicais corados pelo método de Papanicolau em meninas pré-púberes portadoras de verrugas em genitália externa.

Hornor et al. (2004) e Sinal e Woods (2004) indicam a ausência de um protocolo que permita o acompanhamento sistemático dessas crianças e adolescentes. Sinal e Woods (2004) e Brown et al. (1998) sugerem o rastreio sistemático por meio da citologia oncótica de toda adolescente sexualmente ativa, ou que esteja exposta ao papilomavírus humano ou a partir dos 18 anos de idade, independente da atividade sexual.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) indica a citologia oncótica como uma opção ao acompanhamento dessas crianças e adolescentes, em função da capacidade de assistência dos serviços. A incorporação de tal metodologia por alguns profissionais está respaldada nessa normatização de atendimento às situações de violência sexual e espelha, entre nós, a abordagem de um aspecto controverso deste acompanhamento, cujos resultados podem contribuir para nortear uma conduta.

A preocupação com as infecções sexualmente transmissíveis também constituiu o principal eixo norteador dos ginecologistas infanto-puberais participantes da metodologia quantitativa e, quando foram inquiridos sobre os exames complementares que faziam parte de sua rotina, a investigação dessas doenças sobressaiu dentre os exames solicitados.

Dos ginecologistas infanto-puberais que tomaram parte da pesquisa quantitativa, 91,9% solicitaram exames complementares ao **suspeitar de abuso sexual na infância** (tabela 13).

Tabela 13: Solicitação de exames complementares pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de abuso sexual na infância

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=37)		
Sempre	23	70,3
Às vezes	8	21,6
Nunca	3	7,9

Quando se discutiu a **suspeita de abuso sexual entre adolescentes**, 81,2% dos ginecologistas infanto-puberais disseram que sempre solicitam exames complementares

(tabela 14). Quando as opções **sempre** e **às vezes** para solicitação de exames complementares nas suspeita do abuso sexual contra adolescentes foram agregadas, alcançaram 100% das respostas válidas.

Tabela 14: Solicitação de exames complementares pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de abuso sexual na adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=32)		
Sempre	26	81,2
Às vezes	6	18,8
Nunca	-	-

Quando o **diagnóstico de abuso sexual infantil foi comprovado**, 82,4% dos ginecologistas infanto-puberais participantes da pesquisa quantitativa responderam que sempre solicitam exames complementares nos casos diagnosticados de abuso sexual infantil (tabela 15). Os demais disseram que somente às vezes fazem essa solicitação.

Tabela 15: Solicitação de exames complementares pelos ginecologistas infanto-puberais em casos diagnosticados de abuso sexual na infância

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM ABUSO SEXUAL (N=34)		
Sempre	28	82,4
Às vezes	6	17,6
Nunca	-	-

Em relação à solicitação de exames complementares nos **casos diagnosticados de abuso sexual contra adolescentes**, 87,1% dos profissionais sempre o fazem, e 12,9% disseram que adotam tal procedimento às vezes (tabela 16).

Tabela 16: Solicitação de exames complementares pelos ginecologistas infanto-puberais em casos diagnosticados de abuso sexual na adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM ABUSO SEXUAL (N=31)		
Sempre	27	87,1
Às vezes	4	12,9
Nunca	-	-

Alguns profissionais apresentaram detalhamentos na forma de solicitação de exames; outros fizeram seu relato de uma forma genérica. Assim sob a rubrica de DST (doenças sexualmente transmissíveis), estão incluídas terminologias como “as mais comuns”, ou “compatíveis com DST”, sem haver uma explicação do que está subentendido nos enunciados. Gostaríamos de observar, também, que, no item formulado de exames complementares, foram citadas etapas compreendidas no exame físico como “exame físico completo” e “avaliação da genitália”.

Quando os ginecologistas infanto-puberais participantes da pesquisa **suspeitaram ou diagnosticaram o abuso sexual entre crianças e adolescentes**, a maior frequência de exames solicitados, como já dissemos, esteve relacionada às doenças sexualmente transmissíveis, sendo observada uma preocupação maior com as infecções pelo HIV, sífilis e hepatites. Poucos fizeram referência à investigação para clamídia e gonococo, variando o método empregado entre o uso da bacterioscopia, de cultura ou de pesquisa imunológica. A semelhança das respostas encontradas nas duas faixas etárias (infância e adolescência) permitiu que essa análise fosse realizada de forma conjunta.

Especificamente no grupo de **adolescentes com suspeita ou com diagnóstico confirmado de abuso sexual** sobressai a importância dada à possibilidade de gravidez resultante da agressão sexual, sendo proposta a pesquisa de gonadotrofina coriônica através da dosagem sérica ou do método imunológico.

No que se refere ao **grupo infantil com diagnóstico de abuso sexual**, a preocupação com uma possível gestação esteve presente nas respostas de três profissionais investigados, que relataram a solicitação de dosagem da gonadotrofina coriônica. Alguns ginecologistas infanto-puberais, entretanto, condicionaram a requisição de exames complementares em casos suspeitos e confirmados de abuso sexual contra crianças e

adolescentes em algumas circunstâncias, dentre as quais se destacam: a existência de situações de risco para uma doença sexualmente transmissível, o aval da família ou da paciente. Nos casos de diagnóstico confirmado de abuso sexual infantil, tais situações de risco foram explicitadas pela existência de lesão grave ou comprovação de penetração.

Kellogg et al. (2005) estimam que, aproximadamente, 5% das crianças sexualmente abusadas vão adquirir uma doença sexualmente transmissível. Portanto, a decisão quanto ao rastreio dessas doenças na população infantil deve ficar a cargo do médico responsável pelo atendimento e deve ser individualizada. Expõem os autores alguns elementos contribuidores importantes, que vão influir na decisão de quais patologias devem ser investigadas, quando testá-las e quais os sítios anatômicos preferenciais para pesquisa: a idade da criança, o tipo de contato sexual, o tempo decorrido desde o último contato sexual, se há sinais ou sintomas sugestivos para doenças sexualmente transmissíveis, se algum membro da família ou irmão é portador de uma doença sexualmente transmissível, se o abusador possui algum fator de risco para doenças sexualmente transmissíveis, se existe uma preocupação da criança ou de algum familiar quanto à possibilidade de contágio, a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis naquela comunidade, presença de algum sinal ou sintoma indicativo de alguma doença sexualmente transmissível, e solicitação para avaliação laboratorial por parte dos pais ou da paciente.

O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), por meio de suas diretrizes para diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (CDC, 2002), orienta que, se uma criança é portadora de algum sinal ou sintoma de uma doença sexualmente transmissível, deve ser testada para outras doenças com a mesma forma de contágio antes do início de qualquer tratamento que possa comprometer os resultados laboratoriais,

posição compartilhada por Kellogg et al. (2005), que, além da questão terapêutica, ressalta a importância legal desse resultado em um caso de abuso sexual infantil.

Dentre os principais sinais denotadores de uma doença sexualmente transmissível na infância, o *Center for Disease Control and Prevention* refere o corrimento vaginal, odor ou a irritação da genitália externa, sintomas urinários, lesões ou úlceras genitais (CDC, 2002).

A *American Academy of Pediatrics* (APP) discorre sobre o grau de confiança entre uma doença sexualmente transmissível diagnosticada em crianças e a possibilidade de abuso sexual, determinando a conduta médica de notificar ou não (APP, 1999). Na tabela 17 vêem-se os procedimentos indicados por essa Academia frente aos casos de doenças sexualmente transmissíveis, na suspeição de abuso sexual.

Tabela 17: Envolvimento das doenças sexualmente transmissíveis comumente encontradas (DST) para o diagnóstico e notificação do abuso sexual em crianças

DST CONFIRMADA	ABUSO SEXUAL	AÇÃO SUGERIDA
Gonorréia*	Diagnóstico+	Notificar++
Sífilis*	Diagnóstico	Notificar
HIV§	Diagnóstico	Notificar
<i>Clamidia trachomatis</i> *	Diagnóstico+	Notificar
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Altamente suspeito	Notificar
Condiloma acuminado* (verrugas anogenitais)	Suspeito	Notificar
Herpes (genital)	Suspeito	Notificar !!
Vaginose bacteriana	Inconclusivo	Acompanhamento clínico

* Se não adquirido perinatal
 + Uso de método de certeza como cultura
 ++ Para o órgão responsável em receber notificações no local
 § Se não adquirido perinatal ou através de transfusão
 !! Exceto se houver história de auto-inoculação. Herpes 1 e 2 são difíceis de diferenciar pelas técnicas laboratoriais usuais

Fonte: *American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect* (1999).

Alguns parâmetros são indicados pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2002):

- o Cultura para *Neisseria gonorrhoeae* deve ser colhida da faringe, ânus, vagina. Espécimes cervicais não são apropriados em crianças. Devem ser utilizados meios de cultura específicos. Após o isolamento da bactéria devem ser realizados ao menos outros dois testes para confirmação com metodologia diferente (bioquímico,

sorológico, prova de DNA). A utilização da bacteriscopia pelo método de Gram é inadequada para pesquisar gonorréia em crianças e não deve ser utilizada;

- Cultura para *Clamýdia trachomatis* em meninas deve ser colhida em ânus e vagina. Não deve ser colhido material da faringe pela possibilidade de se isolar a bactéria adquirida ainda no período perinatal e, por alguns laboratórios não estarem aptos para diferenciar *C. trachomatis* e *C. pneumoniae*. O método de eleição é a cultura celular. A confirmação laboratorial deve ser feita pela identificação de corpúsculos elementares com anticorpo monoclonal fluorescente conjugado por meio da microscopia.
- Cultura e exame a fresco do conteúdo vaginal para pesquisa de *Trichomonas vaginalis* e vaginose bacteriana. Hammerschlag (1998) afirma que os dados disponíveis são limitados no que se refere à incidência de tricomoníase em crianças devido a um abuso sexual, sendo uma das mais frequentes infecções em adolescentes nessas situações. Afirma que, em alguns estudos, a pesquisa desse protozoário, por meio do exame a fresco, somente foi realizada em crianças sintomáticas. Esse método é pouco sensível e está dependente da experiência do examinador. Os meios de cultura de Diamond e tioglicolato modificado, apesar de mais sensíveis, não foram avaliados em crianças. Em relação à vaginose bacteriana, a autora afirma ser o diagnóstico feito pela identificação das *clue cells* no exame a fresco do conteúdo vaginal e do *whiff* teste. Em adultos, é útil, ainda, a avaliação do pH vaginal. Hammerschlag (1998) relata, também, a descrição em alguns estudos desse diagnóstico por meio da coloração do esfregaço vaginal pelo método de Gram. Nas situações de vaginose bacteriana, haveria uma ausência dos lactobacilos e uma grande quantidade de bastonetes Gram negativos. Semelhante

método seria mais sensível para o diagnóstico dessa afecção, mas, também, não foi avaliado em crianças.

- Coleta de amostra sanguínea para *Treponema pallidum*, HIV e HbsAg.

O *Center for Disease Control and Prevention* recomenda que, se a exposição da criança ao abuso sexual foi recente, uma nova rotina laboratorial seja repetida no período de duas semanas após a primeira avaliação e novamente após 12 semanas (CDC, 2002). Com isso visa a rastrear possíveis mudanças sorológicas e à positividade para alguma doença cujo diagnóstico não foi possível em um primeiro exame devido à exigüidade do tempo de contágio para promover uma resposta imunológica. Se a criança encontrava-se exposta cronicamente a uma situação sexualmente abusiva ou se a avaliação médica ocorreu muito tempo após o último episódio de abuso sexual, a primeira avaliação laboratorial pode constituir um rastreio suficiente.

O *Manual de Orientação sobre Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei*, editado por Andaladt Neto (2004), em conjunto com Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda, ainda, no acompanhamento das crianças vítimas de abuso sexual:

- Inspeção das áreas genital, anal e oral para pesquisa de herpes.
- Cultura para herpesvírus simples de áreas ulceradas. Parellada e Pereira (2005) referem que a cultura das vesículas da pele continua o teste diagnóstico definitivo e teste de escolha porque é relativamente rápido, permite a tipificação do HSV e é amplamente disponível. Instrução semelhante no acompanhamento destes casos é referida por Kellogg et al. (2005).

- No tocante aos testes sorológicos apresenta uma variação temporal em relação ao que foi disposto anteriormente: sífilis (0, 6 semanas e 3 meses); HIV (0, 6 semanas, 3 meses e 6 meses); hepatite B (0, 6 meses) e hepatite C (0, 6 semanas e 6 meses).

O diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível em uma adolescente que tenha sofrido uma agressão sexual pode representar uma infecção prévia a tal episódio, caso ela seja sexualmente ativa. Contudo essa constitui uma oportunidade para se identificar ou prevenir uma infecção sexualmente transmissível independente de ter sido adquirida em virtude da agressão sexual ou não (CDC, 2002).

A *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) prevê a coleta imediata de sangue e amostra do conteúdo vaginal no momento imediato da admissão daquela paciente em situação de violência em um serviço de saúde. A avaliação do conteúdo vaginal visa à realização do exame bacterioscópico e da cultura da secreção vaginal e, eventualmente, biologia molecular para pesquisa com investigação endocervical para gonococo, clamídia e HPV.

A realização de teste anti-HIV nos serviços de emergência deve ser feita após aconselhamento e autorização verbal da paciente. O acompanhamento com hemograma e dosagem de transaminases é necessário para aquelas que iniciam protocolo de profilaxia com anti-retrovirais.

O protocolo de acompanhamento laboratorial proposto pela *Norma Técnica do Ministério da Saúde* pode ser visto na tabela 18:

Tabela 18: Protocolo de acompanhamento laboratorial de mulheres e adolescentes vítimas de abuso sexual

	ADMISSÃO	2 SEMANAS	6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
Conteúdo vaginal					
Sífilis					
Anti-Hiv					
Hepatite B					
Hepatite C					
Transaminases					
Hemograma					

Fonte: Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Brasília – DF - 2005

O protocolo de acompanhamento das adolescentes proposto pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2002) apresenta algumas similaridades com o exposto pela *Norma Técnica do Ministério da Saúde* no Brasil (Brasil, 2005). Assim, preconiza-se:

- Pesquisa durante o primeiro atendimento para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, porém o método indicado é a cultura de espécimes coletados de qualquer sítio alvo de penetração ou de tentativa de penetração durante a agressão sexual; é admitida, nesta faixa etária, a pesquisa por testes usando a amplificação de ácido nucléico em substituição à cultura, no entanto um segundo exame deve ser realizado para confirmação diagnóstica.
- Exame a fresco e cultura de secreção vaginal para pesquisa de *Trichomonas vaginalis*, indicando-se, também, a pesquisa para vaginose bacteriana e candidíase se houver secreção vaginal acompanhada de processo irritativo local e odor.
- Coleta de amostra de sangue para pesquisa de HIV, hepatite B e sífilis. Os testes sorológicos para sífilis e HIV devem ser repetidos em intervalos de 6, 12 e 24 meses após a agressão sexual, se os exames iniciais forem negativos e houver a possibilidade de infecção no agressor.

- Repetição dos demais exames iniciais em um período de uma a duas semanas a partir da agressão, exceto se for instituído tratamento profilático para doenças sexualmente transmissíveis; se, apesar da instituição da profilaxia, a adolescente apresentar sintomatologia sugestiva dessas patologias, os exames deverão ser refeitos.

O *Manual de Orientação sobre Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei* (Andalaft Neto, 2004) orienta quanto à dosagem de gonadotrofina coriônica plasmática para investigar gravidez nas vítimas de violência sexual. Coloca como opcional aos diversos serviços de atendimento às vítimas de violência sexual a realização de colposcopia, vulvoscopia e a citologia cérvico-vaginal para rastrear doenças sexualmente transmissíveis não-virais e as virais do tipo do papilomavírus humano.

6.2. Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis

A instituição de medicação profilática para as doenças sexualmente transmissíveis foi referida por seis ginecologistas infanto-puberais dentre as nove entrevistadas, quando a paciente foi atendida nas primeiras 72 após a agressão. A maneira como se procede a essa terapêutica variou entre os diversos serviços nos quais essas profissionais atuam: é prescrita pelo setor de emergência (presta o primeiro atendimento e já está disponível em *kits* previamente montados); está a cargo do setor de doenças infecto-contagiosas, numa atuação multidisciplinar dentro da própria instituição; é prescrita pela própria ginecologista infanto-puberal; é feito o encaminhamento das pacientes com indicação de profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis para instituições com uma possibilidade maior de atendimento nesta área.

Sob a ótica da prevenção, uma profissional entrevistada mencionou a necessidade de vacinação antitetânica, na vigência das condições em que se deu a agressão. Ressaltou ainda que, em virtude de haver na atualidade uma maior cobertura vacinal contra hepatite B na população infantil, nem sempre ser necessário o uso de imunoglobulina para essa doença, caso o esquema de vacina esteja completo, o que pode ser avaliado através do cartão da criança.

A **prescrição de profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis** foi sempre realizada por 36,1% dos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de abuso sexual em sua **população infantil** (tabela 19).

Tabela 19: Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis demandadas pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de abuso sexual na infância

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=36)		
Sempre	13	36,1
Às vezes	17	47,2
Nunca	6	16,7

Para os ginecologistas infanto-puberais que **suspeitaram de abuso sexual entre adolescentes**, o percentual que **sempre procedeu à profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis** foi de 72,5%, conforme mostrado na tabela 20.

Tabela 20: Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis demandadas pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de abuso sexual na adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=29)		
Sempre	21	72,4
Às vezes	7	24,1
Nunca	1	2,3

Aqueles profissionais que **sempre fizeram profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis em crianças com suspeita de abuso sexual** citaram as drogas por eles utilizadas e as doenças por eles mencionadas, respectivamente: metronidazol, fluconazol, azitromicina, penicilina benzatina, cefixima, globulina hiperimune para hepatite

B; hepatite B (quando não imunizada), doenças sexualmente transmissíveis não-virais e HIV (se o atendimento ocorrer até 72 horas após a agressão). No grupo de **adolescentes com suspeita de abuso sexual**, observou-se uma ênfase maior nas doenças enfocadas do que nas medicações empregadas, embora tenha sido citado o uso de metronidazol e fluconazol por dois profissionais. Por ordem decrescente de frequência, as doenças mais privilegiadas na conduta desses ginecologistas foram: sífilis e gonorréia, infecção pela *Clamídia trachomatis*, infecção pelo HIV, hepatite e tricomoníase

O fluconazol é uma droga usada no tratamento das infecções fúngicas, passíveis de serem encontradas em crianças e adolescentes. Contudo esse tipo de infecção não está relacionado à transmissão sexual e sua citação em tais casos pode sugerir que um diagnóstico desse tipo pode levar o profissional a classificar erroneamente a paciente como vítima de abuso sexual.

Os ginecologistas que restringiram a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis em **crianças com suspeita de abuso sexual** a algumas situações relataram o baixo risco desse tipo de infecção nessa faixa etária e indicaram seu uso nas ocasiões em que houver comprovação clínica/relato de contato sexual, comprovação clínica e/ou laboratorial de alguma doença sexualmente transmissível, quando existir a identificação do agressor ou quando o atendimento permitir. Nesta última citação, não foi elucidado pelo profissional que tipo de permissão é referido: se estrutura do serviço, permissão da paciente ou da família, ou a qualquer outro fator.

A prescrição eventual de **profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis** foi realizada por 24,1% dos ginecologistas infanto-puberais que **suspeitaram de abuso sexual entre suas pacientes adolescentes**. Os critérios arrolados por esses profissionais foram semelhantes aos anteriores no que tange aos critérios clínicos e laboratoriais de alguma

doença sexualmente transmissível e/ou de contato sexual, sendo enfatizado o prazo máximo de 72 horas para iniciar-se a terapia.

A **profilaxia de rotina para doenças sexualmente transmissíveis em crianças com diagnóstico de abuso sexual foi sempre prescrita** por 54,5% dos ginecologistas infanto-puberais (tabela 21).

Tabela 21: Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis demandadas pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na infância

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=33)		
Sempre	18	54,5
Às vezes	13	39,4
Nunca	2	6,1

Quando a **profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis é discutida em adolescentes** vítimas de abuso sexual comprovado, o percentual de ginecologistas infanto-puberais que **sempre concordaram com sua instituição** foi de 76,6% (tabela 22).

Tabela 22: Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis demandadas pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=30)		
Sempre	23	76,6
Às vezes	5	16,7
Nunca	2	6,7

Dentre as medidas e medicações apontadas pelos ginecologistas infanto-puberais que **sempre fazem a profilaxia para crianças e adolescentes com diagnóstico de abuso sexual**, sobressai, novamente, a preocupação com a infecção pelo HIV e sífilis. A profilaxia para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamidia trachomatis* apareceu de forma mais enfática na abordagem das adolescentes. Outras doenças apontadas foram as hepatites, a infecção pelo herpes-vírus e a tricomoníase. Também foram sinalizadas medidas de higiene e orientações por parte do profissional, sem haver, entretanto, um detalhamento maior sobre o tema.

Para aqueles ginecologistas que, **eventualmente, adotam a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual**, os critérios que justificaram essa conduta, em ambas faixas etárias, foram a presença de sinais clínicos e/ou laboratoriais compatíveis com alguma doença sexualmente transmissível, um intervalo de tempo menor que 72 horas entre a agressão sexual e o atendimento, sendo, especificamente em crianças, enfatizada a necessidade de comprovar-se a penetração.

As crianças estão, na maioria das vezes, expostas a um tipo abuso sexual em que não há penetração vaginal, oral ou anal. Assim, amiúde, não estão expostas ao contato contaminante com o agressor. Os demais tipos de práticas encontradas como carícias, masturbação, voyeurismo contra-indicam a instituição de uma terapêutica profilática para doenças sexualmente transmissíveis nessa população de forma rotineira. Além disso, o abuso sexual contra crianças, em geral, desenvolve-se de forma crônica e prolongada, o que também inviabiliza a indicação de profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis não-virais, para o HIV e a imunoprofilaxia para hepatite B nessa população (Brasil, 2005).

Endossando tal argumentação, o *Center for Disease Control and Prevention* enumera outras razões que desaconselham a terapêutica profilática para as infecções sexualmente transmissíveis na infância: a prevalência da maioria das doenças sexualmente transmissíveis decorrente de abuso sexual contra crianças é baixa; meninas pré-púberes parecem ter um risco menor de desenvolver infecção do trato genital superior quando comparadas com adolescentes e mulheres adultas; o acompanhamento regular de meninas normalmente é garantido permitindo uma monitorização estreita e uma atuação precoce caso haja aparecimento de algum sinal ou sintoma (CDC, 2002). Acreditamos que o fácil

acesso de crianças ao sistema de saúde é um fator que precisa ser relativizado entre nós, frente à realidade do sistema social brasileiro, não se podendo apossar dessa recomendação para embasar nossas condutas assistenciais.

O *Center for Disease Control and Prevention* admite, entretanto, que uma preocupação excessiva da paciente e/ou da família pode justificar a instituição da profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis a despeito da observação de baixo risco pelo profissional de saúde. Orienta, em tais casos, que os espécimes necessários para a realização de exames laboratoriais sejam previamente colhidos (CDC, 2002).

Em casos de estupro recente, o *Manual de Orientação sobre Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei* (Andalaft Neto, 2004) recomenda, além da limpeza e reparação cirúrgica das lesões porventura existentes, a profilaxia para *Clamidia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e para infecção pelo HIV.

A *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) aconselha nos casos de **profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis não virais** em crianças e adolescentes com menos de 45 Kg o uso de:

- Penicilina benzatina: 50mil UI/Kg com dose máxima de 2,4 milhões UI IM (1,2 milhões em cada nádega) em dose única para profilaxia da sífilis;
- Ceftriaxona: 250 mg IM em dose única para prevenção da gonorréia;
- Azitromicina: 20 mg/Kg VO em dose única para prevenção da infecção por *Clamidia trachomatis* e do cancro mole;
- Metronidazol: 15 mg/Kg/dia durante sete dias ou 2,0 gr em dose única para prevenção da tricomoníase.

O risco de aquisição do HIV em uma relação sexual com parceiro infectado é baixo, sendo estimado em torno de 0,1 a 0,3% (Brasil, 2006). Contudo esse risco é potencializado

na presença de traumatismos e/ou na existência concomitante de outra doença sexualmente transmissível. Em crianças e adolescentes submetidas a contato sexual esse risco é majorado. Na infância, em virtude da imaturidade anatômica e funcional da mucosa vaginal, há favorecimento do aparecimento de traumatismos genitais, e, na adolescência pela ectopia cervical (Brasil, 2006; Brasil, 2005; Havens, 2003). Segundo o *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em Pediatria* enumera as situações que configuram risco de aquisição do HIV em crianças e adolescentes são: o sexo oral com ejaculação, o sexo vaginal e o sexo anal (Brasil, 2006).

A **profilaxia pós-exposição ao HIV** é uma forma secundária de profilaxia que visa a reduzir a incidência de infecção pelo HIV e pode ser caracterizada como ocupacional e não-ocupacional. A profilaxia proposta para crianças expostas ao HIV é do tipo não-ocupacional e sua eficácia ainda é desconhecida; porém, consensos internacionais recomendam o uso de esquemas anti-retrovirais em situações de exposição sexual acidental ao HIV e de violência sexual, baseados na experiência da quimioprofilaxia para exposição ocupacional e em modelos animais (Brasil, 2006; Brasil, 2005; Merchant et al., 2001).²

Os estudos baseados em modelos animais e ocupacionais sugerem que, após a exposição ao HIV, existe um espaço de tempo durante o qual a carga viral é pequena o suficiente para ser controlada pelo sistema imunológico. Nos modelos animais, a profilaxia continuada por 28 dias mostrou-se mais eficaz quando comparada com esquemas de curta duração. A administração adequada de anti-retrovirais nesse período ajuda a diminuir ou a

² Profilaxia pós-exposição ao HIV do tipo ocupacional é uma forma aceita de terapia para os profissionais de saúde expostos ao risco de infecção pelo HIV durante o desempenho de suas atividades laborais. Profilaxia pós-exposição ao HIV do tipo não ocupacional inclui todas as outras formas de profilaxia pós-exposição ao HIV: violência sexual, sexo consensual, uso de drogas injetáveis, ferimento por agulhas ou outras lesões severas e que não estejam relacionadas com a atuação em serviços de saúde (Merchant et al., 2001).

extinguir a carga viral e interfere no curso da infecção primária, tornando a inoculação viral controlável pelo sistema imunológico (Merchant et al., 2001; Havens et al., 2003).

Havens et al. (2003) chamam a atenção que tal esquema profilático é mais efetivo quanto mais precocemente for iniciado, tornando-se sem efeito quando o é iniciado após 72 horas da exposição. Destacam também outros fatores, além do início tardio, passíveis de comprometer a eficácia da profilaxia: carga viral inicial muito grande, taxa de replicação viral maior do que a capacidade do sistema imunológico e dos anti-retrovirais em detê-la; cepa viral resistente às drogas utilizadas; e comprometimento funcional do sistema imunológico do hospedeiro (Merchant et al., 2001; Havens et al., 2003).

Alguns outros aspectos estão envolvidos na possibilidade de transmissão do HIV, podendo atuar como agravantes dessa hipótese, dentre os quais citam-se: a alta carga viral do infectante, a falha de métodos contraceptivos de barreira, os múltiplos episódios de intercurso sexual, a violência sexual, a pessoa infectante em período inicial ou tardio da infecção, a pessoa infectante sem uso de medicações anti-retrovirais, as infecções locais no sítio de contágio, a ectopia cervical, a atividade sexual com homem não-circuncisado (Merchant et al., 2001; Havens et al., 2003).

Nos casos em que seja viável avaliar o estado imunológico do agressor por meio do teste rápido, a literatura recomenda que isso seja feito. Contudo nesse ínterim, a quimioprofilaxia deve ser prescrita conforme o protocolo, enquanto se aguarda o resultado, que, caso seja negativo, deverá ser suspensa (Brasil, 2006; Brasil, 2005; Merchant et al., 2001; Havens et al., 2003).

Merchant et al. (2001) citam algumas contra-indicações ao uso da profilaxia pós-exposição ao HIV: pacientes submetidos à exposição viral, mas que já apresentam soroconversão ao HIV; pacientes com alergia medicamentosa às drogas utilizadas e, como

já referido anteriormente, em situações nas quais não houve possibilidade de contágio. Havens et al. (2003) acrescentam outras contra-indicações como: recusa da pessoa exposta em receber a medicação, ou se a pessoa exposta não puder aderir aos 28 dias de terapia anti-retroviral e fazer o acompanhamento adequado.

Havens et al. (2003) discutem que a recomendação para profilaxia pós-exposição ao HIV em crianças e adolescentes pode variar desde não fazer a profilaxia a considerar sua possibilidade ou recomendar que seja feita. Tal variedade de atitudes do profissional de saúde estaria baseada na falta de provas quanto à eficácia dessa medida e à segurança, devido aos efeitos colaterais das drogas em uso, podendo justificar condutas diferentes em situações clínicas semelhantes. A decisão final, para esse autor, dependeria, além da indicação do clínico, da opinião da paciente ou de seus pais após a avaliação do risco de transmissão versus a toxicidade da terapia. No que se refere às adolescentes, Havens lembra que, nesses casos, a família pode estar excluída de tomar ciência da situação e, conseqüentemente, de participar das decisões. Assim, para ele, o atendimento a adolescentes deve obedecer às leis locais no tocante ao direito aos cuidados em saúde e privacidade na assistência.

O regime medicamentoso ideal para profilaxia pós-exposição não-ocupacional ao HIV é desconhecido, já que não existem trabalhos avaliando a sua eficácia. A escolha do modelo terapêutico baseado no uso de três drogas está relacionada ao mecanismo de ação idealizado para a profilaxia, e qual, na verdade, seria um abortamento de uma infecção primária. Assim, os esquemas propostos seguem a mesma orientação daqueles usados em pacientes com HIV, em que o uso de várias drogas reduz a carga viral, diminui a resistência e melhora a eficácia (Merchant et al., 2001; Havens et al., 2003).

Havens et al. (2003) orientam que os serviços de emergência tenham disponíveis kits iniciais para profilaxia pós-exposição ao HIV, com medicação suficiente para os três primeiros dias, possibilitando adesão imediata ao protocolo. Alertam, ainda, que um acompanhamento adequado esteja garantido, não só para fornecer o restante da medicação necessária, como para rastrear efeitos colaterais e incentivar o cumprimento das medidas necessárias.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) preconiza para a profilaxia pós-exposição ao HIV em crianças a associação de:

- Zidovudina (AZT) na dose de 90 a 180 mg/m² a cada 8 horas (máximo de 600mg/dia) e
- Lamivudina (3TC) na dose 4 mg/Kg de peso a cada 12 horas (máximo de 150 mg a cada 12 horas).

A terceira droga pode ser escolhida entre:

- Nelfinavir (NFV) na dose de 30 mg/kg de peso a cada 8 horas (dose máxima de 750mg a cada 8 horas) ou
- Ritonavir (RTV) na dose de 350 a 400 mg/m² a cada 12 horas (dose máxima de 600 mg a cada 12 horas).

Todas as medicações citadas estão disponíveis em solução oral.

Para adolescentes, o esquema posológico proposto para profilaxia da infecção pelo HIV é:

- Zidovudina: 300 mg VO a cada 12 horas no café e jantar;
- Lamivudina: 150 mg a cada 12 horas no café e jantar; e
- Nelfinavir: 750 mg a cada 8 horas no café, almoço e jantar ou
1250 mg a cada 12 horas no café e jantar.

No caso do agressor ser sabidamente HIV positivo e em uso de drogas anti-retrovirais, a *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) recomenda que o esquema terapêutico seja decidido por um infectologista. Caso a consulta a este profissional não seja acessível no momento do atendimento, a Norma aconselha que se inicie com o esquema anteriormente citado, podendo o nelfinavir ser substituído pelo indinavir.

Para **profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis** em adolescentes com peso acima de 45 kg, a rotina preconizada por aquela Norma Técnica é:

- Penicilina benzatina: 2,4 milhões UI IM (1,2 milhões em cada nádega) em dose única para profilaxia da sífilis.
- Ofloxacina: 400 mg VO em dose única para prevenção da gonorréia
- Azitromicina: 1,0 gr VO em dose única para prevenção da infecção por *Clamidia trachomatis* e do cancro mole
- Metronidazol: 2,0 gr em dose única para prevenção da tricomoníase.

Outras opções terapêuticas são fornecidas, ainda, pela *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) em casos de alergia às drogas de primeira escolha e se ajustam tanto a crianças quanto a adolescentes:

- Estearato de eritromicina: 50 mg/Kg/dia VO a cada 6 horas por 15 dias para prevenção de sífilis;
- Ceftriaxona: 250 mg IM dose única para prevenção da gonorréia;
- Estearato de eritromicina: 50 mg/Kg/dia VO a cada 6 horas por 10 a 14 dias para prevenção de clamidíase;
- Ceftriaxona: 125 mg IM dose única para prevenção do cancro mole.

A *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) dispõe, também, que para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis não-virais não é possível estabelecer com

exatidão um tempo limite para introdução da terapêutica, ao contrário do que acontece nas situações de profilaxia para o HIV. Eventualmente, essa profilaxia pode ser postergada em função das condições de adesão ao tratamento, sem prejuízo de sua eficácia. De forma ideal, deve ser instituída o mais breve possível.

A **imunoprofilaxia para a hepatite B** está indicada naquelas situações de violência sexual com contato com sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Pacientes vítimas de agressão sexual nas condições citadas anteriormente, mas que estejam com o esquema vacinal atualizado, não necessitam dose de reforço da vacina nem do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B. Para aquelas pacientes que desconhecem ou têm dúvida sobre o seu *status* vacinal, a profilaxia deverá ser administrada. Assim:

- Pacientes não-imunizadas ou que desconhecem seu *status* vacinal, devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema em intervalos de um e seis meses, para a segunda e terceira dose, respectivamente;
- Pacientes com esquema vacinal incompleto: devem completar as doses recomendadas;
- Pacientes não-imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber, ainda, imunoglobulina humana na dose de 0,06 ml/Kg IM em aplicação única, em sítio de aplicação diferente da vacina, até 14 dias após a exposição sexual, sendo preferível o seu uso nas primeiras 48 horas.

Como a vacinação para hepatite B faz parte do calendário vacinal da infância, as crianças expostas às situações de agressão sexual deverão ser avaliadas quanto à obediência ao esquema vacinal e às necessidades desta medida ser implementada ou não (Brasil, 2005).

6.3. Contracepção de emergência

A gravidez indesejada resultante de uma situação de abuso sexual pode constituir para a mulher um agravante maior à violência sofrida. Quando a vítima em questão encontra-se em uma fase da vida na qual, às vezes, não há maturidade psíquica, social e física, o transtorno da gravidez pode assumir, ainda, uma maior dimensão. A Academia Americana de Pediatria (AAP), por meio do seu Comitê da Adolescência, postula que a gravidez indesejada e suas conseqüências para as adolescentes e para a sociedade permanecem como ponto de preocupação individual e de saúde pública (AAP, 2005).

A *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) conclui que complexidade da situação provocada pela gestação indesejada e decorrente da violência sexual em tal população poderia ser evitada, na grande maioria dos casos, com a instituição da contracepção de emergência.

A Academia Americana de Pediatria define contracepção de emergência “*como o uso de medicações hormonais no prazo de 72 a 120 horas após um coito não protegido ou para prevenção de uma gravidez indesejada*” (AAP, 2005).

Ao formular uma questão sobre contracepção de emergência nos casos de suspeita de abuso sexual contra crianças, remetemos ao fato de que nem sempre os dados biológicos, sociais, psicológicos e legais são equivalentes. Por definição do artigo 2º do *Estatuto da Criança e Adolescente* (Brasil, 1990): “*criança é a pessoa até doze anos de idade incompletos*”. A infância é caracterizada, biologicamente, por ser uma fase hormonalmente quiescente, inexistindo a capacidade reprodutiva. Essa transição entre infância e adolescência, do ponto de vista biológico, é determinada pelas transformações pubertárias. Cavalcanti (1988) pondera que “*há duas formas de se proceder a uma cronologia da adolescência: a primeira é a fixação de datas (cronologia absoluta) e a*

segunda está relacionada aos fenômenos da adolescência com outros fatos que ocorrem na sucessão do tempo (cronologia relativa)”. A determinação pelo Estatuto da Criança e Adolescência do término da infância aos 12 anos exemplifica uma cronologia absoluta, definindo aí o início da adolescência. Algumas vezes, observamos essa transição biológica culminando com o aparecimento de ciclos menstruais e, portanto, capacidade reprodutiva, em uma idade ainda considerada legalmente como de infância.

Ao obedecer à definição legal dessas fases da vida, não se pode descuidar, no atendimento clínico, dos sinais que indiquem um desenvolvimento puberal permissivo da hipótese de uma gravidez nas circunstâncias de uma violência sexual, ainda que numa etapa definida como infância.

Na situação de **suspeita de abuso sexual em crianças** a maioria (49%) dos ginecologistas infanto-puberais assinalou que, às vezes, procede a contracepção de emergência. Os profissionais que sempre fazem contracepção de emergência em crianças suspeitas de abuso sexual totalizaram um percentual de 19%, enquanto os que nunca instituíram tal medida somaram 32% do total de participantes.

Tabela 23: Contracepção de emergência realizada pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=37)		
Sempre	7	19,0
Às vezes	18	49,0
Nunca	12	32,0
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Sempre	18	58,0
Às vezes	3	10,0
Nunca	10	32,0

Quando a pergunta sobre contracepção de emergência é formulada àqueles ginecologistas infanto-puberais que **suspeitaram de abuso sexual entre a clientela juvenil**, o percentual dos profissionais que sempre adotam essa conduta se eleva: assume

um valor de 58%. Os que nunca a estabelecem esta medida somam 10% dos respondentes (tabela 23) e 32% desses profissionais relativizam a contracepção de emergência entre adolescentes com suspeita de abuso sexual.

A instituição de **contracepção de emergência para crianças com diagnóstico de abuso sexual** foi considerada sempre válida para 29,4% dos ginecologistas infanto-puberais (tabela 24).

Tabela 24: Contracepção de emergência realizada pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=33)		
Sempre	10	29,4
Às vezes	16	47,1
Nunca	8	23,5
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=30)		
Sempre	20	66,7
Às vezes	6	20,0
Nunca	4	13,3

Quando abordamos a **contracepção de emergência para adolescentes** submetidas à violência sexual comprovada, o índice de ginecologistas infanto-puberais que sempre adotaram essa medida sobe para 66,7%. Vinte por cento desses profissionais alegam que prescreveram tal forma de contracepção somente às vezes e 13,3% nunca o fazem.

Ao expressarem os motivos que embasam sua conduta, os médicos que **eventualmente realizam contracepção de emergência nas situações de suspeita e diagnóstico de abuso sexual em crianças** refletem sobre a dicotomia entre legal e biológico, associando tal providência aos indicadores clínicos de risco para gravidez, tais como: desenvolvimento puberal e tipo de abuso praticado, além de o tempo decorrido entre a agressão sexual e o atendimento, compreendendo um período máximo de 72 horas.

Os principais critérios apontados para a **profilaxia eventual de gravidez em adolescentes com suspeita ou diagnóstico de abuso sexual** estiveram mais associadas ao

tempo máximo de 72 horas decorrido entre o episódio do abuso sexual e a instituição da terapêutica. Alguns profissionais restringiram seu uso à associação da ocorrência abusiva ao período fértil ou quando não tivesse avaliação da fase do ciclo em que a paciente se encontrava na ocasião do abuso

A *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) indica a prescrição da contracepção de emergência “*a todas as mulheres expostas à gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa*”. Dentro desta normatização, a contracepção de emergência é desnecessária se, no momento da violência sexual, a mulher ou adolescente estiver usando um método contraceptivo eficaz.

A Academia Americana de Pediatria lista, dentre as situações de proteção contraceptiva inadequada, a rotura ou deslizamento do condom; a falha da ingestão de dois ou mais comprimidos dos contraceptivos orais; o intervalo de uso maior que duas semanas do acetato de medroxiprogesterona de depósito; a interrupção do uso da contracepção transdérmica maior que 24 horas; a remoção do anel contraceptivo vaginal por mais de três horas (AAP, 2005). Speroff e Fritz (2005) citam, ainda, o deslocamento do diafragma.

Dois esquemas posológicos são referidos na literatura: método de Yuspe, que consiste na administração de anticoncepcionais hormonais orais combinados na dose de 100ug de etinil-estradiol e 0,50mg de levonorgestrel em duas tomadas com intervalo de doze horas. O esquema apresenta como efeito colateral uma maior incidência de náuseas e vômitos, devendo, às vezes, ser prescrito um antiemético uma hora antes da ingestão para minimizar essa sintomatologia. Caso haja vômitos no período até uma hora após a ingestão da medicação, é preconizada a repetição da dose. Outros efeitos colaterais relatados

relativos à ação estrogênica são: a mastalgia, a cefaléia, a fadiga, a tonteira e a dor abdominal (AAP, 2005; Speroff & Fritz, 2005).

O segundo esquema proposto e considerado, atualmente, como primeira escolha é o uso do levonorgestrel na dosagem de 0,75mg em duas tomadas com intervalo de doze horas. Apresenta como vantagem em relação ao método de Yuspe a menor incidência de náuseas e vômitos. O uso do levonorgestrel em dose única (1,5 mg) mostrou a mesma eficácia que a posologia anterior e não alterou de forma significativa o aparecimento de efeitos colaterais (AAP, 2005; Speroff & Fritz, 2005). Contudo a recomendação do *US Food and Drug Administration* (FDA) permanece sendo a administração tradicionalmente usada de duas doses (AAP, 2005).

A eficácia dos dois esquemas foi comparada em um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, realizado pela Organização Mundial de Saúde, com 2000 mulheres. Quando administrados no prazo de 72 horas, após coito único desprotegido, o grupo que usou levonorgestrel apresentou uma taxa de gravidez de 1,1%, enquanto aquele que utilizou o anticoncepcional oral combinado apresentou uma taxa de gravidez de 3,2%. A proporção de gravidez prevenida nesse estudo foi de 85% com o uso de levonorgestrel e 57% com o método de Yuspe, quando comparados com o número de gravidezes esperado se nenhuma medida fosse instituída (*apud* Gold, 1999; *apud* AAP, 2005; *apud* Speroff & Fritz 2005; *apud* Strauss & Barbieri, 2004). A efetividade dos dois esquemas de contracepção de emergência está diretamente relacionada ao intervalo de tempo entre o coito e o início da medicação, sendo maior quanto mais precoce for o início do tratamento (Strauss & Barbieri, 2004; Speroff & Fritz, 2005). A *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) admite, ainda, o uso da contracepção de emergência entre o quarto e quinto dia pós-agressão sexual, reconhecendo que a taxa de falha é expressivamente maior.

A AAP advoga que a contracepção de emergência com levonorgestrel possa ser prescrita por telefone para todas aquelas pacientes em risco de uma gravidez indesejada e que não possam comparecer à consulta imediatamente, frente solicitação da adolescente, dispensando o rastreio laboratorial para gravidez (AAP, 2005). A triagem preconizada é feita pela história de um coito na ausência de um método contraceptivo eficaz em prazo máximo de até cinco dias anteriores ao contato telefônico.

A contracepção hormonal de emergência atua inibindo o pico do hormônio luteinizante, alterando o crescimento folicular e impedindo a ovulação e/ou interferindo com a maturação do corpo lúteo (AAP, 2005; Speroff & Fritz, 2005; Gold, 1999). Já a ação sobre o endométrio é controversa na literatura: alterações endometriais histológicas e bioquímicas são sugeridas, diminuindo a receptividade endometrial à implantação do ovo fertilizado (Gold, 1999; AAP, 2005); outros trabalhos, entretanto, mostram pouco ou nenhum efeito sobre o endométrio e argumentam que este efeito não é o principal mecanismo de ação (AAP, 2005; Speroff & Fritz, 2005), assim como não causa a interrupção de uma gravidez em curso (AAP, 2005).

O uso da contracepção de emergência pode interferir discretamente no padrão menstrual. A grande maioria das pacientes menstruará dentro de três semanas após a ingestão da medicação, com mais da metade apresentando o fluxo menstrual no período esperado. Uma pequena variação, com antecipação ou atraso no próximo período menstrual, poderá ocorrer na dependência da administração da contracepção de emergência ter sido feita antes ou após a ovulação (AAP, 2005).

Dentre as ginecologistas infanto-puberais entrevistadas, a questão da contracepção de emergência foi abordada por uma profissional que revelou sua discordância em relação a um esquema instituído para uma paciente em um primeiro atendimento e que, em sua

opinião, não constituiu a melhor escolha colocando a paciente sob risco de falha do método. Aponta, também, outra situação em que a contracepção de emergência foi prescrita para uma paciente com esterilização cirúrgica:

Noutro dia fizeram YUSPE para uma menina que toma anticonvulsivante. Essa paciente é uma que estou acompanhando de perto porque é uma paciente que pode engravidar... Mas quando eu vi, fizeram YUSPE, aí ela toma remédio para epilepsia que já diminui, e anti-retroviral. (E6)

A interação medicamentosa dos anticoncepcionais combinados com drogas como anticonvulsivantes e anti-retrovirais, a antibióticos como a rifampicina e anti-fúngicos como a griseofulvina diminui a ação contraceptiva e, potencialmente, a contracepção hormonal combinada. Não é observada tal interferência com o uso isolado de levonorgestrel (AAP, 2005).

Não existe na literatura citação de contra-indicação ao uso da contracepção de emergência com uso de levonorgestrel. A principal referida ao uso do método do Yuspe está relacionada àquelas pacientes com história passada ou familiar de doença tromboembólica. A AAP (2005) alega que o curto período de tempo de uso desse esquema hormonal combinado e o possível agravamento da condição clínica por uma gravidez fazem com que os benefícios superem os riscos da contracepção de emergência pelo método de Yuspe. Contudo relata que alguns autores preferem a prescrição do esquema utilizando levonorgestrel. Speroff e Fritz (2005), em condições clínicas potencialmente agravadas pelo uso do estrógeno exógeno, também recomendam o uso do esquema com levonorgestrel.

Na visão de uma ginecologista que atua em cargo de gestão no município, a aplicação incorreta dos protocolos de assistência não se justifica, já que estão amplamente divulgados em todas as maternidades e hospitais de emergência referenciados para o atendimento à violência sexual, por meio de cartazes e “*colinhas de bolso*”. Ressalta,

contudo, existirem certas nuances dependentes da avaliação individual de cada caso e que podem determinar uma conduta excessiva em relação às medidas profiláticas, tanto para doenças sexualmente transmissíveis quanto para contracepção.

Finkel et al. (2005) endossam essa forma de divulgação dos protocolos de profilaxia medicamentosa, nos casos de agressão sexual por meio de rotinas escritas e distribuídas nos serviços de atendimento. Fundamenta seus argumentos no fato de que o protocolo do *Center for Disease Control and Prevention* inclui uma gama de medicamentos para profilaxia da gravidez e de diversas doenças sexualmente transmissíveis e que tais recomendações são, ainda, acrescidas de outras opções em face de possíveis alergias apresentadas pelos pacientes, de resistências medicamentosas e de recentes avanços terapêuticos, principalmente no que tange à infecção pelo HIV. Acredita ser essa normatização escrita e distribuída aos profissionais ensejosos de tal atendimento seja uma medida que melhore os cuidados com pacientes e diminua o risco de responsabilidade para médicos e enfermeiros.

O uso de outros métodos contraceptivos de emergência, como a inserção do DIU de cobre, não é recomendada pela *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) em virtude da possibilidade do risco potencial de infecção genital agravado pelo trauma da violência sexual que desencoraja mais uma manipulação genital necessária à inserção do método. No entanto constitui medida de exceção naquelas pacientes com contra-indicação para o uso do método de Yuspe e quando o contraceptivo com levonorgestrel não for disponível.

6.4. Coleta de provas forenses

A coleta de provas forenses nos casos de suspeita de abuso sexual em crianças nunca fez parte da conduta clínica de 50% dos ginecologistas infanto-puberais. Apenas 30,6% deles informam que é uma prática sempre presente em seu atendimento e 19,4% realizam essa tarefa apenas às vezes. (tabela 25)

Tabela 25: Coleta de provas forenses assumida como conduta clínica pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=36)		
Sempre	11	30,6
Às vezes	7	19,4
Nunca	18	50,0
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Sempre	8	25,8
Às vezes	9	29,0
Nunca	14	45,2

No atendimento a adolescentes com suspeita de abuso sexual, a proporção de ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de violência sexual e nunca procederam à pesquisa de provas forenses foi de 45,2% dos respondentes (tabela 25), contra um percentual de somente 25,8% que alega ser esta uma etapa sempre presente em seu atendimento clínico.

Nos casos diagnosticados de abuso sexual contra crianças, a busca de provas forenses foi sempre realizada por 26,5% dos ginecologistas infanto-puberais, ainda que 32,4% dos ginecologistas infanto-puberais disseram ter assumido às vezes tal procedimento em seus atendimentos; enquanto 41,2% disseram nunca tê-lo feito (tabela 26).

Tabela 26: Coleta de provas forenses assumida como conduta clínica pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=34)		
Sempre	9	26,5
Às vezes	11	32,4
Nunca	14	41,2
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=30)		
Sempre	9	30,0
Às vezes	8	26,7
Nunca	13	43,3

Quando a coleta de provas forenses no diagnóstico do abuso sexual pelo ginecologista infanto-puberal é abordada em relação à população **adolescente**, os índices apresentados são similares aos anteriores: 30,0% afirmam ter sempre realizado essa tarefa, 43,3% declaram que nunca o fazem e 26,7% admitem a coleta de provas forenses em algumas circunstâncias (tabela 26).

As razões motivadoras da **coleta eventual de provas forenses pelos ginecologistas infanto-puberais nos casos de suspeita e diagnóstico de abuso sexual entre crianças e adolescentes** estiveram relacionadas, principalmente, ao tempo decorrido desde a agressão sexual até o atendimento clínico, à existência de lesões _ possibilitando-lhes, também, a confirmação etiológica das mesmas através da biópsia e exame histopatológico _, ao relato da vítima e/ou dos responsáveis, e ao fato do agressor ser conhecido ou ser passível de identificação. Situações especiais foram relatadas, especificamente no tocante ao diagnóstico de abuso sexual, nas duas faixas etárias e prendem-se à demanda legal pela coleta de provas. Essa preocupação não foi citada em relação aos casos em que há suspeição, mas o diagnóstico não foi estabelecido.

Uma condição específica citada para indicar a coleta de provas forenses em adolescentes com diagnóstico de abuso sexual foi a presença de gravidez. Alguns profissionais relacionaram a coleta de material à função do médico-legista e declararam

encaminhar as pacientes para esse especialista, apesar de citarem os critérios que devem ser obedecidos nesse procedimento, como o tempo útil para a busca de provas e quais espécimes são relevantes.

A ligação de coleta de provas forense à presença de lesões sugere que, quando não há lesão física identificada, não há busca, pelo profissional, de materiais que possam tipificar o abuso sexual e, até mesmo, possibilitar a identificação do agressor.

6.5. Manutenção da criança/adolescente vítima de abuso sexual sob vigilância estreita

O imperativo de sempre manter crianças sob vigilância para detectar outras alterações físicas e/ou comportamentais que possam corroborar o diagnóstico foi referido por 73% dos ginecologistas infanto-puberais. (tabela 27).

Tabela 27: Manutenção da criança e da adolescente sob vigilância como conduta clínica assumida pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=37)		
Sempre	27	73,0
Às vezes	8	21,6
Nunca	2	5,4
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Sempre	21	67,7
Às vezes	7	22,6
Nunca	3	9,7

Alguns agravantes facilitam que os profissionais adotem tal postura: crianças em situação de risco (violência doméstica contra crianças) (1); em caso de dúvidas (1); em caso de reincidência (1); em caso de exigência paterna (1); situações em que as crianças estejam em risco ou que o exame e/ou anamnese indiquem (1); aparecimento externo de doença sexualmente transmissível, em que a adolescente já menstrua, possibilitando gravidez (1); quando é importante reavaliar, porque pode haver alteração importante do comportamento (1).

Para aqueles ginecologistas infanto-puberais que **suspeitaram de abuso sexual contra adolescentes**, o procedimento de sempre mantê-los sob vigilância para dirimir dúvidas diagnósticas foi pertinente para 67,7% (tabela 27). Fatores específicos determinaram essa conduta ocasional e dizem respeito a questões puramente clínicas ou a outras que envolvem o contexto social: muitas vezes o adolescente não volta (caso de prostituição infanto-juvenil) (1); quando o adolescente refere ser membro da mesma família que o agressor (1); quando o profissional suspeita dos familiares (1); quando não há ajuda no tratamento e elucidação do caso (1); quando há situações de risco, suturas (1).

A manutenção da **criança vítima de violência sexual já diagnosticada** sob vigilância para uma avaliação mais abrangente foi a conduta sempre adotada por 90,6% ginecologistas infanto-puberais que fizeram esse diagnóstico (tabela 28). Em relação aos **adolescentes**, a sua manutenção pelos ginecologistas infanto-puberais sob vigilância estreita para detectar outras alterações físicas e/ou comportamentais que possam corroborar o diagnóstico de abuso sexual foi menos rígida: essa foi uma medida constante para 69%.

Tabela 28: Manutenção da criança e da adolescente sob vigilância como conduta clínica assumida pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=32)		
Sempre	29	90,6
Às vezes	2	6,3
Nunca	1	3,1
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=20)		
Sempre	20	69,0
Às vezes	6	20,7
Nunca	3	10,3

Os 20,7% profissionais que determinaram a observação rigorosa dessas jovens, **algumas vezes**, mencionaram algumas razões: para avaliação de DST e gravidez (1); quando é possível, embora seja necessário (1).

A Associação Americana de Pediatria (*apud* Ferreira, 2005) recomenda internação hospitalar de crianças maltratadas que necessitem de assistência clínica ou de proteção, por ser o hospital, na maioria dessas ocasiões o abrigo mais acessível em curto espaço de tempo ou a fim de ser firmado o diagnóstico da situação abusiva pela possibilidade de observação mais estreita das relações familiares e de intervenções diagnósticas.

Em nosso meio, Azevedo e Guerra (1994) reconhecem que, geralmente, são internadas aquelas vítimas da violência doméstica portadoras de lesões graves e preconizam que esse período de internação seja breve. Identificam, como entrave a um período de hospitalização prolongada, o risco de infecção hospitalar e o escasso número de leitos para atender a demanda, sem suporte para a manutenção de pacientes internados em fase de convalescença.

A fase de internação pode ser uma oportunidade de avaliação mais estreita da relação da família com a criança pela equipe de saúde (Azevedo & Guerra, 1994; Ferreira, 2005). Ferreira (2005) avalia, contudo, que o contato mais prolongado da família com outras pessoas que circulantes no mesmo espaço hospitalar, como outros profissionais e familiares de outras crianças internadas, pode ocasionar reações de atrito e hostilidade frente à suspeita de maus-tratos. O surgimento de uma situação conflituosa torna possível o prejuízo do relacionamento com a equipe de saúde, dificultando tanto a avaliação psicossocial quanto o investimento em mudanças comportamentais dos responsáveis.

6.6. Notificação da violência sexual em caso de suspeição de abuso sexual

Na tabela 29 vê-se a **notificação compulsória ao Conselho Tutelar** referida pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de abuso sexual. Em relação à suspeita de **crianças**, 63,9% informaram que sempre procedem à notificação de acordo com a determinação legal, 16,7% dizem que nunca o fizeram e 19,4% dos respondentes às vezes tomam essa providência.

Tabela 29: Notificação ao Conselho Tutelar como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=36)		
Sempre	26	63,9
Às vezes	7	19,4
Nunca	6	16,7
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=32)		
Sempre	21	65,6
Às vezes	5	15,6
Nunca	6	18,8

As situações explicitadas para **notificação ocasional ao Conselho Tutelar e a outras instâncias legais tanto de crianças quanto de adolescentes com suspeita ou diagnóstico confirmado de abuso sexual** estiveram ligadas aos seguintes argumentos: a notificação é feita por outro profissional de saúde, mais frequentemente pelo serviço social da unidade em que o profissional trabalha; a notificação está condicionada ao relato da agressão sofrida pela criança ou do adolescente; ou, ainda, a notificação é realizada na observância da concordância da paciente e/ou da família. Por um critério particular, também é relatada a notificação, ao Conselho Tutelar, de criança fruto de um processo de adoção, com suspeita de abuso sexual.

Braz e Cardoso (2000) salientam que, embora o *Estatuto da Criança e Adolescente* delibere sobre a obrigatoriedade de notificação de maus-tratos contra um e outro, a qualquer cidadão, a instituição de penalidade pela não-notificação é reservada a médicos,

professores e dirigentes de instituições de saúde e educação. As autoras discutem, assim, a fragmentação e relativização da responsabilidade dentro de uma equipe multidisciplinar. Se não houver a notificação, somente o médico será institucionalmente punido. Nesta pesquisa, observamos, em vários instantes, uma divisão de tarefas dentro dos serviços, em que a notificação fica a cargo de outros profissionais atuantes no atendimento à violência, como na citação anterior do serviço social. Tal tendência da categoria médica em delegar a notificação a outros profissionais é registrada pelo *Manual sobre Notificação de Maus-tratos do Ministério da Saúde* (Brasil, 2002), mesmo por aqueles médicos atuantes em unidades de saúde comprometidas em um programa de assistência contra os maus-tratos infantis.

Em relação à notificação ao Conselho Tutelar pelos ginecologistas infanto-puberais que **suspeitaram de abuso sexual contra adolescentes**, encontramos percentuais semelhantes àqueles observados nos que notificaram os casos contra crianças (tabela 29). Dentre os motivos alegados por uma parcela dos 15,6% dos profissionais que realizam a notificação sob algumas determinantes, além dos já relatados anteriormente, ressalta-se a gravidade da suspeita da situação abusiva como um parâmetro adotado para concretizar a notificação. Para esses profissionais, alguns casos podem ser mantidos sob observação pelo próprio serviço de saúde, sem necessidade de comunicação imediata aos órgãos legais.

Gonçalves e Ferreira (2002) recomendam o fornecimento de orientações aos profissionais de saúde no tocante à concepção do que seja uma suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Na ausência de critérios claros e definidos, notificar uma suspeita fica a cargo de interpretações individuais, podendo gerar supernotificação ou subnotificação. As duas circunstâncias são deletérias, tanto para criança quanto para a avaliação epidemiológica da magnitude da violência.

As autoras comentam, ainda, a possibilidade de investigar aqueles casos em que a suspeita do abuso sexual se constituiu por alterações clínicas ou comportamentais discretas verificadas no curso de um atendimento, por meio do acompanhamento clínico já instaurado com o profissional de saúde.

No tocante às questões legais que permeiam o **atendimento às crianças com diagnóstico** de abuso sexual, notamos, pela tabela 30 que 70,6% dos ginecologistas infanto-puberais participantes deste estudo sempre notificam seus casos ao Conselho Tutelar. Um percentual igual de profissionais (14,7%) nunca o fez ou só notificou algumas vezes.

Tabela 30: Notificação ao Conselho Tutelar como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=34)		
Sempre	24	70,6
Às vezes	5	14,7
Nunca	5	14,7
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=30)		
Sempre	21	70,0
Às vezes	3	10,0
Nunca	6	20,0

Quando a questão da notificação ao Conselho Tutelar é relativa aos **adolescentes** que sofreram abuso sexual, a posição dos ginecologistas infanto-puberais em sempre notificar foi de 70%. Dentre aqueles que o fizeram apenas algumas vezes (10,0%), exclusivamente um profissional justificou sua conduta ligando a notificação à existência de queixa do paciente ou responsável (1).

A **notificação à Vara da Infância e Juventude** dividiu os ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram de violência sexual contra **crianças**: igual percentual (43,8%) referiu tanto sempre notificar quanto nunca notificar (tabela 31). Os demais 12,5%, que,

eventualmente, o fazem apresentaram, basicamente, as mesmas motivações alegadas na notificação eventual ao Conselho Tutelar, citadas anteriormente.

Tabela 31: Notificação à Vara da Infância e Juventude como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=32)		
Sempre	14	43,8
Às vezes	4	12,4
Nunca	14	43,8
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=28)		
Sempre	10	35,7
Às vezes	6	21,4
Nunca	12	42,9

Na faixa etária dos **adolescentes**, a notificação à Vara da Infância e Adolescência pelos ginecologistas infanto-puberais com atuação nos casos de suspeita de abuso sexual obedeceu aos seguintes percentuais: 42,9% nunca notificaram, 35,7% sempre o fizeram e 21,4% acatam a decisão em determinadas ocasiões. Algumas alegações não diferem das situações anteriores, em que apenas a paciente e sua família parecem estar envolvidas nessa motivação, relatando os fatos ocorridos ou dando sua concordância para que a notificação seja feita. Uma situação singular referida, que, embora fosse vista como digna de notificação, não logrou sucesso:

Muitas vezes, as pacientes estão envolvidas com tráfico, sem endereço e ameaçadas por eles, pondo em risco, também, os profissionais que as atendem. Já houve caso de eu achar necessário, mas não fazer a notificação por receio. (Q 23).

O viés social adquire aqui um caráter preponderante na atuação profissional suplantando as indicações clínicas que podem originar uma notificação.

Njaine et al. (1997) lembram que, imprimir estereótipo às vítimas de violência, que relacionando-as a situações de marginalidade, pode contribuir para minimizar seus agravos

e dificultar a notificação aos órgãos competentes, tanto pelo sistema de Saúde quanto pelo de Segurança Pública.

Na tabela 32, vê-se a notificação de **casos confirmados de abuso sexual infantil** à Vara da Infância e Adolescência pelos ginecologistas infanto-puberais: 41,9% dos participantes sempre a realizam; e a notificação eventual foi da ordem de 22,6%.

Tabela 32: Notificação à Vara da Infância e Juventude como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Sempre	13	41,9
Às vezes	7	22,6
Nunca	11	35,5
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=26)		
Sempre	11	42,3
Às vezes	5	19,2
Nunca	10	38,5

Os índices de notificação à Vara da Infância e Juventude pelos ginecologistas infanto-puberais nos casos de **abuso sexual comprovado contra adolescentes** foram semelhantes àqueles encontrados na população infantil: 42,3% sempre notificam e 19,2% só o fazem em alguns casos. As situações referidas para a notificação eventual também estavam relacionadas à gravidade do caso e risco apresentado para a paciente e à permissão pela família.

A notificação da **suspeita do abuso sexual infantil ao Ministério Público** pelos ginecologistas infanto-puberais nunca foi realizada por 67,7% dos respondentes (tabela 33). Dentre os 19,4%, que de forma ocasional, consideram o Ministério Público como providência legal cabível, além das razões apontadas pelos nossos entrevistados e já registradas no decorrer deste tópico, entendem ser a referência à desconfiança e discordância entre família e o profissional de saúde motivo para embasar a notificação.

Tabela 33: Notificação ao Ministério Público como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=31)		
Sempre	4	12,9
Às vezes	6	19,4
Nunca	21	67,7
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=28)		
Sempre	4	14,3
Às vezes	5	17,9
Nunca	19	67,9

Quando aconteceu a suspeita de abuso sexual atingindo **adolescentes**, a notificação ao Ministério Público ficou em patamares próximos aos referidos em relação às crianças: 67,9% nunca procederam à notificação e 17,9% realizaram-na obedecendo a situações específicas consoante as já relatadas.

A postura da família pode significar obstáculos à notificação ou pode concorrer para facilitar sua execução, estando na dependência dos sentimentos que experimentam frente a ações legais: se de ameaça ou de proteção. É dever ético da equipe de saúde comunicar à família a obrigatoriedade da notificação e seu objetivo de proteção à criança. A importância da adoção dessas medidas visa a preservar o vínculo da equipe de saúde com os responsáveis, o que se faz necessário para a continuidade de atenção àquela família (Gonçalves; Ferreira, 2002; Brasil, 2002).

Detectamos pelos resultados obtidos que, para vários profissionais, a notificação ainda não está introjetada como compulsória, subordinando-se à concordância da paciente e à da família. Também costuma estar condicionada à verbalização explícita da queixa. Como referido na literatura, o abuso sexual contra crianças e adolescentes, normalmente, é acompanhado por um pacto de silêncio e a conduta de só valorizar o que é dito funciona como um agravante a mais na subnotificação desses casos. Podemos pensar, também, que a necessidade da queixa explícita traz embutida uma falta de confiança do ginecologista

infanto-puberal em outros achados clínicos (seja baseado na observação da situação familiar que se apresenta, na anamnese ou em dados físicos) não-caracterizadores, de forma absoluta, do abuso sexual, podendo significar para ele uma maior exposição e o seu comprometimento em notificar o fato às instâncias jurídicas para que se prossiga no esclarecimento da suspeita.

A frequência da **notificação do abuso sexual infantil diagnosticado** pelo ginecologista infanto-puberal ao Ministério Público foi ainda menor: 64,3% deles declararam que nunca o fazem (tabela 34). Na fase da adolescência, 69,2% declararam nunca notificar. O risco familiar iminente, a presença de ameaças foram as situações originárias dessa notificação ocasional ao Ministério Público pelos ginecologistas infanto-puberais do abuso sexual contra adolescentes.

Tabela 34: Notificação ao Ministério Público como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=28)		
Sempre	6	21,4
Às vezes	4	14,3
Nunca	18	64,3
CASOS DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=26)		
Sempre	7	26,9
Às vezes	1	3,8
Nunca	18	69,2

A **comunicação à escola em casos de suspeita de abuso sexual infantil** pelos ginecologistas infanto-puberais nunca foi realizada por 57,6% dos profissionais, indicando o afastamento existente entre os serviços de saúde e a educação; entretanto, quando a suspeição é de adolescentes, o percentual de profissionais que negam comunicação à escola é de 51,9% (tabela 35).

Tabela 35: Comunicação à escola como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que suspeitaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=33)		
Sempre	6	18,2
Às vezes	8	24,2
Nunca	19	57,6
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=27)		
Sempre	7	25,9
Às vezes	6	22,2
Nunca	14	51,9

As razões determinantes das comunicações eventuais são as seguintes: o conhecimento do fato pela direção (1); a promiscuidade nas escolas e o desinteresse (1); o encaminhamento da criança pela escola (1); o abuso ter acontecido na escola (1); a colaboração do menor com o caso (1); se o agente pertencer à instituição (1).

A comunicação à escola de **casos diagnosticados de abuso sexual infantil** pelos ginecologistas infanto-puberais nunca foi realizada por 44,8% dos ginecologistas (tabela 36). Para os que observaram o abuso sexual contra **adolescentes**, 36,8% não se comunicaram com instituição tão importante para o desenvolvimento infanto-juvenil.

Tabela 36: Comunicação à escola como providência legal tomada pelos ginecologistas infanto-puberais que diagnosticaram abuso sexual na infância e adolescência

Ginecologistas infanto-puberais	N	%
CASOS DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL (N=29)		
Sempre	6	20,7
Às vezes	10	34,5
Nunca	13	44,8
CASOS DE ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (N=25)		
Sempre	7	28,0
Às vezes	4	16,0
Nunca	14	56,0

Nas questões abertas do questionário, nenhum ginecologista infanto-puberal informou qualquer outra medida legal que lhes parecesse cabível nas situações de abuso sexual em relação às pacientes infantis. Em relação às adolescentes, foi sugerido o

encaminhamento ao hospital de referência e o fornecimento de orientações ao responsável sobre os prós e os contras da notificação.

Apenas duas entrevistadas explicitaram a responsabilidade do profissional com a abordagem da família, quando é necessário realizar a notificação compulsória ao Conselho Tutelar, como parte do acompanhamento do caso. O não-relato pelas outras profissionais não determina que essa notificação não seja realizada por elas ou em seus serviços, mas pode sinalizar uma organização diferente e uma divisão de funções com profissionais de outras áreas, encarregados dessa tarefa, como discutido em parágrafos anteriores.

6.7. Tempo de acompanhamento

O tempo médio de acompanhamento das crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual relatados por profissionais de serviços de referência variou entre seis meses a um ano, havendo uma flexibilidade nesses limites em face das carências apresentadas pela cliente. Tais necessidades não se limitaram ao âmbito do atendimento médico, estando, também em questão o acompanhamento psicológico e social. Essa interação foi avaliada pelos profissionais diretamente com paciente e família, pesquisando-se alguns sintomas possíveis de indicar seu estado emocional (como características do sono e rendimento escolar), em ação conjunta com profissionais de outras áreas.

Na visão de uma profissional que atua na gerência de Programa da Mulher, a questão da adesão da clientela vítima de violência sexual em um programa de acompanhamento é uma das preocupações legítimas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no momento. Informa que, atualmente, nem sempre é possível avaliar o desenrolar de todos os casos e a eficácia das medidas de proteção instituídas em um primeiro atendimento. Para ela, a falha em garantir a inserção e acompanhamento de todas

as usuárias vítimas de violência sexual em instituição de saúde justifica uma busca ativa dessa clientela.

CAPÍTULO 7

Outros aspectos relevantes ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual

Este capítulo trata de alguns tópicos importantes para o atendimento de crianças e adolescentes que sofrem violência sexual e que foram abordados pelos ginecologistas infanto-puberais. São eles: as distinções apontadas entre o atendimento público e o privado; o relacionamento com a família; fatores que facilitam o atendimento (equipe multidisciplinar, forma de organização dos serviços, privacidade, visibilidade, apoio de outros profissionais/instituições ao atendimento); fatores que dificultam o atendimento (verbalização, notificação e estigma da violência); e sugestões dadas para a melhoria do atendimento.

7.1. Atendimento público X atendimento privado

A divisão do atendimento entre o setor público e privado não mostrou diferenças na conduta médica para a quase totalidade das entrevistadas individualmente. Alguns aspectos ressaltados dizem respeito às características dos casos apresentados na clínica particular, em número infinitamente menor do que os vistos no setor público. Na esfera privada, normalmente, foram relatados acontecimentos passados, sem necessidade de intervenção aguda e identificados por relato espontâneo da paciente ou pelas dificuldades observadas durante o exame ginecológico.

Uma diferença apontada por uma entrevistada e que, na sua visão, facilitaria o atendimento no âmbito privado em detrimento do setor público seria uma melhor relação

médico-paciente, principalmente no que diz respeito à participação familiar. Para essa ginecologista infanto-puberal, o fato de haver, pela família, uma procura espontânea por determinado médico no âmbito privado traduz uma confiança implícita na atuação do profissional. Para ela, essa confiança familiar é fundamental, tanto na aceitação do diagnóstico do abuso sexual contra aquela criança em questão, quanto na disposição da família em protegê-la. Em sua experiência, a profissional também relata, na clínica privada, uma maior conscientização dos responsáveis em relação à gravidade das situações abusivas suspeitadas e uma atitude mais efetiva de proteção às crianças. A médica atribui semelhante postura a um melhor nível sócio-cultural observado nessa clientela.

Ainda na fala dessa profissional, a ocorrência do encontro entre médico-paciente-família no setor público, nas situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, em um momento de tensão dificulta a construção de um vínculo de confiança e pode gerar na família um medo de ser acusada pelo profissional.

Por um lado, foram referidas algumas vantagens do consultório particular em relação ao serviço público no atendimento em geral e em relação à violência, especialmente maior privacidade, mais fácil acesso à tecnologia (uso de aparelhos como colposcópio para facilitar o exame genital – instrumento que não é sempre de fácil acesso no setor público) e maior poder aquisitivo. Por outro lado, a falta de apoio de outros profissionais que contribuem para o atendimento é sentida pelas entrevistadas, especialmente a lacuna da referência da área da saúde mental, essencial para complementar esse atendimento. Algumas entrevistadas relataram, em algumas situações, encaminhamento para profissionais específicos com quem já possuem uma relação de trabalho. Outras vezes, tal escolha é deixada a cargo da paciente, livre, inclusive, para procurar ajuda em instituições públicas.

O acompanhamento do entorno social e a intervenção do Conselho Tutelar é vista por uma entrevistada de uma forma mais atuante nos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes diagnosticados na clínica privada. A falta de profissionais no exercício dessa função no âmbito privado implica que este papel seja desempenhado tanto pelos conselheiros quanto pelos profissionais do serviço social dessa instância. Para outra médica, a atuação do Conselho Tutelar é vista de forma similar tanto em casos diagnosticados na esfera pública quanto na rede privada.

A maior dificuldade em atender à violência sexual no âmbito privado em comparação com setor público foi apontada por uma médica, que citou a frustração da cliente quanto à impossibilidade da resolução completa do caso com apenas aquele profissional como um obstáculo para um atendimento satisfatório.

7.2. Relacionamento com a família

A atuação de um profissional de saúde que lida com uma clientela infanto-juvenil se estenderá, obrigatoriamente, para as relações familiares dessas crianças e adolescentes. No atendimento dessas vítimas de agressão sexual, o relacionamento do ginecologista infanto-juvenil com respectivas famílias é de fundamental importância pela necessidade de colher dados relativos às pacientes e à situação abusiva e de estabelecerem-se parcerias no intuito de promover os cuidados necessários para tratar os agravos e proteção contra os episódios recorrentes.

Além desse interesse por parte dos profissionais em manter uma aliança com a família para obter dados para o diagnóstico, reconhecemos em suas falas a preocupação em mostrarem-se solidários com seu sofrimento. As duas posturas foram, algumas vezes,

apresentadas em conjunto pelo mesmo profissional, sendo, para alguns, uma atitude priorizada em detrimento da outra.

Semelhante postura de acolhimento da vítima e da família envolvidas na situação abusiva pela equipe de saúde é, também, defendida pela *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005). Este entrosamento entre os usuários do setor saúde e os prestadores de assistência permitiria a identificação das situações de risco e a adoção de medidas preventivas, pela promoção de relações respeitadas e igualitárias.

Carvalho (2002) destaca que o acolhimento e a escuta empática, e não meramente fria e burocrática da família ou de alguns de seus membros pelos serviços de saúde, é um direito do cidadão, postura para a autora, potencialmente deflagradora de soluções por parte dos usuários aos seus problemas, observando-se um aumento da auto-estima e uma possibilidade de reelaborar e avaliar suas histórias de vida, tornando-os autores de seus projetos de mudança.

Bustamente e Trad (2005) e Fonseca (2005) vêm que, para implantação desta proposta de re-orientação dos modelos assistenciais vigentes, tendo as famílias como objeto de intervenção, é preciso uma compreensão da complexidade e heterogeneidade delas. Boarini (2003) pontua que, apesar de milenar, a instituição família apresenta-se sempre com novas roupagens em resposta às mudanças da sociedade da qual é o núcleo.

Em referência à percepção do conceito **família**, percebemos diversas maneiras de entendimento para as profissionais entrevistadas, multiplicidade de entendimentos essa dos arranjos familiares de acordo com o que postula a literatura nos dias atuais, embora, nem sempre, aceitas e referendadas por nossas entrevistadas.

Uma das formas de abordagem inclui, não só os parentes mais próximos (pai, mãe, irmãos), constituintes da clássica família nuclear, mas também estende esse conceito a

todas aquelas pessoas com laço sanguíneo e que possam estar envolvidos na situação de abuso sexual, pois podem estar afetados, de alguma maneira, com a situação de violência q ocorrida dentro do círculo familiar. Portanto, todos precisam de ajuda e suporte e a solução do conflito dependerá de todos.

Algumas vezes, o círculo familiar foi entendido além dos laços de parentesco e abriu espaço para as escolhas pessoais das clientes, incluindo e convidando o companheiro sexual a estabelecer uma parceria com o sistema de saúde que presta assistência à menina: com isso, as médicas entrevistadas esperam estabelecer uma relação de mútua confiança.

Outras vezes, as entrevistadas restringiram a noção de família àquele cujo papel é o de cuidar, especialmente pai e mãe, deixando as demais relações familiares a cargo do serviço social ou da Psicologia. Uma característica bem marcante é a vinculação do papel de cuidador à figura materna, trazendo inquietações ao profissional quando não é a mãe que acompanha a criança à consulta.

Na configuração tradicional da família nuclear composta por pai, mãe e filhos, a divisão das tarefas é baseada em papéis de gênero, cabendo ao homem ser o de provedor, enquanto a mulher assume a função dos cuidados e afetos destinados às crianças. Amazonas (2003) avalia que as mudanças sócioeconômicas e culturais contemporâneas, principalmente com a inserção da mulher no mercado de trabalho, levam a uma flexibilização maior nas funções parentais. Observa-se um compartilhar maior de funções por ambos os cônjuges mesmo nesse modelo nuclear, com alguns pais cuidando dos filhos enquanto a mãe trabalha fora.

Na nossa casuística, em situações em que tal tarefa coube ao pai, todas as atitudes da criança soaram suspeitas, estando ela muito à vontade ou constrangida com a presença paterna:

Eu não sei, eu acho que a menina fica mais encabulada e às vezes não fica, troca de roupa até na frente do pai, se deixar. E aí isso me preocupa. Aí eu começo a questionar, peço na outra consulta para vir a mãe. Muitas vezes, quando vem a mãe na outra consulta, eu vejo que não teve nada demais, que é só uma família ali que se relaciona daquela forma sem abuso, sem constrangimento nenhum e tudo tranqüilo. (E2)

O lugar do pai na consulta é, algumas vezes, preterido pela própria estrutura do serviço, que não comporta a presença de homens em ambulatórios destinados ao atendimento de mulheres:

Até quando vem com o pai, eu falo, que o pai não pode entrar aqui. Eu falo, da próxima vez, pede para a mãe vir junto. (E5)

Em outra oportunidade, o papel desempenhado pela mãe foi associado por uma médica entrevistada a um estilo autoritário, prejudicando o atendimento da adolescente. O distanciamento dos médicos de teorias que dão base ao entendimento das relações familiares pode dificultar a abordagem médica, porquanto esse profissional, muitas vezes, sente-se inseguro sobre a melhor forma de atuar sobre a família de uma criança/adolescente com história de violência.

Darling e Steinberg (*apud* Cecconello et al., 2003) definem estilo parental como a forma global de características de interação dos pais com os filhos em diversas situações e que geram um clima emocional. Cecconello et al. (2003) avaliam o modelo de estilos parentais baseados em duas dimensões: exigência *que se refere aos comportamentos parentais que requerem supervisão e disciplina*; e responsividade *que são os comportamentos de apoio e aquiescência que favorecem a individualidade e a auto-afirmação dos filhos*. Quando combinadas entre si essas dimensões vão resultar em quatro combinações de estilos parentais:

- Autoritativo: mescla alta exigência com alta responsividade. São pais que estabelecem regras de conduta para os filhos, por meio do diálogo, corrigindo atitudes negativas e valorizando as positivas. São afetuosos em seu relacionamento e estimulam a responsabilidade, o desenvolvimento psicológico e social das crianças.
- Autoritário: baseia-se em altos níveis de exigência e baixa responsividade. São pais que determinam as condutas dos filhos, independente de sua participação. Valorizam atitudes punitivas e têm pouca troca afetiva com eles.
- Indulgente: mescla baixo controle e alta responsividade. São pais indulgentes, que não dão limites aos filhos, tendendo a satisfazer todas as suas demandas.
- Negligente: resulta da combinação tanto de baixo controle quanto de baixa responsividade. Não são nem afetivos nem exigentes. Assemelham-se aos pais indulgentes, não dando limites aos filhos, embora só atendam às necessidades básicas das crianças, não interferindo em seu processo de socialização.

A referência a uma mãe com estilo parental autoritário em uma consulta faz-nos pensar na reprodução de um padrão de comportamento norteador da forma de relacionamento dessa mãe com a filha. Acredita-se que a dificuldade expressa pela ginecologista infanto-puberal revele uma dificuldade de interação da profissional com a cliente e com sua acompanhante, dificuldade, provavelmente, causada pelo modo de atuação materno, que não deixa espaço e liberdade de expressão para a filha.

Quando o papel de acompanhante foi desempenhado por pessoa de fora do círculo familiar, encontramos reações antagônicas, sendo, algumas vezes, de estranhamento e repulsa, estando embutido um juízo de valor pejorativo quanto às relações familiares:

...é muito comum no serviço público, [a criança vem à consulta] jogada, com uma vizinha, com uma outra menina um pouco mais velha que ela. Isso não pode ser. E aí eu marco uma nova consulta e peço a um familiar direto, ou mãe ou avó, que venha. (E2)

Amazonas (2003), em um estudo sobre os arranjos familiares em crianças das camadas populares, identificou nessas famílias, muitas vezes, o desenvolvimento de estratégias de sobrevivência por meio de uma rede de solidariedade que inclui não só o grupo de parentes, mas que se estende à vizinhança constituindo um padrão de família estendida: *muitas vezes é com a ajuda de um vizinho que toma conta das crianças que os pais conseguem sair para trabalhar e sustentar a família* (p.13)

Para Carvalho (2002), é preciso que se veja a família como um grupo social em constante movimento de organização-desorganização-organização, de acordo com o contexto sócio-cultural em que está inserida.

Amazonas (2003), Szymanski (2002) e Yunes e Szymanski (2003) percebem que, apesar de tanta diversidade nas atuais constituições familiares, a adoção do modelo familiar nuclear burguês como paradigma do que seja família induz a estigmatização de todas as outras composições como “famílias desestruturadas” e que são, na maioria das vezes, as mais responsabilizadas por problemas emocionais, desvios do comportamento do tipo delinqüencial e fracasso escolar.

Assim, a família que se constituiu, a família “vívida” quando não é consoante com aquele modelo normativo, é vista como uma inadequação, um desvio de caminho (Szymanski, 2002). Há uma resistência social em aceitar novas configurações familiares como uma possibilidade de se viver uma outra proposta de família, como notado na fala anterior.

Fonseca (2005) discutindo a ação de profissionais de saúde em um processo de intervenção por meio da família, concorda com Amazonas (2003) sobre a visão estreita e, muitas vezes, discriminatória, observadas sobre as configurações familiares. Entretanto, pondera que, para interagir com membros dessas famílias, é preciso estarem os profissionais atentos às dinâmicas que extrapolam o seu limitado campo de observação e acionem o arsenal teórico adequado, possibilitador de compreender o processo de construção daquela realidade.

Em outras situações, após uma primeira reação de estranheza quanto à nova realidade apresentada, houve uma discussão dessa nova maneira de viver e abertura para novas opções:

Muitas meninas vêm de longe sozinhas....não sei, às vezes nem é uma questão de estrutura da família, às vezes é uma questão de carência, a mãe tá trabalhando, não pode e ela não tem com quem vir. E muitas vezes eu acho até...tem situações que as meninas são muito maduras, eu fico muito contente eu acho isso muito legal... elas chegam sozinhas, ouvem, se desempenham e aprendem a fazer tudo sozinhas que também é uma situação que eu acho muito boa da menina...(E8)

Carvalho (2002) defende que *é preciso enxergar na diversidade não apenas os pontos de fragilidade, mas também riqueza das respostas possíveis encontradas pelos grupos familiares, dentro de sua cultura, para as suas necessidades e projetos.*

Na avaliação de uma profissional, o lidar com a família é uma via de mão dupla, que, por um lado, permite ao médico aferir a estrutura familiar e também o quanto a questão familiar interfere no problema médico. Por outro lado, a presença e ação da família podem ser obstáculos ao atendimento médico, quando assumem uma postura de limitar a privacidade da adolescente. Em sua atuação, a médica conjuga, então, o apoio da família quando necessário, com a garantia à sua cliente do direito à privacidade, reservando um tempo e lugar para o atendimento a sós, onde possa contemplar suas demandas.

De uma forma geral, foi preconizado por esses profissionais que o atendimento à família seja feito de forma serena, objetiva, procurando transmitir clareza no seu posicionamento, expondo os achados clínicos e a suspeita diagnóstica.

É ressaltada, também, a importância de manter-se a imparcialidade, evitando o tom acusatório a quem quer que seja, mas estando atento para a possibilidade de se identificar algum membro da família ou próximo como possível agressor que, eventualmente, esteja sendo mantido sob a proteção dos vínculos familiares: um dos profissionais relatou que procura não deixar transparecer seus sentimentos para a família; dois outros se eximiram da tarefa de lidar com ela, referindo seu encaminhamento para profissional legalmente capacitado (1) e para atendimento especializado (1).

O atendimento à família realizado em conjunto com outros profissionais foi uma prática também assinalada, variando, contudo, as parcerias estabelecidas. Foram relatadas as presenças de profissionais de outras áreas _ como psicólogo/assistente social _ ou de outro médico. Um profissional que atua em um serviço de referência ao atendimento da violência sexual relatou uma abordagem multidisciplinar da família, não necessariamente com uma consulta compartilhada como pressuposto no relato anterior.

O desdobramento da consulta em dois ou mais tempos foi descrito por dois ginecologistas infanto-puberais. Acredita-se que tal segmentação, provavelmente, deva-se à dificuldade de abordagem de um assunto tão mobilizador e que, potencialmente, fere a estrutura familiar. Visa, ainda, a dar tempo para uma elaboração, por parte da família, da realidade apresentada e para o aprofundamento do vínculo de confiança com o profissional.

Ferreira (2005), apesar de entender que uma atuação precoce pode amenizar os efeitos negativos dos maus-tratos infantis, deve-se evitar uma atuação precipitada, informando a necessidade de um tempo mínimo, tanto para a equipe de saúde compreender

a situação que se apresenta, quanto para a família reconhecer e expor suas carências e possibilidades.

É conduta referida por quatro ginecologistas infanto-puberais tentar esmiuçar toda a rotina da criança, em relação aos seus hábitos, aos dos familiares e aos das pessoas próximas, se houve mudança de comportamento da criança em relação a alguma pessoa de seu círculo de relacionamento, se a família suspeita de quem possa ser o agressor.

Na abordagem específica do adolescente e sua família, as entrevistas em separado e em conjunto, visando a confrontação de informações foram preconizadas por dois profissionais.

A observação das reações da família frente ao abuso sexual infanto-juvenil variou entre os profissionais: desespero familiar, frente ao diagnóstico apresentado e maior dificuldade de aceitação dessa hipótese, quando a suspeita surgiu a partir do atendimento médico levando, algumas vezes, a família a atribuir uma causalidade acidental às lesões apresentadas pela vítima e, com isso, atrapalhando o relacionamento com o profissional de saúde.

Ceconello et al. (2003), ao estudarem famílias abusivas em situações de maus-tratos físicos, encontraram respostas semelhantes frente ao diagnóstico médico: explicações fragmentadas, vagas e incoerentes a respeito dos achados clínicos, dificultando um diagnóstico preciso e uma tentativa de eximir-se à responsabilidade, ao minimizar a gravidade dos fatos pela imputação casual às lesões apresentadas pelas crianças.

Essa dificuldade de aceitação familiar do diagnóstico é vista por um ginecologista infanto-puberal como sendo decorrente do sentimento de culpa acarretado, principalmente no tocante à mãe, quando exerce outras atividades que a impedem de uma dedicação exclusiva aos filhos.

A reação materna, em especial ao abuso sexual infantil, é também discutida por outro ginecologista infanto-puberal, que identifica, nos casos de abuso intrafamiliar, a opção de a mãe em ignorar os fatos por não ter estrutura interna para conseguir lidar com as conseqüências.

A tolerância dos profissionais para com as diversas reações apresentadas pela família é defendida por um participante deste estudo.

Outras atribuições do papel do ginecologista infanto-puberal que atende pacientes vítimas de situações sexuais violentas frente às famílias são lembradas: a importância de se reafirmar o prosseguimento da investigação; a garantia, por parte da equipe de saúde, de que o seu papel é o de cuidar e não o de acusar quem quer que seja; a necessidade de ressaltar o papel do responsável nos cuidados daquela criança; e a repercussão positiva dessa atitude de cuidar, caso fique comprovada uma situação de abuso e seja feita uma notificação.

7.3. Fatores que facilitam o atendimento

A incorporação do atendimento às vítimas de violência pelos profissionais de saúde constitui, ainda, um evento recente em nosso meio. Apesar da existência de algumas diretrizes oficiais no tocante a essa assistência, a sistematização de tal prática ainda não está universalizada. O exercício diário das profissionais na assistência às vítimas de violência sexual infanto-juvenil permite identificar alguns fatores que contribuem de forma significativa na implementação dessa rotina.

Equipe Multidisciplinar

A presença e o apoio de uma equipe multidisciplinar foram mencionados pelas entrevistadas como questões fundamentais ao bom desempenho. Essa composição da equipe de atendimento à violência sexual é vista como ideal pela *Norma Técnica do Ministério da Saúde*, sendo desejável a presença de profissionais da Psicologia, do Serviço Social, da Enfermagem, além de profissionais da Medicina, considerados essenciais à constituição dessa equipe de trabalho.

Em relação à assistência às pacientes, tem-se que as situações abusivas, abarcando crianças e adolescentes, geralmente envolvem um pacto de silêncio entre vítima e agressor: a verbalização das queixas, muitas vezes, é dificultada e nem sempre é possível o registro de marcas e sinais que comprovem o abuso. Assim, a concorrência de diversos saberes e olhares compondo um atendimento integral faz-se importante para tentar identificar outros dados que possam corroborar esse diagnóstico.

Dentre os ginecologistas infanto-puberais que participaram da pesquisa, 64,9% daqueles que **suspeitaram do abuso sexual infantil** referiram sempre solicitar a avaliação de outro profissional, enquanto uma percentagem de 52,6% dos que suspeitaram de uma agressão sexual contra **adolescentes** tiveram igual conduta.

Quando o **diagnóstico de abuso sexual contra crianças** foi constituído como uma certeza, a grande maioria dos ginecologistas infanto-puberais (78,8%) relata solicitar os préstimos de outro profissional. Em uma proporção menor, 64,5%, dos ginecologistas infanto-puberais que fizeram o **diagnóstico na população juvenil**, tiveram uma conduta semelhante.

A avaliação pelos profissionais da saúde mental e do serviço social foi definida como primordial, fornecendo subsídios que são próprios dessas áreas e escapam ao

conhecimento médico. Segundo as entrevistadas, esses apoios especializados foram fundamentais para dirimir dúvidas:

Essas pacientes, inclusive, quando há a suspeita não constatada, a gente encaminha a família e a criança, às vezes, para o serviço de saúde mental. Elas acompanham algumas crianças, coisa e tal. Tem desenhos acoplados ao prontuário, então, muito com relação ao âmbito familiar, às vezes a mãe junto e o pai lá longe, coisas assim, que para os psicólogos sugerem alguma coisa. Muitas vezes as psicólogas até que me trazem determinados aspectos do que conseguiram tirar da criança, que de repente a criança não contou na emergência e que de repente, também, não contou no ambulatório. Às vezes, quando ela é atendida sozinha com o psicólogo, de repente, ela começa a abrir determinadas coisas. (E6)

Além do caráter diagnóstico, a necessidade de um acompanhamento psicoterápico pelas repercussões emocionais que o abuso sexual pode acarretar e a avaliação do entorno familiar tornam esses profissionais também essenciais no acompanhamento das pacientes e suas famílias.

Algumas vezes foi expresso pelos ginecologistas infanto-puberais a necessidade de ter tal profissional formação específica no atendimento à violência. A falta desse apoio multidisciplinar comprometendo o atendimento fica clara na fala de duas entrevistadas, que julgam o atendimento como um todo deficitário, embora prestem assistência médica.

De fato, observamos, nos diversos depoimentos, a carência da equipe multidisciplinar, baseada não somente na ausência destes profissionais dentro dos serviços, mas também na falta de entrosamento no atendimento. Ou seja, não há integração dos diversos profissionais ou nem sempre estão disponíveis quando são requisitados pelas entrevistadas, por acumularem outras atividades.

Outra dificuldade apontada para se constituir uma equipe nesses serviços é a baixa frequência de alguns profissionais ao trabalho, acarretando sobrecarga para os demais, que, ao mesmo tempo, tentam desempenhar vários papéis:

E as pessoas [profissionais], acho que vêm pouco ao hospital, sabe, então fica nas costas de poucos... Se tivesse isso [uma equipe entrosada e funcionando] certamente eu me enquadraria nessa equipe.... Talvez por isso eu fico vinculada nisso [a parte psicológica], porque eu fico no bloco do eu sozinha. Eu quero resolver a maior parte das coisas comigo porque eu não sei se posso contar com os outros. (E5)

Conforme as entrevistadas, o exercício profissional em vários serviços ao mesmo tempo, representou uma justificativa para a pouca disponibilidade e dedicação de alguns profissionais. Um segundo aspecto a ser notado é o de a existência de uma equipe multidisciplinar representar um ganho para os serviços não só pela assistência prestada diretamente aos usuários, mas por significar um canal de apoio mútuo aos próprios profissionais, que podem, assim, dividir suas dúvidas e angústias.

Essas dúvidas e dificuldades podem estar relacionadas a aspectos relativos com outras profissões, como a Psicologia e o Serviço Social, mas, também, a outros domínios dentro da Medicina. Assim, foram lembrados como possíveis integrantes dessa equipe, na dependência da especificidade de cada caso, das lesões encontradas e da idade da vítima em questão: pediatra, clínico geral, médico legista, cirurgião pediátrico, urologista e proctologista. Essa maior pluralidade de especialidades médicas está prevista na *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005), naqueles serviços de saúde de referência que atendam casos de maior complexidade. A colaboração de um outro ginecologista foi citada e explicitado seu valor, principalmente em casos de emergência ou quando o colega tivesse uma maior experiência no trato de situações de violência sexual.

A possibilidade de discussão dos casos, que, em alguns serviços, ocorre de forma sistemática em reuniões integrantes do cronograma, reflete a maior organização e relevância que é dada ao tema:

Então você pode discutir. E você sozinho não tem com quem dividir isso tudo, até onde você está se envolvendo, você está colocando sua opinião nas coisas. Numa equipe todo mundo discute. (E3)

Antigamente quando a gente não tinha constituído esse grupo... Agora eu me sinto muito mais segura pra lidar com a situação... (E8)

A discussão dos casos por diversos especialistas permite que outros ângulos da história sejam percebidos e facilita a adoção de uma uniformidade de conduta. A evocação de outro profissional de saúde como testemunha do atendimento prestado foi uma argumentação apresentada. A pertinência dessa presença está além do projeto de reforço da equipe de saúde no atendimento propriamente dito, mas serve para assegurar maior tranquilidade ao profissional que presta o atendimento ao desempenhar suas funções, principalmente se for do sexo masculino (segundo a opinião de algumas ginecologistas), tendo em vista a vulnerabilidade da situação.

A Secretaria Municipal de Saúde do RJ, procurando fortalecer tal visão multidisciplinar, destina seus treinamentos a profissionais de diversas categorias e que tenham participação na assistência, estimulando a formação de equipes.

Organização do serviço

A elevada prevalência da violência sexual contra mulheres em todas as faixas etárias, as repercussões destes eventos na saúde feminina e o direito à assistência integral à saúde dessa população levaram o Ministério da Saúde a lançar diretrizes sobre esse tipo de atendimento por meio da *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (2005).

Por esse documento, é preconizado o acesso de todas as mulheres em situação de violência sexual aos serviços de saúde, contemplando desde o atendimento emergencial, o

acompanhamento das condições físicas e mentais das vítimas até o processo de reabilitação, sempre que necessário. A norma ministerial entende que, para isso, não é preciso organizar um serviço específico no atendimento à violência e que todas as unidades de saúde com um serviço de Ginecologia e Obstetrícia estão aptas a desenvolver esse trabalho de assistência a mulheres sexualmente abusadas.

Na prática, verificamos que a maneira como se dão esses atendimentos, diluídos em meio a outros (fazendo parte de uma assistência geral) ou em ambulatório específico para atendimento às vítimas de violência (espaço e tempo próprios) indica o grau de investimento da instituição na assistência às vítimas de violência. A falta de individualização desses atendimentos, seja em um posto de saúde, seja dentro de um hospital geral, é apontada como uma dificuldade para essas profissionais.

A *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (2005) determina, ainda, que a abrangência dos atendimentos dentro de uma instituição seja dada pela sua disponibilidade de recursos e que mecanismos de referência e contra-referência sejam utilizados para suprir eventuais necessidades, o que não está contemplado no cotidiano de algumas dessas profissionais. Mesmo a oferta de maiores recursos técnicos e humanos, como acontece em uma estrutura de maior complexidade como as unidades hospitalares, não consegue dar uma agilidade e uniformidade a tais atendimentos, quando não existe a integração de recursos.

Um outro fator é a necessidade de cumprir uma agenda cujo número elevado de pacientes impede uma maior dedicação a cada caso, aumentando o risco de não se conseguir ter uma visão crítica de determinada situação pela pouca disponibilidade de tempo para fazê-lo:

...Quantos eles querem que a gente atenda? Trinta! Isso é humanamente impossível. Então, vai da boa vontade. Trinta por turno... Você tem que ter tempo. Correria, faz você passar por cima de muita coisa... (E9)

Essa falta de estrutura é observada, também, por algumas entrevistadas, pela falta de insumos necessários ao atendimento. Não se conta, por exemplo, com um laboratório disponível para exames básicos, como as sorologias para investigação de doenças sexualmente transmissíveis. O nível de integração (de referência e contra-referência) entre os diversos serviços que poderiam contribuir é outro fator que deixa a desejar:

Você não tem acesso a nada... Nem um simples corrimento no posto de saúde. Você vai ter que tratar o que você vê. Você tem sniff teste? Não. Candidíase? Você bateu o olho, você viu, examinou e tal, é aquilo. A gente não tem acesso a nada disso. Nem VDRL... Você sabe que tem um setor de DST lá. Tem um setor de DST no PAM XXX. Tem. Encaminha... Voltam todas, entendeu...voltam todas... (E9)

Abdalla-Filho (2004) analisa que, às vezes, o próprio médico torna-se refém de situações violentas no seu exercício profissional, contrapondo-se a uma visão reducionista, pois, a seu ver, é sempre visto como detentor de poder no contexto relacional da saúde. Os discursos anteriormente transcritos caracterizam o que o autor pontua como violência institucional. A exigência de estatística pela instituição limitaria a disponibilidade ao atendimento, não só do ponto de vista prático pela falta de tempo necessário a cada paciente, mas também pela imposição ao médico de uma saturação emocional, impedindo-o de estar psicologicamente disponível para dedicar-se aos pacientes. A falta de insumos e a organização deficitária dos serviços são outros fatores que contribuem para a sensação experimentada de insatisfação profissional.

Abdalla-Filho (2004) refere, também, que o Código de Ética Médica garante o direito do médico exercer sua atividade profissional com dignidade. Ressalta, porém, que a efetivação na prática desse direito nem sempre é uma matéria fácil e que, muitas vezes, o

médico submete-se a trabalhos em condições desfavoráveis até mesmo pela necessidade de sobrevivência.

A implantação e funcionamento de serviços específicos para atendimento ao abuso sexual é exaltada como um dos fatores que facilita a atuação pelas profissionais que atuam nesses serviços especializados. Existe uma infra-estrutura física propícia para receber aquela criança ou adolescente em ambulatório ou em enfermaria (quando necessária a internação) com profissionais com diferentes tipos de formação técnica envolvidos no atendimento. Desde a recepção, todos estão aptos para o acolhimento, o que vai refletir-se na condução de uma consulta com mais tranquilidade.

A importância da criação de um serviço específico no atendimento à violência sexual foi significativa para uma entrevistada, que percebeu um aumento da demanda por essa assistência quando comparada àquela realizada no bojo de um atendimento geral. Tal aumento da demanda ocorreu não só por uma procura espontânea, mas também pelos encaminhamentos da Justiça, dos Conselhos Tutelares e de outras unidades de saúde vizinhas.

A autonomia das profissionais que trabalham em serviços especializados para atendimento às vítimas de abuso sexual em relação à sua agenda (número de pacientes ou prioridade da marcação das consultas) facilita o acompanhamento, porque não há uma sobrecarga de pacientes atendidas por dia, facultando um maior tempo para cada uma. Além disso, as pacientes novas que chegam ao serviço são logo atendidas, não precisando aguardar uma vaga disponível. O seguimento também não fica comprometido pela escassez de horários. O apoio técnico representado por serviços complementares eficazes, como o laboratório de análises clínicas, realizando a grande maioria dos exames necessários, e o

fácil acesso a outros membros da equipe também contribuem para o bom andamento do serviço.

Uma entrevistada relata atuar em uma instituição que abriga o atendimento à violência em dois momentos: inicialmente, todas as pacientes são vistas na emergência pelos profissionais _ obstetras e pediatras em regime de plantão _ que prestam o primeiro atendimento com reconhecimento e tratamento das lesões agudas, com a instituição de medidas profiláticas, além de orientações legais; num segundo momento, as pacientes são encaminhadas para o seu ambulatório de atendimento à violência, onde é realizado o seguimento desta clientela. A queixa principal da profissional é quanto a não uniformidade dos atendimentos iniciais. Seu descontentamento com o atendimento inicial está relacionado ao fato de que as pacientes são encaminhadas para o acompanhamento fora da época adequada e a instituição das medidas profiláticas nem sempre está de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Na instituição em que trabalha, houve um treinamento de todas as equipes quando da implantação sistemática desse tipo de atendimento. A falha de entrosamento entre o primeiro atendimento e o seguimento proposto, atualmente observada, é creditada a uma maior mobilidade dos plantonistas, com a entrada de novos profissionais que não estão afeitos a essa rotina e à necessidade de um novo treinamento.

A Secretaria Municipal de Saúde do RJ organizou o primeiro atendimento em violência nas grandes emergências e nas maternidades, mas reconhece encontrar-se a melhor estrutura do atendimento nas maternidades, onde existem *kits* já preparados com toda medicação profilática necessária para as doenças sexualmente transmissíveis e para contracepção. Acredita, também, ser possível uma organização própria em cada local, adaptando suas condições físicas e de pessoal para prestar assistência para as vítimas de abuso sexual. Uma entrevistada exemplifica o que aconteceu em uma maternidade onde foi

criada uma sigla, VVS (vítima de violência sexual), para distinguir esse tipo de atendimento prevalente aos demais. A paciente que recebe esta sigla em seu prontuário é alocada em uma sala própria e o profissional destinado ao atendimento fica dedicado a ela, não sendo solicitado para outras atividades:

...porque até a codificação pra atendimento foi criado, entendeu? Aquela coisa VVS, muito longe de rotular a cliente, isso foi criado para proteger pra e uma vez falado VVS a gente sabia que essa cliente, ela era....passava na frente, que arrumava uma saleta para atendê-la e que o próprio profissional para atendê-la, ele não teria que ser solicitado, ele se dedicaria aquele atendimento...(E7)

Privacidade

A organização dos serviços e a sua infra-estrutura interferem de maneira acentuada na privacidade oferecida às pacientes com história de abuso sexual. Esse aspecto é de fundamental importância, ao lidarmos com questões de foro íntimo, tão difíceis de serem trazidas à tona.

A *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005) que trata dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, discute as duas vertentes da questão. Estimula a definição de um local específico para tal atendimento a fim de propiciar privacidade e acolhimento à paciente. Por outro lado, aconselha “*que deve-se evitar a criação de situações que favoreçam o constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro*” (Brasil, 2005).

Essa preocupação, em um serviço de referência abordado por uma entrevistada, mantém o ambulatório de atendimento ginecológico às vítimas de violência em uma ala separada das demais especialidades pediátricas, porque a separação dos consultórios é feita por divisórias que não garantem a privacidade desejada e necessária. Ao contrário, esse

espaço ocupado pela ginecologista é uma sala que não permite o vazamento do que é dito em seu interior e, como preconizado pela *Norma Técnica do Ministério da Saúde*, não possui identificação nominal.

Durante a realização das entrevistas, observamos, em dois serviços em que esse atendimento ginecológico é feito dentro do ambulatório de Ginecologia Geral, a falta de privacidade enquanto a profissional expressava verbalmente sua importância para o seu trabalho. Em um deles, embora haja um grupo de pessoas envolvido com essa temática, não existe um local específico e o atendimento é feito diluído em diversas áreas do hospital, de acordo com a disponibilidade, com o tipo de consulta e o profissional envolvido. Quando se procede ao atendimento ginecológico, esse acontece no espaço físico da Ginecologia, em uma das salas do ambulatório. Apesar desse tipo de assistência não ser gerenciado pelo serviço de Ginecologia, a profissional e o espaço físico utilizado o são e isso causa um atrito de visão e de interesses. Enquanto procedíamos à entrevista com uma ginecologista, em sala com porta fechada à chave (e depois de ter sido informado à enfermagem do setor do que se tratava de uma entrevista e que não deveríamos ser interrompidas), aconteceram interrupções seguidas e repetidas: a chefia do serviço de Ginecologia para tratar de assuntos de rotina, uma residente e uma auxiliar de enfermagem em busca de material. Essas interrupções, provavelmente, sejam a representação do que ocorre durante as consultas e que foi expressa pela entrevistada como uma dificuldade em sua atuação em nível ambulatorial. Essa mesma dificuldade não é vivenciada quando da internação dessas crianças que, com o auxílio da enfermagem, conseguiriam ter preservada sua intimidade:

E nisso a gente tem pouca privacidade. Primeiro para esses atendimentos. Agora, a privacidade, eu digo mais assim, no atendimento mesmo, porque as crianças às vezes estão sendo examinadas e aí... acontecem interrupções na porta. Isso no ambulatório, não tanto na enfermaria. (E2)

Em outro hospital, o ambulatório de Ginecologia é organizado com uma área comum, com mesas e cadeiras onde é feita a anamnese e em boxes divididos por divisórias nos quais é realizado o exame ginecológico. Existe uma sala pequena dentro desse espaço onde é possível a efetuação de todas as etapas da consulta em um mesmo ambiente. Apesar da sala ser dividida por paredes, essas não vão até o teto, permitindo o extravasamento do que ali é conversado, mas é o máximo que se consegue em termos de isolamento. Os atendimentos da Ginecologia Infanto-Puberal são realizados ali e a médica entrevistada atende aos casos de violência em um sistema de pareceres. Realizamos a entrevista nesse local, fora do horário habitual do funcionamento do ambulatório e, apesar da informação, de estarmos realizando uma entrevista, fomos interrompidas pela atendente para tratar de assuntos não significativos:

Aqui no hospital, como eu não tenho privacidade, um fator é a privacidade. Então, por isso, que eu atendo nesta sala aqui... A privacidade é fundamental. (E5)

Um outro aspecto apontado é a privacidade da consulta em relação à família _ mais fácil ser garantido à adolescente do que à criança _ o que permitiria, sem a pressão dos acompanhantes, a possibilidade de ela expressar a realidade da situação:

Às vezes a presença do familiar, da mãe, alguma coisa, às vezes inibe determinadas meninas. (E6)

Visibilidade

A maior visibilidade da violência nos dias atuais, com a intensa divulgação de diversos casos pela mídia, cada qual com a sua particularidade e peculiaridade, traz a convivência com o tema do abuso sexual mais próxima ao cidadão comum. Assim, cada

pessoa pode encontrar pontos em comum de sua vida com a dos agressores ou vítimas, tirando a violência das situações inimagináveis e tornando-a mais comum. Esse conhecimento ajudaria a identificar uma violência próxima e diminuiria o seu velameo segundo a visão de uma das entrevistadas.

Para outra profissional, esse redimensionamento da violência pelos meios de comunicação interfere na dinâmica das instituições públicas, exigindo que estejam mais atentas e aptas a discutirem e a atuarem na resolução dos agravos à saúde resultantes da violência. Com isso, o enfrentamento do abuso sexual passou a ser um tema tanto na área da assistência quanto na da formação profissional.

Apoio de outros profissionais ou de outra instituição ao atendimento

Na opinião das entrevistadas, às vezes, é necessário um apoio interinstitucional ao trabalho desenvolvido no atendimento às vítimas de abuso sexual, para que se consiga obter resultados melhores. Assim, são reportados o recebimento pelos serviços de referência de pacientes vindas de unidades básicas e que não dispõem de pessoal qualificado ou estrutura organizacional para esse tipo de assistência. Em outro momento, as próprias unidades de referência não têm todo arsenal terapêutico desejável em determinada situação e precisam referenciar suas pacientes para um acompanhamento específico, sendo o exemplo citado nesse caso a psicoterapia individual, já que a instituição em questão só dispunha do trabalho psicoterapêutico em grupo.

Chama atenção a necessidade de integração entre as diversas esferas ligadas à questão da violência, destacando-se: o Ministério da Saúde, a Segurança Pública, o Ministério da Justiça, as escolas e a sociedade civil, levando a um processo de reflexão e construção coletiva em prol da melhoria da assistência às vítimas da violência. Essa

integração facilitaria o encaminhamento das vítimas, por meio da sensibilização dos profissionais atuantes em escolas, conselhos e delegacias e diminuindo, assim, o estigma apresentado pela violência.

7.4. Fatores que dificultam o atendimento

A realidade da assistência à saúde em nosso meio, principalmente no âmbito público, traz embutida uma série de dificuldades estruturais que se mostram difíceis de serem sanadas. No atendimento às vítimas de violência sexual, observamos, além dos dificuldades do modelo assistencial, algumas que são intrínsecas ao objeto em questão e que podem permear atitudes do profissional e da clientela.

Verbalização

O treinamento médico na elaboração de um diagnóstico baseia-se em um processo constituído de várias etapas, que, depois integradas, vão constituir uma hipótese diagnóstica. A queixa trazida pelo paciente ou, na sua impossibilidade, relatada por um acompanhante, é o passo inicial de aproximação do médico e orienta a busca pelos sinais no exame físico.

Constitui dificuldade para o atendimento lidar com uma clientela cuja queixa da violência sexual não pode ser expressa verbalmente por não haver, ainda, o desenvolvimento necessário para executar tal função, ou pela pressão de fatores externos, que impedem a paciente de falar sobre seus sintomas e sua história.

Freqüentemente no atendimento de rotina à criança e adolescentes, elas transferem ao adulto que as acompanha a tarefa de expor os seus motivos, alegando até que não sabem

por que foram levadas para aquele local. Às vezes, os próprios adultos tomam para si tal incumbência, não dando vez aos verdadeiros pacientes de se comunicarem.

Na visão de algumas profissionais, essa comunicação com a clientela infantil pode constituir-se em um paradoxo, sendo, às vezes, mais fácil chegar ao diagnóstico pela veracidade dos fatos contida em suas afirmações; outras vezes fica mais difícil exatamente por não haver o domínio da fala em função da idade.

Outra contradição na avaliação dos fatores interferentes no depoimento das crianças é encontrada em alguns trabalhos: Goldman e Goldman (*apud* Goldman-Brown et al., 2003) citam que, em virtude de as crianças mais novas não terem noção do tabu social que envolve o abuso sexual infantil, não estranhariam essa prática e estariam menos predispostas a denunciá-lo. Por outro lado, Saywitz et al. (*apud* Goldman-Brown et al., 2003) avaliam que, em virtude das crianças mais jovens não terem, ainda, incorporado valores sociais como o tabu da agressão sexual contra crianças e as repercussões negativas daí advindas para eles próprios e para os outros, teriam mais facilidade em expor a circunstância.

Para outra profissional, além da escuta, a sensibilidade ao perceber a intenção na fala da criança é uma grande aliada e um grande indicador entre o que é possível de ser verbalizado e o que realmente acontece:

Mas você sente a defesa da criança, você sente a revolta da criança no falar, entendeu, ...a negação, principalmente pelo pai que foi mais freqüente, pai, padrasto, você sente a negação, o medo da mãe não acreditar, entendeu? Ela explicita muito bem isso. (E4)

Para as adolescentes seria mais fácil a comunicação verbal, mas, nem sempre isso é possível, porque, assim como as crianças, podem estar cerceadas pelo círculo de ameaças físicas e de cunho emocional, tendentes a limitar sua expressão:

Então o adolescente já pode se expressar mais, mas às vezes o adolescente vem com muito medo, aí também não fala. (E3)

A criança tem dificuldade de verbalizar pelo medo e, ainda, tem dificuldades por serem pessoas do convívio dela. Intra-familiar que eu digo não é só parentes, mas um vizinho do lado, além de outros familiares. E o adolescente ele geralmente verbaliza mais o que aconteceu... (E1)

Goodman-Brown et al. (2003), ao avaliar 218 crianças quanto ao tempo decorrido até o relato do abuso sexual (idades variando entre 2 e 16 anos no início do quadro de abuso sexual), concluiu que crianças mais velhas demoraram mais tempo para denunciar o abuso, e a idade mostrou uma correlação significativa com o fato de elas serem mais temerosas das conseqüências da revelação para terceiros (por exemplo: outros membros da família que não o agressor); a idade apresentou, também, correlação com o fato dessas crianças se sentirem mais culpadas pela situação abusiva. O tipo de abuso sexual ocorrido também influenciou o lapso de tempo necessário para a revelação. Assim, crianças expostas a uma situação abusiva intrafamiliar demoraram mais tempo para relatar a agressão sofrida, estando de acordo com a experiência relatada pela entrevistada em questão.

O problema da confiabilidade dos depoimentos é citada por algumas profissionais quando eles partem de acompanhantes e de crianças e está fundamentada em razões diversas. Às vezes, essa falta de confiabilidade é um fator limitante da prática e gerador de angústia:

Existem casos que estão muito estampados que não são casos de abuso e que o acompanhante pretende que seja. Eu já tive aqui caso de mãe querendo ver se processava a escola para ver se tirava dinheiro, já tive casos de mães que estavam se separando dos maridos e que queriam prejudicá-los e começavam a acusar...(E4)

...ou a mãe que quer se ver livre do companheiro e fala que ele abusou da filha...(E5)

Pra mim é muito difícil fechar um diagnóstico de violência sexual porque eu esbarro muito na imaginação da criança, eu não sei diferenciar com 29 anos de

formada, o que é imaginação, o que é realidade, o que é... porque eu já vi muitos falsos testemunhos nesta questão. (E5)

Tal dificuldade apontada pelas profissionais da acusação de abuso sexual envolvendo pais em processos de separação ou divórcio encontra ressonância na literatura internacional e mostra não estar restrita à nossa realidade. Kellog et al. (2005) discorrem sobre o desgaste provocado no profissional por essa situação, mas recomendam que haja empenho no sentido de se esclarecer a verdadeira condição da criança, possibilitando que medidas concretas sejam tomadas, havendo notificação (se comprovado o abuso) ou encaminhando a família para um acompanhamento psicoterápico.

Em relação à credibilidade dos depoimentos infantis, Ghetti et al. (2002), avaliando a acurácia e consistência desses depoimentos, informam que crianças pré-escolares, quando submetidas a entrevistas em tempos diferentes, por meio de perguntas abertas, tendem a demonstrar exatidão em seu relato, embora, nem sempre, exibam consistência. Isso significa que, em uma segunda oportunidade, a criança pode revelar novos aspectos relativos àquela questão, que não foram contemplados, mas que são fidedignos com a realidade. Fivush et al. (*apud* Ghetti, 2002) explicam que crianças mais jovens, normalmente, estruturam seus relatos a partir de sugestões fornecidas pelos adultos. Assim, se a mesma questão for colocada de maneiras diferentes, obter-se-ão respostas diferentes. Ainda, segundo Fivush et al. (*apud* Ghetti, 2002), se questões específicas, não-indutoras, são formuladas, tanto a acurácia quanto a consistência das respostas serão altas. Observa-se, então, que a avaliação dos depoimentos das crianças deve considerar, também, a maneira como estes são tomados e como influenciam nos resultados obtidos.

Notificação

A formação médica condiciona o profissional a lidar com situações de doença. Seu conhecimento pode indicar um tratamento e avaliar as possibilidades de cura ou das melhorias das condições de saúde. Alcançar o bem-estar do paciente ou minimizar seu sofrimento está ligado à satisfação profissional. Às vezes, é preciso que, para isso acontecer, haja uma intervenção também no meio ambiente, nas condições e hábitos de vida.

O médico ao se inserir em uma equipe que lida com a questão da violência com uma visão mais abrangente há que experimentar uma mudança de paradigma, na qual sua ação não se restrinja ao tratamento dos agravos condicionados pela violência. Contudo esse resultado só é possível quando há, também, uma ação eficaz dos órgãos competentes em relação à proteção à criança e adolescente.

O que se observou nos vários depoimentos foi um sentimento de frustração e impotência em relação à efetividade das medidas legais de proteção cabíveis, que seria o passo seguinte para tirar a criança e adolescente daquele círculo de agressão, e que, em algumas situações, pode invalidar todo esforço até então empregado:

Eu acho que o final da linha é que está muito problemático ainda porque não adianta a gente fazer diagnóstico, se esforçar se depois as famílias voltam para mesma... as crianças voltam para os mesmos agressores anteriores. E aí dá uma sensação de impotência muito grande e um desânimo no grupo. (E2)

[...]então a frustração...você vê que não acontece nada com aquele abusador. Então a gente não consegue parar o abusador: nem parar prendendo, nem parar obrigando o abusador a fazer um tratamento. (E3)

A dificuldade em lidar com tal situação de impotência e frustração ficou evidente não só na fala de uma profissional, como também na sua atitude de socar repetidamente a mesa enquanto falava do abusador e da impossibilidade de freá-lo.

Silva e Teixeira (2002) defendem que a própria formação médica contribui para esse sentimento de angústia em não poder solucionar todos os problemas. Para esses autores, o exercício da Medicina é cercado por uma aura de onipotência, que é introjetada durante todo o seu período de formação acadêmica e confere ao futuro profissional o sentimento e o treinamento técnico para resolver todos os problemas dos pacientes sob os seus cuidados. Com uma educação baseada, principalmente, numa visão organicista, o médico encontra-se despreparado para enfrentar *toda gama de patologias que o homem engenhosamente desenvolve* e, onde estão inseridos fatores sociais e emocionais. O enfrentamento no cotidiano de problemas que extrapolam seu poder de resolução leva estes profissionais a desenvolverem um sentimento de angústia decorrente desta frustração, que nem sempre é externado, *transformando-o em um ser que sofre sem mostrar que sofre*. (Silva & Teixeira, 2002).

A falta de interação com os Conselhos Tutelares é relativizada por uma profissional com base tanto nas condições estruturais dessas instituições de falta de dinheiro e de equipamentos para fazer frente às suas necessidades e obrigações, quanto pela dependência do maior empenho das pessoas que ali atuam, o que permitiria um contato maior e o retorno da evolução de algumas notificações efetuadas.

Apesar desse descrédito em relação aos órgãos de proteção, não notamos na fala das entrevistadas qualquer resistência a efetuar as notificações. Contudo a noção de que, para existir a notificação, é preciso certeza diagnóstica ainda é um fator de inibição observado na fala das entrevistadas:

Tem uma questão de você se expor muito, de denunciar uma pessoa que você não conhece, que conheceu naquele momento e que de uma forma ou de outra é uma percepção sua. A não ser que seja um quadro declarado, vai ter que ser uma desconfiança, uma percepção sua. Então você... eu me sinto insegura de entrar em um terreno tão difícil. E colocar “olha vou chamar o Conselho, vou

fazer... A gente também pode se expor a um processo judicial de danos morais.(E8)

Na visão do nível central da Secretaria Municipal de Saúde do RJ, a notificação compulsória não constitui um problema, estando cristalizada entre os profissionais do município a sua obrigatoriedade. Para o ginecologista-gestor municipal, existe uma preocupação maior naqueles casos em que há solicitação de abortamento decorrente de estupro, apesar de todo arcabouço jurídico que dá proteção ao profissional e implica a paciente com as informações prestadas.

A existência de uma lei municipal obrigando a existência do boletim de ocorrência nas situações de aborto legal contrapõe-se ao que é preconizado pela *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005).

Estigma da violência

No discurso das entrevistadas, a associação da violência com o estigma dá-se por dupla via: os aspectos legais que estão implícitos e podem gerar desdobramentos com o envolvimento do profissional que prestou assistência; o medo de se envolver com a família e a comunidade na qual a vítima está inserida, tornando-se também alvo de represálias. Ambas razões são motivos para evitar o atendimento às vítimas de abuso sexual:

A gente não sabe quem são esses familiares, eles vivem em comunidades de risco. Quem são eles, se eles são envolvidos também com esse grupo. Então os colegas têm muito medo. E normalmente não querem atender. (E2)

O medo relatado pelos profissionais, algumas vezes, suplantou a indicação da assistência, priorizando o registro policial antes de se proceder aos cuidados cabíveis, gerando indignação naqueles que estão acostumados com esses trâmites:

Você vai mandar uma menina sangrando na delegacia, primeiro na delegacia pra depois você atender? Espera aí. E muitos pensam isso, muitos... (E6)

Ao abordar as questões éticas e legais que norteiam o atendimento às vítimas de violência sexual, a *Norma Técnica do Ministério da Saúde* adverte que:

A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Nesse caso, segundo o artigo 13, § 2º do Código Penal, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer. No atendimento imediato após violência sexual, também não cabe alegação do(a) profissional de saúde de objeção de consciência, na medida em que a mulher pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional” (Brasil, 2005: 15) .

O atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência obedece esses mesmos preceitos éticos e legais.

Entrevistas ressaltam a importância dos registros das lesões encontradas, os procedimentos efetuados, a elaboração de um prontuário médico adequado que responda aos possíveis questionamentos legais e dê segurança ao profissional que realiza as ações de saúde:

Cara, você é médico, você vai fazer o atendimento que você tem que fazer e você vai relatar... sei que médico não gosta de escrever, mas você vai relatar... já que está com medo da polícia, vai relatar que encontrou a lesão tal, que você suturou a lesão tal, se tinha sinal de esperma, você vai dizer que visualizou esperma, isso que você vai colocar, qual é o problema? (E6)

Esse prontuário médico, segundo a *Norma Técnica do Ministério da Saúde* (Brasil, 2005), deve compreender o registro de todas as etapas do atendimento: anamnese, exame físico, exames complementares e relatórios de procedimentos. A acurácia desses prontuários contribui não só para a qualidade do atendimento em saúde, mas também confere ao profissional a segurança necessária para testemunhar em juízo, caso seja solicitado (Kellogg et al., 2005).

Esse medo do profissional em se envolver nessas questões ainda embasa o procedimento comumente relatado pelas entrevistadas de encaminharem pacientes obrigatoriamente para o Instituto Médico-Legal para proceder a exame pericial. A maneira como as pacientes são tratadas junto às esferas legais caracterizam uma segunda violência, agora institucional, também constituindo preocupação para a Secretaria Municipal de Saúde que, em seus treinamentos, envolveu agentes da área de Segurança Pública para tentar minimizar tal agravo.

7.5. Sugestões para melhorar o atendimento

As sugestões das entrevistadas para melhorar o atendimento começam com a proposição de uma mudança na formação médica desde a graduação, para que qualquer especialista esteja preparado para investigar e detectar sinais sugestivos de violência sexual, já que qualquer médico pode estar susceptível de se deparar com tais casos. Há uma sugestão dessa preparação ser intensificada na residência médica, especialmente em Ginecologia e que ocorra uma sensibilização de todos os médicos, face ao despreparo geral para lidar com essa hipótese diagnóstica.

Em vista do atendimento, foi sugerido que existisse uma maior participação dos postos de saúde que, pela sua maior proximidade com as comunidades, poderiam ter uma condição maior de detecção de casos, se os seus profissionais estivessem capacitados para atender a essa demanda. Foi também recomendado que a Secretaria Municipal de Saúde tenha uma sistematização maior desse tipo de atendimento, capacitando pessoas que estejam envolvidas e interessadas em desenvolver tal atividade.

Foi proposto, ainda, um maior intercâmbio entre os profissionais já atuantes na área visando a desenvolver atividades conjuntas que priorizem a assistência e a trocar informações e experiências passíveis de minimizar as dificuldades.

CAPÍTULO 8

Considerações finais

Buscamos nesta pesquisa aferir a atuação do ginecologista infanto-puberal no lidar com o abuso sexual na infância e na adolescência. Procuramos alargar essa compreensão além do prisma biomédico de diagnosticar e tratar, englobando uma visão ampliada das condutas desse profissional em outras situações intrínsecas a tal questão, dentre as quais citamos, como exemplos, a notificação compulsória, a inserção em uma equipe multidisciplinar e a relação com a família.

Obtivemos resposta de 48,7% dos sócios da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA) no Estado do Rio de Janeiro, apesar de todas as facilidades oferecidas para garantir o retorno dos questionários. Acreditamos que esse índice seja significativo da baixa adesão desses ginecologistas no lidar com o abuso sexual infanto-juvenil, afirmativa justificada em várias falas dos profissionais nos contatos por nós realizados para a execução do trabalho de campo.

Dentre aqueles que participaram da pesquisa, observamos que o contato primário dos profissionais com essa temática, na grande maioria das vezes, aconteceu a partir da prática. Isso reflete uma falta de conhecimento e treinamento durante a educação formal, seja durante a graduação e, algumas vezes, mesmo durante a especialização. Tais dados estão de acordo com a literatura que versa ser o preparo técnico deficiente uma das principais causas das dificuldades diagnósticas e da atuação profissional.

Contudo observamos, também, que os projetos de capacitação surtiram efeitos diversos em vários profissionais. Alguns aderiram, imediatamente, a esse tipo de

assistência, procurando aprofundar seus conhecimentos e vencer os obstáculos apresentados à sua atuação; outros apresentaram uma resistência e rejeição ao de atendimento, baseados em argumentos diversos, variando desde problemas pessoais até questões institucionais. Lampert (2002) destaca que não há conhecimento efetivo que não seja despertado por um interesse pessoal.

A classificação da Ginecologia-Obstetrícia por Machado (1997) como uma especialidade que conjuga tanto aspectos cognitivos quanto tecnológicos nos leva a pensar que alguns profissionais tenderiam a desenvolver mais o aspecto relacional e, assim, estariam mais predispostos a atuarem em questões como o abuso sexual, enquanto, para outros, a vertente tecnológica seria prioritária. Em nossa casuística, encontramos ginecologistas que relatam o exercício da Ginecologia Infanto-Puberal como especialização, e atuam simultaneamente em áreas estritamente técnicas, como a dos diagnósticos por imagens. Isso, talvez, reforce tal dicotomia e ajude a explicar a maior ou a menor adesão à atuação frente ao abuso sexual infanto-juvenil.

Entendemos, com isso, que a escolha por exercer a Ginecologia Infanto-Puberal não traz implícita a motivação para atuar, também, frente aos agravos decorrentes da violência sexual.

Assim, encontramos uma falta de uniformidade na população estudada, no que diz respeito ao diagnóstico e estabelecimento de condutas diante do abuso sexual infanto-juvenil, sendo notada uma maior assertividade dentre aqueles que estão lidando de forma rotineira no atendimento às vítimas de violência sexual.

Observamos a descrição de situações consideradas tipicamente abusivas na literatura, mas que suscitaram dúvidas e insegurança nos profissionais em serem classificadas como abuso sexual.

A adoção de medidas terapêuticas, como a instituição da contracepção de emergência e, principalmente, da profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, nem sempre estiveram de acordo com a *Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (Brasil, 2005).

A notificação dos casos às instâncias legais, muitas vezes, está condicionada a algumas situações, tais como concordância da família e/ou da paciente, gravidade clínica, e relato da agressão. Verificamos que a notificação não está introjetada, para alguns profissionais, como compulsória em casos suspeitos e confirmados.

O que para nós fica claro é que o conhecimento específico nas questões clínicas tradicionais da ginecologia infanto-puberal não é suficiente para incorporar um atendimento específico e satisfatório às vítimas das condições sexuais abusivas.

Lembrando Campos (1997), ao delinear os espaços entre as especialidades e subespecialidades, compreendemos a Ginecologia Infanto-Puberal como um campo de competência mais geral e o atendimento às vítimas de violência dentro de um âmbito mais específico. Vale ressaltar que, na nossa população estudada, esse conhecimento específico está sendo construído de forma isolada e autodidata.

Por isso, acreditamos ser necessário um conhecimento comum sobre a violência na formação médica em geral, para permitir um rastreio efetivo de tais situações por qualquer profissional. Entendemos, porém, que capacitação em maior profundidade tem que estar aliada ao desejo pessoal de atuar nessa área, não podendo advir de uma imposição.

No caso específico da Ginecologia, julgamos procedente oferecer um treinamento durante a especialização em serviços voltados para esse atendimento.

Uma outra questão sobressalente nesse estudo e que julgamos relevante pôr em discussão é a forma como vem-se dando a transmissão do conhecimento e da experiência adquiridos no campo do abuso sexual infanto-puberal. Tivemos a oportunidade de conversar com algumas profissionais inseridas em serviços pioneiros no município do Rio de Janeiro no atendimento a aquelas vítimas e que conjugam a assistência com atividade docente na graduação e na especialização: a inserção do tema dos maus-tratos infantis, e do abuso sexual em particular, vem sendo realizada de forma gradativa nesses serviços, o que, com certeza, já constitui um avanço em relação a outras faculdades e serviços nos quais essa abordagem é ignorada. Acreditamos, contudo, ser preciso avançar mais, porquanto, na maioria das vezes, essa transmissão acadêmica vem ocorrendo de forma teórica, centrada no professor e desvinculada da experiência do atendimento. Tal metodologia contradiz o disposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, publicada no Diário Oficial de 3 de outubro de 2001, citadas anteriormente, que enfatiza a necessidade de aquisição de experiência prática no decorrer da formação.

A valorização dessas questões durante a formação profissional é importante para permitir aos graduandos e/ou especializandos a incorporação do tema dos maus-tratos, em geral, e do abuso sexual infanto-juvenil, no nosso caso particular, no âmbito da saúde.

Um outro ponto que se mostrou importante nesta avaliação foi a organização dos serviços. Embora a *Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (Brasil, 2005) preconize que o atendimento a essas vítimas possa ser realizado em qualquer serviço que disponha de atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, observamos uma realidade diferente na prática diária. Os serviços que desenvolveram uma estrutura específica para a assistência às vítimas da violência sexual apresentam um grau de resolutividade e de

satisfação das profissionais que ali atuam divergente, de forma acentuada, daquelas que fazem esse atendimento em meio a outras atividades.

Assim, a organização dos serviços foi um dos fatores que mais contribuiu para facilitar o atendimento. Por meio desta organização, foi possível facultar aos profissionais maior autonomia e dedicação aos diversos casos, dispor de mais privacidade, contar com serviços de apoio, como laboratório para exames complementares indispensáveis para um acompanhamento adequado, e permitir uma maior integração da equipe multidisciplinar.

Outra questão que se mostrou relevante foi o difícil entrosamento entre as unidades de saúde e as instâncias legais, em especial os Conselhos Tutelares, trazendo frustração e um sentimento de irrelevância em relação ao trabalho desenvolvido pelas profissionais, que não encontram respaldo e continuidade nos procedimentos legais.

O atendimento à violência esbarra em dificuldades inerentes a tal agravo _ como a dificuldade de verbalização pelos pacientes _ e que têm que ser trabalhadas individualmente. Outras dificuldades apontadas dizem respeito a questões estruturais que podem e devem ser minimizadas despontando dentre elas a organização de serviços especializados e uma melhor integração com as esferas legais.

REFERÊNCIAS

AAP (American Academy of Pediatrics). Comittee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics* 2005; 116: 1026-1035. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/4/1026> (acesso em 14/10/2006).

AAP (American Academy of Pediatrics). Comittee on Child Sexual Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children: subject review. *Pediatrics* 1999; 103(1): 186-91.

Abdalla-Filho E. Violência em saúde: quando o médico é vulnerável. *Bioética* 2004; 12(2): 121-126.

ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica). Mapa das Escolas Médicas. <http://www.abem-educmed.org.br> (acessado em 29/01/2007).

Almeida MJ. Tecnologia e Medicina: uma visão da Academia. *Bioética* 2000; 8(1): 69-77.

Alvin P. Os adolescentes vítimas de abuso sexual. In: Gabel M, organizadora. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997. p.72-81.

Amazarray MR, Koller SH. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicol Reflex Crit* 1998; 11(3): 559-578.

Amazonas MCLA. Arranjos familiares de crianças de camadas populares. *Psicol Estudo* 2003; 8: 11-20.

Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educação Médica* 2005; 19(2): 136-145.

Andalaft Neto JA, editor. Violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei: manual de orientação. São Paulo: Ponto; 2004.

Assis SG, Constantino P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.163-198.

Assis SG, Souza ER, Avanci JQ. Conseqüências a curto e longo prazos do abuso sexual de crianças e adolescentes: um estudo bibliográfico. *Pediatrica Moderna*, 2003; 39(4): 100-108.

Athayde CLA, Assis SG. Avaliação ginecológica de crianças com suspeita de abuso sexual. *Femina* 2005; 7(33): 515-522.

Azevedo MA, Guerra VNA, coordenadoras. Infância e violência doméstica. São Paulo; 2001. (Apostila do Telecurso Atendimento à Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica).

Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu; 1989.

Azevedo MA, Guerra VNA. Infância e violência doméstica: perguntelho. São Paulo: IPUSP/Laboratório de Estudos da Criança; 1994.

Babbie, E. Métodos de pesquisas de Survey. Belo Horizonte: UFMG; 1999.

Baldwin DD, Landa HM. Common problems in pediatric gynecology. Urol Clin North Am 1995; 22(1): 161-76.

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bastos AC. Ginecologia infanto-juvenil. In: Magalhães MLC, Andrade HHSM, organizadoras. Ginecologia infanto-juvenil. Rio de Janeiro: MEDSI; 1998. p.22-23.

Beltrame RL. A formação do médico: um debate à luz das diretrizes curriculares nacionais [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

Berenson A, Chacko MR, Mishaw CO, Friedrich W, Grady J. A case-control study of anatomic changes resulting for sexual abuse. Am J Obstetrics and Gynecology 2000; 182(4): 280-834.

Boarini ML. Refletindo sobre a nova e velha família. Psicol Estudo 2003; 8: 1-2.

Boos SC. Accidental hymenal injury mimicking sexual trauma. Pediatrics 1999; 103: 1287-1290.

Botash A, Galloway AE, Booth T, Ploutz-Snyder R, Hoffman-Rosenfeld J, Cahill L. Continuing medical education in child sexual abuse: cognitive gains but not expertise. Arch Pediatr Adolesc Med, 2005; 159: 561-566.

Bouhet B, Pérard D, Zorman M. Da importância dos abusos sexuais na França. In: Gabel, M, organizadora. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997. p. 29-42.

Brandt Jr EN. Curricular principles for health professions education about family violence. Acad Med, 1997; 72(1 Suppl): S51-S58.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001: Diretrizes

curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001, seção 1, p.38.

Brasil. Ministério da Educação. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977: regulamenta a Residência Médica. <http://www.portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legislacao.pdf>. (acessado em 30/11/06).

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº. 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº. 96 seção 1 E, de 18/05/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977: regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. <http://portal.mec.gov/sesu/arquivos/pdf/d80281.pdf>.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968: fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola médica, e dá outras providências.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2000; 8(1): 91-97.

Brown LR, Perlman SE, Emans SJ. Human Papillomavirus in Children and Adolescents, with Evaluation of Pap Smears in Adolescents. In: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998. p.505-530.

Bulcão LG, Sayd JD. As razões da Escola Médica - sobre professores e seus valores: os valores dos médicos e os impasses da Escola Médica. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2003;13(1): 11-38.

Bustamante V, Trad LAB. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6): 1865-1874.

Campos FE, Ferreira JR, Fuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Bras Educação Médica* 2001; 25(2): 53-59.

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 1997; 13(1): 141-144.

Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(1):187-193.

Carvalho MCB. O lugar da família na política social. In: A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p.15-22.

Cavalcanti RC. Adolescência. In: Vitiello N, Conceição ISC, Canella PR, Cavalcanti RC, organizadores. *Adolescência hoje*. São Paulo: Roca; 1988. p.5-27.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51. (No. RR-6).

Cecconello AM, De Antoni C, Koller SH. Práticas Educativas, Estilos Parentais e Abuso Físico no Contexto Familiar. *Psicologia em Estudo* 2003; 8: 45-54.

CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução nº 1772/2005: institui o Certificado de Atualização Profissional (CAP) e cria a Comissão Nacional de Acreditação. http://www.febrsgo.com.br/res_cfm_1772_2005.htm (acessado em 06/11/06).

Chenais JC. *Histoire de la violence em occident de 1800 à nos jours*. Paris: Robert Laffont; 1981.

Chile. Ministerio de Salud. Division de Salud de las Personas. Guía para la detección del maltrato y abuso sexual en niños y adolescentes en la atención de urgencia. *Pediatr Dia* 2000; 16(2 Pt II): 127-131.

Costa T, Stotz EN, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2006; 10(20): 362-80.

CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro). Parecer nº 76/99 de 29 de janeiro de 1999: dispõe sobre a conduta a ser tomada por profissional médico que toma ciência de maus-tratos praticados contra menor.

CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo). Ética em Ginecologia e Obstetrícia. (Cadernos Cremesp). http://www.cremesp.org.br/manual/etica_gineco_obst. (acessado em 25/02/2004).

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MSC, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.51-56.

Deslandes S. Prevenir a violência: um desafio para os profissionais da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES; 1994.

Deslandes SF, Assis, SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.195-223.

Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Diegoli CA, Diegoli MSC. Abuso sexual na infância e adolescência. Rev Ginecologia Obstetrícia 1996; 7(2):81-85.

Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JÁ, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. Jornal de Pediatria 2001; 77(5):413-419.

Edler F, Fonseca MRF. Tendências da educação médica nas décadas de 1950-1960. Cadernos ABEM 2006; 2: 23-24.

Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ set 2004/fev.2005; 9(16): 105-114.

Faleiros VP. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In: Leal MFP, César MA, organizadores. Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Brasília: CECRIA; 1998. p. 9-28.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). Resolução CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica) nº 16/2004 de 16 de novembro de 2004: dispõe sobre conteúdos do Programa de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia. http://www.febrasgo.org.br/files/resolu_0_16_.2004/pdf. (acessado em 01/12/06).

Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. J Pediatria 2005; 81(5 Supl): S173-S180.

Ferreira ALO. Atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Feuerwerker LCM. O movimento mundial de educação médica: as Conferências de Edinburgh. Cadernos ABEM 2006; 2: 30-38.

Finkel MA, Mian P, McIntyre J, Sellas-Ferrer MI, Mcgee B, Balch N. An original, standardized, emergency department sexual assault medication order. J Emergency Nursing. 2005; 31: 271-275.

Flores RZ. Violência interpessoal: e agora doutor? http://www.cecria.org.br/banco/renato_zamorra.rtf. (acessado em 09/09/04).

Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde e Sociedade 2005; 14(2): 50-59.

Foucault M. O nascimento do hospital. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 2002a. p.99-111.

Foucault M.A Política da Saúde no Século XVIII. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 2002b. p.193-207.

Fucks LB. Abuso sexual de crianças na família: reflexões psicanalíticas. In: Volnovich JR, organizador. Abuso sexual na infância. Rio de Janeiro: Lacerda; 2005. p.13-31.

Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Furtado T. A história da Ginecologia Infanto-Juvenil no Brasil. In: Magalhães MLC, Andrade HHSM, organizadoras. Ginecologia Infanto-Juvenil. Rio de Janeiro: MEDSI; 1998. p.19-20.

Gabel M. Algumas observações preliminares. In: Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997. p.9-13.

Ghetti S, Goodman GS, Eisen ML, Qin J, Davis SL. Consistency in children's reports of sexual and physical abuse. Child Abuse & Neglect 2002; 26: 977-995.

Gilbert ACB, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em Obstetrícia/Ginecologia. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2006; 9(18): 103-16.

Gold MA. Como prescrevem e manejar pílulas contraceptivas orais e contracepção de emergência para adolescentes. Clínicas Pediátricas da América do Norte 1999; 46 (Pt 2): 699-722.

Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra crianças e adolescentes em unidade pública de saúde. *Ci Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 275-283.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias J, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.185-221.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Deslandes S, Cruz Neto O, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.67-80.

Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(1): 315-319.

Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DPH, Gordon DS. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 2003; 26: 525-540.

Grossman S, Patrício Z.M. Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: UFSC, 2004.

Guerra RDO. Abuso sexual em niñas y niños. Consideraciones clinicas. *Arch Argent Pediatr* 2000; 98(1): 27-33.

Guimarães RGM, Rego S. O debate sobre regulamentação do ato médico no Brasil. *Ci Saúde Coletiva* 2005; 10(Supl): 7-17.

Guze PA. Cultivating curricular reform. *Acad Med* 1995; 70(11): 971-973

Hammerschlag MR. Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. *Sexually Transmitted Infections* 1998; 74(3): 167-174.

Havens PL, Committee on Pediatrics AIDS. Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. *Pediatrics* 2003; 111(6): 1475-1489. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/6/1475>. (acessado em 14/10/2006).

Heger A, Ticson L, Velásquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect* 2002; 26: 645-659.

Heppenstall-Heger A, McConnell G, Lynne T, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics* 2003; 112: 829-837. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/112/829> (acessado em 14/10/2006).

Hinds A, Baskin LS. Child sexual abuse: what the urologist needs to know. *J Urol* 1999; 162(2): 516-23.

Honor G. Ano-genital warts in children: sexual abuse or not? *J Pediatric Health Care* 2004; 18:165-170.

Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* 1996; 17(7): 236-49.

Kellogg N, Comitee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116: 506-512. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/2/506> (acessado em 14/10/2006).

Kellogg ND, Menard SW, Santos A. genital anatomy in pregnant adolescents: “normal” does not mean “nothing happened”. *Pediatrics* 2004; 113: 67-69. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/1/e67> (acessado em 14/10/2006).

Kellogg ND, Parra JM, Menard S. Children with anogenital symptoms and signs referred of sexual abuse evaluations. *Arch Pediatric and Adolescent Med* 1998; 152: 634-641.

Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2001; 8(1): 48-70.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

Lahoti SL, McClain N, Girardet R, McNesse M, Cheung K. Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician* 2001; 63(5): 883-92.

Lampert JB. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

Loredo-Abdalá A, Bustos Valenzuela V. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. *Bol Med Hosp. Infant. Méx* 1999; 56(2): 129-35

Mac-Fayden UM. The role of the gynaecologist in the diagnosis and the management of the child sexual abuse. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101(4): 283-285.

Machado MH, organizadora. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Merchant RC, Kesharvarz R. Human Immunodeficiency Virus postexposure prophylaxis for adolescents and children. *Pediatrics* 2001; 108(2). <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/2/e38>. (acessado em 14/10/2006).

Merrit DF. Vulvar and genital trauma in pediatric and adolescent gynecology. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2004; 16(5): 371-381.

Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.71-103.

Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004a; 20(3): 646-647.

Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005b, p.19-51.

Minayo MCS. Violência: um tema que a realidade social impõe à atenção médica. *Revista Digital Educação Permanente em Saúde*, 2004b 1(1): 16-18. http://www.abemedcumed.org.br/publicacoes/revista_digital/suplemento/pdf_vol_1_2004/revista_digital_1/violencia_tema_realidade.pdf. (acessado em 10/01/07).

Minayo MCS. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Bras Educação Médica* 2005a; 29(1): 55-63.

Minayo MSC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em Pediatria*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments> (acessado em 30/12/06).

Moser CA, Kalton G. *Survey methods in social investigation*. Londres: Heineman Educational Books; 1975.

Navratil F. The genital examination in suspected child sexual abuse: a diagnostic dilemma. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 816: 414-21.

Njaine K, Souza ER, Minayo MC, Assis SG. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13(3): 405-414.

Nunes MPT. Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas. Cadernos ABEM, nov/dez 2003. http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/art_patrocinio_completo.pdf (acessado em 10/01/2007).

Paavilainen E, Merikanto J, Astedr-Kurki P, Laippala P, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Identification of child maltreatment while caring them in university hospital. *International J Nursing Studies* 2002; 39:287-294.

Paixão ACW. A relação médico-paciente diante do abuso sexual infantil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Parellada CI, Pereira EAG. Infecções genitais virais por Papilomavírus Humano e Herpes Simples. In: Pinotti JA, Fonseca AM, Bagnoli VR, organizadores. Tratado de Ginecologia: condutas e rotinas da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p.626-636.

Pereira Neto AF. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cad. Saúde Pública* 1995; 11(4): 600-615.

Piipo SH, Lenko HL, Laippala PJ. Experiences of special gynaecological services for children and adolescents: a descriptive study. *Acta Paediatr* 1998; 87(7): 805-808.

Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Reichenheim ME, Hasselman MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente. *Ci Saúde Coletiva* 1999; 4(1): 109-121.

Rheme MFB. A consulta ginecológica da criança. *Femina* 1998; 26(5): 409-411.

Rhoden F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos* 2002; 17:101-25.

Rio de Janeiro (Governo). Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1354 de 9 de julho de 1999: determina a obrigatoriedade de notificação compulsória de maus-tratos. <http://www.saude.gov.br/Publicacoes/Res1354.doc>.

Romans S, Douglass H, Martin J. Child sexual abuse. *Current Opinion in Pediatrics* 1995; 7: 405-409.

Roonberg AK, Hamarstrom A. Barriers within the health care system dealing with sexualized violence: a literature review. *Scand J Public Health*, 2000; 28(3): 222-229.

Rouyer M. As crianças vítimas conseqüências a curto e médio prazo. In: Gabel M, organizadora. Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus; 1997. p.62-71.

Sandelowski M. This most dangerous instrument: propriety, power, and the vaginal speculum. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000; 29(1): 73-82.

Sayd JD. Ser médico: uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2006.

SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria)/ CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli). Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES/SEDH-MJ; 2000.

Seabra AS, Nascimento HM. Abuso sexual na infância. Arq Bras Pediatr 1997; 4(3): 72-82.

Shetty AK, Coffman K, Harmon E. Urethral prolapse. J Pediatr 1998; 133(4): 552.

Siegfried E, Rasnick-Conely J, Cook S, Leonardi C, Monteleone J. Human Papillomavirus screening in pediatric victims of sexual abuse. Pediatrics 1998; 101(1): 43-47. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/101/1/43> (acessado em 14/10/2006).

Silva ALP, Teixeira MAA. A angústia médica: reflexões acerca do sofrimento de quem cura. Cogitare Enferm 2002; 7(1):75-83.

Sinal SH, Woods C. Human Papillomavirus infection of the genital and respiratory tracts in young children. Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16: 306-316.

Siqueira BP. CINAEM: um pouco de sua história. Cadernos ABEM 2006; 2: 54-55.

Soares BM. Onde começa a paz? O Globo, 22 jan 2002; Cad 1: 7.

Souza AN. Formação médica, racionalidade e experiência. Ci Saúde Coletiva 2001; 6(1): 87-96.

Souza ER, Minayo MCS, Deslandes S, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.133-156.

Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

Stella RCR, Campos JJB. Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Brasil. Cadernos ABEM 2006; 2: 73-77.

Stevens-Simon C, Nelligan D, Breese P, Jenny C, Douglas JM. The prevalence of Genital Human Papillomavirus Infections in abused and nonabused preadolescent girls. *Pediatrics* 2000; 106(4): 645-649.

Strauss JF, Barbieri RL. *Reproductive endocrinology: physiology, pathophysiology and clinical management*. Philadelphia; Pennsylvania: Elsevier Saunders; 2004.

Szymanski H. Teoria e “teorias” de famílias. In: Carvalho MCB, organizadora. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 23-27.

Tamosauskas MRG. *De médico especialista a professor de medicina: a construção dos saberes docentes [Dissertação de Mestrado]*. São Bernardo do Campo: Curso de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação e Letras, Universidade Metodista de São Paulo; 2003.

Thouvenin, C. A palavra da criança: do íntimo ao social. In: Gabel M, organizadora. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus; 1997. p.91-102.

Tomkiewicz S. Violências e abusos sexuais em instituições para crianças e adolescentes. In: Gabel M, organizadora. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus; 1997. p 82-102.

Turato ER. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes; 2003.

Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Volnovich JR. Abuso sexual de crianças pequenas: da suspeita à validação. In: *Abuso Sexual na Infância*. Rio de Janeiro: Lacerda; 2005. p.33-54.

Yunes MAM, Szymanski H. Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais de saúde e educação que atuam com famílias pobres. *Psicologia da Educação* 2003; 17:119-137.

ANEXO 1

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

Av. Brasil, 4036 sala 700 – CEP 21040-361 – MANGUINHOS

Rio de Janeiro – RJ – Brasil Tel (0XX) 21-2290-4893

Caro(a) colega médico(a):

Você está recebendo um questionário que visa estudar a atuação do ginecologista infanto-puberal frente aos casos de abuso sexual.

Este questionário é **anônimo**. Os participantes serão registrados no banco de dados através de números, não havendo qualquer nome ou identificação.

Este questionário faz parte do projeto de tese de doutorado intitulado: “A atuação do ginecologista infanto-puberal frente ao abuso sexual” a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher no Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, pela médica Carmen Lucia de Abreu Athayde, orientada pela Professora Doutora Simone Gonçalves de Assis.

É muito importante que você responda e nos devolva este questionário.

Sabemos que o seu tempo é reduzido e a sobrecarga de afazeres é grande e por isso procuramos elaborar um questionário cujo preenchimento fosse ágil. Como a maioria das respostas é do tipo “sim” ou “não”, basta fazer um X em uma destas alternativas em cada questão.

Em função da relevância do tema e da escassez de publicações na área, estaremos no final da pesquisa divulgando os resultados para que você tenha um retorno da sua participação.

Caso concorde em participar do estudo basta lacrar o envelope em anexo com o questionário respondido dentro e eu passarei pessoalmente em sua portaria para busca-lo.

Agradecemos muito sua colaboração!

Carmen Lucia de Abreu Athayde

CREMERJ 52.40056-8

Doutoranda no Instituto Fernandes Figueira

Tels para contato: (21) 2618-7148/ (21) 27179413

(21) 9997-4859

e-mail: carmenathayde@uol.com.br

Simone Gonçalves de Assis

Professora Doutora da ENSP-FIOCRUZ

Pesquisadora do Centro Latino-Americano

de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli- CLAVES

e-mail: simone@claves.fiocruz.br

AS PERGUNTAS INICIAIS BUSCAM OBTER CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS GINECOLOGISTAS INFANTO-PUBERAIS

1- Sexo:

Masculino Feminino

2- Idade:

até 25 anos de 46 a 50 anos
 de 25 a 30 anos de 51 a 55 anos
 de 31 a 35 anos de 56 a 60 anos
 de 36 a 40 anos acima de 60 anos
 de 41 a 45 anos

3- Tempo de Formatura:

até 5 anos de 21 a 25 anos
 de 6 a 10 anos de 26 a 30 anos
 de 11 a 15 anos acima de 30 anos
 de 16 a 20 anos

4- Você trabalha atualmente como ginecologista infanto-puberal?

Sim Não

5- Há quanto tempo você exerce a Ginecologia Infanto-Puberal:

até 5 anos de 21 a 25 anos
 de 6 a 10 anos de 26 a 30 anos
 de 11 a 15 anos acima de 30 anos
 de 16 a 20 anos

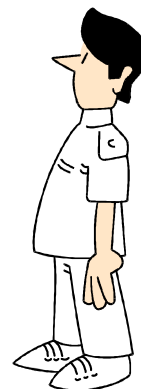
6- Você trabalha como ginecologista infanto-puberal em instituições com atendimento:

a- De emergência Sim Não
b- Ambulatorial Sim Não
c- Enfermaria Sim Não

7- Qual seu vínculo de trabalho?

A- Atividade privada Autônomo
 Funcionário
 Professor de Ginecologia/Obstetria
 Outra _____

B- Atividade pública Posto de saúde
 Hospital
 Cargo Administrativo
 Professor de Ginecologia/Obstetria
 Outra _____



AS PERGUNTAS A SEGUIR ESTÃO RELACIONADAS À SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

7-Tempo de conclusão da Especialização em Ginecologia/Obstetria

<input type="checkbox"/>	não fez especialização em Ginecologia/Obstetria	<input type="checkbox"/>	de 16 a 20 anos
<input type="checkbox"/>	até 5 anos	<input type="checkbox"/>	de 21 a 25 anos
<input type="checkbox"/>	de 6 a 10 anos	<input type="checkbox"/>	de 26 a 30 anos
<input type="checkbox"/>	de 11 a 15 anos	<input type="checkbox"/>	acima de 30 anos

8- Fez outra Especialização?

- Sim Qual? _____
 Não

9- Possui Título de Especialista em Ginecologia/Obstetria (TEGO)?

- não possui título de especialista de 16 a 20 anos
 até 5 anos de 21 a 25 anos
 de 6 a 10 anos de 26 a 30 anos
 de 11 a 15 anos acima de 30 anos

10- Costuma freqüentar congressos de Ginecologia Infanto-Puberal?

- Sempre que posso Eventualmente Nunca

11- Durante sua formação e atuação médica você recebeu informações a respeito do abuso sexual infanto-juvenil?

- A- Durante o curso de graduação Sim Não
B- Durante o curso de especialização Sim Não
C- Durante o curso de mestrado Sim Não
D- Durante o curso de doutorado Sim Não
E- Em congressos de ginecologia/obstetria Sim Não
F- Em congressos de ginecologia infanto-puberal Sim Não
G- Em periódicos Sim Não
H- Outros: _____

AS PERGUNTAS SEGUINTE VISAM IDENTIFICAR AS CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (0 A 12 ANOS INCOMPLETOS).

12- Você já suspeitou de abuso sexual infantil entre seus pacientes?

- Sim. Quantas vezes? _____
 Não

13- O que levou você a suspeitar de abuso sexual na infância? (marque quantos itens forem necessários)

- Relato de testemunha de envolvimento de crianças em atividade com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
 Relato do agressor de envolvimento de crianças em atividade com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
 Relato pela criança de experiência com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual).
 Abrasão ou erosão da genitália ou face interna das coxas.
 Erosão ou esmagamento de pequenos lábios.
 Alargamento do orifício himenal.
 Esmagamento do hímen.
 Rasgadura ou distorção do hímen.
 Diminuição ou ausência de tecido himenal.
 Ferimento da fossa navicular.
 Lesão ou esmagamento da fúrcula vaginal.
 Fissura anal.
 Infecção por herpes vírus.
 Infecção por herpespapovavírus.
 Mudanças psicológicas e/ou de comportamento (isolamento, agressividade, insônia, diminuição do rendimento escolar, comportamento sexualizado incompatível com a idade).
 Outros: _____



14- Em caso de suspeita de abuso sexual na infância, qual a sua conduta clínica?

14a- Solicitação de exames complementares

- Sempre. Quais? _____
 Nunca
 Às vezes. Em que situações? _____

14b- Solicitação de avaliação de outro profissional

- Sempre Qual(is)? _____
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

14c- Manter a criança sob vigilância para detectar outras alterações físicas e/ou comportamentais que possam corroborar o diagnóstico

- Sempre
 Nunca
 Às vezes. Em que situações? _____

14d- Coleta de provas forenses

- Sempre. Quais? _____
 Nunca
 Às vezes. Em que situações? _____

14e- Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

14f- Contracepção de emergência

- Sempre
 Nunca
 Às vezes. Em que situações? _____

14g- Outras: _____

15- Em casos de suspeita de abuso sexual infantil, você costuma tomar alguma providência legal?

15a- Notificação ao Conselho Tutelar

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

15b- Notificação à Vara da Infância e Juventude

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

15c Notificação ao Ministério Público

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

15d- Informa a Escola

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

15e- Outras: _____



16- Você já diagnosticou algum caso de abuso sexual infantil?

- () Sim. Quantas vezes? _____
() Não

17- Baseado em que dados você diagnostica o abuso sexual infantil? (marque quantos itens forem necessários)

- () Relato de testemunha de envolvimento sexual de criança em atividades com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
() Relato do agressor de envolvimento sexual de criança em atividades com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
() Relato pela criança de experiência com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
() Presença de sêmen em ânus, vulva, boca ou roupas da criança
() Infecção pela N. gonorrhoeae
() Infecção pela Chlamydia trachomatis
() Infecção pelo Treponema pallidum (excluída a transmissão vertical ou transfusional)
() Infecção pelo HIV (excluída a transmissão vertical ou transfusional)
() Infecção pelo herpes vírus
() Infecção pelo herpespapovavírus
() Laceração aguda ou equimose no hímen
() Ausência de tecido himenal na metade posterior
() Secção himenal cicatrizada
() Fenda himenal completa
() Laceração anal profunda
() Diagnóstico de gravidez
() Mudanças psicológicas e/ou de comportamento (isolamento, agressividade, insônia, diminuição do rendimento escolar, comportamento sexualizado incompatível com a idade)
() Outros: _____



18- Em caso de diagnóstico de abuso sexual na infância, qual a sua conduta clínica?

18a- Solicitação de exames complementares

- () Sempre Qual(is)? _____
() Nunca
() Às vezes Em que situações? _____

18b- Solicitação de avaliação de outro profissional

- () Sempre Qual(is)? _____
() Nunca
() Às vezes Em que situações? _____

18c- Manter a criança sob vigilância para detectar outras alterações físicas e/ou comportamentais que possam corroborar o diagnóstico

- () Sempre
() Nunca
() Às vezes Em que situações? _____

18c- Coleta de provas forenses

- () Sempre
() Nunca
() Às vezes Em que situações? _____

18d- Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis

- () Sempre
() Nunca
() Às vezes Em que situações? _____

18e- Contracepção de emergência

- () Sempre
- () Nunca
- () Às vezes Em que situações? _____

18f Outras: _____

19-Em casos de diagnóstico de abuso sexual infantil, você toma alguma providência legal?

19a- Notificação ao Conselho Tutelar

- () Sempre
- () Nunca
- () Às vezes Em que situações? _____

19b- Notificação à Vara da Infância e Juventude

- () Sempre
- () Nunca
- () Às vezes Em que situações? _____

19c Notificação ao Ministério Público

- () Sempre
- () Nunca
- () Às vezes Em que situaç

19d- Informa a Escola

- () Sempre
- () Nunca
- () Às vezes Rm que situações? _____

19e- Outras: _____

20- Como costuma ser a sua abordagem com a família da criança vítima de abuso sexual?



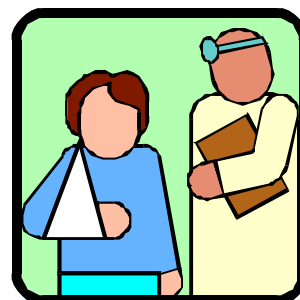
AS PERGUNTAS SEGUINTE VISAM IDENTIFICAR AS CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL (12 A 18 ANOS).

21- Você já suspeitou de abuso sexual entre seus pacientes adolescentes?

- () Sim. Quantas vezes? _____
() Não

22- O que levou você a suspeitar de abuso sexual na adolescência? (marque quantos itens forem necessários)

- () Relato de testemunha de envolvimento sexual de adolescente em atividades com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
() Relato do agressor de envolvimento sexual de adolescente em atividades com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
() Relato pela adolescente de experiência com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
() Abrasão ou erosão da genitália ou face interna das coxas
() Erosão ou esmagamento de pequenos lábios
() Alargamento do orifício himenal
() Esmagamento do hímen
() Rasgadura ou distorção do hímen
() Diminuição ou ausência de tecido himenal
() Ferimento da fossa navicular
() Lesão ou esmagamento da fúrcula vaginal
() Fissura anal
() Infecção por herpes vírus
() Infecção por herpespapovavírus
() Mudanças psicológicas e/ou de comportamento (isolamento, agressividade, insônia, diminuição do rendimento escolar, comportamento sexualizado incompatível com a idade)
() Outros: _____



23- Em casos de suspeita de abuso sexual na adolescência, qual é a sua conduta clínica ?

23a- Solicitação de exames complementares

- () Sempre. Qual(is)? _____
() Nunca
() Às vezes. Em que situações? _____

23b- Solicitação de avaliação de outro profissional

- () Sempre Qual(is)? _____
() Nunca
() Às vezes Em que situações? _____

23c- Manter o adolescente sob vigilância para detectar outras alterações físicas e/ou comportamentais que possam corroborar o diagnóstico

- () Sempre
() Nunca
() Às vezes. Em que situações? _____

23d- Coleta de provas forenses

- () Sempre. Qual(is)? _____
() Nunca
() Às vezes. Em que situações? _____

23e- Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis

- () Sempre
() Nunca
() Às vezes Em que situações? _____

23f- Contracepção de emergência

- Sempre
 Nunca
 Às vezes. Em que situações? _____

23g- Outras: _____

24- Em casos de suspeita de abuso sexual na adolescência, você toma alguma providência legal?

24a- Notificação ao Conselho Tutelar

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

24b- Notificação à Vara da Infância e Juventude

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

24c Notificação ao Ministério Público

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

24d- Informa a Escola

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

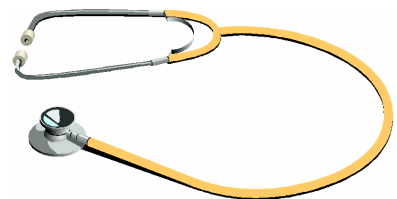
24e- Outras: _____

25-Você já diagnosticou algum caso de abuso sexual entre seus pacientes adolescentes?

- Sim Quantas vezes? _____
 Não

26-Como você diagnostica o abuso sexual na adolescência? (marque quantos itens forem necessários)

- Relato de testemunha de envolvimento sexual de adolescente em atividades com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
 Relato do agressor de envolvimento sexual de adolescente em atividades com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
 Relato pela adolescente de experiência com cunho sexual (voyeurismo, exibicionismo, atos com contato sexual)
 Infecção pela *Clamydia trachomatis*
 Infecção pela *N. gonorrhoeae*
 Presença de sêmen em ânus, vulva, boca ou roupas da criança
 Infecção pelo *Treponema pallidum* (excluída a transmissão transfusional)
 Infecção pelo HIV (excluída a transmissão vertical ou transfusional)
 Infecção pelo herpes vírus
 Infecção pelo herpespapovavírus
 Laceração aguda ou equimose no hímen
 Ausência de tecido himenal na metade posterior
 Secção himenal cicatrizada
 Fenda himenal completa
 Laceração anal profunda
 Diagnóstico de gravidez na ausência de história de coito consentido.
 Mudanças psicológicas e/ou de comportamento (isolamento, agressividade, insônia, diminuição do rendimento escolar, comportamento sexualizado incompatível com a idade)
 Outros: _____



27- Em caso de diagnóstico de abuso sexual na adolescência, qual a sua conduta clínica?

27a- Solicitação de exames complementares

- Sempre Qual(is)? _____
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

7b- Solicitação de avaliação de outro profissional

- Sempre Qual(is)? _____
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

27c- Coleta de provas forenses

- Sempre. Qual(is)? _____
 Nunca
 Às vezes. Em que situações? _____

27d Manter o adolescente sob vigilância para detectar outras alterações físicas e/ou comportamentais que possam corroborar o diagnóstico

- Sempre
 Nunca
 Às vezes. Em que situações? _____

27e- Profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis

- Sempre
 Nunca

27f- Contracepção de emergência

- Sempre
 Nunca
 Às vezes. Em que situações? _____

27g- Outras: _____

28- Em casos de diagnóstico de abuso sexual na adolescência, você toma alguma providência legal?

28a- Notificação ao Conselho Tutelar

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

28b- Notificação à Vara da Infância e Juventude

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

28c Notificação ao Ministério Público

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

28d- Informa a Escola

- Sempre
 Nunca
 Às vezes Em que situações? _____

28e- Outras: _____

29- Como costuma ser a sua abordagem com a família do adolescente vítima de abuso sexual?

AS ÚLTIMAS PERGUNTAS ANALISAM A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENDER CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

30-As informações que você teve durante sua formação profissional foram suficientes para ajudar você a suspeitar e diagnosticar o abuso sexual infanto-juvenil?

- Sim
 Não

31- O que você acha que seria necessário na sua formação médica para melhorar sua atuação profissional neste aspecto?

32- Associado ao abuso sexual infanto-juvenil, você já diagnosticou algum outro tipo de maus-tratos?

32a- **Abuso físico**

- freqüentemente
 esporadicamente
 nunca

32b- **Negligência**

- freqüentemente
 esporadicamente
 nunca

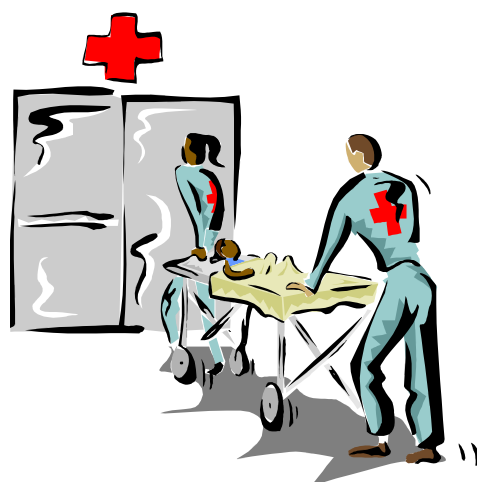
32c- **Abuso psicológico**

- freqüentemente
 esporadicamente
 nunca

32d- **Prostituição infantil**

- freqüentemente
 esporadicamente
 nunca

32e- **Outro:** _____



Caro(a) colega médico(a):

Esta pesquisa está sendo dirigida aos ginecologistas que atuam junto à clientela infanto-puberal e a seleção foi feita a partir de uma listagem solicitada e fornecida pela Sociedade de Ginecologia da Infância e Adolescência -SOGIA, onde consta sua filiação.

Tentamos entrar em contato telefônico com todos os colegas para esclarecer os critérios de sua inclusão e, ao mesmo tempo, podermos agendar uma data para recolhimento dos questionários. Infelizmente não conseguimos fazer este contato com você e, por isso, estamos enviando, junto com o questionário, um envelope previamente selado para facilitar a devolução.

Ressaltamos mais uma vez a importância de sua resposta e agradecemos desde já a sua participação.

Niterói, 10 de maio de 2006.

Carmen Lucia de Abreu Athayde

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PROFISSIONAIS)

Eu, _____,
médico(a) com atuação na área da ginecologia infanto-puberal, após receber informações da Dra. Carmen Lucia de Abreu Athayde a respeito da pesquisa: “A atuação do ginecologista infanto-puberal frente ao abuso sexual”, estou ciente de que:

- a) a pesquisa tem por objetivo traçar o perfil de atuação dos ginecologistas infanto-puberais frente ao abuso sexual infantil analisando suas dificuldades diagnósticas, suas condutas clínicas e legais e avaliar a repercussão de sua formação profissional nesta atuação;
- b) esta pesquisa está sendo realizada baseada em questionários e entrevistas;
- c) estou participando desta entrevista por ter atuação profissional na área de interesse da pesquisa;
- d) para este estudo serei entrevistado(a), a entrevista será gravada para que possa ser transcrita e analisada, e seu conteúdo será mantido em sigilo, sendo incluída nos resultados finais sem minha identificação;
- e) as fitas contendo as gravações da entrevista serão inutilizadas tão logo os dados sejam analisados;
- f) os resultados me serão apresentados tão logo a pesquisa seja concluída.

Sendo assim, concordo em participar desta pesquisa.

Rio de Janeiro, de de 2005

ROTEIRO PARA ENTREVISTA:

- 1- Como acontece o seu atendimento nos casos de suspeita/ diagnóstico de abuso sexual infantil?
- 2- Que fatores facilitam o seu atendimento?
- 3- Quais as dificuldades para o seu atendimento?
- 4- Quais suas sugestões para melhorar o atendimento prestado?
- 5- Como você vê a relação entre a sua formação profissional e o seu atendimento nestes casos?
- 6- Como sua formação profissional poderia melhorar o seu atendimento?