



Desafios para implantação da cadeia de custódia para as vítimas de estupro no Distrito Federal

Challenges for the implementation of the chain of custody for rape victims in the Federal District

Desafíos para implantación de la cadena de custodia para víctimas de violación en el Distrito Federal

Alessandra Arrais^{1,2,3}

Elen Carioca Zerbini^{1,4}

Fernanda Schieber Saúde Vilas Boas de
Oliveira Jota^{1,3}

Renata Rodrigues de Melo Almeida³

Arlete Rodrigues Chagas da Costa^{2,3}

Katiane Tavares da Silva^{2,3}

1. Escola Superior de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Profissional. Brasília, DF, Brasil.
2. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil.
3. Universidade de Brasília, Departamento de Psicologia. Brasília, DF, Brasil.
4. Escola de Profissionais da Parentalidade. Brasília, DF, Brasil.

RESUMO

A Cadeia de Custódia implica no adequado processo de coleta, registro e armazenagem do vestígio da violência sexual, garantindo a confiabilidade do material que será encaminhado como prova pericial. Sua instalação no Sistema Único de Saúde tem enfrentado desafios. **Objetivos:** Conhecer o atendimento à vítima de violência sexual em maternidade pública do DF e avaliar o conhecimento da equipe acerca da legislação sobre cadeia de custódia. **Método:** Estudo transversal, quantitativo e descritivo, com 134 profissionais de medicina e enfermagem que atuam na emergência obstétrica, que responderam a um questionário, submetido à análise estatística descritiva e o Teste Qui-Quadrado. **Resultados:** Dentre os 78,95% dos profissionais que afirmaram atender vítimas de violência sexual, 25,71% as consultam em 10 minutos e 14,18% receberam capacitação específica. O diagnóstico situacional revela que o atendimento é superficial, centrado em questões médicas e a coleta de vestígios é inexistente. **Conclusão e implicações para a prática de enfermagem:** Uma mudança generalizada de postura é necessária para que seja possível implantar a cadeia de custódia na maternidade estudada. É fundamental desenvolver um atendimento para além de questões médicas, e que inclua questões periciais. Sugere-se uma atuação colaborativa entre médicos e enfermeiros, tendo a enfermagem como epicentro desse processo.

Palavras-chave: Delitos Sexuais; Assistência de Custódia; Acolhimento; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Chain of Custody implies adequate collection, recording, and storage of the vestige of sexual violence, guaranteeing the reliability of the material that will be forwarded as expert evidence. Its implementation in the Unified Health System has faced challenges. **Objective:** To know the attendance to victims of sexual violence in the public maternity of Federal District and evaluate the knowledge of the team about the legislation on a chain of custody. **Method:** Cross-sectional, quantitative, and descriptive study with 134 medical and nursing professionals working in the obstetric emergency, who answered a questionnaire, submitted to descriptive statistical analysis and the Qui-Square Test. **Results:** Of the 78.95% of professionals who reported attending to victims of sexual violence, 25.71% consulted in 10 minutes, and 14.18% received specific training. The situational diagnosis reveals that the care is superficial, centered on medical issues, and the collection of vestiges is non-existent. **Conclusion and implications to nursing practice:** A generalized change of posture is necessary so that it is possible to implant the chain of custody in the maternity studied. It is essential to develop care beyond medical issues, and which includes forensics. It is suggested a collaborative action between physicians and nurses, with nursing as the epicenter of this process.

Keywords: Sex Offenses; Custodial Care; User Embrace; Unified Health System.

RESUMEN

La Cadena de Custodia implica el adecuado proceso de recolección, registro y almacenamiento del vestigio de la violencia sexual, garantizando confiabilidad al material encaminhado como prueba pericial. Su instalación en el Sistema Único de Salud ha enfrentado desafíos. **Objetivos:** Conocer la atención a la víctima de violencia sexual en maternidad pública del Distrito Federal y evaluar el conocimiento del equipo acerca de la legislación sobre cadena de custodia. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo y descriptivo, con 134 profesionales de medicina y enfermería actuantes en la emergencia obstétrica, que respondieron un cuestionario, sometido al análisis estadístico descriptivo y al Test Qui-Cuadrado. **Resultados:** Entre el 78,95% de los profesionales que afirmaron atender a víctimas de violación, 25,71% las consultan en 10 minutos y 14,18% recibieron capacitación específica. El diagnóstico situacional revela que la atención es superficial, centrada en cuestiones médicas y la recolección de vestígios es inexistente. **Conclusión e implicaciones para la práctica de enfermería:** Un cambio generalizado de postura es necesario para posibilitar la implantación de la cadena de custodia en la maternidad estudiada. Es fundamental desarrollar una atención más allá de cuestiones médicas y que incluya cuestiones periciales. Se sugiere una actuación colaborativa entre médicos y enfermeros, teniendo la enfermería como epicentro de ese proceso.

Palabras clave: Delitos Sexuales; Cuidado en Custodia; Acogimiento; Unified Health System.

Autor correspondente:

Alessandra da Rocha Arrais.
E-mail: alearrais@gmail.com

Recebido em 28/03/2019.
Aprovado em 30/07/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0101

INTRODUÇÃO

Uma a cada seis mulheres sofre algum tipo de violência no mundo, perpetrado geralmente pelo marido ou namorado; revela um estudo realizado em dez países, entre eles o Brasil, pela Organização Mundial da Saúde.¹ Isto demonstra que as mulheres estão mais expostas à violência no âmbito privado que no público,¹ especialmente, quando essas ainda são crianças. Estima-se que no mundo, cerca de 120 milhões de crianças e adolescentes do sexo feminino já foram abusadas sexualmente.² No Brasil, a violência sexual é principal causa de atendimento nos serviços de referência de violências, sendo que entre crianças, as do sexo feminino respondem por 60% do total de casos registrados e confirmados. No Nordeste brasileiro, a maioria das vítimas de violência sexual em crianças e adolescentes, eram do sexo feminino (79%).²

A relação assimétrica entre os homens e as mulheres, na dominação patriarcal, dá origem ao que se conceitua de violência de gênero, que é parte de um universo no qual prevalece a desigualdade e a opressão.¹ A violência de gênero tem como principal vítima as mulheres e meninas, conforme mencionado acima, além de se constituir uma questão de saúde pública e uma violação aos direitos humanos.¹ A violência ocasiona a morte, em sua maioria, de mulheres na faixa etária entre 15 e 44 anos, sendo este percentual mais significativo do que os óbitos por malária, câncer, acidentes e guerras.³

A violência sexual é um ato que irrompe na vida de uma criança ou de uma mulher e perpassa e macula todos os seus ideais de vida.³ Por mais que se tenha consciência de que a violência sexual é algo que de fato existe, no Brasil, de modo geral, nenhuma mulher acredita realmente que isso poderá acontecer consigo. Nenhuma mulher, e muito menos uma criança, se prepara para viver uma experiência como essa, ou pensa que ela possa acontecer consigo. Mas, ainda que isso não faça parte do mundo teórico e fático da quase totalidade das mulheres, infelizmente, os dados do Mapa da Violência mostram que ela acontece sim e com cada vez mais frequência do que se possa supor.³

As dificuldades encontradas no contexto brasileiro, segundo a literatura, não diferem da realidade mundial. São fatores que dificultam os profissionais de identificar situações dessa natureza: o silêncio apresentado pelas mulheres e crianças, a falta de capacitação dos próprios profissionais, o desconhecimento dos recursos comunitários e dos procedimentos adequados para o andamento do caso, a falta de interesse dos profissionais, o tema ser de difícil abordagem, o medo de envolvimento, o sentimento de impotência frente à situação, as barreiras institucionais, dentre outros.⁴ No cotidiano profissional, tais barreiras são perceptíveis e dificulta a adoção de ações efetivas no enfrentamento a violência.⁴

REVISÃO DE LITERATURA

A maioria dos profissionais de saúde prefere lidar com doenças, pois as intervenções já estão estabelecidas pela

biomedicina.⁵ Outros, não reconhecem a violência enquanto demanda de saúde pública.⁶ Em contrapartida, um estudo realizado com médicos e enfermeiros do setor de clínica médica/ginecologia em Ribeirão Preto/SP, evidenciou que 93,2% dos profissionais reconhecem sua responsabilidade, enquanto profissionais de saúde, de incentivar a mulher a romper com a situação de violência, 96,8% acreditam que devem ser fornecidas outras possibilidades de atendimento, 92,2% defendem que devem estar alertas aos sinais da violência. A maioria deles, 93,7%, argumentou que os profissionais não devem cuidar apenas dos machucados, sem questionar sobre a situação e orientar.⁶ A concepção expandida de saúde permite um atendimento integral e acolhedor, interessado na resolatividade da demanda.

O olhar ampliado sobre a saúde da mulher e das crianças permite que os profissionais identifiquem durante os atendimentos situações que podem sinalizar a ocorrência de violência como somatizações, queixas infundadas, desconfortos, depressão, dores na genitália ou durante a relação sexual, dentre outras.⁷ A prática profissional norteada pelo conceito ampliado de saúde prescinde a realização de atividades que extrapolem o espaço do consultório e a decifração da realidade para além do que está mencionado nas demandas imediatas. Contudo, os profissionais, geralmente, não utilizam instrumentos específicos para identificação da violência, tampouco para o levantamento acerca das necessidades das crianças² e mulheres.⁸ É preciso refletir se as universidades estão preparando profissionais de saúde com essa perspectiva de atendimento integral do sujeito ou se ainda estão promovendo formações focadas apenas nas doenças e não incluem os agravos não transmissíveis, onde se inserem os casos de violência sexual.⁷

A Lei nº 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Essa Lei é um marco no âmbito da violência, porque além de garantir o atendimento emergencial e integral às vítimas de estupro, sejam elas mulheres, crianças, adolescentes e idosos, prevê que esse atendimento seja multidisciplinar, com participação na equipe da emergência não só do médico e do enfermeiro, mas também do psicólogo e do assistente social.⁹

Além da referida lei, a Portaria Interministerial nº 288/2015, assinada entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento às vítimas e ao registro de informações e coleta de vestígios no âmbito do SUS.¹⁰

A Portaria Interministerial nº 288/2015 também prevê que o atendimento na emergência à criança e à mulher vítima de violência sexual seja realizado por equipe própria e capacitada, que deverá ser composta por médico ginecologista, enfermeiro, psicólogo e assistente social.¹⁰ Seu objetivo principal é evitar uma peregrinação das vítimas aos órgãos de saúde e justiça logo após o evento da violência, reduzindo, assim, os traumas e efeitos gerados e agravados com o processo de revitimização.¹⁰

Nesse contexto, que envolve o atendimento psicológico e do serviço social, além da atuação médica e da enfermagem, vislumbra-se a possibilidade da mulher ou da criança ter coletado o material genético relativo à violência já no atendimento de saúde, em ambiente hospitalar, com o devido armazenamento no próprio hospital, por meio da implantação da Cadeia de Custódia.¹⁰

A Cadeia de Custódia implica no adequado processo de coleta, registro e armazenagem do material biológico que restou como vestígio da violência sexual, garantindo, assim, a confiabilidade do material que será encaminhado para exame como prova pericial. A Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com registro de informações e coleta de vestígios, publicada pelo Ministério da saúde em 2015, traz em si todo o protocolo para a segura realização deste serviço. Traz a lista dos materiais e estruturas necessárias para sua implementação.¹⁰ Há ainda, a necessidade de treinar os profissionais, selecionados de maneira criteriosa, para poderem ser designados para fazerem parte das equipes responsáveis pelo atendimento às vítimas que sofreram violência, especialmente quando essas são crianças e mulheres.^{11,12}

O processo de instalação de cadeias de custódias no âmbito do SUS está previsto para o Brasil inteiro, sendo que no Distrito Federal (DF), em um primeiro momento, a cadeia de custódia seria instalada em cinco hospitais públicos pilotos, entre eles um materno-infantil, que é referência para gestações de alto risco no DF e o alvo deste artigo. Considerando que este é um dos hospitais contemplados com esse projeto, entende-se que seja de fundamental importância que uma pesquisa sobre essa temática. O foco do presente artigo foi conhecer o atendimento à vítima de violência sexual em maternidade pública do DF e analisar as percepções da equipe acerca da legislação sobre cadeia de custódia. Para tanto, é necessário caracterizar as etapas do atendimento às vítimas de violência sexual na emergência obstétrica da maternidade, além de verificar se os profissionais receberam capacitação específica para esse tipo de atendimento e se conhecem a lei da cadeia de custódia nesse serviço.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal de natureza quantitativa e descritiva.¹³ O local do estudo foi a Emergência ginecológica/obstétrica de uma maternidade pública do Distrito Federal. A amostra foi composta por conveniência e formada por 65 médicos ginecologistas/obstetras staffs, 23 enfermeiros e 95 técnicos de enfermagem, além de alguns residentes das duas áreas. Para serem incluídos na pesquisa, todos deveriam atuar na emergência obstétrica da referida maternidade e não estarem afastados do trabalho durante a coleta. Foram disponibilizados os questionários para toda a população, e 134 profissionais devolveram os instrumentos respondidos. Foi elaborado e testado pela equipe de pesquisa um questionário anônimo, fechado e autoaplicado, contendo 14 perguntas, que foram respondidas em 10 minutos, em média.

Inicialmente, foi realizado um teste de instrumento com um membro de cada uma das categorias profissionais do estudo, para aproximação do campo de pesquisa e adequação dos instrumentos e procedimentos de coleta. Posteriormente, à análise dos dados do teste de instrumento, foi iniciada a coleta definitiva de dados. Os profissionais foram abordados pelas pesquisadoras durante o horário de trabalho e foram convidados a participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, receberam o questionário e um envelope que devolveram lacrados e sem identificação, com o questionário respondido, para preservar o anonimato dos participantes e minimizar vieses pela possibilidade de identificá-los. Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis estudadas para fazer a caracterização da população estudada e para o restante dos dados quantitativos foi utilizado o Teste Qui-Quadrado com nível de significância de 5%. O programa utilizado para o tratamento dos dados foi o R 3.5.

Cabe esclarecer que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Em Pesquisa, sob Parecer nº 1.226.439, de 14/09/2015, nº CAAE 48229015.1.0000.5553. Esta pesquisa seguiu os princípios éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, além de estar em consonância com os princípios do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem vigente.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes da pesquisa

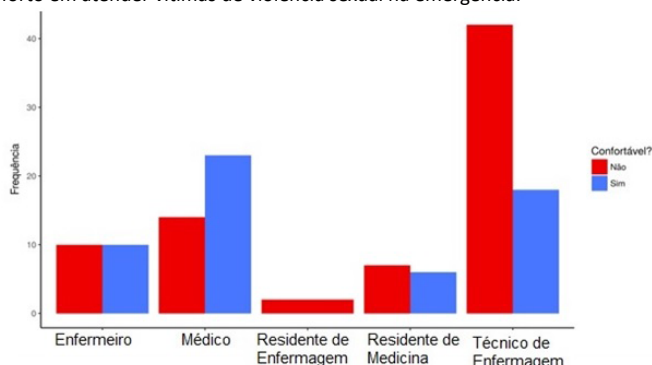
Foram participantes 134 profissionais, sendo 114 do sexo feminino, correspondendo a 85,07% do total de participantes, e 20 do sexo masculino, representando 14,97%. As categorias profissionais apresentaram a seguinte composição: 20 eram enfermeiros (14,93%), 37 médicos (27,61%), residentes de enfermagem (1,49%), 13 residentes de medicina (9,7%) e 62 técnicos de enfermagem (46,27%). A faixa etária dos participantes foi: até 25 anos, cinco (3,76%); de 25 a 35 anos, 48 (36,09%); de 35 a 45 anos, 40 profissionais (30,08%), de 45 a 60 anos, 36 (27,07%), acima de 60 anos, quatro profissionais (3,01%). Quanto ao nível de escolarização, encontrou-se: graduação 35 (28,46), especialização 67 (54,47%), mestrado oito (6,5%), doutorado dois (1,63%), e outros 11 (8,94%).

Em relação ao tempo de exercício de suas funções na SES/DF: 1 ano ou menos, 12 (8,96%); de 1 a 5 anos, 40 (29,85%), de 5 a 10 anos, 22 (16,42%); de 10 a 20 anos, 37 (27,61), mais de 20 anos, 23 (17,16%). Mas, quanto à experiência profissional foi observado que 122 profissionais, 91,04% do total de participantes, possuem mais de 10 anos de atuação profissional na SES/DF, de modo a indicar que o grupo analisado tende a possuir extensa vivência de assuntos relacionados à prestação de serviços de saúde. Em relação à capacitação recebida pelos profissionais voltados ao atendimento de vítimas de violência sexual: 115 (85,82%) dos profissionais responderam que não receberam nenhum tipo de capacitação, 19 (14,18%) responderam que receberam algum tipo de capacitação.

Do percentual de 85,82%, atinentes aos participantes que não receberam nenhuma capacitação, quando se depararam com a questão: você atende mulheres vítimas de violência sexual? 28 (21,5%) profissionais responderam que não atendem, e 105 (78,95%) que atendem. Ou seja, apesar de a maioria não ter recebido qualquer capacitação específica para atender vítimas de violência, a maioria tem que prestar esse tipo de atendimento na sua prática na Emergência. Destaca-se que apesar de 78,95% dos profissionais atenderem vítimas de violência sexual, tanto crianças quanto mulheres, 85,82% dos profissionais não receberam nenhuma capacitação para esse tipo de atendimento. Esse é um dado alarmante, uma vez que permite concluir que há pouco preparo para atendimento das vítimas na rede de saúde da SES/DF, especialmente quando essas são infantes. Até mesmo os que nunca receberam capacitação específica para tal finalidade, são obrigados a atender essa clientela no seu cotidiano de trabalho.

Apesar desses resultados, quando perguntado se o profissional se sente confortável para atender mulheres vítimas de violência sexual, 75 profissionais responderam que não (56,82%) e 57 (43,18%) responderam que sim. A Figura 1 apresenta esse resultado por categoria profissional, demonstrando que os médicos são os que se dizem mais confortáveis e os técnicos de enfermagem os menos confortáveis.

Figura 1. Distribuição por categoria profissional, quanto ao conforto x desconforto em atender vítimas de violência sexual na emergência.



Em relação à questão "você acha importante receber capacitação continuada para o atendimento à mulheres e crianças vítimas de violência sexual", três ou (2,26%) dos profissionais responderam que não, e 130 (97,74%) responderam que consideram a capacitação importante. Portanto, há claro reconhecimento da necessidade de capacitação específica quanto ao atendimento de vítimas de violência sexual na amostra estudada e sugere, também, uma demanda reprimida, em relação ao apoio para qualificar a sua atuação profissional.

Contraditoriamente, observa-se que 97,74% dos profissionais consideram importante receber capacitação continuada para o atendimento às mulheres e crianças vítimas de violência sexual. Esse dado sugere que o não recebimento capacitação por 85,82% dos profissionais, provavelmente, não decorre do fato desses profissionais não considerarem importante a capacitação em questão.

Caracterização do atendimento à vítima de violência sexual no hospital pesquisado

Referente à responsabilização das etapas do atendimento a vítima de violência sexual, considerando as respostas sim ou não: 74 (63,79%) fazem o Acolhimento e 16 (13,09%) a Classificação de risco; 87 (75%) ministram medicação; 48 (41,38%) realizam o preenchimento das notificações compulsórias 68 (58,62%) responderam não e 48 (41,38%) responderam sim. Prescrever medicação, 72 (62,07%) não e 44 (37,93%) sim. Atendimento clínico, 81 (69,83%) não e 35 (30,17%) sim. Ecografia, 114 (98,28%) não e dois (1,72%) sim. Dar alta, 98 (84,48%) não e 18 (15,52%) sim.

Na Tabela 1, têm-se as frequências cruzadas e o resultado do teste de χ^2 entre a profissão e a etapa do atendimento, analisando os *p-valores*. Percebe-se que oito tipos de atendimento são significantes com a profissão, o teste não informa qual categoria teria mais significância, sendo necessário observar através das frequências e o porquê.

Quanto à questão: quanto tempo, em média, dura seu atendimento às vítimas de violência sexual? Entre 30 e 60 minutos, 35 (33,33%), até 10 minutos, 27 (25,71%), entre 20 e 30 minutos, 24 (22,86%), entre 10 e 20 minutos, 14 (13,33%), e mais de 60 minutos, cinco (4,76%). Observam-se na Tabela 2 as frequências cruzadas e o resultado do teste de χ^2 entre a profissão e tempo atendimento, analisando os *p-valores*.

Observa-se na Tabela 2 que os atendimentos médico e da enfermagem nos casos de violência sexual são os mais demorados, (a maioria dura cerca de 30 a 60 minutos), o que reforça a importância e necessidade de capacitação apropriada e continuada para prestação de assistência adequada, visto a complexidade envolvida no contexto, pois atendimentos simples são geralmente mais rápidos; quanto mais complexa é a situação, ou quando a vítima é uma criança, mais demorado é o atendimento.

Referente à questão: você conhece a Lei nº 12. 845 de 2013 que rege sobre o atendimento multidisciplinar ininterrupto à vítima de violência sexual nas emergências hospitalares? 100 (79,37%) não, e 26 (20,63%) sim.

Quanto à questão: você conhece a Portaria Interministerial nº 288 de 2015 que rege sobre a instalação de Cadeias de Custódia nas emergências hospitalares? 121 (94,53%) não, e sete (5,47%) sim.

Em relação à pergunta: você considera que a presença de psicólogo e do assistente social na equipe de atendimento à vítima de violência sexual melhoraria a qualidade do serviço prestado? 125 (98,43%) sim, especialmente para atender crianças, e dois (1,57%) não.

DISCUSSÃO

A assistência à saúde no Brasil passa por diversas dificuldades¹⁴ com poucas iniciativas voltadas a implementação de metodologias eficazes para aumentar a qualidade dos serviços prestados.¹⁴ Dentre algumas medidas, destacamos

Tabela 1. Distribuição por categoria profissional, quanto ao tipo de atendimento às vítimas de violência sexual na emergência.

	Enfermeiro	Médico	Res Enfermagem	Res Medicina	Téc Enfermagem	Total	<i>P valor</i>	<i>Sig</i>
Acolhimento	14	12	2	3	43	74	0.000	*
Classificação de risco	10	1	1	1	3	16	0.000	*
Ministrar medicação	16	3	2	1	7	29	0.000	*
Preenchimento de Notificações compulsórias	10	26	1	11	0	48	0.000	*
Prescrever medicação	0	32	0	12	0	44	0.000	*
Atendimento Clínico	0	26	0	9	0	35	0.000	*
Realizar Ecografia	0	1	0	0	1	2	0.926	
Dar Alta	0	13	0	5	0	18	0.000	*

Tabela 2. Distribuição por categoria profissional, quanto ao tempo de atendimento às vítimas de violência sexual na emergência.

	Até 10 min	%	Entre 10 e 20 mins	%	Entre 20 e 30 min	%	Entre 30 e 60 min	%	+ de 60 min	%	Total	%	<i>P valor</i>
Enfermeiro	1	0.95	0	0	3	2.86	11	10.48	3	2.86	18	17.14	0
Médico	0	0	6	5.71	12	11.43	18	17.14	0	0	36	34.29	
Residente de Enfermagem	0	0	0	0	0	0	2	1.9	0	0	2	1.9	
Residente de Medicina	0	0	3	2.86	6	5.71	1	0.95	0	0	10	9.52	
Técnico de Enfermagem	26	24.76	5	4.76	3	2.86	3	2.86	2	1.9	39	37.14	
Total	27	25.71	14	13.33	24	22.86	35	33.33	5	4.76	105	100	

a implementação de uma rede integrada de atendimento às mulheres e crianças em situação de violência sexual, conforme recomendado pela Lei 12.845 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.⁹

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências de 2001,¹⁶ as pessoas em situação de violência têm o direito de serem acolhidas, orientadas, atendidas e encaminhadas, quando necessário, para serviços especializados.¹⁵ Para que esse atendimento ocorra na sua integralidade, é imprescindível que os profissionais conheçam as legislações vigentes, bem como os manuais de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde e estejam devidamente capacitados.¹⁶

Entretanto, o presente estudo chama a atenção sobre o elevado número de profissionais que atuam diretamente no atendimento a essas vítimas, porém desconhecem as normas técnicas e protocolos clínicos que amparam a mulher vítima de violência sexual nas emergências hospitalares, inclusive sobre a legislação da Cadeia de Custódia.¹⁰

Esse aspecto constitui-se um desafio a ser enfrentado para implantação da cadeia de custódia, uma vez que a falta de conhecimento, o desconforto dos profissionais no atendimento à vítima de violência sexual, assim como as debilidades estruturais

do próprio sistema são fatores agravantes que não favorecem o êxito desse atendimento, gerando consequências negativas que repercutem na vida das vítimas.^{16,17}

Percebeu-se que, em relação ao modo de abordar questões psicopatológicas que podem acometer esse tipo de paciente não há capacitação específica dos profissionais para o atendimento à vítima de violência sexual, especialmente quando são crianças. Também falta sensibilização quanto aos impactos de um acolhimento superficial na emergência para o desenrolar do caso no futuro. Quanto mais preparado para atendê-la o profissional da emergência estiver, maior a possibilidade de reduzir os impactos dessa experiência violenta e prevenir traumas emocionais e adoecimento psíquico futuros.¹⁶

O estudo revelou que 78,95% dos profissionais atendem vítimas de violência sexual, mas somente 14,18% deles receberam algum tipo de capacitação específica. Entretanto, 97,74% desses profissionais consideram importante receber capacitação continuada para o atendimento às vítimas de violência sexual. Esse dado chama atenção para a necessidade da capacitação de todos os profissionais envolvidos no cuidado,¹² incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e assistentes sociais. Idealmente, apenas profissionais adequadamente treinados devem ser designados ao atendimento às crianças e mulheres que sofreram violência sexual, estes devem

ser criteriosamente escolhidos, participar voluntariamente de capacitações e fazerem parte da equipe.^{11,18}

Torna-se fundamental a inserção de programas de formação continuada envolvendo o tema, assim como a realização de projetos extensionistas e/ou de pesquisas em consonância com os serviços¹⁹ envolvendo os profissionais de saúde. É necessário prepará-los para o entendimento da violência em sua complexidade, ultrapassando aspectos fisiopatológicos, bem como para o esclarecimento da legislação, a fim de superar suas resistências e enfrentar as barreiras encontradas durante o atendimento a essas vítimas.¹⁷

O resultado de uma assistência inadequada e a falta de amparo dos órgãos públicos podem gerar consequências adicionais, entre elas os efeitos da sobrevivência, ou vitimização secundária. Portanto, é primordial que existam serviços que atendam essas mulheres de forma eficiente, acolhedora, em um ambiente capaz de intervir e minimizar os efeitos causados pela violência.¹²

Quanto à média duração do atendimento, percebeu-se que varia conforme as atribuições exercidas por profissional na execução dos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Isso inclui medidas de prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação, tratamento de eventuais agravos e impactos resultantes da violência sexual sobre a saúde física e psicológica, das quais exigem abordagens distintas para cada profissão.²² Quanto às etapas do atendimento à vítima de violências sexual, estas devem ser asseguradas pelas instituições sempre que necessárias. Dado que precisa ser ressaltado, é que 27 profissionais (25,71%) afirmaram que atendem uma vítima em apenas 10 minutos. É imprescindível ter clareza de que a violência é um fenômeno complexo e multifacetado, e que a ruptura com situações desta natureza é processual e gradual. Cada mulher tem seu tempo para pedir ajuda e reunir as condições necessárias à ruptura do ciclo de violência.¹⁹

A percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de violência impacta diretamente as ações desenvolvidas. Os profissionais podem atuar de forma a fortalecer o projeto contra hegemônico ou o contrário. As intervenções compartimentalizadas e dissociadas de discussões e intervenções multiprofissionais restringem as possibilidades de enfrentamento. O acolhimento e a escuta qualificada são formas de cuidado, além de expressamente mencionados na Lei 12.845.⁹

O estudo mostrou ainda, que para 98,43% dos participantes, a presença de psicólogo e do assistente social na equipe de atendimento à vítima de violência sexual contribuiria para a melhoria da qualidade do atendimento prestado. Essa abordagem multidisciplinar minimizaria o sofrimento e as dificuldades que possam interferir na aderência ao serviço, nas decisões a serem tomadas relativas à violência, a uma eventual gestação e à retomada do cotidiano; além de ampliar a visão de cada profissional sobre a violência e ao mesmo tempo assegura maior qualidade na assistência às vítimas.²⁰

Em síntese, os resultados revelam que atendimento à vítima de violência sexual na maternidade pesquisada é feito de

forma fragmentada. Estas pacientes quando adentram o setor de emergência ginecológica/obstétrica são atendidas pelos profissionais da medicina e enfermagem que, em maioria, não possuem capacitação para este tipo de demanda. Isso pode levar a falhas no acolhimento e perda de seguimento quanto à profilaxia de emergência quanto a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's).²¹ Estudos²¹ apontam que não há uma boa adesão ao seguimento quimioprofilático, de 21 dias contra DST's, como o realizado com vítimas de violência sexual em Campinas- SP, que mostrou que somente 12,20% das vítimas pesquisadas completaram o atendimento proposto.²¹

Assim, o atendimento revela-se superficial em relação à complexidade da demanda, sem proceder à coleta de vestígios, cadeia de custódia (inexistente) e descrição adequada de lesões que possam subsidiar exames periciais.¹⁰ É fundamental desenvolver um serviço de excelência que envolva o atendimento integral e globalizado das vítimas de violência sexual, e uma atuação colaborativa entre médicos e enfermeiros para esse público, tendo em vista a conhecida repercussão na qualidade da atenção, realizada dessa forma.

Entretanto, ao falar neste tipo de trabalho concordamos com Waldow,²² que sugere colocar o enfermeiro no epicentro desse processo colaborativo, embora esse tipo de trabalho deva contar com a cooperação de todos.²² Para tanto, é necessário que o atendimento enfoque para além de questões médicas, em questões periciais, pois é sabido que muitas pacientes vítimas de violência sexual vão aos serviços médicos de urgência, mas não ao Instituto Médico Legal (IML) para realizar o exame de corpo de delito.

Por fim, com base nos dados obtidos, faz-se necessário investir na capacitação das equipes e profissionais responsáveis pelo atendimento emergencial prestado às crianças e mulheres em situação de violência sexual, especialmente dos profissionais de enfermagem, que geralmente são os primeiros a terem contato como as vítimas. É imprescindível inserir na rotina de trabalho educação continuada, capacitações, bases técnicas para o atendimento, incluindo a complexidade do fenômeno da violência, conhecimentos sobre legislações e protocolos e normas que norteiam e assegurem um atendimento adequado conforme o ciclo de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

Considerando os objetivos propostos e os resultados encontrados nesta pesquisa, conclui-se que o atendimento as mulheres vítimas de violência sexual na emergência da maternidade estudada é superficial, centrado em questões médicas e a coleta de vestígios é inexistente.

É necessária uma mudança generalizada de postura entre a equipe estudada, para que seja possível implantar a cadeia de custódia no âmbito do SUS, na maternidade pesquisada, principalmente no que tange ao atendimento destas vítimas. Para tanto, sugerimos algumas ações que precisam ser

desenvolvidas, bem como metas que necessitam ser atingidas, para o funcionamento adequado do serviço, contemplando as normas técnicas e objetivos da cadeia de custódia: capacitação com a elaboração de cursos, aulas e palestras para os residentes, envolvendo-os nos atendimentos das vítimas de violência sexual; cursos de reciclagem e capacitação dos profissionais médicos e da enfermagem que atuam na emergência obstétrica do hospital (atualização, abordagem de questões não médicas, discussão da responsabilização profissional nas situações de urgência, entre outros); proposição de reuniões técnico-científicas com a discussão de casos de mulheres e crianças em situação de violência sexual que procuraram atendimento no hospital materno-infantil.

Como este estudo, limita-se a coleta de dados com profissionais de medicina e enfermagem, sugerem-se estudos complementares com amostra maior, incluindo outras especialidades como psicologia e serviço social que também atendem às vítimas de estupro na referida maternidade. Estudos qualitativos também seriam úteis para compreender os motivos do desconforto dos profissionais para atender as vítimas de violência sexual, os obstáculos para realização da educação continuada nessa temática e os entraves e possibilidades para implantação da cadeia de custódia na referida maternidade.

A violência sexual, reconhecida como um problema de saúde pública requer uma abordagem sistematizada, articulada e integrada entre diversos setores.²³ Nesse sentido, exige um esforço contínuo na sensibilização dos profissionais, principalmente da enfermagem, bem como o envolvimento e apoio da gestão nesse processo.²³ Assim, o comprometimento das gestões e dos profissionais de instituições tanto de saúde como de segurança e justiça envolvidas nos procedimentos de apuração de crimes²³ é fundamental para viabilizar a implantação da cadeia de custódia no DF.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. João Villela (Diretor do Hospital Materno-infantil de Brasília), à Prof^ª Dr^ª Aline Mizusaki Imoto (Escola Superior de Ciências da Saúde), ao Médico Alexandre Pavan e a Psicóloga Cristina Moreira Azevedo, ambos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que contribuíram de diferentes formas para o desenvolvimento do estudo e elaboração desse artigo.

FINANCIAMENTO

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) Projetos de pesquisa científica ou tecnológica número 04/2016.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010; [cited 2018 apr 22]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en/>
2. Sena CA, Silva MA, Falbo Neto GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012-2013. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018; [cited 2018 may 10]; 23(5):1591-1599. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501591&lng=pt&nrm=iso&tlng=en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016>
3. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: Avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 mar; [cited 2018 may 15]; 23(6):2007-16. Available from: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/institucionalizacao-do-tema-da-violencia-no-sus-avancos-e-desafios/16686>
4. Osís MJ, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 apr; [cited 2018 may 15]; 46(2):351-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>
5. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1230-1240.
6. Vieira EM, Perdona GCS, Almeida AM, Nakano AM, Spano SMA, Daltoso D, et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2009; [cited 2018 may 20]; 12(4):566-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400007>
7. Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 dec; [cited 2018 jun 05]; 13(31):287-299. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400005>
8. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 apr; [cited 2018 jun 06]; 47(2):304-311. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200005&lng=en&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200005>
9. Presidência da República (BR). Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília (DF): Presidência da República. 1 ago 2013; [cited 2018 jun 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm
10. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica Atenção Humanização às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
11. Santos ES, Almeida MAPT. Atendimento prestado pelos Serviços de saúde à Mulher Vítima de Violência Sexual. *Id on Line Revista de Psicologia*. 2017 apr; [cited 2018 jun 10]; 11(35):84-99. Available from: <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i35.721>
12. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 may; [cited 2018 jun 13]; 29(5):889-898. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>
13. Creswell, JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.
14. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neo-natal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014; [cited 2018 jul 04]; 30(Suppl 1):S192-S207. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>

15. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. *PLoS One* [Internet]. 2012 may; [cited 2018 jul 04]; 7(5):e35151. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0035151>
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2001 aug; [cited 2018 jul 11]; 34(4):427-430. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000400020&lng=en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910200000400020>
17. Garbin CAS, Dias IA, Roviada TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 jun; [cited 2018 jul 25]; 20(6):1879-1890. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601879&lng=en&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>
18. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstetr* [Internet]. 2006 feb; [cited 2018 aug 01]; 28(2):126-135. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009>
19. Camilo LSS, et al. Preservação da cena de crime pelo enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência: uma revisão integrativa. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. 2017 Oct;4(2):185-202.
20. Mattar R, et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 feb; [cited 2018 aug 01]; 23(2):459-464. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200023&lng=en&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200023>
21. Passos AIM, Gomes DAY, Gonçalves CLD. Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas. *Rev Bioét* [Internet]. 2018 jan; [cited 2018 aug 02]; 26(1):67-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000100067&lng=pt DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261227>
22. Waldow VR. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: o enfermeiro como integrador. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2014 dec; [cited 2018 aug 07]; 23(4):1145-1152. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401145&lng=en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001840013>
23. Cunha PLL. Implantação de cadeia de custódia de vestígios. Implicações para a gestão da polícia civil e do Distrito Federal [dissertation]. Brasília (DF): Escola de Administração Pública. Fundação Getúlio Vargas - FGV; 2012.