

PROTOCOLO DE AÇÕES INTEGRADAS EM ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNESP BOTUCATU

Maurício Lofiego Leite*
Geovana Cristina Custódio Lima**
Maria Odete Simão***
Nilza Pinheiro Santos****

RESUMO: A violência sexual deve ser tratada como um problema de saúde pública, uma vez que atinge uma grande parcela de crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos e de diferentes níveis sócio-econômicos. Segundo dados da literatura, o abusador é, na maioria das vezes, alguém que tem convívio social com a vítima. Podendo a vítima experimentar diversos problemas de adaptação psicossocial, tais como: dificuldades de adaptação afetiva, interpessoal e sexual. Acrescenta-se a isso a exposição a riscos à sua saúde física, como: doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS, gravidez indesejada, etc. O protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual realizado neste Hospital tem por objetivo minimizar o constrangimento e a exposição dos pacientes frente às pessoas que não estejam relacionadas ao atendimento hospitalar, e é realizado através de uma equipe multidisciplinar composta por Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e órgãos em parceria com este protocolo como Polícia Militar, Polícia Civil e Conselho Tutelar. O referido protocolo teve início no ano de 2005 quando foram atendidos 234 casos até agosto de 2008. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando dados colhidos nas fichas de atendimento psicossocial, onde os resultados preliminares indicaram que os vitimizados são predominantemente crianças, do sexo feminino, na faixa etária de 11 a 15 anos. Evidencia-se ainda que a violência ocorre dentro do ambiente intra-familiar, e o amigo próximo da família é apontado com maior frequência como o agressor.

PALAVRAS-CHAVE: Violência sexual. Protocolo. Crianças. Agressor sexual.

* Aluno do 7º semestre do Curso de Serviço Social da Unifac, Associação de Ensino de Botucatu.
E-mail: mauricio_lofiego@hotmail.com

** Orientadora. Assistente Social do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da UNESP. São Paulo, Brasil.

*** Orientadora. Assistente Social, Profª Drª do Curso de Serviço Social da Unifac. Botucatu, SP, Brasil.

**** Orientadora. Assistente Social, Profª do Curso de Serviço Social da Unifac. Botucatu, SP, Brasil.

Recebido em: Setembro/2008

Aprovado em: Outubro/2008

PROTOCOL INTEGRATED ACTIONS TO MEET CHILDREN AND ADOLESCENTS THE VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE EMERGENCY ROOM, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNESP BOTUCATU.

ABSTRACT: Sexual violence must be faced as a public health problem, because it reaches a great portion of female and male children, teenagers and adults from different social-economical levels. According to the literature, most of the time, the aggressor is someone who has a social contact with the victim. The victim may experience several psychosocial adaptation problems, sick as: affective interpersonal and sexual adaptation difficulty. Add to it the exposition to physical threatens, sick as Sexually Transmitted Diseases, AIDS and undesired pregnancy, others. The support protocol to the victims of sexual violence carried this Hospital wants to decrease the patient's constraint and the exposition before the people who aren't related to the hospital support done by multidiscipline staff of Social Assistances, Nurses, Doctors, Psychologists and others Organizations joined to the protocol like Military Police, Civil Police and Tutelary Counsel. This protocol begun in 2005, 234 cases were considered until August 2008. It's a qualitative research, data collected from the records of psychosocial using report, date, where the first results for the researches show that the victims are female children, in most of cases, 11 to 15 years old. It shows clearly that violence takes inside the intra-familial sphere, a close friend of the family's is pointed as the aggressor, in most of cases.

KEY WORDS: Sexual violence. Protocol. Children. Sexual aggressor.

INTRODUÇÃO

O protocolo de ações integradas que está sendo apresentado como serviço no Hospital das Clínicas - Unesp de Botucatu é utilizado para o atendimento a “crianças e adolescentes” e “homens e mulheres adultos” **Vítimas de Violência Sexual**, que passaremos a chamar de V.V.S. O protocolo em nosso hospital teve início no ano de 2005, quando foi firmado um convênio entre a Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo e o Hospital das Clínicas - Unesp de Botucatu.

Neste trabalho em específico, abordaremos apenas crianças e adolescentes que foram atendidos pelo protocolo de ações integradas no Pronto Socorro do Hospital.

Finkelhor e Hotaling (apud KOLLER; AMAZARRAY, 1998), afirma que a violência sexual vem sendo reconhecida nos últimos tempos como um relevante problema social e de saúde pública. Neste assunto a construção de indicadores sociais da violência intra-familiar e sexual contra crianças e adolescentes é um processo que está ganhando visibilidade no conjunto da sociedade atual, assim como nos trabalhos científicos e técnicos.

Se partirmos da premissa que a família é como uma célula da sociedade, a violência sexual está relacionada com uma desestruturação dessa célula, a natureza da violência sexual infantil é complexa, então se faz necessário que médicos,

psicólogos e outros profissionais de saúde, da área jurídica, assistentes sociais, professores e a sociedade em geral trabalhem para facilitar a descoberta e a revelação dessa prática, para que soluções de fato possam ser viabilizadas.

De acordo com Ministério da Saúde, o mesmo tem trabalhado para enfrentar essa problemática, buscando capacitar e equipar os serviços para diagnosticar e promover adequada assistência aos casos de violência e também atuar no desenvolvimento de serviços especializados ou de referência. O Hospital é um exemplo de instituição de referência para o atendimento dessas vítimas através do referido protocolo de atendimento.

OBJETIVOS

Este trabalho tem por finalidade apresentar o Protocolo de Ações Integradas às vítimas de violência sexual do Hospital das Clínicas - Unesp de Botucatu, buscando demonstrar, de uma forma global, como o serviço é aplicado de forma integral ao vitimizado.

METODOLOGIA

O método de trabalho utilizado é efetuado através de relato de atendimento ao usuário vitimizado, que foi recebido pelo protocolo de ações integradas às vítimas de violência sexual no Hospital. Neste trabalho, foram verificados diversos itens: sexo, idade, procedência, renda familiar, tipo de agressão contra as vítimas da violência, e sexo, idade e grau de parentesco dos agressores sexuais, os dados foram colhidos no período de março de 2005 a agosto de 2008, sendo os primeiros atendimentos realizados no Pronto Socorro, onde a equipe multidisciplinar é acionada e separadamente, o usuário dos serviços é atendido por área de atuação, entre elas: enfermagem, médicos, serviço social e psicologia.

DESENVOLVIMENTO

Azevedo e Guerra (1998, p. 177) entendem por abuso-vitimização sexual:

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 utilizá-la para obter uma estimulação sobre sua pessoa ou de outra pessoa.

Watson (apud KOLLER; AMAZARRAY, 1998) afirma que se devem observar três

fatores, a fim de distinguir atos abusivos de atos não-abusivos. O primeiro é um poder diferencial, implicando em que uma das partes exerce controle sobre a outra e que a relação não é mutuamente concebida e compreendida. O segundo conhecimento diferencial, devido à idade cronológica mais avançada do agressor, e um maior avanço desenvolvimental do mesmo ou a uma inteligência superior à da vítima. Por fim uma gratificação diferencial, reconhecendo que o propósito da relação é a satisfação do agressor e que qualquer prazer por parte da vítima é acidental e de interesse para o prazer de quem abusa.

Para Finkelhor e Hotaling (apud KOLLER; AMAZARRAY, 1998) as definições de abuso sexual devem incluir as diferenças de idade e os elementos de coerção, assim como o tipo de comportamento envolvido. Os autores recomendam que deva haver uma diferença de idade de cinco anos ou mais quando a vítima é menor de 12 anos, e uma diferença de dez anos ou mais quando a criança tiver entre 13 e 16 anos. Entretanto, segundo esses autores, o uso de força, ameaça ou exploração da autoridade, independente das diferenças de idade, sempre deveria ser considerada como comportamento abusivo.

Segundo Kalichman (apud OLIVEIRA; SANTOS, 2006), “existem muitas definições de abuso sexual, que variam de acordo com os comportamentos, situações e circunstâncias que possam ser considerados ou não abusivos”.

A violência sexual compreende uma série de situações como o “voyerismo”, a manipulação da genital, pornografia, exibicionismo, assédio sexual, estupro, incesto e a prostituição infantil, dividindo-se em dois tipos básicos:

A violência sexual sem contato físico: violência sexual verbal, telefonemas obscenos, exibicionismo, voyerismo, assédio sexual e mostrar para crianças fotos ou vídeos pornográficos e fotografar crianças nuas ou em posições sedutoras com objetivos sexuais.

Violência sexual com contato físico: atos físicos genitais, carícias, manipulação digital ou com objetos de genitália, mama ou ânus, sexo oral, tentativas de relações sexuais, penetração vaginal ou anal e exploração sexual.

A violência sexual pode ser urbana: praticada por desconhecidos ou domésticos: alguém da confiança da vítima, pais, padrastos, avôs, tios, vizinhos, amigos próximos, etc.

A violência sexual é um assunto delicado e perturbador, pois implica na violação de tabus sociais como o incesto, a relutância da maioria das pessoas em falar sobre a violência sexual, principalmente se envolver familiar ou amigo próximo só contribui para o medo e o isolamento da vítima o que dificulta a notificação e perpetua a violência, portanto, os profissionais devem estar atentos aos sinais, pois em apenas cerca de 40% dos casos há evidências físicas de violência.

É preciso considerar também que muitas vezes a mãe tentará negar a violência, por estar constrangida ou pelo medo da desestruturação da unidade familiar podendo também sofrer ameaças do agressor. A criança também poderá negar, por medo do abusador ou por medo de não ser levada a sério, portanto quando é levantada a suspeita, é necessário que saibamos ouvir e prestar atenção à comunicação subjacente aos sinais comunicados pela criança.

Na maioria dos casos, o abusador é uma pessoa que a criança conhece, em quem confia, e frequentemente ama, essa posição de confiança na qual os agressores se encontram, assim como a posição indefesa da criança na família, torna mais fácil encobrir o crime e persuadir ou assustar a criança para que se mantenha calada.

Devido ao fato de a criança não estar preparada psicologicamente para o estímulo sexual, e mesmo que não possa saber da conotação ética e moral da atividade sexual, quase invariavelmente acaba desenvolvendo problemas emocionais depois da violência sexual, exatamente por não ter habilidade diante desse tipo de estimulação.

A criança que é vítima de violência sexual prolongada, usualmente desenvolve uma perda da auto-estima, tem a sensação de despreço e adquire uma representação anormal da sexualidade, sentimento de culpa e vergonha. Pode tornar-se muito retraída, perder a confiança em todos adultos e pode até chegar a considerar o suicídio, principalmente quando existe a possibilidade de a pessoa que abusa ameaçar usar de violência se a criança negar-se aos seus desejos, podendo também ocorrer casos de crianças contraírem doenças sexualmente transmissíveis (DST/HIV-AIDS), gravidez indesejada entre outras.

Algumas crianças abusadas sexualmente podem ter dificuldades para estabelecer relações harmônicas com outras pessoas, podem se transformar em adultos que também abusam de outras crianças, se inclinar para a prostituição ou podem ter outros problemas sérios quando adultos como; impotência sexual e frigidez, depressão, suicídio.

Segundo Ballone (2003), quando uma criança confia a um adulto que sofreu abuso sexual, o adulto pode sentir-se muito incomodado e não saber o que dizer ou fazer. Abaixo segue algumas instruções sugeridas pelo autor:

1. Incentivar a criança a falar livremente o que se passou, sem externar comentários de juízo.
2. Demonstrar que estamos compreendendo a angústia da criança e levando muito a sério o que esta dizendo. As crianças e adolescentes que encontram quem os escuta com atenção e compreensão reagem melhor do que aquelas que não encontram esse tipo de apoio.

3. Assegurar à criança que fez muito bem em contar o ocorrido pois, se ela tiver uma relação muito próxima com quem a abusa, normalmente se sentirá culpada por revelar o segredo ou com muito medo de que sua família a castigue por divulgar o fato.

4. Dizer enfaticamente à criança que ela não tem culpa pelo abuso sexual. A maioria das crianças vítimas de abuso pensa que elas foram à causa do ocorrido ou podem imaginar que isso é um castigo por alguma coisa má que tenham feito.

Finalmente, oferecer proteção à criança, e prometer que fará de imediato tudo o que for necessário para que o abuso termine.

No momento em que esse incidente vem à tona, devemos considerar que o bem-estar da criança é a prioridade.

Não devemos apressar insensivelmente a criança para relatar tudo de uma só vez, principalmente se ela estiver muito emocionada. Mas, por outro lado, devemos encorajá-la a falar com liberdade tudo o que tenha acontecido, escutando-a carinhosamente para que se sinta confiante. Responder a qualquer pergunta que a esteja angustiando e esclarecer qualquer mal entendido, enfatizando sempre que é o abusador e não a criança o responsável por tudo.

Se o abusador é um familiar a situação é bastante difícil para a criança e para os demais membros da família. Embora possam existir fortes conflitos e sentimentos sobre o abusador, a proteção da criança deve continuar sendo a prioridade.

Este atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, responsáveis pelos encaminhamentos e seguimentos necessários (exames, terapia medicamentosa, atendimento psicossocial). No momento em que o paciente dá entrada no serviço, existem estratégias de atendimento, fazendo o possível para que este seja feito pronta e rapidamente, tanto pelas circunstâncias constrangedoras da situação como que para evitar sua exposição a indivíduos que não estejam envolvidos com seu atendimento.

ATENDIMENTO AO VVS NO HOSPITAL

Crianças de 0 - 14 anos e 11 meses e homens de todas as idades atendimento no Pronto Socorro, mulheres a partir de 15 anos, atendimento na Triagem da Ginecologia.

As crianças e adolescentes em específico deste trabalho são atendidas no Pronto Socorro, sendo o horário de atendimento de vinte e quatro horas, tendo sempre a mesma atenção da equipe multidisciplinar.

É importante ressaltar que o Hospital conta com o apoio de recursos da comunidade, como por exemplo, Conselho Tutelar, Delegacia de Defesa da Mulher, Centro de Integração da Mulher, Secretarias de Assistência e Saúde dos Municípios, para onde são encaminhados para sequência do tratamento.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo permitiram apresentar uma caracterização da violência sexual em crianças e adolescentes que foram atendidas no Hospital das Clínicas - Unesp de Botucatu, a maioria das vítimas pertence ao sexo feminino (77,35%), acreditamos que os casos ocorridos com o sexo masculino (22,65%) são sub-notificados, devido ao maior preconceito existente quanto à revelação desta violência, pois a sociedade ainda considera o sexo masculino como o mais forte (Tabela 1).

TABELA 1 - Quanto à idade e sexo dos pacientes atendidos pelo protocolo de ações integradas em atendimento a vítimas de violência sexual.

Sexo \ Idade	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 – 05	48	20,51	15	6,41	63	26,92
06 – 10	55	23,51	24	10,25	79	33,76
11 – 15	78	33,33	14	5,99	92	39,32
Total	181	77,35	53	22,65	234	100,00

Fonte: Dados retirados de relatos do protocolo de Atendimento de V.V.S, período de 2005 a 2008.

Vale ressaltar que o número de casos de violência sexual de ambos os sexos não relatados aos serviços, é maior que o número de casos relatados (234 casos), devido ao segredo cultivado nos lares e a vergonha de levar este assunto a público, estudos revelam um aumento considerável de denúncias devido à grande conscientização existente hoje nos meios de comunicação, campanhas de conscientização promovidas por órgãos públicos e outros.

Dos números apresentados neste protocolo, verificamos, também, a presença de dois casos de reincidência entre os pacientes atendidos, sendo um do sexo masculino e outro do sexo feminino, essa reincidência nos faz refletir que apesar de toda a orientação recebida pela família durante o atendimento do protocolo de ações integradas do hospital, a mesma não tomou medidas de proteção e orientações para salvaguardar essas crianças. Nestes casos a recuperação emocional dependerá, em grande parte, da resposta familiar ao incidente. As reações das crianças à violência sexual diferem com a idade e com a personalidade de cada uma, bem como com a natureza da agressão sofrida.

Ainda na tabela 1, a faixa etária, nos mostra que o sexo masculino apresentou maior incidência de casos (10,25%), entre 6 e 10 anos, pois nessa idade a criança tem maior facilidade para contar o ocorrido às mães, sendo que isso não ocorre na adolescência. No tocante ao sexo e tipos de agressões sofridas (Tabela 4), encontramos (44,02%) das crianças do sexo feminino sofreram estupro, sendo que a maior incidência (33,33%) ocorre entre 11 a 14 anos e 11 meses, observamos que alguns números consideráveis das notificações realizadas nesta faixa etária ocorrem com adolescentes de 13 e 14 anos que mantêm relação sexual consentida com o namorado, conforme nos mostra a Tabela 2 com (28,20%) dos possíveis agressores na faixa etária de quinze a vinte anos, e os pais dessas vítimas ao descobrirem o ocorrido denunciam o caso como ofensa sexual, mas, que na realidade tal ato é amparado em nosso Código Penal, em seu artigo 224, como presunção de violência.

TABELA 2 - Quanto à idade e sexo dos agressores dos pacientes atendidos pelo protocolo de ações integradas em atendimento a vítimas de violência sexual.

Idade \ Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
15 – 20	0		66	28,20	66	28,20
21 – 30	0		63	26,92	63	26,92
31 – 40	0		34	14,53	34	14,53
41 –	0		55	23,51	55	23,51
Sem informação	--		--		16	06,84
Total	0		218	93,16	234	100,00

Fonte: Dados retirados de relatos do protocolo de Atendimento de V.V.S, período de 2005 a 2008.

Em relação à renda salarial familiar verificamos uma maior prevalência (53,42%) de dois a três salários mínimos, ressaltamos que este dado representa a população atendida em nosso hospital que em sua maioria são usuários do SUS, esta problemática não é exclusiva das classes menos favorecidas, ocorrendo da mesma forma nas classes média e alta, sendo o diferencial que estes últimos procuram serviços particulares, desta maneira esses dados não chegam ao nosso serviço (Tabela 3).

TABELA 3 - Renda familiar da vítima em salários mínimos.

Renda familiar	N	%
≤ 1	58	24,78
2 – 3	125	53,42
3 – 4	35	14,96
> 4	16	6,84
Total	234	100,00

Fonte: Dados retirados de relatos do protocolo de atendimento de V. V. S, período de 2005 a 2008.

TABELA 4 - Relação entre sexo da vítima e tipo de agressão sexual ocorrida.

Agressão \ Sexo	Meninos		Meninas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Manipulação	15	06,41	61	26,07	76	32,48
Estupro	--		103	44,02	103	44,02
Atentado violento ao pudor	35	14,96	04	01,71	39	16,67
Voyerismo	04	01,71	07	02,99	11	04,70
Exibicionismo	02	00,85	03	01,28	05	02,13
Total	56	23,93	178	76,07	234	100,00

Fonte: Dados retirados de relatos do protocolo de Atendimento de V. V. S, período de 2005 a 2008.

Nos casos atendidos pelo pronto socorro, houve maior incidência de agressores no grupo de amigos próximos com 33,33% e padrasto 13,67%, o que confirma os levantamentos bibliográficos de que, na maioria dos casos, o abusador é uma pessoa que a criança conhece, em que confia, frequentemente ama, devido à proximidade e familiaridade do abusador com a vítima (gráfico 1).

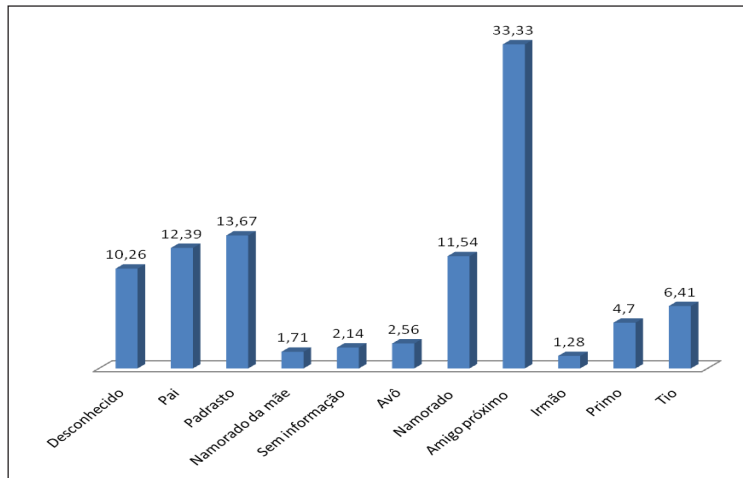


GRÁFICO 1: Identidade do agressor em relação à vítima.

Fonte: Dados retirados de relatos do protocolo de Atendimento de V. V. S, período de 2005 a 2008.