UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

JULIANA DA FONSÊCA BEZERRA

O ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

CAMPINAS

2018

JULIANA DA FONSÊCA BEZERRA

O ATENDIMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva, na área de Ciências Sociais em Saúde.

ORIENTADOR: JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO
ALUNO JULIANA DA FONSÊCA BEZERRA, E ORIENTADO PELO
PROFª. DRª. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 01-P-43049/2015, 01-P-1738/2016, 01-P-3374/2018; CAPES, 02-P-4585/2018

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Bezerra, Juliana da Fonsêca, 1985-
B469a O atendimento da mulher em situação de violência sexual em um serviço de referência / Juliana da Fonsêca Bezerra. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Juliana Luporini do Nascimento.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Políticas públicas. 3. Saúde da mulher. 4. Violência contra a mulher. 5. Pessoal de saúde. I. Nascimento, Juliana Luporini do, 1974-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The attendance of women in the situation of sexual violence in a reference service
Palavras-chave em inglês:
Access to health services
Public policies
Women's health
Violence against women
Health personnel
Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde
Titulação: Doutora em Saúde Coletiva **Banca examinadora:**
Juliana Luporini do Nascimento [Orientador]
Raimunda Magalhães da Silva
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Arlete Maria dos Santos Fernandes
Herla Maria Furtado Jorge
Data de defesa: 08-06-2018
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

JULIANA DA FONSÊCA BEZERRA

ORIENTADOR: JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO – FCM/UNICAMP (PRESIDENTE)

2. PROF. DR. RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA – PPSGSC/UNIFOR (TITULAR)

3. PROF. DR. LUIZA JANE EYRE DE SOUZA VIEIRA – PPSGSC/UNIFOR (TITULAR)

4. PROF. DR. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES – FCM/UNICAMP (TITULAR)

5. PROF. DR. HERLA MARIA FURTADO JORGE – UFPI (TITULAR)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 08/06/2018

Dedico esta tese aos meus pais, Valdenísio Bezerra (em nossos corações) e Graça Fonseca; e ao meu esposo, Manuel Yuji.

Para todas as mulheres que sofrem ou sofreram com as violências do mundo, que esta tese contribua para melhorar o atendimento de saúde no Brasil.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me agraciou com o dom da vida, me cobriu de amor, me ofereceu oportunidades, colocou pessoas excepcionais para singularizar esta jornada chamada “vida” e por permitir a realização deste sonho de conclusão do doutorado, assim como tantos outros que transcendem o espaço limitado do Lattes.

Aos meus pais, Valdenísio Bezerra (eternamente em nossos corações) e Graça Fonseca, que me ensinaram por exemplos e gestos os elementos necessários para alcançar os meus sonhos, os quatro “D” - Determinação, Dedicação, Devoção e Disciplina; pelo apoio e amor incondicional em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo, Manuel Yuji, pelo amor, paciência, companheirismo, compreensão nos períodos de ausência, pelo convívio carinhoso e por participar efetivamente dos meus sonhos. Às minhas filhas de quatro patas, Cacau e Lika, que me acalmam com o seu carinho e companheirismo.

Ao meu irmão, Valdenísio Júnior, pelos momentos de brincadeira, carinho e amor desde a infância. Às minhas cunhadas, Valesca Rocha e Nádia Bonnet, pelo carinho a mim dedicado.

Aos meus familiares que, de maneira singular, colaboraram com a minha construção pessoal, o agradecimento em especial às tias Lourdes (Abude), Daíres e Sulamita, e à minha prima Zandra Lorena, por sempre estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

Às irmãs de coração, que foram minha família quando estive longe de casa, Ana Carine, Herla Maria e Lia Maristela. Agradeço a Deus por ter colocado cada uma de vocês neste momento, não poderia ter escolhido melhores irmãs, e pelos laços de amizade fundidos neste trajeto de doutorado desde as experiências de convivência, pessoais e profissionais, vocês me ajudaram a ter mais leveza e tolerância.

Às companheiras de orientação e de vida do grupo Sandra Rosa Madelana que seguiram em amigas a todo tempo Graziela Gatto e Renata Costa. Aos amigos que conquistei nessa trajetória do doutorado, que tornaram as discussões mais calorosas e reflexivas Laís, Neuciane, Tássia, Audiane, Camila, Cláudia, Karla Amorim, Marcio Melo, Gustavo Leão, Mercês, Calos Eduardo (Cadu), Mônica, Núbia, Larissa Veríssimo, Leonardo Shibata, Celso Pires, Elizabeth Cabral, Pedro Abreu e Ana Luiza Oliveira.

Aos amigos com quem sempre posso contar em qualquer situação, Lívia Andrade, Ana Clara Marques, Mateus Fernandes, Ana Luiza Ribeiro, Ana Carla Lopes, Marina Martins, Diana Fontenelle e Ana Maria Martins.

Aos meus queridos amigos de Vitória, que atuam como uma extensão da minha família, Eveline Zambonato, Luciano Kiesel, Aline Bongiolo, Diogo, Manuela, Pascoal Perrella, Paulo, Andressa, Rangel, Selma, Sofia, Rômulo, assim como tantos outros que seria impossível nomear a todos sem ser injusta com alguém.

Ao corpo discente e docente da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) por todo o apoio e acolhida. À Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que me ajudou na inserção na cidade de Vitória e que me permite exercer a docência.

Aos profissionais de saúde e às mulheres que aceitaram o convite para participar do estudo, dividiram comigo as experiências de vida e acreditaram na efetivação desta pesquisa.

À minha orientadora de doutorado, Juliana Luporini, pela parceria de trabalho, os momentos de aprendizado e discussões que enriqueceram a construção desta tese, e por ser sempre humana na compreensão dos anseios dos seus orientandos.

RESUMO

A violência sexual transcende fronteiras territoriais, educacionais, socioculturais e geracionais, configurando-se como problema de magnitude mundial. Mostra-se como uma das expressões da violência de gênero e firma-se como violação dos direitos humanos, sendo tema de preocupação mundial em virtude dos danos causados à saúde individual e coletiva, do alto impacto na morbimortalidade de mulheres e de repercussões na economia dos países. Objetivou-se compreender, junto às mulheres em situação de violência sexual, o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial, no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti. Realizou-se um estudo qualitativo, com revisão integrativa e coleta de dados com as mulheres em situação de violência sexual que são acompanhadas no ambulatório da violência e profissionais da saúde que prestam esse atendimento (médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogos). O estudo foi realizado no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, conhecido como Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas conduzidas por roteiros temáticos. Todas as entrevistas foram gravadas. Participaram do estudo oito profissionais de saúde (um ginecologista, dois psiquiatras, duas enfermeiras, uma psicóloga e duas assistentes sociais), e dez mulheres que realizavam o acompanhamento no atendimento especial do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, conforme os critérios de inclusão. Todas as entrevistas foram transcritas na integra e utilizou-se a análise de conteúdo. Na revisão integrativa, evidenciou-se que o atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde é desrespeitado em 87,5% dos estados do país, priorizando uma assistência medicalizada, tradicional e fragmentada. As mulheres desconhecem os seus direitos, e sofrem reflexo de uma sociedade machista e conservadora, que ainda a culpabiliza pela agressão sofrida. No estudo realizado no campo, identificou-se que os profissionais de saúde reconhecem e implementam na sua prática os procedimentos previstos na Norma Técnica, e realizam os encaminhamentos, orientações, profilaxias, anticoncepção de emergência, o ambiente é adequado para receber as mulheres em situação de violência sexual a qualquer horário do dia. As mulheres percebem o serviço como ferramenta necessária para o tratamento de saúde, mas reconhecem a limitação do serviço para solucionar as questões sociais e de vulnerabilidade. Existe uma articulação forte com a rede de atendimento inter e intrasetorial, principalmente com o serviço de segurança pública e assistência social. A violência sexual assume uma posição de destaque no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher e atua como referência regional para assistência da mulher em situação de violência sexual. Notou-se que a implementação das ações acontece articulada com a política municipal. Diante do exposto a revisão integrativa elucidou que a existência de obstáculos para efetivação das políticas na assistência às mulheres em situação de violência sexual e que os profissionais de saúde necessitam de capacitação e ambiente adequado para assisti-las. Existe uma lacuna na produção científica acerca da percepção da mulher sobre o atendimento de violência sexual relacionando segurança pública e saúde no território nacional. Compreende-se que o serviço de saúde analisado realiza capacitações com o quadro de profissionais, dispõe de educação continuada relativa à temática da violência sexual e oferece os serviços de medicamentos, profilaxias para HIV e IST, interrupção legal, anticoncepção de emergência, orientações, encaminhamentos e a articulação funcionante da rede de atendimento. As questões e análises apontadas neste estudo inserem-se em assimetrias ideológicas e de ações governamentais, que fomentam mudanças positivas na assistência à saúde das mulheres.

Palavras chave: Acesso aos serviços de saúde, Políticas Públicas, Saúde da Mulher, Violência Sexual, Violência contra a mulher, Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Sexual violence transcends territorial, educational, socio-cultural, and generational borders, configuring itself as a problem of global magnitude. It is one of the expressions of gender violence, constitutes a human rights violation, and is the subject of worldwide concern due to the damage caused to individual and collective health, to the high impact of the morbidity and mortality of women, and to its repercussions in the economy of countries. This study aimed at understanding, from women in the situation of sexual violence, the assistance given by the healthcare professionals at the Special Assistance Program in the Prof. Dr. Jose Aristodemo Pinotti Women's Hospital. This is a qualitative study, with an integral review and data collection on women in the situation of sexual violence and the health care professionals who give that assistance (physicians, nurses, social worker and psychologists). The study was done at the Prof. Dr. Jose Aristodemo Pinotti Women's Hospital, known as Women's Integral Health Assistance Center. The data was collected through semi-structured interviews conducted by thematic scripts. All interviews were recorded. Eight healthcare professionals participated in the study (one gynecologist, two psychiatrists, two nurses, one psychologist, and two social workers), and ten women who were being followed up at the special assistance service of the Women's Integral Health Assistance Center, according to the inclusion criteria. All interviews were integrally transcribed, and the content was analyzed. In the integrative review it was evidenced that the assistance that is advised by the Ministry of Health is not respected in 87.5% of the states in the country, where a medicalized, traditional and fragmented assistance is prioritized. Women do not know their rights, and suffer the reflexes of a chauvinist and conservative society, which still blames women for the aggression they suffer. In the study done in the field, it was identified that the healthcare professionals recognize and implement in their practice the procedures suggested by the Technical Norm, and that they refer, instruct, take prophylactic measures, emergency contraception, and that the environment is adequate to receive women in the situation of sexual violence at any time. The women perceive the service as a necessary tool for their healthcare treatment, but they recognize the limitation of the service in bringing solutions to their social issues, and their vulnerability. There is a strong articulation between the inter-sectorial and intra-sectorial assistance networks, mainly with the safety and the social assistance services. Sexual violence becomes a highlighted issue at the Women's Integral Health Assistance Center, and this center acts as a regional reference for the assistance of women in the situation of sexual violence. It was observed that the implementation of the actions is articulated with the municipal policies. The integrative review has shown that there are obstacles to the effectiveness of policies for the assistance of women in the situation of sexual violence, and that the healthcare professionals are in need of training and of an adequate environment to give assistance. There is a lack of scientific production about the women's perception of the sexual violence assistance related to public safety and public health in the national territory. It is understood that the healthcare service analyzed has efforts for the training of the professional staff, has a continuing education program related to the theme of sexual violence, and offers services of medication, HIV and STD prophylactics, legal abortion, emergency contraception, instructions, referrals and a working articulation with the assistance network. The issues and analyses shown in this study present ideological and governmental actions' asymmetries, which promote positive changes in the healthcare assistance to women.

Keywords: Access to health services, Public Policies, Women's Health, Sexual Violence, Violence against women, Health Personnel.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1	Organograma da contextualização das políticas e instrumentos legais referentes ao atendimento da mulher em situação de violência sexual	57
Figura 2	Fluxo de Atendimento em Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual, Ministério da Saúde, Brasil, 2011	61
Figura 3	Fluxograma do atendimento no CAISM	74
Figura 4	Planta física do programa de apoio espacial do CAISM	75
Tabela 1	Dados sociodemográficos dos profissionais de saúde do serviço de referência no atendimento de violência sexual. Campinas, SP (2016)	77
Tabela 2	Dados sociodemográficos das mulheres acompanhadas no serviço de referência no atendimento de violência sexual. Campinas, SP (2016)	79
Quadro 1	Identificação da amostra dos estudos segundo número, autor (es)/ ano, periódico, população do estudo, tipo do estudo e principais resultados. São Paulo, 2016	92
Quadro 2	Distribuição dos núcleos temáticos segundo os códigos dos estudos e a porcentagem presente em cada núcleo São Paulo, 2016	97

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

AE	Anticoncepção de Emergência
ARV	Profilaxia Antirretroviral
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CP	Código Penal.
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro Referência Especializada de Assistência Social
CT	Conselho tutelar
CRAM	Centros de Referência de Atendimento à Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ESS	Escola de Serviço Social
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GHB	ácido gama hidroxibutírico
GRUPSM	Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e da Adolescente
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFF	Instituto Fernandes Figueiras
IML	Instituto Médico Legal), casas de abrigos
IST	Infecções Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ONG	Organizações não governamentais
PAE	Programa de Atendimento Especial
Pet-Saúde	Programa de Educação e Trabalho para a Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacionais de Políticas para as Mulheres
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	**INTRODUÇÃO**	17
2	**MARCO TEÓRICO**	25
2.1	REDES DE APOIO PARA A MULHER: INSTITUIÇÃO FAMÍLIA E RELIGIÃO	25
2.2	VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER	32
2.2.1	**O gênero como ferramenta de poder**	39
2.2.2	**Desvelando o significado de corpo**	43
2.3	VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER	48
2.4	POLÍTICAS E INSTRUMENTOS VOLTADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	52
2.5	INSTITUIÇÕES VINCULADAS À VIOLÊNCIA SEXUAL	61
3	**OBJETIVO**	66
3.1	OBJETIVO GERAL	66
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
4	**CAMINHAR METODOLÓGICO**	67
4.1	TIPO DE ESTUDO	67
4.2	LOCAL DO ESTUDO	68
4.3	TAMANHO DA AMOSTRA	69
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	69
4.5	COLETA DE DADOS	70
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	72
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	73
5	**RESULTADOS**	74
5.1	MODELO DE ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS AO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	74
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO ESPECIAL	77
5.3	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	78
5.3.1	**Perfil dos profissionais de saúde do programa de apoio especial**	78
5.3.2	**Perfil das mulheres acompanhadas no programa de apoio especial**	80

5.4 ARTIGO 1 - ASSISTÊNCIA À MULHER FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA 84
5.5 CAPÍTULO 2 - A PERCEPÇÃO DAS MULHERES FRENTE AO ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM CAMPINAS, SÃO PAULO 112
5.6 ARTIGO 3 – PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM CAMPINAS - SP 127
6 DISCUSSÃO GERAL 147
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 153
REFERÊNCIAS 155
APÊNDICES 164

APRESENTAÇÃO

Durante a minha graduação em Enfermagem fui membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e da Adolescente (GRUPSM) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), tive a oportunidade de me aproximar das diversas tipologias da violência contra a mulher em estágios extracurriculares na rede pública e privada de Fortaleza, assim como, no Programa de Educação e Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) do Ministério da Saúde, do qual participei na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza – CE, nesta imersão houve o primeiro contato com as diversas causas de violência nos grupos de idosos e de mulheres.

Na minha atuação enquanto enfermeira tive a oportunidade de trabalhar em hospitais públicos e privados do município de Fortaleza. Dentre as experiências práticas na assistência de enfermagem, a temática da violência voltou a fazer parte da minha vida com a violência sexual, no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), em 2012. Na epidemiologia, dentre as minhas funções, uma delas era ser coordenadora do serviço de violência na instituição de saúde, era inteiramente responsável pelas notificações das violências do hospital e membro efetivo do Comitê de Maus Tratos Contra Crianças e Adolescentes na unidade.

A aproximação acadêmica com área de interesse Violência e Saúde aconteceu por meio do ingresso e da vivência no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Durante o mestrado, tive a experiência de participar de duas pesquisas multicêntricas. A primeira foi desenvolvendo um estudo realizado no Município do Eusébio, intitulado: “Metodologias de avaliação para o enfrentamento municipal da violência intrafamiliar e sexual. Teste de indicadores de pequeno porte em Eusébio, Ceará.” O estudo foi financiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em parceria como Instituto Fernandes Figueiras (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Rio de Janeiro, onde me sensibilizei para a óptica da gestão quanto ao enfrentamento da violência.

A segunda pesquisa multicêntrica, “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras teve como proposta analisar as realidades dos municípios de Fortaleza e do Rio de Janeiro, a partir dos gestores e profissionais de saúde. Esta pesquisa foi desenvolvida pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ) em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Esta pesquisa se desmembrou em teses, dissertações e

monografias, dentre estas a minha dissertação de mestrado, que teve como objetivo analisar a atuação dos profissionais na atenção à mulher em situação de violência sexual nos serviços especializados do Município de Fortaleza, Ceará.

Os resultados deste trabalho me inquietaram, pois o atendimento no município de Fortaleza não estava adequado e no Rio de Janeiro ainda estava em processo de implementação, em passos lentos.

Investigar sobre a temática de violência me inquieta, pelos avanços e retrocessos na área da saúde da mulher e no campo da saúde Coletiva. Ao eleger o acompanhamento de mulheres em situações de VS, descrever as proposições e realizações interdisciplinares que aportam ao campo, principalmente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Compreendo que as demandas são intermináveis de confrontações, análises, reflexões que sustentam ações transformadoras e reconstrutoras de ideias, assujeitamentos e as ingerências de "aparatos governamentais".

Diante desta justificativa, resolvi dedicar a presente tese na compreensão do funcionamento de um serviço de referência nacional, o serviço que contribuiu na formulação das políticas públicas e na elaboração dos protocolos de atendimento no atendimento às mulheres em situação de violência sexual. estes anseios me trouxeram à Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, especificamente ao Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, conhecido como Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM.

Frente à complexidade, que é a assistência à saúde da mulher, necessitei ampliar o meu conhecimento para ter uma maior apropriação do tema, pois a vivência da assistência a mulher em situação de violência sexual exigiu de mim, pesquisadora, um conhecimento ímpar para analisar os relatos e imergir no campo, atendimento, assistência à mulher, não apenas como enfermeira, mas especialista na área, o que me fez realizar em paralelo ao doutorado à especialização em Obstetrícia e Ginecologia, conclui o curso, em dezembro de 2016, no Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - São Paulo. Atualmente sou professora substituta da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

Foram essas vivências acadêmicas e profissionais, em conjunto com o desenvolvimento de publicações acerca da violência de gênero contra a mulher que possibilitaram o estudo do fenômeno, permitindo a construção desse objeto de estudo.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende compreender, junto às mulheres em situação de violência sexual (VS), o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial, no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti.

A diferença socialmente criada entre os sexos feminino e masculino é introduzida pela instituição família e pela cultura ainda na infância. As crianças, principalmente as do sexo feminino[1], experimentam a imposição de cores, brincadeiras diferenciadas pelo sexo, filmes, comportamentos, postura, tom de voz, apresentação social e diversas outras formas de coação para padronizar o que naturalmente é múltiplo.

Na luta para encaixar os gêneros na estrutura do binômio do sexo existem formas distintas para educar as mulheres. Principalmente em um país como o Brasil, tão vasto em extensão, que abriga diferentes culturas regionais, bem como imigrantes, que incorporam as variadas realidades culturais quando fixam residência no país. Corroborando com estes elementos culturais ainda existem as diferenças socioeconômicas, de religião, de experiências de vida, raça, cor, e a formação ideológica que favorecem as múltiplas formas de educar as mulheres.

Diante dos inúmeros fatores culturais, sociais e pessoais que influenciam na educação, existem famílias que educam os filhos pautadas na igualdade do gênero, que representam uma pequena parcela da sociedade brasileira; e a vertente conservadora, com o machismo presente. Elucida-se que a educação familiar conservadora que, normalmente, promove maior sofrimento às mulheres, além de incorporar na criação expectativas sociais que causam sofrimento psíquico, em algumas vezes isolamento social e suicídio. Por

[1] A mudança no comportamento social na contemporaneidade, século XXI, frente às questões de gênero oferece subsídios para potencializar o sofrimento masculino, advindo das: imposições culturais conservadoras, representada na expectativa que a família e sociedade nutrem em relação ao sucesso financeiro masculino; diversidade de experiências sexuais na vertente heterossexual, sofrer coação para não ter experiências sexuais distintas desta orientação, pondera-se pela introdução das variações de gênero e aceitação destas, ainda por minoria social; e para não ter medo, angústia, receio, fracassar ou chorar. Os homens em relação às mulheres ainda possuem melhores oportunidades de emprego e salários maiores, mas o sucesso profissional não anula o sofrimento decorrente da discriminação social pela orientação sexual, raça, cor e religião, e das imposições que transcendem o universo masculino. Mas neste estudo me delimitarei a discorrer sobre as mulheres.

exemplo, para ter o corpo belo, ser feminina, casar-se com um bom marido, vivenciar a experiência da maternidade, conquistar um bom emprego, dentre inúmeras outras.

Ainda no contexto infantil de apresentação social, existe a marcante influência cultural norte-americana, principalmente das estórias sobre princesas e finais felizes. A primeira história sobre princesa foi reproduzida pela Disney, em 1937, no período da segunda guerra mundial, estrategicamente em um momento da história em que a sociedade americana sofria com as perdas da guerra e as mulheres transcendiam a força de trabalho do espaço privado para o público.

Surgiu, nesse contexto, o universo encantado das princesas, que era dicotômico da realidade, mas com forte tendência a deixar a mulher como submissa e refém do espaço doméstico. É interessante refletir como isso, muitas vezes, repercute negativamente na vida adulta destas, agora, mulheres, incluindo a perpetuação desses sonhos infantis na educação dos filhos e na expectativa de encontrar o "príncipe encantado" na vida amorosa. A reprodução desses padrões sociais ilustra as questões citadas anteriormente que causam sofrimento às mulheres há décadas.

Diante disso, gostaria de desmistificar uma, dentre as inúmeras histórias infantis que terminam com finais felizes, a Bela Adormecida. Dentre as adaptações, me deterei na de Giambattista Basile, 1634, que era originalmente chamada de "Sol, Lua e Tália", e que posteriormente sofreu uma adaptação nos contos dos Irmãos Grimm, em 1812.

Na versão de Basile (1), a jovem de 16 anos é vítima de um acidente, não de uma maldição, prende um espinho venenoso sob a unha e adormece profundamente. Um determinado rei, casado, percebe a linda jovem desfalecida, não controla o impulso sexual e comete o abuso em um corpo desfalecido. Desse encontro, nada amoroso, a jovem engravida de gêmeos. Após nove meses, os bebês nascem e, no instinto natural, buscam o leite materno, acabam chupando um de seus dedos e retiram o espinho envenenado.

Então, Tália - a Bela Adormecida, mulher estuprada e mãe - finalmente acorda, sem entender a origem das crianças. Ela casa com o rei, pois a rainha, primeira esposa do agressor, morrera queimada ao tramar uma vingança para a protagonista. Assim, eles vivem felizes para sempre.

O conto original de Basile reproduz o que vivemos no mundo real, o comportamento de naturalizar a violência e de não romper com o ciclo da violência ainda é muito presente na sociedade contemporânea, ao normalizar os atos violentos e gestos grosseiros, que são culturalmente aceitos na sociedade.

Violência, medo do agressor, julgamento social, vergonha, influência da família, o entendimento errôneo da mulher sobre a forma de expressar o amor pelo companheiro são muitas vezes representados pelo: controle de horário, de roupas e limitação ao contato dos amigos, associados à dependência financeira, são alguns dos fatores as impedem as mulheres de se afastarem do agressor, contribuindo para que se mantenham em uma relação violenta por muitos anos ou para que não busquem ajuda em casos de violência pontual.

A VS é um fenômeno multidimensional, que possui uma estrutura sexista, que promove a colonização dos corpos e das estruturas culturalmente estabelecida pela sociedade, atua reafirmando as desigualdades de gênero e perpetuando as relações entre sistemas de dominação e produção de diferenças fundamentalmente em mulheres, crianças, adolescentes e idosas do sexo feminino.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra Mulheres (2), a violência contra a mulher consiste no ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada. A violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica ocorrida no âmbito público ou privado (2).

As estimativas globais sobre a violência praticada por parceiros contra mulheres indicam que 30% das mulheres que tiveram um parceiro (cerca de uma em cada três) já sofreram violência, física ou sexual, em algum momento da vida (3).

Nas regiões africanas, do mediterrâneo oriental e do sudeste asiático, aproximadamente 37% das mulheres que já tiveram um parceiro relataram ter sofrido violência física ou sexual praticada por parceiro íntimo, seguindo-se a região das Américas, com aproximadamente 30% das mulheres relatando exposição a esse tipo de violência ao longo da vida. Em termos globais, 7,2% das mulheres relataram também ter sofrido violência sexual praticada por outros agressores (3).

No Egito (4), o cenário de violência sexual é mutável, podendo ocorrer em locais públicos (79,3%), nos meios de transporte (54%), no local de trabalho (20,7%), na escola (17,3%) e no próprio domicílio da mulher (12,7%). Os autores da agressão normalmente são pessoas desconhecidas das mulheres (63%), e os conhecidos eram os seus professores (14%), parentes de segundo grau (8,7%), e primeiro grau (4%) e os chefes de trabalho (3,3%).

A relação entre o agressor e a vítima pode ser desde o desconhecimento, transitando entre pai, padrasto, professor, diretor, chefe até o companheiro (4). Entretanto em estudo realizado na França (5), a maioria dos autores (63%) eram desconhecida de acordo

com os dados das delegacias. O estudo foi feito com 418 mulheres, e em 51% dos casos os agressores eram desconhecidos das mulheres (5).

Os índices de proximidade com o agressor são divergentes, dependendo do local do estudo. Em Luisiana, nos Estados Unidos, em estudo (6) com 1172 pacientes que estavam hospitalizados, encontrou-se que mais de metade conheciam seus agressores. Uma análise comparativa na América Latina e no Caribe a VS é perpetrada por parceiros íntimos em de 5 a 15% dos casos (7).

Dentre as tipologias de violência a que as mulheres são expostas, existe a VS, que consiste em

> qualquer a ação que obrigue uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyerismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas - coerção física ou por medo do que venha a ocorrer (p. 22) (2).

Estudos apontam que a VS afeta milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano, tendo como estimativa o fato de que uma em cada três mulheres é abusada sexualmente antes de completar 18 anos (8,9). A cultura é um elemento importante na compreensão da VS. No entanto, nos países em que existe o patriarcado presente, que será abordado adiante no subitem 3.2, a violência sexual é marcante na sociedade. Essa perspectiva elucida questões enraizadas nas famílias, que envolvem a violência crônica.

A violência crônica é aquela à qual a mulher é submetida cotidianamente e não se apresenta com uma tipologia isolada. Normalmente associa-se à violência física, psicológica e a sexual. O agressor é conhecido e normalmente assume a figura do companheiro, mas pode ser identificado como alguém próximo da mulher. Essa apresentação da violência contra a mulher é a mais complicada, pois os agressores não são identificados claramente como agressores, nem pelas mulheres e nem pela sociedade.

As mulheres muitas vezes não percebem o abuso de poder expresso por controle excessivo, agressões verbais, isolamento, relações sexuais que não são prazerosas, mas acontecem por obrigação ou por desejo de manter o parceiro satisfeito. A VS crônica chega ao serviço de saúde com muita discrição em relação à violência com agressor desconhecido. Diante disto, é importante a promoção de ações educativas em saúde, com debates que envolvam a população sobre a violência contra as mulheres, visando o empoderamento das mulheres na identificação e rompimento do ciclo de violência.

O problema transcende a identificação, pois a implantação e a continuidade do tratamento é complexa nos casos de violência sexual crônica com o agressor, pois as mulheres não se reconhecem como dominadas pelos parceiros íntimos e vivenciam constantemente situações de violência (2,9,10).

No cenário nacional, as mulheres estão vulneráveis a sofrerem violência física e sexual em todo o período da vida, mas as crianças entre 1 e 14 anos são as maiores vítimas da violência sexual (11). Estudos (12, 9) apontam que mulheres mais jovens e adolescentes são mais vulneráveis a sofrerem a VS, tendo maior ênfase para as que residem com um dos pais ou padrasto. Normalmente, os autores da violência são pessoas íntimas ou conhecidos.

Tradicionalmente os adolescentes sofrem com as questões de inserção em grupos, que os levam a situações de vulnerabilidade. Um fator inerente a esta geração é a potencialização dos anseios, desejos, questionamentos e sofrimentos expostos na internet com uso das redes sociais. Na busca por pertencimento em determinados grupos; distanciamento dos pais, pela dificuldade de comunicação no ambiente domiciliar; e associado a postagens que (des)favorecem a imagem de acordo com o grupo, os jovens são levados a conhecerem o ambiente adulto precocemente, mas com a ingenuidade inerente à idade ou às poucas experiencias individuais de vida.

Nesse contexto, o início da vida sexual entre as adolescentes acontece precocemente e, infelizmente, a primeira relação sexual nem sempre ocorre com a pessoa escolhida pela jovem. Estudo (12) aponta que alguns fatores combinados facilitam a ação dos agressores, como: uso de álcool e drogas ilícitas, como *crack*/cocaína, opiáceos, *ecstasy* e GHB (ácido gama hidroxibutírico). Assim, a primeira relação sexual ocorre sob o uso da força ou coerção e estupro (12), fatores que podem ser potencializados quando a mulher possui antecedentes de violência sexual e baixas condições socioeconômicas (11), pois são elementos que contribuem para a manutenção da violência pelos agressores, utilizando as ferramentas da chantagem emocional, da vergonha, da dependência financeira e do medo do agressor.

A reincidência da violência física e sexual na idade adulta, bem como a busca inconsciente por parceiros que repetem o comportamento agressivo, é comum a partir dos 30 anos de idade, e os agressores normalmente são: amigo da vítima ou da família, ou um desconhecido, os pais, os parceiros e os antigos parceiros (13,14). Quando a violência acontece na idade adulta, existem maiores subsídios para estas mulheres para anunciar a situação vivenciada e procurar os serviços de saúde e segurança pública.

A VS não é restrita a nenhuma classe social, raça ou etnia. Todas as mulheres estão sujeitas a serem alvo da VS, mas as que possuem condições socioeconômicas mais desfavorecidas são mais propensas a permanecerem em situações de violência crônica (15,9). Entretanto, essa permanência não significa que a VS possui uma história única, embora seja notória a disparidade das notificações de VS entre as classes sociais no país, uma vez que normalmente a classe com maior poder aquisitivo não expõe as situações de violência, seja crônica ou pontual, e com isso dificilmente entra nos indicadores.

A identificação precoce, a prevenção e o acompanhamento das mulheres em situação de VS é uma estratégia para reduzir os danos potenciais de uma relação próxima entre o agressor e a mulher. A violência de gênero merece um tratamento diferenciado, pois envolve as relações de poder entre desiguais. A compreensão da causa da VS como patológica, dissociada das relações de poder e dos problemas sociais é uma concepção simplória (9,14).

No Brasil, as violências são notificadas e tabuladas pelo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), onde são notificados os agravos à saúde da população, dentre os quais a violência se enquadra na ficha intitulada Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. Os dados estatísticos desse sistema para a violência registraram 617.704 atendimentos, nos anos de 2011 a 2015, e a maior parte destes correspondeu à violência em mulheres, 413.552 dos casos, resultando em um indicativo dos níveis de violência. Na delimitação da ficha que corresponde ao "sim" para a violência sexual representou 80.921 em todo o país neste período, por a região registrou-se que no Nordeste houve 14.119 casos, Norte 13.971, centro-oeste 8.228, Sudeste 28.639 e Sul 15.964 casos (15).

Considera-se que os quantitativos de notificações de violência contra a mulher registrados pelo SINAN representam uma pequena parcela visível das violências que efetivamente ocorrem no país e que chegam como demanda ao Sistema Único de Saúde (SUS) (13,9). Embora inexistam dados concretos, nessa magnitude transparece a significativa quantidade de mulheres que vivenciam a VS e as suas repercussões.

Algumas das dificuldades em conseguir quantitativos fidedignos dos casos de VS são: 1) as questões sociais, que incluem o comportamento e apoio social das famílias e amigos diante da violência e na compreensão de que os atos violentos não devem ser normalizados; 2) as religiosas, pois existem diversas religiões no mundo e o Brasil é um país com diversidade cultural vasta e, com isso, as religiões também são amplas e particulares na questão do enfrentamento à VS e na questão da aceitação do poder do marido, ainda como expressão do

patriarcado e do machismo, na vida das mulheres; 3) culturais, que englobam a naturalização da violência, o machismo, a submissão da mulher, o homem responsável pela mantença da família; 4) a vergonha e a culpa das mulheres, além das questões envolvidas no rompimento do ciclo da violência, como o medo, inclusive de uma nova agressão, o que dificulta a revelação da VS; e 5) o desconhecimento dos direitos e dos caminhos para pedir socorro.

As consequências às mulheres que vivenciam a VS vão desde a contaminação com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gravidez indesejada, aborto inseguro, e transtornos psiquiátricos, como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtorno de humor, disfunção sexual, depressão, somatização, síndrome do pânico, uso de substâncias psicoativas, e até o suicídio (7,16).

Diante da complexidade do caminho que a mulher percorre até chegar ao serviço de saúde e ponderando as possíveis complicações que a violência acarreta à vida dessas mulheres, os profissionais de saúde precisam, além de tratar e prevenir os agravos da VS em um ambiente estruturado dentro dos serviços de saúde, acolher e disponibilizar o atendimento humanizado a essas mulheres, o que é de responsabilidade deles. Para melhor atendê-las, as unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por etapa da atenção, incluindo entrevista, registro da história clínica, do exame clínico e ginecológico, exames complementares e acompanhamento multiprofissional (9).

Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar. A implantação desse fluxograma é importante para o serviço e para a paciente, pois permite agilidade e resolubilidade no atendimento, como também preserva a mulher, evitando que ela tenha de repetir sua história para os vários profissionais da equipe e favorece os encaminhamentos necessários para outros serviços da rede de atendimento (8,9,17).

Para compor estes encaminhamentos, existem as redes padronizadas pelo Ministério da Saúde (MS) (17), composta pela: rede intrasetorial, que promove o atendimento por todos os serviços relacionados à saúde, e pela rede intersetorialidade, que envolve os setores do estado, como justiça, assistência social e segurança pública que oferecem suporte à mulher nos outros aspectos de suas vidas.

O atendimento no serviço de saúde, no setor da emergência, é composto por um fluxo que permite o início da anticoncepção de emergência (AE) em tempo hábil, até 72 horas após a VS, e o tratamento com as profilaxias antirretrovirais (ARV) nos casos de abuso. Para

realização do tratamento, não é indicado o uso da profilaxia de IST não viral quando é utilizado preservativo durante todo o crime sexual (17).

Não existem estudos que estabeleçam o tempo limite para a introdução da profilaxia das IST não virais em situações de VS. Ao contrário da profilaxia para a infecção pelo HIV, a prevenção das IST não virais pode ser postergada a critério do profissional de saúde e da mulher, em função das condições de adesão desta ou mesmo para evitar intolerância gástrica, sintoma comum quando diversas medicações são utilizadas simultaneamente. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento (8, 9, 17).

Para cuidar e prevenir a VS, é imprescindível discorrer sobre a temática com profissionais da saúde, atrelando conhecimentos com estratégias e ações de enfrentamento à VS contra as mulheres adotadas pelo país. O acolhimento e a orientação profissional precisam ser livres de julgamentos ou valores morais, visando a relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas. Esse comportamento é essencial para a condução de uma saúde pública integral, universal e igualitária (8).

Diante do exposto, elaborou-se a questão norteadora: como se dá o atendimento das mulheres em situação de violência sexual na percepção das mulheres e dos profissionais de saúde?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 REDES DE APOIO PARA A MULHER: INSTITUIÇÃO FAMÍLIA E RELIGIÃO

Normalmente, as principais instituições que oferecem apoio às mulheres são a família e a religião, principalmente nas situações de VS. O convite para refletir sobre essas instituições transcende o apoio recebido pelas mulheres posteriormente à VS, mas não o exclui, pois tentar-se-á compreender a construção da VS na sociedade, na medida em que essas instituições permeiam as primeiras relações sociais dos indivíduos.

As instituições, enquanto rede de apoio, podem apresentar-se de duas formas: positiva ou negativamente. Esta dualidade aparentemente óbvia e pequena para a grandiosidade da discussão precisa ser exaltada, pois para analisar a família e a religião é importante ter a clareza do lugar que essas instituições ocupam na formação do indivíduo e se oferecem subsídios para o enfrentamento das situações de VS ou amarras para permanecer neste contexto.

Diante desse impasse, inicio um resgaste salientando a família enquanto uma construção sócio-histórica. Na modernidade[2], as relações familiares eram marcadas pela hierarquia do homem, pois pertenciam a uma sociedade machista[3] (atualmente o machismo ainda está presente nas relações familiares e de gênero – temática discutida no subitem 3.2), o homem detinha o poder, controlava todos os membros da família, pois era o provedor, trabalhava, vestia e alimentava todos os membros. O lugar social da mulher era o âmbito familiar, exercia seu poder sempre à sombra do homem.

---

[2] Enfatizo que, quanto ao conceito de modernidade, existe, no universo acadêmico, uma discordância frente à aceitação da divisão entre modernidade e pós-modernidade. Alguns estudiosos das ciências sociais abordam a modernidade como algo ainda presente na contemporaneidade(18). Para este estudo irei utilizar a vertente linear da modernidade incluindo as questões inegáveis no processo histórico social, como a presença do capital, as revoluções e as guerras.

[3] Com relação ao conceito de machismo, este constitui um sistema de dominação aceito culturalmente pela sociedade, que utiliza o argumento do sexo, mistificando as relações hierarquizadas entre homens e mulheres, situando entre dominantes e dominados. Existe a apropriação que conduz a uma relação de poder e produz duas linguagens entre o masculino e o feminino (20).

A dicotomia das relações entre homens e mulheres transcendia as relações internas ao casal, na sexualidade o homem gozava da liberdade sexual, estimulada socialmente, e a mulher devia se manter fiel ao marido, sem demonstrar desejo sexual (18).

A virilidade exaltada do homem na sociedade e a aceitação social das posturas masculinas que vinculassem a ideia do macho provedor, mesmo atrelado às relações de infidelidade, eram aceitas, pois os homens buscavam as profissionais do sexo para satisfazerem as suas fantasias sexuais que não podiam realizar com as suas esposas.

As transformações nas relações familiares e sexuais deram-se após muitas lutas, em condições diferentes de acordo com as classes sociais. Dentre os inúmeros fatores que fomentaram essa transição, estão: a urbanização, a abolição da escravatura e a organização da população, que provocaram alterações nas relações familiares e sociais.

A primeira e a segunda guerras mundiais, nos períodos de 1914-1918 e 1939-1945, respectivamente, configuraram-se como oportunidades para as conquistas sociais das mulheres. A primeira metade do século XX é marcada por discriminação de raça e sexismo (19,21).

No contexto europeu, a indisponibilidade dos homens para o mercado possibilitou a inserção das mulheres no mercado de trabalho, mas representavam a classe trabalhadora com menor custo aos empresários. Nesse período, as condições de trabalho eram precárias, sem garantias ou direitos trabalhistas, e com jornadas exaustivas.

Mesmo diante das arbitrariedades, as mulheres encontraram a oportunidade de trabalho remunerado, mas em contextos diversos dos homens. Isto propiciou reflexões críticas e a movimentação social das mulheres quanto às relações trabalhistas e à remuneração dos homens. O fim das guerras propiciou aos homens o retorno para as fábricas, as mulheres voltaram para o espaço doméstico, mas as relações hierárquicas no âmbito público e privado não cabiam mais.

No Brasil, a ascensão das classes econômicas oportunizou às mulheres o acesso às escolas e às universidades, mas as mulheres travam um embate social diário para serem respeitadas, alcançarem o reconhecimento técnico-científico-social pelo trabalho que executam e pela igualdade salarial.

A conquista do mercado de trabalho não minimizou as atividades das mulheres, apenas expandiu o trabalho dentro e fora de casa. Essas adversidades proporcionaram sua movimentação social, a consolidação do movimento feminista na década de 1960, com os encontros das mulheres acadêmicas; trabalhadoras e em Organizações Não Governamentais

(ONG). Estes encontros também favoreceram a reflexão das mulheres, e as impulsionaram a travar uma luta, após o sofrido no setor trabalhista, pelos direitos iguais entre os sexos, que permeia a sociedade contemporânea (22).

Ainda no cenário nacional, algumas das mulheres compraram os ideais do movimento feminista, e conseguiram lutar pela redução das relações de poder existentes no núcleo familiar e social. Isto as impulsionou a desbravarem o mundo e a enfrentar as adversidades da independência financeira e social.

Alguns dos fatores que estimularam as transformações na estrutura familiar foram o advento do divórcio; o uso dos métodos contraceptivos, que possui o benefício do controle do corpo, mas responsabiliza a mulher pela gravidez; e o crescimento das indústrias, com a entrada da mulher no mercado de trabalho (23). Foram preservados, na modernidade, o controle da sexualidade feminina e as relações de classe (22).

Apesar de todos os esforços pela igualdade entre os sexos, em geral, e em vários setores da sociedade, os salários continuam menores; as mulheres realizam três ou mais jornadas de trabalho, ainda são moralmente as mais responsáveis pela criação dos filhos e expostas cotidianamente a altos índices de violência.

O casamento abrigava, e ainda abriga, responsabilidades morais. Os homens eram, e em muitos casos ainda são, os detentores do poder, do saber e da autoridade, enquanto a mulher era responsável por preservar a sexualidade, mantendo-se pura até o casamento, fiel ao esposo e dedicada à família e aos cuidados com o ambiente doméstico. Ela devia manter-se preservada, no espaço público e no privado, a superioridade do homem (24).

O significado de família assumiu um contexto ampliado e aquele modelo de família nuclear composta por um casal heterossexual e os filhos, que associava a expectativa de que a família era responsável pelos cuidados, promover a proteção, aprendizado e afeto, de que é detentora do controle das identidades dos filhos, promove os vínculos relacionais de pertencimento. Assim, a família nuclear tornou-se apenas uma das opções da conformação familiar[4] (25,26).

---

[4] A estrutura familiar poder ser expressa como I. Nuclear: composta por pai (sexo masculino), mãe (sexo feminino) e seus filhos (biológicos ou adotados). II. Mononuclear: um dos progenitores (mãe ou pai) e seus filhos (biológicos ou adotados). III. Ampliada ou extensa: os progenitores (mãe e pai) e seus filhos (biológicos ou adotados), além de parentes (avós, netos, dentre outros). IV. Alternativa: homens ou mulheres e seus

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entende a palavra família como:

> Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica. Consideram-se como famílias conviventes as constituídas de, no mínimo, duas pessoas cada uma, que residam na mesma unidade domiciliar, domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo (27).

A mudança da conformação familiar trouxe a possibilidade de dissolução do matrimônio, antes compreendido como indissolúvel, e permitiu novas conformações familiares e a legitimação dessas novas estruturas familiares que até recentemente não eram aceitas socialmente (29). O divórcio é uma conquista que pode ser expressa na mudança do relacionamento entre pais e filhos, com relações menos conflituosas entre os pais divorciados e as novas conformações familiares; o aumento das adoções; e os relacionamentos homossexuais, ainda marcados por preconceito, ganharam espaço na sociedade, mas com um longo caminho de luta à sua frente (29,30).

Apesar das mudanças internas dos núcleos familiares e das conquistas sociais, as diferenças de gênero ainda são muito presentes, mas o trabalho consiste em um elemento fortalecedor para as mulheres e acarreta importante para situar o local da mulher na sociedade e na família. Infelizmente, o trabalho também funciona como um local de opressão, violência, assédio e vulnerabiliza a mulher quanto ao trajeto de casa para o trabalho para que ocorra alguma VS.

Tratando-se de apoio da instituição familiar, quando a temática é a VS, existem variáveis de acordo com o contexto familiar que interferem e no entendimento feminino, como: 1) a cultura, a mulher precisa do entendimento de que sofreu uma violência, não ter vergonha de expor o que sente, o agressor e as suas fraquezas; 2) a religião, dependendo do dogma religioso que a família segue, ela não será um facilitador para romper a rota crítica da

---

eventuais descendentes (comunidades religiosas; Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT); e outras) (28).

violência; 3) os membros da família, dependendo da agressão a vítima convive com o agressor; e 4) falta de aproximação com os familiares.

Dentre essas limitações, podemos identificar que nem todas as relações sociais são compostas de carinho e afinidade entre os membros. Assim, da mesma maneira que existem famílias que apoiam os seus membros e que ajudam as mulheres fornecendo apoio psicológico, afeto, carinho e respeito, existem famílias que julgam as mulheres e colocam as vítimas em situação de maior vulnerabilidade. Nestes casos o agressor nem precisa ser da família, apenas com o pilar da cultura machista e de submissão da mulher esses elementos se chocam e causam violência psicológica, moral e, as vezes, patrimonial da mulher.

Como reflexo de uma sociedade baseada em relações de gênero desiguais, de comportamento machista, temos situações em que alguns homens se sintam capazes de violentar sexualmente uma ou dezenas de mulheres. Sabe-se que a causa do agressor violentar uma mulher não resume-se a uma história única, existem situações de contextos sociais em que o homem violenta sexualmente a mulher para se inserir em grupos ou facções, para provar que consegue dominar; como ferramenta de punição, não apenas para a mulher vítima, mas para a família dela ou para servir de exemplo de poder; bem como busca para saciar o desejo sexual (31).

Diante do processo de mudança na conformação familiar e em alguns casos a ressignificação das relações de gênero. A educação, independente das classes sociais, precisa incorporar as mudanças sociais e destituir os pilares culturalmente inseridos na instituição família, como o machismo e o patriarcado, para fornecer às crianças elementos fortalecedores para o empoderamento dos sexos. Criando ambientes educacionais sem distinção de gênero, pautadas no respeito pelas mulheres e pelas diversidades sociais existentes.

Dentro do contexto da rede de apoio para as mulheres, existe a religião, que é um elemento significativo da cultura e importante balizador das crenças e normas e do comportamento dos indivíduos.

Ao relacionar as mulheres com a religião, identifica-se que existe uma transição de apoio, acolhimento, compreensão das vulnerabilidades sociais das mulheres. Assim a religião pode agir como facilitadora para o enfrentamento da violência ou esta pode firma-se como esmagadora na estratégia de enfrentamento, pois pode limitar o acesso às instituições e às informações sobre onde as mulheres receberiam apoio, bem como estimular a permanência destas em relações desiguais e violentas.

No mundo, a religião predominante é o cristianismo, que possui 2,2 bilhões de fieis; seguida do islamismo, que representa 1,6 bilhões de muçulmanos; o hinduísmo, com 900 milhões; a religião tradicional chinesa[5], com 400 milhões; o budismo, com 376 milhões, sikhismo, 20 milhões; o judaísmo com 15 milhões de adeptos; e o espiritismo, com 13 milhões, que possui boa representatividade no Brasil, mas não é considerado uma religião, e sim uma doutrina religiosa (32). No país, ainda recebemos influência das religiões africanas, como o candomblé e a umbanda, dentre outras.

No Brasil, somos um povo dotado de religiosidades diversas e estas se configuram como importantes instituições e redes de apoio. A religião representa uma rede de apoio para a mulher, que deveria ser representada por um ambiente de aceitação das dificuldades e de acolhimento para as mulheres em situação de VS. Algumas mulheres recebem apoio positivo e conseguem superar utilizando os pilares da família e da religião para enfrentar a situação de violência.

Em outras situações, a religião atua negativamente no processo de ressignificação da mulher. Esta coloca-se em um lugar de controle social dicotômico do esperado pela sociedade para instituição religiosa, que é considerada como um lugar de paz, benevolente com humanidade, a fraternidade, o amor e a proteção dos mais fracos.

Neste contexto, é imprescindível situá-la como elemento norteador no espaço familiar, a religião através do seu poder simbólico, expresso pela formulação de condutas, princípios religiosos e a posição da mulher na sociedade. Essa estratégia de atuação e modo de controle dos fieis constrói uma ferramenta de desvalorização feminina, ao reforçar padrões de violência e de dominação masculina, e para limitar o exercício da cidadania e dos direitos humanos (33,34).

A religião das mulheres interfere na forma de entendimento do processo de violência sofrida, pois se esta for perpetrada por um parceiro íntimo, que possui o laço do matrimônio, relação compreendida como sagrada e insolúvel aos olhos de Deus. Isso na vertente mais conservadora coloca a mulher na vulnerabilidade social de não se desvencilhar do relacionamento violento. Em outros casos, quando a mulher consegue fazer a distinção

[5] A religião chinesa é composta por várias práticas, cultos, costumes e crenças.

entre relação sexual com consentimento e a forçada, ela consegue buscar ajuda nos meios jurídicos e, provavelmente, com o líder religioso.

O desestímulo da mulher frente à religião para sair de um relacionamento violento é muito presente na sociedade ocidental, devido às práticas culturalmente aceitas do patriarcado e da submissão feminina, além da compreensão superficial acerca da violência crônica pela religião.

Nos casos de violência perpetrada por agressor desconhecido, as mulheres sofrem com o medo do julgamento pelos membros da sua religião, principalmente o líder, devido à influência com a família da vítima. Algumas religiões são tão radicais ao ponto de esperar que a mulher se mantenha pura até o casamento, demonstrado pelo fato de que os pais solicitam aos profissionais de saúde, durante o atendimento da vítima de VS, o atestado de que a mulher ainda é virgem. O significado de virgindade e pureza se reduz à carne.

Esse entendimento dificulta o tratamento dessas mulheres que já estão sofrendo com a culpa, o medo, o julgamento interno, a lembrança da violência, a pressão familiar e da religião. O processo de sofrimento é potencializado com a gestação ou o desejo de interrompê-la. Atualmente, no Brasil, o aborto decorrente de VS é legalizado, mas devido às questões já pontuadas, sofrem sérios riscos de serem considerados um crime grave contra a vida.

Mesmo sem a aprovação nos órgãos competentes, algumas religiões consideram a prática como um crime e impedem a mulher de realizar o aborto, realizando a coação e o poder simbólico nas famílias e comunidades próximas. Algumas mulheres conseguem romper esse ciclo e realizam o aborto, outras gestam e doam, mas infelizmente a pressão psicológica é tamanha que elas podem cometer suicídio.

Nesse contexto, a religião interfere no atendimento dos profissionais de saúde também, pois a visão conservadora atrelada ao machismo impede que a mulher receba as orientações adequadas e conheça os fluxos propostos pelas instituições de saúde. Alguns profissionais, movidos pelos princípios religiosos, optam pela sua proteção legal com a objeção de consciência. Mas existem profissionais que assumem a causa e prestam atendimento previsto pelo MS. Infelizmente, ainda existem situações em que o desrespeito à mulher a restringem do seu direito legal frente ao atendimento no processo de abortamento, medicação, profilaxias e contracepção de emergência.

Diante das múltiplas realidades sociais do país, exalto que a violência contra as mulheres não está delimitada por raça, cor, classe social, idade e sexo, ela normalmente

advém de experiências, convívio, aceitação, medo, submissão, machismo e disputa de poder. Diante da necessidade de compreender em profundidade das questões intrínsecas à violência, elucido a violência de gênero contra a mulher.

2.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER

A violência de gênero contra a mulher, na especificidade da VS, envolve o contexto sócio-histórico-cultural das condições de vida e de saúde das mulheres. O termo gênero surgiu em 1950, quando os pesquisadores norte-americanos estudaram a transexualidade, na busca de compreender como os pacientes nasciam com o sexo biológico ambíguo[6]. Esse termo foi amplamente utilizado, primeiro, nas áreas de ciências médicas, psicologia e sociologia e, a partir dos anos 1980, incorporado na história das mulheres. Antes do termo gênero ser criado, na França, na década de 1970, utilizavam o termo sexo social ou de diferença social dos sexos.

O termo é polissêmico e existiram grandes debates teóricos acerca de sua natureza epistemológica entre 1930-1960. A resposta eficaz para a antropologia elucidou, após o movimento feminista na década de 1960.

O movimento feminista possui muitas vertentes, dentre elas a liberal, a radical, a interseccional e a negra. Para compreendê-lo em todas as suas nuances é importante saber que existe o feminismo liberal, caracterizado como um movimento social que defende a igualdade no campo político, social e cultural entre homens e mulheres, que trouxe como questionamento o status da mulher na sociedade quanto aos seus direitos e deveres, e o papel social que ela representa. Iniciou-se uma luta pelo direito ao controle do sistema reprodutivo, nos aspectos que envolvem o aborto, contracepção e cuidados pré-natais de qualidade, assim como a proteção às mulheres que sofreram violência sexual, os direitos trabalhistas, igualdade salarial e oportunidade de trabalho dignos (36,37).

---

[6] Quando o sexo do nascimento, o biológico, não coincidia com a genitália masculina ou feminina ou com a identidade sexual desejada pela família e sociedade (35).

O feminismo radical ilustra a discussão da dominação masculina sobre as mulheres como forma de explicação da posição de desvantagem destas em todas as áreas do contexto público e privado nas sociedades, principalmente onde prevalece a cultura patriarcal. Existe a centralização do discurso sobre a sexualidade, a prostituição e a pornografia através de uma construção social do gênero (38).

Nessa vertente, as instituições opressivas controladas pelos homens tendem a reproduzir mulheres que acreditam e perpetuam a própria dominação masculina, através da reprodução desigual dos papeis de gênero socialmente construídos. As feministas radicais buscam propiciar elementos fortalecedores para as mulheres a saírem do seu estado de submissão e buscarem a transformação da sua consciência e da realidade social (38).

Assim, o casamento é entendido como ferramenta para a construção das sociedades patriarcais, pois este trouxe a legalização para que os homens tivessem acesso aos corpos das mulheres para seu benefício. Esta vertente vem arraigada com o pensamento marxista, no sistema capitalista, os trabalhadores, a classe oprimida, são reduzidos a instrumentos e objetos de riqueza, coisificados e explorados.

Da mesma forma, vê a prostituição como uma extensão da dominação masculina, pois, para ela, os homens têm especial acesso aos corpos das mulheres na indústria sexual. Então, a prostituição é um exemplo extremo de como as sociedades construíram a sexualidade feminina como um objeto do desejo masculino. As prostitutas, tal como todos os trabalhadores, são na realidade máquinas de trabalho, oprimidas, alienadas, objetificadas, resultado de um sistema capitalista de políticas mundiais de exploração (38).

O feminismo interseccional constitui uma fusão de diversas formas de discriminação transpassando raça, gênero e classe social. Diante desse movimento, as reinvindicações de igualdade de direito político resultaram nos estudos sobre a origem da subordinação da mulher, com explicações teóricas dos termos mulher, opressão e patriarcado. Esses interesses uniram as mulheres de classes sociais distintas, fato que fortaleceu o movimento feminista (39-43).

As explicações teóricas de gênero fomentaram elementos para alavancar a discussão sobre a noção binária masculino e feminino, sendo caracterizados os elementos que compõem o universo feminino, representado pela submissão, e o masculino, com a masculinidade evidenciada, ambos eram vigiados para se encaixarem nesse universo restrito dos sexos.

As mulheres, independente de classe social, raça, etnia, dentre outros eixos relacionados ao poder, que constituem a identidade das mulheres, estes elementos eram velados e o significado do poder reduzia-se ao sexo biológico. Todas as mulheres sofrem opressão, mas de maneira distinta. Uma mulher branca, de classe social alta, não ocupava o mesmo espaço de poder na sociedade que um homem nessa mesma posição. Assim considera-se que a divisão binária é falida, pois existe equívoco em singularizar a identidade do feminino e ser fundamentada na genética dos sexos, descaracterizando as variações do gênero e das orientações sexuais (37).

Para compreender gênero é imprescindível diferenciá-lo do termo sexo, pois este é tido como biológico, natural, e o gênero relacionado à construção social e à identificação pessoal (35,39). O gênero, entendido como independente do sexo, representa um corpo e uma identidade significada com base nas relações sociais, o que o torna flutuante, o homem e o masculino pode aparecer no corpo feminino e masculino com igual facilidade, da mesma maneira o feminino (37).

O gênero não é uma interpretação cultural do sexo, pois ele advém de uma construção social e cultural. Entende-se que não existe relação direta entre sexo e natureza, e gênero e cultura, mas pode-se ter um sexo diferente do gênero no mesmo corpo. Na década de 1980, a discussão de gênero relaciona-se à temática da violência contra a mulher presente no meio político e acadêmico, assim como o surgimento de outras manifestações de violência, como: contra crianças e a doméstica (44).

As tipologias das violências podem ser, inicialmente, analisadas pela ótica acerca da resistência dos homens em reação às mudanças dos comportamentos das mulheres, que não reproduzem os padrões de comportamento internalizados pelas sociedades com base em regras reiteradas pelos costumes e pela tradição, pois a mulher deixou de atuar como um ser passivo dentro de uma estrutura de dominação social (44).

A vinculação da violência entre o sexo e o gênero constitui rígidos pares de oposição e a coexistência destes era concebida e explicada a partir da ideia de um sistema ideológico, o machismo, que submetia a ideologia baseada na submissão da mulher.

No Brasil, apenas em 1990, houve uma mudança no tema “mulher” para “gênero”. Assim, começam a ser estudados “os estudos de gênero” substituindo “os estudos da mulher”, essa transição demonstra a preocupação com o aspecto relacional do gênero e as assimetrias de poder (39).

A categoria histórica de gênero também é polissêmica e pode ser percebida em várias instâncias, como: aparelho semiótico (45), que entende-se como um sistema de representações que atribui significado a identidade, valor, prestígio, posição de parentesco, status dentro da hierarquia social, aos indivíduos dentro da sociedade. As representações de gênero são posições sociais, que trazem consigo significados dicotômicos, então o fato de alguém ser representado ou se representar como masculino ou feminino subentende a totalidade daqueles atributos sociais.

O gênero também foi categorizado como os símbolos históricos e culturais, representados por conceitos normativos, como grade de interpretações de significados, organizações, instituições sociais, identidade subjetiva, e o aspecto sociocultural, relacional e de poder (45); divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades (46); relação ampliada da gramática sexual, admitindo a relação homem-homem e mulher-mulher (47,48). Para Butler (43),

> o gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente, nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas. Resulta que se tornou impossível separar a noção de gênero das interseções políticas e culturais que ela é invariavelmente mantida (pg 21) (43).

Assim, admite-se que os pensamentos de Butler, Saffioti, Lauretis, Beauvoir e Scott enfatizam uma determinada potencialidade do gênero, mas todas convergem para o consenso: o gênero é a construção social do masculino e do feminino (49).

Dentre os inúmeros debates epistemológicos que o termo gênero desencadeou sobre o conceito, para este estudo, o termo designa um conjunto de categorias, arbitrárias ou convencionais, que se manifestam socialmente, culturalmente e nas experiências individuais, dentro do campo da identidade sexual das pessoas, que não são redutíveis e não derivam dos fatos biológicos e naturais, pois sofrem influência da cultura. Pode ser entendida como a diferença entre homens e mulheres, representada historicamente com silêncio, submissão, opressão e condição social.

A construção do gênero acontece em corpos passíveis de uma lei cultural inexorável, assim, a cultura o constrói. Para Beauvoir (50), pg. 9-10, a ilustre frase “não se nasce mulher, torna-se mulher, nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assuma no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que

elabora esse produto" permite a reflexão de que o corpo representa um momento efêmero, que pode sofrer modificações constantes (43).

Um estudo (51) que traz a reflexão sobre o texto de Beauvoir (50) aponta a categoria mulher como uma questão de libertação da mulher e enfoca a ambivalência da questão da liberdade de ser mulher e o contexto social de inferioridade feminina sobre a masculina.

A ideia do que é ser mulher é construída socialmente, assim como o homem, com isso as mudanças em resposta as lutas sociais das mulheres, nestes últimos 50 anos, obtiveram destaque: a ascensão social da mulher no mercado de trabalho, na economia e na autonomia sexual, incluindo a orientação sexual ou de gênero mas ainda existem barreiras a serem transpostas, como a igualdade salarial, equidade nas relações sociais e o respeito pelo "ser" mulher.

Diante dessa concepção, a violência de gênero alcançou visibilidade com o movimento feminista, que norteou as definições de violência contra a mulher, com a ampla exploração do conceito de gênero. A disputa no campo científico sobre a violência de gênero aponta para uma indiscutível questão da assimetria de poder entre os sexos.

Algumas feministas e historiadoras, como Scott (45,52), atribuem que as relações de poder nas construções sócio-históricas entre homens e mulheres são constituídas pela assimetria de poder presente na cultura, na sociedade e nas disputas políticas. Esse universo, permeado de relações hierárquicas, normalmente apresenta densas estruturas de poder nas relações familiares, que facilitam as condições objetivas e subjetivas de dominação e de exploração (53-57).

A feminista Saffiot (39) aborda que o poder está diretamente relacionado ao patriarcado, pois representa um sistema social no qual a diferença sexual serve como base da opressão e da subordinação da mulher pelo homem. O poder patriarcal pode ser entendido em função do âmbito familiar, como poder do pai sobre a esposa e sobre os filhos, e diz respeito à capacidade masculina de controlar o corpo da mulher para fins reprodutivos ou sexuais. Situa a mulher em um lugar de submissão e privado ao universo doméstico, sendo dicotômica a relação entre os espaços públicos e privados. O movimento feminista, desde 1960, luta pelo fim do patriarcado (43).

Entende-se que este utiliza as relações hierárquicas e comporta-se como uma tipologia das relações de gênero que utiliza as relações desiguais. O patriarcado caracteriza-se

pela disputa do poder a partir de um círculo vicioso entre atitude, sentimento, medo e controle.

O patriarcado condiciona a mulher e todos os membros da família a serem submissos ao homem. Nesse contexto, a mulher torna-se vulnerável para vivenciar uma relação violenta e permanecer nela, muitas vezes, sem apoio familiar e social. Essa realidade está presente, na pós-modernidade, nas famílias mais conservadoras.

A relação de poder expressa pela dominação do homem e de submissão da mulher demonstra que os papéis impostos a esses atores são consolidados ao longo da história, e são reforçados pelo patriarcado, que induz, admite e silencia as relações violentas entre os sexos. Além disso, perpetua as relações sociais desiguais entre os sexos, prevalecendo a exaltação do homem frente à mulher, deixando-a em posição de inferioridade nas relações afetivas, familiares, sociais e trabalhistas (58-60).

Assim, é possível verificar que a violência de gênero contra a mulher transpassa todas as expressões da violência, como: física, psicológica[7], patrimonial, institucional[8], moral, tráfico de mulheres, exploração sexual, cárcere privado, estrutural, intrafamiliar, delinquencial e sexual (62).

A violência física é a representação do poder exercido pelo agressor sobre a mulher, a necessidade de dominação é refletida em controle físico, que pode ser expresso por: agressão deixando-a com hematomas, manchas, cortes, arranhões e fraturas; rasgar suas roupas, quebrar objetos, esconder pertences e documentos; privação do direito de ir e vir; e até causar a morte.

A motivação do agressor para efetuar a VS se apresenta de múltiplas formas: desejo sexual; como ação punitiva e moralizador da mulher; disciplinar a mulher, neste contexto encontramos diversas justificativas sociais para agressão, como a vestimenta, horário de transito em via pública, dentre outros; o ingresso em grupos de repressão popular;

[7] A violência psicológica é composta pelas ações que promovem sofrimento á mulher. Estas podem envolver a ameaça, humilhação, privação do direito da mulher trabalhar fora e ter a sua liberdade financeira, deixar o cuidado e a educação dos filhos só para mulher, ofensas e menosprezar o corpo, ofender a mulher, insinuar que possui relações extraconjugais, desrespeitar e usar linguagem ofensiva (61).

[8] A violência institucional é representada pelo serviço público, hospital, posto de saúde, delegacia, escola, judiciário. A principal característica é o agente público não garantir o direito da mulher com uma atenção preventiva, humanista e reparadora dos danos, em vez disso o atendimento é regado ao constrangimento, tortura emocional e coação da mulher (63,64).

exaltação do poder masculino; e existem apresentações dicotômicas da agressão no meio domestico e no público, com o agressor desconhecido (31).

No primeiro espaço, o doméstico, o homem perpetra a agressão contra a mulher porque ele pode fazê-lo utilizando a "autorização" do matrimônio ou da união estável; no segundo momento, na via pública, a agressão advém de uma afirmação do masculino frente ao feminino, para mostrar que existe submissão e soberania masculina (31). A violência pode envolver o contexto político, uma ação para manter a mulher em situação de submissão e a questão do estupro coletivo, em que existe o compartilhamento de intimidade entre os agressores e o desejo sexual seria uma redução na avaliação da tipologia da agressão.

Na VS, o agressor transcende a figura do companheiro, muitas vezes são desconhecidos, chefes, familiares, filhos ou amigos, e nem todas as tipologias da violência precisam estar envolvidas, mas a violência psicológica está necessariamente envolvida na violência de gênero. Esta não é restrita ao ato sexual forçado, pois contempla diversas ações, por exemplo, quando o homem coloca a saúde da mulher em risco com alguma IST, assédio sexual, exibir o desempenho masculino, produzir gestos obscenos no trato com as mulheres, e a discriminação da mulher pela orientação sexual.

Na pós-modernidade, após as lutas sociais entre mulheres e as condições impostas pelo patriarcado e pelo machismo, encontramos reflexões interessantes sobre as conquistas das mulheres, por exemplo, na economia; no controle do corpo, envolvendo os direitos reprodutivos e sexualidade; nas relações familiares e com a autoridade patriarcal; no poder político; e na inserção no mercado de trabalho. Percebe-se que todas estas conquistas transpassam em algum nível a instituição família.

Diante do exposto, este estudo incorpora a violência de gênero contra a mulher com base nas desigualdades de gênero, relacionado com a assimetria de poder que contribui, principalmente, para as relações de força e dominação. Os desequilíbrios do gênero são refletidos nas leis, políticas, relações sociais e interpessoais.

A complexidade do tema trabalhado não se limita à compreensão das conformações sociais advindas do patriarcado e do machismo. Sendo necessário analisar a questão do poder do masculino frente ao feminino, então elucido no próximo subitem o gênero como forma de poder para tentarmos desvelar a relação entre o agressor e a mulher frente à temática da VS.

2.2.1 O gênero como ferramenta de poder

Neste estudo, buscou-se analisar como o poder se exerce dentro das relações de gênero, pela ótica de Foucault[9]. O poder pode ser compreendido pelas estratégias utilizadas nas relações entre indivíduos ou entre em coletividades, pode ser expresso pelas estruturas ou mecanismos de poder, que ocorrem apenas em situações que identificamos que algumas pessoas ou instituições exercem em atos e em ação um poder sobre os outros (65,66).

Partindo desta perspectiva, as primeiras relações de poder vivenciadas pelos indivíduos normalmente ocorrem nas relações familiares e utilizam os elementos do patriarcado, machismo e feminismo (discutidos no subitem anterior 3.2) para se expressarem, utilizando: as relações de poder; relações de comunicação e capacidades objetivas (66).

Esses três domínios representam as ferramentas de poder, que são: das coisas, da técnica finalizada, do trabalho e da transformação do real; e ainda existem os signos da comunicação, da reciprocidade e da fabricação do sentido. Esses elementos configuram as formas de dominação, utilizando os meios de coação, de desigualdade e de ação dos homens sobre os homens. A aplicação da capacidade objetiva vincula-se com a comunicação, induz os efeitos do poder que são expressos por signos e significados, e são utilizados, por exemplo, nas técnicas de adestramento, que encontram estratégias para impetrar obediência nas relações de trabalho e familiares (66).

Esses elementos, quando vinculados à educação e ao poder, transcendem as classes sociais e as gerações familiares, pois colaboram na representação e na perpetuação deste poder, e assim configura-se o comportamento coercivo do gênero masculino sobre o feminino.

A polissemia do poder permite que este seja expresso em diversas formas, com capacidade para modificar, usar ou destruir algo, por exemplo, as comunidades que são regidas por leis, instituições e ideologias; e os indivíduos produzem relações hierárquicas.

---

[9] O filósofo francês Michel Foucault recebeu influência dos modernistas Nietzsche, Heidegger e Kant. O trabalho de Foucault era para a construção de uma arqueologia do saber, mas transitou na área da análise do discurso e da experiência literária. A partir da arqueologia do saber houve um desdobramento para o estudo das relações de poder (65,66).

Para Foucault, o poder é exercido entre parceiros individuais ou coletivos e é um modo de ação de alguns sobre outros. O poder não existe de modo global, só existe se for exercido uns sobre os outros, restringe a sua existência aos atos, mesmo que esteja no campo das possibilidades, mas apoiado em estruturas permanentes (12,66).

O consentimento, a autorização, a renúncia da liberdade, a transferência de poder não limita que alguém exerça o poder sobre o outro, mas nem sempre o consentimento é um fator definidor para que o poder exista ou permaneça nas relações interpessoais. Elucida-se que o poder é arbitrário ao consentimento, mas não limitador, e o consentimento pode ser anterior ou permanente nas relações de poder.

Segundo Foucault, as relações de poder podem ser identificadas por cinco pontos: sistema de diferenciações, objetivos perseguidos, modalidades instrumentais, transformações institucionais e graus de racionalização (66). Estes elementos são necessários para compreender o que é uma relação de poder e como ela interage com a temática da VS, em qual momento existe poder na relação de gênero e em quando ocorre a posse e anulação ou inexistência do sujeito.

> 1. O sistema das diferenciações que permitem agir sobre a ação dos outro, como: as diferenças jurídicas ou tradicionais de estatuto e de privilégio; diferenças econômicas na apropriação das riquezas e dos bens; diferenças de lugar nos processos de produção; diferenças linguísticas ou culturais; diferenças na habilidade e nas competências. 2. O tipo de objetivos perseguidos por aqueles que agem sobre a ação dos outros: manutenção de privilégios, acúmulo de lucros, operacionalidade da autoridade estatutária, exercício de uma função ou de uma profissão; 3. As modalidades instrumentais, aonde o poder é exercido pela ameaça das armas, dos efeitos da palavra, através das disparidades econômicas, por mecanismos de controle, por sistemas de vigilância e por regras explícitas.
> 4.As formas de institucionalização: estas podem misturar dispositivos tradicionais, estruturas jurídicas, fenômenos de hábito ou de moda, os regulamentos institucionais próprios, estruturas hierárquicas, e uma relativa autonomia funcional, presente em instituições escolares e militares; ou por sistemas muito complexos, com aparelhos múltiplos, como no caso do Estado.
> 5. Os graus de racionalização: o funcionamento das relações de poder como ação sobre um campo de possibilidade é construído em função da eficácia dos instrumentos, da certeza do resultado ou do custo eventual. Assim, o exercício do poder é variável, pode ser considerado por duas vertentes, uma que o poder se mantém ou que ele pode ser reajustado e transformado. (p. 246-47) (66).

Utilizando as categorias do poder, as modalidades instrumentais e os graus de racionalização, citadas por Foucault (56) à temática da VS, compreende-se que existe o aniquilamento da vontade da mulher. Então, durante a agressão, mesmo o agressor e a vítima estando envolvidos em uma relação de poder, entende-se que o poder não está presente

naquele momento, mas sim o estado de dominação, que envolve o congelamento, a saturação do poder onde não envolve mobilidade ou fluidez.

Assim, no ato da violência sexual ocorre uma posse do corpo da mulher, mas até chegar a este estágio houve uma situação em que a mulher foi submetida a uma ou mais ferramentas de dominação pelo agressor. Para Foucault (56):

> Uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro pólo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-Ia. Uma relação de poder, ao contrário, se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que "o outro" (aquele sobre o qual ela exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação; e que se abre, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, intervenções possíveis (p. 243) (56).

A mulher, na situação da VS, existia a possibilidade de fugir, gritar, pedir socorro, e por medo, coação, intimidação verbal e bélica não expressou nenhuma reação contrária à agressão ou não obteve resultado satisfatório para evitá-la. Entende-se que na situação da VS houve uma dominação antecipada pela relação de poder, utilizada pelo agressor para controlar a mulher.

Os mecanismos do poder atuam como uma força coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos. Para Foucault (67), de acordo com as necessidades e com as realidades de cada local, são produzidas novas relações de poder.

A estrutura desenvolvida pelo agressor para exercer poder sobre a vítima permite que ele assuma formas concretas de dominação, o corpo, utilizando a coação, o medo e a força para alcançar a sua satisfação, para obter e saciar o seu desejo. O universo de atuação é o corpo social, penetra na vida cotidiana das pessoas, e é caracterizado como micropoder ou subpoder (67).

A liberdade é a condição necessária para o poder existir. Assim, Foucault compreende que as pessoas livres possuem opções, diversas reações e comportamentos para acontecer. Isto anula a ideia prévia de que a escravidão é uma forma de exercer poder, a escravidão é uma relação física de coação e não uma estrutura de poder.

A estrutura necessária para a instituição do micropoder, do homem sobre a mulher, é a existência de opções e o ser humano escolher permanecer na situação de dominação. A privação de liberdade da mulher, diante das possíveis escolhas de desafiá-lo, fugir, lutar, a mulher se rende ao medo e com isso é dominada pelo homem. Nitidamente,

excluem-se as situações extremas de violência, onde o agressor utiliza a violência física para obter satisfação.

O relacionamento violento entre homens e mulheres era descrito na década de 1980 por gestos abusivos, por exemplo, o desrespeito, a humilhação, sendo, necessariamente, seguidos pelo espancamento. Estes atos podiam aprovar-se até o assassinato da mulher.

A expressão "os homens agem e as mulheres sentem" reafirma uma passividade emocional recoberta pelo medo, pela vergonha e pelo sentimento de culpa da mulher (44). As relações de gênero eram marcadas, na modernidade, pelo patriarcado, como foi discutido anteriormente, que acorrentam as mulheres a uma situação de submissão ao homem, seja na figura do pai ou do marido.

Diante da realidade vivenciada na contemporaneidade, século XXI, a relação, muitas vezes arbitrária, entre as mulheres e a sociedade, o que permite que estas realizem uma luta diária contra esses costumes, enraizados na população, e a sociedade tenta coibir a ascensão social e econômica das mulheres utilizando as diversas formas de poder, para manterem o eixo dominador baseado nas diferenças de gênero.

Para Foucault, o poder disciplinar, responsável pelo controle dos indivíduos, possui, no caso das mulheres, o dispositivo do gênero como uma forma de controle social e de poder (67).

O poder pode ser instituído na sociedade, segundo Foucault (66), a partir do dispositivo de vigilância e da punição, "o dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, que conecta as configurações de saber que o condicionam, são, por tanto, estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles" (pg. 246) (66). Estes dispositivos utilizados no exercício do poder na sociedade são expressos por mecanismos discretos para dar força aos elementos que envolvem as relações de poder entre as pessoas.

O poder parece invisível, mas é reproduzido e perpetuado através dos indivíduos, ele atua de modo sofisticado e sutil. O poder disciplinar adestra os corpos com o intuito de multiplicar suas forças, visando à produção de riquezas e a redução da resistência política (65). Nas relações privadas, as pessoas, principalmente as mulheres, lutam com o poder disciplinador, por exemplo, controle no uso das roupas, orientações sexuais, exaltação do casamento e maternidade.

Nos espaços da sociedade onde o poder também é instituído, Foucault (67), diz: "[...] é uma máquina que circunscreve todo mundo, tanto aqueles que exercem o poder,

quanto aqueles sobre os quais o poder se exerce. Isso me parece ser a característica das sociedades que se instauraram no século XIX" (p. 219) (67).

As transformações das sociedades, culturas e classes sociais, discutidas nos subitens 3.1 e 3.2, fomentam todo o poder nas relações de gênero, pois coexistem com a personificação das relações de poder, presentes nos indivíduos.

Diante do exposto, Foucault (66) trata o poder como um sistema em que todos estão envolvidos no âmbito do macro ou do micropoder, apresentam relações que podem ter uma interpretação positiva na reestruturação da relação entre os gêneros, não exclusivamente, mas incessantemente, das mulheres em condição de corpo social e de Estado.

A batalha pela conquista da igualdade de gênero é válida e é necessária para que a sociedade desnaturalize as situações de opressão, poder e violência vividas pelas mulheres, com a implantação das mudanças de paradigma na educação e na cultura referente ao gênero, que ainda segrega e isola os indivíduos vulneráveis.

Para compreender melhor como o poder e a violência de gênero reflete-se na vida da mulher, é necessário o entendimento do significado de corpo para mulheres, sociedade e saúde, tendo em vista a associação destes fatores na assistência das mulheres nos serviços de saúde que auxiliam no enfrentamento da violência.

2.2.2 Desvelando o significado de corpo

A discussão sobre o significado do corpo sugere realizar o exercício de sair do lugar físico do corpo e entender como o corpo é representado no contexto social e cultural, pois são estes os elos das relações sociais vivenciadas pelas pessoas que interferem na construção desse pensamento, incluindo as questões vinculadas ao imaginário do corpo ideal no âmbito individual e coletivo acerca do corpo.

Elucido o desafio de deslocar a lente referente ao significado do corpo da área da saúde e trazê-lo para o lugar representativo das ciências sociais, que deveriam ser os elementos transversais mais presentes na formação dos profissionais da saúde, mas esta é outra discussão.

Na área da saúde, o corpo é identificado com as influências da ordem biológica, de forma multifacetada, cérebro, órgãos, fisiologia e anatomia, e nesta conjuntura o corpo sofre uma objetificação, que distancia as singularidades das pessoas, despem os seus corpos das roupas e adereços, o corpo transforma-se em simples conjunto de peças anatômicas (68,69).

A tentativa de objetificar o corpo dos pacientes está presente em todo o processo do cuidado, durante os procedimentos e atendimentos, das categorias dos profissionais da saúde, pois existe a necessidade de despir o corpo, e arraigado à imposição dos tratamentos, esta forma de cuidado consiste na tematização do corpo objeto (68).

Na perspectiva dos tratamentos, existe a análise dos corpos referente à classe social e à cultura. Entende-se que o cuidado em saúde se baseia em ações restritivas às condutas de higiene e aos cuidados com o corpo (69), enfatizando as práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças, ações que são executadas e interpretadas pelos profissionais e gestores de saúde arbitrariamente nas diferentes classes sociais.

Diante dessa realidade, existe uma luta para implantar nos serviços de saúde a humanização da assistência e o uso de saberes dicotômicos ao modelo biomédico, como o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), pois ainda é primordial a importância do acompanhamento voltado à doença, mas o corpo não está distanciado da pessoa. As PIC possuem uma política específica (70) que orienta a sua implantação na assistência em saúde. Ainda existe a Política Nacional de Humanização (71) que orienta e oferece diretrizes para os serviços públicos de saúde para oferecer um atendimento humanizado. No ambulatório do serviço estudado, percebeu-se a inclusão e a eficaz implantação nas condutas, atendimentos e recepção das mulheres nos serviços disponíveis no hospital. Isto ajuda ao profissional da saúde a descolocar a sua percepção acerca do corpo e de como o cuidado deve ser oferecido à mulher e aos familiares.

Nas ciências sociais, a interpretação de corpo é distinta daquela feita na saúde. A abordagem é voltada ao corpo pessoa, onde a individualidade e os sentimentos estão presentes, e o corpo não se reduz às peças anatômicas ou aos tratamentos médicos (68). Segundo Foucault (67):

> Não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável, mas de trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica – movimentos, gestos, atitudes, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo. (...). Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as “disciplinas” (p. 118) (67).

O tratamento do paciente como um corpo dócil é muito presente e instituído na prática biomédica, pois relaciona o cuidado ao modelo hospitalocêntrico. Nesta situação, o profissional de saúde é detentor do conhecimento e o paciente reduzido ao patamar da submissão do cuidado com o seu corpo.

Essa conduta é equivocada e arbitrária, pois o ser humano que está transitoriamente como paciente também é capaz de cuidar de si. Ao prestar cuidado é necessário ter a clareza de que o paciente é quem conhece e decide os limites do cuidado e das ações diárias da sua vida. O profissional de saúde precisa deslocar-se dessa posição hierárquica, que é inadequada, e relacionar-se com o paciente de forma horizontal.

Entende-se, com esta reflexão, que o corpo atua na esfera social e individual, e reforça a complexidade do fenômeno da corporeidade. Para analisá-lo se faz necessário transitar entre os distintos saberes interdisciplinares presentes nas ciências sociais e humanas e biomédicas (72,73).

A percepção sobre o significado do corpo passou por modificações durante as décadas; a ascese[10] corporal, que representava uma demarcação cultural e uma forma de resistência, transformou-se no mundo contemporâneo em uma bioascese[11], que é uma prática individual em que o sujeito cuida de si e constrói a sua identidade (71,72).

O corpo moderno submete os sujeitos às ideologias dominadoras do aprimoramento corporal, que ultrapassa a dimensão física. A valorização do corpo segue o limite do aprisionamento do ser, pois o utiliza "como acessório, modelado, fabricado, parceiro (alter ego); administrado, marcado, rascunho, transexualizado e *body art*" (pg. 321) (73). Esta intervenção marcante da estética corporal é uma interferência do biopoder[12].

A interferência dos sentidos no corpo pode ser expressa nas percepções sensoriais e corporais. O corpo pode ser compreendido como universo das representações, dos valores e do imaginário social, que consegue transitar pelo campo da sexualidade, incorporação de valores sociais, capacidades e limites, medos, dúvidas e descobertas e o próprio uso do corpo (73).

---

[10] A conduta ascética é dividida em quatro eixos para Ortega (74): o processo de subjetivação; a delimitação e reestrutura dos vínculos sociais; um fenômeno social e político; e determinada pelo elemento volitivo (75). Para Ortega, apud Foucault, o ascético é "o conjunto ordenado de exercícios disponíveis, recomendados e até obrigatórios, utilizáveis pelo indivíduo num sistema moral, filosófico e religioso para atingir um objetivo espiritual específico" (74).

[11] A bioascese é compreendida como sendo práticas apolíticas, desvinculadas do bem-estar coletivo e reduzido aos interesses pessoais. Segundo Ortega (74), "o interesse pelo corpo gera o desinteresse pelo mundo; a hipertrofia muscular se traduz em hipertrofia social" (pg. 48).

[12] Biopoder foi um termo ou conceito criado pelo próprio Foucault para mostrar a prática dos Estados modernos. Segundo ele, os Estados modernos regulam os cidadãos através de numerosas técnicas que possibilitavam o controle dos corpos e da população em geral (67,68).

Nesse contexto, apresenta-se a corporeidade, que é composta por estímulos e situações que desenvolvem o corpo, que busca ser entendido histórico e culturalmente. A noção de corporeidade supera a dicotomia biológica-cultural e expressa a unidade do ser no mundo.

Para Butler (76), o sexo é um constructo ideal que é forçado a ser materializado através do tempo. Entende-se que o sexo não é uma condição estática do corpo, mas um processo pelo qual as normas regulatórias materializam o "sexo" e produzem essa materialização através de uma reiteração forçada dessas normas. Fomentando esta reiteração das normas como necessária, a materialização do sexo nunca está completa, assim, os corpos não se conformam às normas pelas quais sua materialização é imposta (76).

As relações de poder e controle social atuam no corpo, os indivíduos escolhem uma *performance* ou estilo de vida para o corpo, que está em imersão social. Essas escolhas podem ser expressas, por exemplo, pelas aparências corporais, intervenções plásticas, estigma corporal, modernidade, corpo aventureiro, modificações específicas da idade, como o envelhecimento do corpo e o imaginário do descartável com a objetificação do corpo (73).

Para Foucault (77), o corpo pode ser definido em três modelos; corpo tópico, utópico e a fusão dos dois. Em todos os três modelos o autor refere-se ao corpo como um lugar de onde o ser humano está condenado a viver.

O corpo tópico refere-se à realidade corporal, aborda o corpo com as imperfeições, as variações anatômicas e as patologias. Enquanto o corpo utópico consiste em um corpo belo, límpido, transparente, luminoso, veloz, infinito em sua duração, desligado, invisível, protegido, sempre transfigurado (79). Queremos relacionar a relação do agressor com a vítima, o agressor traz o corpo biológico e a vítima sai do possível corpo utópico para um corpo tópico, que a aprisiona.

Partindo da descrição de Foucault, é importante abordar a temática de sexualidade[13] e compreender a dimensão que as sociedades ocidentais a interligaram com o controle do sexo, sobretudo no cristianismo, que é a religião predominante no Brasil, teve em relação às mulheres.

---

[13] A sexualidade é um comutador que nenhum sistema moderno de poder pode dispensar. Ela não é aquilo que o poder tem medo, mas aquilo que se usa para seu exercício. As proibições não são formas essenciais do poder, são apenas seus limites, as formas frustradas (67).

A confissão, o exame da consciência, foi o modo de incorporar a sexualidade no centro da existência. Era preciso examinar, vigiar, confessar e transformar em discurso. Assim, a produção de “discursos verdadeiros” resulta na formação de poderes específicos produzidos em relação à sexualidade. Isto tornou-se um problema no Ocidente, pois levou à repressão sexual (67).

As mulheres, na pós-modernidade, ainda convivem com os preconceitos e convicções mais conservadoras impostas pela repressão sexual, virgindade e pudor. Situações que representam o reflexo da abordagem utilizada na educação dos filhos na modernidade, principalmente se vinculado à violência, em especial a sexual.

A sexualidade é uma organização específica do poder, do discurso, dos corpos e da afetividade. Produz um conceito artificial que amplia e mascara as relações de poder em sua origem (43). A primeira abordagem sobre a temática sexualidade começou na metade do século XVIII, intitulada o dispositivo de sexualidade, que elenca um conjunto de práticas, discursos e técnicas de estimulação dos corpos, intensificação dos prazeres e formação de conhecimentos (75).

No corpo, a sexualidade, quando associada às relações intimas e afetivas, separada do sexo, priva o gênero feminino da autonomia dos seus corpos. Assim, quando as mulheres sofrem coação para ter relações sexuais ou vivenciam situações de abuso, trazem para o corpo a dor física e o sofrimento psíquico, pois se sentem aprisionadas ao corpo. Esse sentimento pode ser expresso, por exemplo, pela depressão, isolamento social, medo de relacionamento; e na ordem da psiquiatria, podem ou não desenvolver transtornos sexuais, e em alguns casos levam mulheres a cometerem suicídio, quando aquele corpo não serve mais para aquela pessoa que vive ali.

As mudanças corporais provenientes de uma gestação, também não podem ser esquecidas nesse contexto; o desenvolvimento de um corpo dentro de outro corpo. Essas temáticas afloram diversos sentimentos que variam do desejo ao medo das modificações corporais advinda da gestação, do parto e dos anseios relacionados ao crescimento e desenvolvimento do feto e da criança.

Quando a gravidez é vinculada às situações adversas como a VS ou é indesejada para o momento de vida da mulher ou do casal, o sofrimento psíquico e corporal é exaltado. A compreensão da dimensão corporal em paralelo com a saúde é o desafio deste texto e mostrar a importância que o profissional de saúde tem, na condição de ser humano, de colocar-se no

lugar do outro em questão, para compreender as suas lutas e oferecer estratégias de cuidado que oportunizem a ele a situação de bem-estar.

Diante das variações da interpretação do corpo nas diferentes áreas discutidas, entende-se que, para a mulher, o corpo é cuidado, nutrido e zelado desde o nascimento e, quando existe uma invasão desse lugar tão precioso, isso é considerado uma violência. Diante desse contexto, guio a discussão para a VS contra a mulher.

2.3 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

A Lei Maria da Penha (61), criada em 2006, é considerada a maior conquista das mulheres para a proteção legal nos casos de violência contra a mulher, principalmente pelo Estado, e a legislação aponta as semelhanças inseridas em diversos conceitos, especialmente na VS, violência de gênero e violência doméstica (62).

Em contrapartida, a criação dessa lei pelo Estado reflete uma estratégia para devolver às mulheres algo que outrora foi subtraído, criando uma dependência progressiva da sociedade aos órgãos colonizadores, que são fortalecidos com a elaboração das leis que protejam os mais fracos, com destituição da autonomia dos indivíduos e das relações sociais que os protegiam (18).

Diante da reflexão, a violência contra a mulher é considerada uma violência de gênero, é uma das manifestações mais intensas dos valores culturais patriarcais, e representa uma das prioridades para a saúde pública, pois é uma absurda forma de violação dos direitos humanos (1,61,77).

Esta temática foi debatida em 1994, na convenção de Belém do Pará, Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (78), e se firmou, como responsabilidade do Estado, a atuação e a criação de políticas que atuassem na prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Infelizmente, apenas 12 anos após a convenção de Belém do Pará (78), no ano de 2006, com a criação da Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha (61), a violência contra a mulher teve a repercussão social com o alcance nas delegacias, nos serviços de saúde e, principalmente no contexto social das mulheres. O tema começou a ser desvelado, esta era a abrangência que se almejava em 1994, na convenção de Belém do Pará.

A visibilidade dos problemas da VS foi conquistada pela Lei Maria da Penha (61), e fomentou os avanços com o atendimento especializado as mulheres nas delegacias,

estabeleceu a punição ao agressor pelo poder judiciário, embasou a elaboração das políticas, programas e instituições do ministério da saúde que tiveram uma construção social e a mídia foi utilizada como ferramenta de divulgação. Assim, a Lei Maria da Penha (61), definiu a violência contra a mulher como:

> [...] qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coerção ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou a prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (61).

A VS não pode ser reduzida à penetração, pois ela consiste, por exemplo, em atos e falas abusivas, toques sem autorização, exposição da intimidade sem consentimento da mulher, gestos, atitudes e atos obscenos nas relações com as mulheres; discriminação pela orientação sexual, e no estupro. O comportamento dos agressores está arraigado aos valores que a sociedade e a família representam e aceitam entre os diferentes gêneros. Assim, compreender as diferentes abordagens da cultura[14] e da moral[15] amplia o olhar para o entendimento de como a VS é construída e representada em diversas sociedades.

A VS configura-se como um fenômeno universal, sem restrições de sexo, idade, etnia ou classe social. As mulheres são as principais vítimas, em qualquer período de suas vidas, mas as mulheres jovens e adolescentes apresentam risco mais elevado de sofrer esse tipo de agressão (80,81).

---

[14] A cultura é um termo polissêmico que passou por transições nas diferentes esferas sociais, desde a produção agrícola, no século XIII, até a relação com a vida social, arte, leis e as relações interpessoais, no século XIX. A cultura pode ser exterior ao indivíduo, a cultura das sociedades; e a cultura adquirida, interior ao indivíduo, é o que as instâncias de socialização, a família, escola, amigos e a sociedade, assumem como atos e costumes. O comportamento é transmitido entre as pessoas culturalmente, ela não acontece de forma natural (82).

[15] A educação moral é dividida em três eixos, para Durkheim. 1. No sentido de disciplina, que inclui o respeito pela autoridade, costumes, normas e tradições da sociedade. 2. O sentimento de solidariedade e vinculação com os grupos sociais a quem o indivíduo pertence e pelo bem-estar do grupo. 3. No sentido da identidade, associado ao posicionamento da pessoa na vida adulta. O grau de sucesso no processo educativo está relacionado com o nível de articulação e elaboração, assim como de aceitação social e da filosofia moral que a pessoa adote (81).

As mulheres jovens e adolescentes[16] são as maiores vítimas, por terem seus corpos objetificados como corpos de desejo masculino, pela vulnerabilidade inerente à ingenuidade referente à idade, à inexperiência com relacionamentos e à dificuldade em compreender e impor limites para o outro. Esses fatores arraigados à necessidade de suprir a demanda social de ter um companheiro, as mulheres fazem escolhas desesperadas e se colocam em situações de submissão do parceiro.

As mulheres adultas e idosas não estão ilesas de superar estes desafios, mas a experiência de vida as fortalece sobre o entendimento do significado de limite[17], para o seu corpo e para os relacionamentos, fatores que as auxiliam no entendimento que nem tudo que é imposto socialmente deve ser absorvido indiscriminadamente em suas vidas.

A aceitação social da VS perpetrada por parceiros íntimos ilustra como a naturalização auxilia na perpetuação da dinâmica de controle e poder entre as relações desiguais de gênero. A sociedade, muitas vezes, atua como esfacelador da autonomia feminina, pois, ao exaltar o desejo sexual masculino, exclui o feminino e situa as mulheres em um lugar social de corpos objetificados sexualmente e destituídos de direito.

A invisibilidade da VS no ambiente doméstico permite que elas convivam com os companheiros e agressores personificados em um único ser. Mesmo com a ampla divulgação dos seus direitos, as mulheres em muitas regiões do mundo ainda vivem situações em que a sociedade aceita a violência perpetrada por parceiro íntimo e com estruturas legais que promovem a discriminação das mulheres em relação à propriedade e à herança, à idade de casamento, e à capacidade de entrar livremente e de deixar o casamento (80,83).

Na vida das mulheres, o impacto social é mais imponente pela carga cultural associada à condição de ser mulher. Com isso, a história nos retrata a submissão e a hierarquia masculina socialmente aceita, imposta e ensinada por décadas. Tal realidade pode ser refletida nos ambientes públicos, o recorte do presente estudo vincula as mulheres que sofrem

---

[16] Durante a coleta dos dados do campo foi verificado o quantitativo expressivo de adolescentes, menor de 18 anos, que não pode ser incorporado nos corpos do estudo que expressam essa realidade.

[17] Limite é o termo utilizado neste texto com no sentido de colocar barreira física ou semântica ao ato, ação ou conversa nas relações interpessoais, assim as mulheres conseguem dizer "não" com empoderamento e certeza do que querem, sendo menos influenciadas por chantagens, promessas ou coações do agressor.

violência sexual por desconhecidos, trafegam para o trabalho e lazer. As relações de gênero e violência perpassam os âmbitos privado e público.

O desfecho dos casos de violência contra a mulher nem sempre segue o caminho preconizado pelas portarias e políticas públicas de saúde, pois o percurso que essas mulheres fazem para denunciar ou expor a violência sofrida é regado de fatores externos[18] à violência que relaciona a mulher e o agressor com naturalidade. Todos esses fatores externos limitam ou impedem que se realize a denúncia, sendo nomeado como "rota crítica"[19], pelos pesquisadores da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), por estar repleto de desencontros e desestímulos.

A rota crítica conduz às tentativas, normalmente mal sucedidas, como a falta de apoio, a revitimização e a atitude preconceituosa dos profissionais de saúde e segurança pública, que deveriam acolhê-las, mas fazem as mulheres desistirem de romper com a violência e denunciar o agressor, independente de ser uma violência crônica ou pontual (84,85).

Os quantitativos da violência são alarmantes, e nos refletem uma realidade cruel da desigualdade de gênero (86):

- Cinco espancamentos a cada dois minutos (87) - Fundação Perseu Abramo/2010.
- Um estupro a cada 11 minutos (88) - 9º anuário de segurança pública/2015.
- Um feminicídio a cada 90 minutos (89) - Ipea/2013.

---

[18] Os fatores externos a violência transcendem a relação agressor-mulher, mas relacionam-se aos atores e condições sociais envolvidos na vida íntima da mulher, como família, filhos, amigos, situação financeira, relação com o trabalho, empoderamento, cultura que a mulher esta inserida, bem como com os órgãos públicos para denuncia ou acompanhamento.

[19] A proposta de Rota Crítica surgiu em uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para compreender o fenômeno da violência de gênero e caracteriza-se pelo caminho percorrido pela mulher para romper com a violência, incluindo a sequência de decisões tomadas e ações executadas durante esse processo. Existem os fatores inibidores e impulsores para o rompimento violência: internos e externos, a complexidade destes fatores atua através de uma perspectiva relacional, na qual aspectos individuais e sociais são indissociáveis. Assim, os fatores inibidores internos incluem medo, culpa, vergonha e amor; e os externos podem ser associados as pressões familiares, limitações materiais e ineficácia institucional. Os fatores impulsores descrevem os fatores internos da rota crítica como processos pessoais, sentimentos, representações sociais e racionalizações das mulheres; e os externos caracterizam pelas influências que as mulheres recebem do meio exterior, incluindo recursos materiais, informações, qualidade de serviços prestados pela rede socioinstitucional, apoio de pessoas próximas e, principalmente, aumento da violência ou o efeito da violência nos filhos (85).

- 179 relatos de agressão por dia (90)- Ligue180, 2015.
- 13 homicídios femininos por dia em 2013 (91)- Flasco,2015.

Para enfrentar esse problema, as ações públicas pautadas pela política devem atuar em três dimensões: I. na compreensão da mulher acerca da violência, de modo a romper com a tolerância a este fenômeno e com a culpabilização da mulher, para que esta se reconheça como vítima e como tal procure ajuda nos serviços de saúde e nas redes de enfrentamento da violência sexual; II. na organização dos sistemas de vigilância e notificação, encaminhando as denúncias e identificando a dimensão do problema; e III. na estruturação de uma rede de assistência, articulando os serviços de saúde e segurança pública, garantindo atendimento imediato e prevenindo, desta forma, futuras complicações (9,17,91).

A relação tríplice entre indivíduo, sociedade e violência envolve instâncias da violência com o desenvolvimento humano em diversos âmbitos, e sem o desvelar dessa relação para as famílias e a comunidade, é insuficiente a sensibilização acercada cultura do machismo, do sexismo e da submissão da mulher. O rompimento desse ciclo transcende as estratégias de gestão, mas depende de ações individuais na educação dos filhos, que no somatório das ações pautadas nas políticas públicas, será viável a mudança de atitude na perspectiva da naturalização da violência contra a mulher de uma nação, o Brasil. Para compreender a articulação dos instrumentos políticos relacionados às mulheres em situação de VS elucido este caminho no próximo subitem.

2.4 POLÍTICAS E INSTRUMENTOS VOLTADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O atendimento das mulheres em situação de VS é embasado nas políticas públicas, mas os caminhos durante a formulação destas, muitas vezes, são turbulentos, principalmente quando o cenário político está relacionado à redução dos gastos públicos.

A redução do incentivo econômico, de maneira ampliada, refletiu no desmonte do Estado de Bem-Estar Social, e restringiu as ações voltadas às políticas sociais, que são insuficientes para atender à nação. Neste contexto, os princípios de equidade, integralidade e universalidade ficaram restritos à classe menos favorecida, principalmente quando as temáticas são as violências (93). Diante da realidade política do país, neste subitem, tentarei

reconstruir as ferramentas utilizadas pelo governo brasileiro na luta contra a violência contra a mulher.

O Brasil, impulsionado pelo movimento feminista na década de 1960 (tema discutido no subitem 3.2), firmou compromissos internacionais e contribuiu nas convenções e nos tratados internacionais, por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1981), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) (citada no subitem 3.3), a Conferência do Cairo (1994), a Conferência de Beijing (1995) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (2000) (94,95).

Diante do presente envolvimento internacional, as ações internas de combate à violência contra a mulher começaram a se desvelar, e as primeiras políticas públicas direcionadas à temática foram implantadas, no ano 1985, como a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que utiliza a ferramenta de elaboração de políticas públicas para eliminar a discriminação contra a mulher e garantir a participação destas nas atividades políticas, econômicas e culturais do país (94,95). A sociedade ainda pode contar com as casas abrigo, que são para mulheres em situação de risco de morte, e os centros de atendimento à mulher em situação de violência também contribuíram para dar visibilidade ao problema e garantir a proteção da mulher (94).

O Ministério da Saúde estabeleceu, em 1998, as normas para implantação e funcionamento desses serviços, com a elaboração da Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (96). A Norma Técnica constituiu em uma ferramenta essencial para incorporação do tema da VS na saúde, com o estopim da ampla discussão sobre o aborto, assim como serve na contemporaneidade como uma baliza para os gestores e profissionais sobre as condutas e encaminhamentos para as mulheres em situação de VS.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em 2001, conseguiu sensibilizar o país para o desdobramento das discussões sobre a articulação entre violência e os efeitos na saúde, quando incorporou a situação real das violências no país. Essa inovação possibilitou avaliar a magnitude do problema das violências e o comprometimento da área da saúde pública, e ainda sinalizou as tipologias das violências e os grupos de incidência (97,95).

Outra grande conquista para fomentar a luta elucidou com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, pois definiram os conceitos, diretrizes, normas, ações e estratégias da gestão e monitoramento da violência contra a mulher no âmbito da saúde e da segurança pública. Anterior à sua criação, as iniciativas de enfrentamento à violência contra a mulher ocorriam pontualmente, com ações isoladas, e limitavam-se a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados, mais especificamente casas abrigo e delegacias especializadas de atendimento à mulher (96-98).

As políticas públicas voltadas para a violência contra a mulher foram elaboradas e instituídas entre 2003, ano de criação da SPM, à 2014, elucidam a dedicação do governo pode ser expressa pelo resgate histórico de algumas das políticas, diretrizes, planos de ação e leis para o combate à violência sexual.

- Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (99);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004 (60);
- Lei n° 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) (61)
- Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM), em 2005 e reformulado em 2008;
- Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em 2011(94);
- Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, em 2011;
- Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, em 2011.
- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes: Norma Técnica, em 2012 (17);
- Lei nº 12.845/2013 (100).
- A Portaria GM/MS nº 1.271(101)

Inicio o resgate histórico com a visibilidade do quantitativo de casos de VS obteve êxito a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que instituiu a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendida nos serviços públicos e privados de saúde (99). No ano seguinte, 2004, houve a atualização da Norma Técnica, criada em 1999, que

incorporou a obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência para a realização do aborto, e avançou nos campos da anticoncepção de emergência e das profilaxias das IST (95,102).

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde rompeu com as ações engessadas sobre a saúde da mulher e incluiu as questões de gênero e raça na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o que representa um avanço para a saúde coletiva, ao incluir elementos significativos para as ciências sociais. Essa política também incorporou a problemática da violência doméstica, sexual e as repercussões negativas à saúde física, mental e reprodutiva da mulher.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), criado em 2004, demonstra o reconhecimento do governo para importância da criação e implementação de políticas públicas de saúde que reiterem a questão dos direitos humanos oferecendo assistência e apoio às mulheres em situação de violência (98,103).

No ano de 2005, houve a incorporação da Central de Atendimentos à Mulher, pelo "Ligue 180", que foi outra grande conquista, contribuindo para a produção de dados e informações sistemáticas sobre o fenômeno da violência contra as mulheres, permitindo que as mulheres denunciem, recebam orientação sobre os direitos e conheçam as redes inter e intrassetoriais. O serviço do "Ligue 180" contabilizou, no período de janeiro a junho de 2015, o quantitativo de 364.627 denúncias, e as buscas a esse serviço são voltadas à violência física (58,8%), psicológica (25,3%), moral (11,2%) e sexual (2,1%), alcançando 470 mil pedidos de informação referentes à Lei Maria da Penha no período de 2006 a 2013 (90).

A Portaria n° 1.508, de 2005, autoriza o aborto em caso de VS. Esta representa mais a conquista aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Fica restrito à mulher fazer essa escolha, após a comprovação da VS. A portaria ainda estabelece os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei (104).

No ano de 2006, a Lei nº 11.340, Lei Maria da Penha (61) (citado no subitem 3.4), esta possui a especificidade para as punições dos agressores e a visibilidade sobre os crimes de violência contra a mulher, estabelece os procedimentos judiciais, altera o Código Penal (CP). A lei baliza as ações de segurança pública possibilitando a reclusão nos casos dos flagrantes da agressão e permite ao agente público decretar prisão preventiva, nos casos de ameaçar integridade física da mulher. Ainda obriga ao Estado a oferecer as medidas de proteção para a mulher e restritiva ao homem, que corroboram no afastamento do agressor do domicílio, da mulher e, algumas vezes, dos filhos (100,95).

A implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2006, auxiliou na obtenção de dados e informações sobre os agravos que pudessem permitir o conhecimento da magnitude desses problemas de saúde. Esses registros complementam os dados epidemiológicos resultantes do Sistema de Mortalidade e Morbidade Hospitalar (103).

Em 2007, foi criado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que propõe consolidar todas as políticas públicas existentes nas esferas federal, estadual e municipal para o enfrentamento à violência contra as mulheres e de descentralização das políticas públicas referentes à temática (94).

Em 2008, houve a reformulação da II PNPM, na qual, após a construção embasada na participação popular, houve a reafirmação das propostas da primeira conferência e acrescentaram-se seis novas áreas estratégicas, que reafirmam a transversalidade da violência de gênero (105).

A notificação de violências e acidentes incluídos na lista do SINAN, em 2009, favoreceram a consolidação dos dados quantitativos no contexto nacional e a homologia dos indicadores (106).

A alteração na Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, no ano de 2010, disponibilizou aos profissionais um instrumento como objetivo auxiliar o profissional de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, embasado em uma saúde pública de fato universal, integral e equânime (17).

Apenas em 2011, o SINAN reformulou a lista de doenças de notificação compulsória e incluiu a ficha de "violência doméstica, sexual e/ou outras violências" como um evento de notificação compulsória. Esta é uma edição da Portaria nº 104, que disponibilizou aos profissionais e serviços de saúde os fluxos, critérios para as notificações, assim como trouxe responsabilidades para esses atores sociais (106).

Para estreitar a relação das mulheres que sofreram VS com os serviços de saúde e de segurança, o Governo Federal, em 2011, adotou a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (94), com a finalidade de estabelecer conceitos, princípios, diretrizes, ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres; bem como a assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional (9).

O ano de 2013 foi resplandecente para a elaboração das políticas públicas referentes ao enfrentamento à violência contra as mulheres, com decretos e leis que obtiveram visibilidade social, dos profissionais de saúde e segurança pública, assim como dos gestores. Nesse ano, foram elaborados, de acordo com a cronologia: o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013; a Portaria nº 528, de 1 de abril de 2013; a Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013; o lançamento do III PNPM e o Programa Mulher, Viver sem Violência.

O Decreto nº 7.958 estabelece diretrizes para atendimento às mulheres em situação de VS pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS (107).

A Portaria nº 528 estabelece os serviços responsáveis pela o atendimento da mulher em situação de VS no SUS. Serão estes: serviços de saúde que realizam atendimento ginecológico e/ou obstétrico, como hospitais gerais e maternidades, pronto-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência não hospitalares, ambulatórios de especialidades clínicas e unidades de atenção básica em saúde (108).

Um avanço na esfera da legislação nacional de enfrentamento da temática aconteceu em agosto de 2013, com a edição da Lei nº 12.845/2013(100), que prevê a obrigatoriedade do atendimento integral a pessoas em situação de VS nos hospitais do SUS. Dessa forma, todos os serviços da rede hospitalar tornam-se responsáveis por essa atenção, não sendo mais restrita às instituições consideradas de referência para essa demanda.

O atendimento é imediato e obrigatório em todos os hospitais do SUS, composto pelos serviços: diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; amparo médico, psicológico e social imediatos; facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de Medicina legal e às delegacias especializadas, com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; profilaxia da gravidez; profilaxia das IST; coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; e fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis (109).

No ano de 2013, houve a reformulação da III PNPM (109), que deve ser implantada até o ano de 2015. Dentre alguns de seus temas, estão: enfrentamento da violência sexual; conquistar a igualdade econômica; igualdade para as mulheres, fortalecimentos das mulheres nos espaços de poder; e o enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia (110). No capítulo 4, referente ao eixo de enfrentamento da violência sexual, da III PNPM aponta

como objetivo geral a redução de todas as formas de violência contra a mulher, exaltando a aplicação da Lei Maria da Penha (61), fortalecimento dos serviços especializados, proporcionando o atendimento humanizado às mulheres, desconstruindo mitos e preconceitos com a temática, inserindo-as em programas sociais, além da identificação dos agressores (110).

Essa é a configuração do resultado de lutas dos movimentos de mulheres, que vêm se mobilizando desde o início do século XIX contra todas as situações de opressão e de discriminação, exigindo a ampliação de seus direitos civis e políticos, seja por iniciava individual, seja pelo coletivo de mulheres.

O Programa Mulher, Viver sem Violência é composto por seis estratégias de ação: Casa da Mulher Brasileira; Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual; Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira Seca; Campanhas Continuadas de Conscientização; e Unidades Móveis para o Atendimento às Mulheres do Campo e Floresta (110).

A Portaria GM/MS nº 1.271 de 06/06/2014 revoga a Portaria nº 104 (102) e inclui a VS e a tentativa de suicídio como de notificação compulsória de caráter imediato, devendo ser informado para Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em tempo menor ou igual a 24 horas pelo profissional de saúde do serviço público ou privado (110,95)

A SPM, em 2014, ampliou a sua atuação para três linhas de ações: "(I) políticas do trabalho e da autonomia econômica das mulheres; (II) enfrentamento à violência contra as mulheres; e (III) programas e ações nas áreas de saúde, educação, cultura, participação política, igualdade de gênero e diversidade" (pg 56) (111). Essas conquistas possibilitaram a criação de normas e padrões de atendimento nas delegacias e serviços públicos para as mulheres em situação de violência sexual; atualização da legislação sobre a temática; incentivo à constituição de redes de serviços; o apoio as ONG, projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e o conhecimento das mulheres acerca dos seus diretos, conhecer os mecanismos judicias e os serviços de segurança pública (5, 95).

Compondo as ações do Programa Mulher, Viver sem Violência de 2013, foi criada, em 2015, a Norma Técnica para a Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações, abordagem adequada da mulher e coleta de vestígios, que permite secagem, transporte e armazenamento do material biológico (112). A Figura 1 apresenta uma composição desse conjunto de políticas e instrumentos legais.

Figura 1: Organograma da contextualização das políticas e instrumentos legais referentes ao atendimento da mulher em situação de violência sexual

Fonte: Observação da pesquisadora

Em oposição ao denso movimento político para a visibilidade da VS, mesmo com o declínio do incentivo econômico, existem no país serviços de saúde desestruturados e profissionais ainda incapacitados os para o atendimento desse público. A identificação da VS é um fator limitante para os profissionais, pois as mulheres, muitas vezes amedrontadas, não expõem a VS nos atendimentos e, sem ajuda, se submetem a condições suscetíveis para novas violências. As dificuldades de relatar a VS, muitas vezes, vinculam-se com a relação financeira, afetiva e de medo com o agressor, mas envolvem a família, principalmente, os filhos, na teia da violência.

Diante dessa realidade, o atendimento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional capacitada, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Esse atendimento transcende a simples identificação da VS, e precisa contemplar tratamento das IST, realização de exames, notificação da violência no SINAN, realização das orientações dos seus direitos e efetivação, encaminhamentos para a rede inter e intrasetorial, que consistem no Instituto Médico Legal (IML), delegacia da mulher para realizar o registro do boletim de ocorrência, orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal (17,113,114).

Mesmo com as orientações que o Ministério da Saúde para realizar o atendimento humanizado e informar sobre os direitos, ainda existem situações em que as mulheres vivenciam o constrangimento e a insegurança em tornar público o fato de que foram violentadas. A falta de informações favorece a busca de atendimento com pessoas não habilitadas e em locais clandestinos, principalmente nos casos de aborto, o que complica e vitimiza ainda mais as mulheres.

O serviço de aborto legal, no SUS, atende mulheres que sofreram VS e em risco de morte, nas duas situações em que o Código Penal isenta de punições os profissionais da saúde e as mulheres pela prática do aborto (115,116). A assistência inadequada ainda é muito presente na nossa realidade, e advém da dificuldade que os profissionais de saúde têm de orientar e realizar o aborto com as mulheres em situação de VS (117,118).

Infelizmente existem poucos profissionais de saúde dispostos e capacitados para realizar o aborto. Estudos (118,119) trazem os seguintes fatores: desconhecimento dos profissionais em relação à legislação vigente sobre o aborto; temor em relação às complicações judiciais, pois existe o receio de serem punidos legalmente e culpados pela realização do aborto, sendo permitidos por lei; os valores religiosos dos profissionais; e o repúdio ao estigma de "aborteiros". No ano de 2017, voltou a ser pauta na câmara dos deputados a temática do aborto, temática abordada na PEC 181/2011 (120), dentro de uma reunião sobre a PEC 181/2015, que tinha como temática ampliar o prazo de licença-maternidade para mães de bebês prematuros. Por uma manobra da bancada evangélica foi incluído no texto a proibição da interrupção da vida desde a sua concepção, ou seja, o que tornaria crime o aborto até mesmo em casos considerados legais hoje pela legislação brasileira, como em situação de estupro ou de risco de morte para a mãe.

Diante da temática relevante e dos mecanismos cristalizados de redução dos índices de VS, necessita-se do interesse da gestão nos âmbitos federal, estadual e municipal para a implantação nos serviços de segurança, judicial e de saúde a assistência alinhada com a legislação vigente e as políticas voltadas para a violência contra a mulher. Diante da complexidade do tema, elaborou-se o próximo subitem que visa auxiliar na compreensão das instituições vinculadas à VS.

2.5 INSTITUIÇÕES VINCULADAS À VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência é um fenômeno multifacetado que transcende o setor da saúde, pois, para oferecer um atendimento eficaz, é necessário compreender a rede de atendimento que a mulher pode transitar, dividida em intersetorial e intrasetorial. O objetivo dessa estrutura de atendimento é: ampliação, melhoria da qualidade do atendimento, identificação, encaminhamentos adequados das mulheres em situação de violência, integralidade e humanização do atendimento da mulher (17).

A rede de atendimento refere-se ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores, principalmente assistência social, justiça, segurança pública e saúde, que compõem a rede intersetorial; enquanto a rede intrasetorial vincula-se com os serviços prestados na área da saúde.

As instituições vinculadas à assistência às mulheres em situação de VS estão no âmbito da saúde, de Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher, do Instituto Médico Legal (IML); da segurança pública, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM); da assistência social, com ONGs, casas de abrigos, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Conselho tutelar e os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM); e o sistema judiciário com Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, e Órgãos da Defensoria Pública (8).

A rede de atendimento está vinculada à rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, contemplando o eixo da "assistência" que, segundo o previsto na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (8), objetiva:

> Garantir o atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; da criação de serviços especializados (Casas Abrigo/Serviços de Abrigamento, Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Defensorias da Mulher, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher); e da constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento (articulação dos governos – Federal, Estadual, Municipal, Distrital- e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento) (pg 8) (8).

O setor da segurança pública, em 2010, criou a Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) (121), que normatizou o atendimento diferenciado as mulheres pelo Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher

(97), estruturado em quatro eixos: 1) implementação da Lei Maria da Penha e fortalecimento dos serviços especializados de atendimento; 2) proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento da feminização do HIV/AIDS; 3) combate à exploração sexual de meninas e adolescentes e ao tráfico de mulheres; e 4) promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão (121).

O setor da saúde, principalmente os serviços especializados de atenção à VS, é norteado pela Norma Técnica (17). Esta orienta que os serviços devem ser compostos por infraestrutura básica, no mínimo com consultórios ginecológicos, serviços integrados de saúde reprodutiva, mecanismos para assegurar confidencialidade e proteção para as mulheres, e equipe capacitada para trabalhar com a temática de VS (17).

As instituições de saúde de atenção à VS, após a Lei 12.845/2013 (101) aplica-se a todos os hospitais do SUS, precisam ter uma estrutura mínima, por exemplo, infraestrutura básica de consultórios ginecológicos, serviços integrados de saúde reprodutiva, equipe capacitada para assegurar confidencialidade e proteção para as mulheres.

As ações de atenção à saúde devem respeitar os princípios básicos do SUS, integralidade, equidade e universalidade. As instituições devem assegurar cada etapa do atendimento de emergência, o acompanhamento por no mínimo seis meses quando relacionados às profilaxias das IST, e por tempo indeterminado para as questões envolvendo a saúde mental; encaminhamento para a rede inter e intrasetorial; e tratamento dos ocasionais impactos da violência sexual, em todos os níveis de saúde da mulher.

Os atendimentos dos casos de VS, estabelecidos na Norma Técnica (17) devem ser realizados em ambiente privativo e tranquilo para realizar o exame e a entrevista, exaltando a escuta qualificada do profissional de saúde. Esta apresenta propostas quanto à instalação física, recursos humanos, equipamentos, apoio laboratorial para os exames, registro de dados, notificação da violência, sensibilização e capacitação dos profissionais.

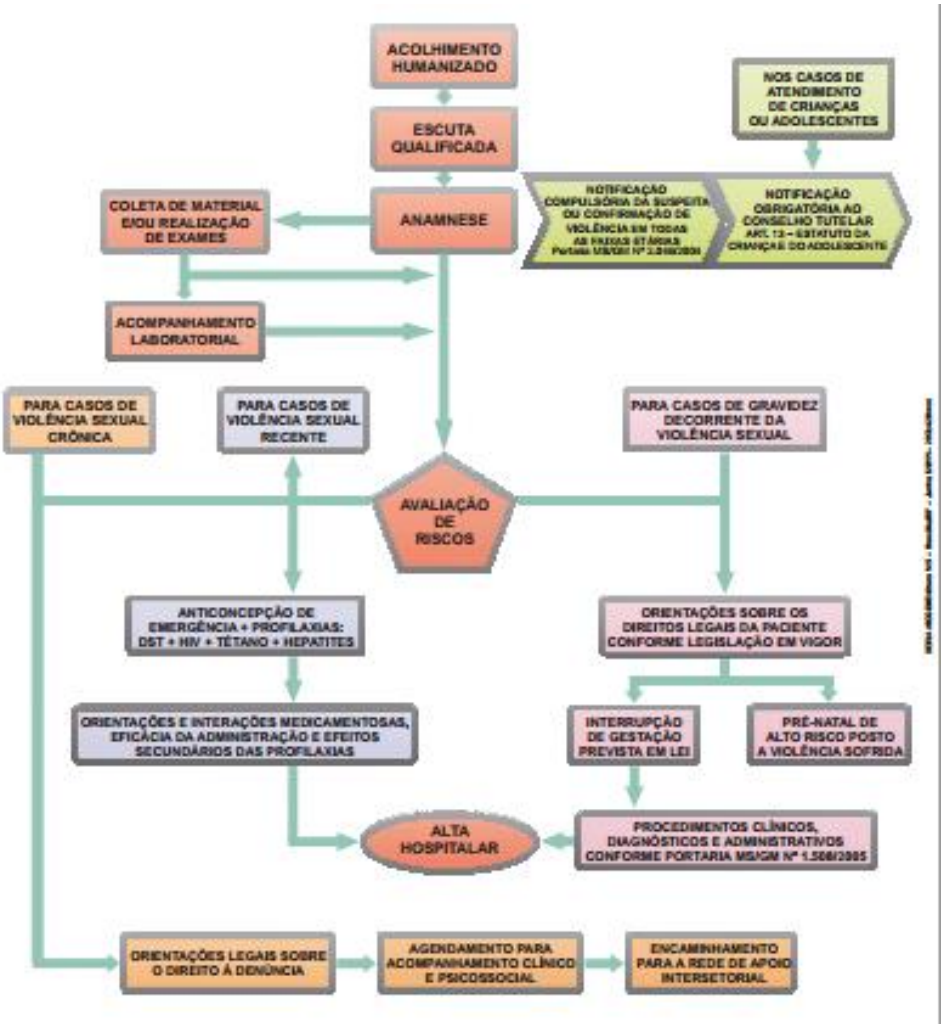
O atendimento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, e em serviços de referência para casos de maior complexidade pode se acrescer de pediatras, infectologistas, traumatologistas, psiquiatras, além de outras especialidades. São apontadas as condutas para anticoncepção de emergência, profilaxia de IST e gravidez decorrente da VS (17).

Para estruturar os serviços de saúde, existem fluxos de atendimento e encaminhamento de mulheres que podem ser elaborados pelas instituições ou podem adotar o fluxo do Ministério da Saúde (Figura 2). Este fluxo apresenta os caminhos percorridos pela

usuária mediante acesso aos serviços de saúde, contemplando as etapas previstas na Norma Técnica.

Uma das maiores preocupações dos profissionais e gestores de saúde é a revitimização da mulher. Diante disso, existe a avaliação de risco, que consiste na identificação de situações vulnerabilidade da mulher. Esta avalia os riscos de repetição e previne novos episódios, principalmente nos casos em que o agressor é o parceiro. Essa avaliação de risco é realizada no primeiro atendimento e pela escuta qualificada, e é refeita em todos os atendimentos.

Figura 2. Fluxo de Atendimento em Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual, Ministério da Saúde, Brasil, 2011 (122).



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

O primeiro atendimento da mulher é na emergência, e deve ser composto por entrevista, exame físico e ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais, coleta de material para identificação do provável autor da agressão e o preenchimento da ficha de notificação da VS (17).

Os dados coletados devem ser rigorosamente anotados no prontuário e devem servir de guia para todos os membros da equipe multiprofissional, para evitar que a mulher reconte a história da agressão. Essas informações devem ser registradas em fichas unificadas e específicas com espaços para as observações de todas as categorias profissionais.

A mulher em situação de VS, ainda no atendimento emergencial, deve iniciar as medidas de profilaxias de IST (não virais, hepatites virais e infecção pelo HIV) e a prevenção da gravidez em razão da violência, em até 72 horas da agressão. A profilaxia das IST não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e da idade da mulher (17).

As maiores preocupações das mulheres que realizam o atendimento emergencial da VS é a finalização desse processo de acompanhamento, pois o desejo de superação é um dos maiores interesses delas, e além da lembrança física da VS, o que assombra essas mulheres são o receio de uma gravidez e as IST/HIV.

Diante dessa angústia, a profilaxia para o HIV é indicada para os casos de violência com penetração oral, vaginal e anal para as mulheres que chegam ao serviço de saúde nas primeiras 72 horas após a violência. A profilaxia antirretroviral (ARV) deve ser iniciada posterior à análise das vias de penetração, número de agressores e se a agressão é crônica com o mesmo agressor. Nos casos em que o agressor ou a situação sorológica do agressor forem desconhecidos, é realizada a investigação sorológica da mulher por seis meses após a exposição, para incluir a janela imunológica para soro conversão no tratamento.

A gravidez em decorrência da VS envolve, além da gestação, questões psicológicas e sociais que podem ser evitadas com a Anticoncepção de Emergência (AE). Todas as mulheres e adolescentes em idade reprodutiva expostas a situações que possam resultar em gravidez devem tomar até cinco dias após a VS (17).

Nas situações em que a mulher desenvolve a gravidez decorrente da VS, os profissionais de saúde devem esclarecer à mulher ou aos representantes legais, em caso de adolescentes, sobre as alternativas legais (123) quanto ao destino da gestação, que podem ser: a) aborto, b) acompanhamento no pré-natal, na unidade de saúde, e c) após o parto encaminhar para o sistema de adoção ou assumir o filho.

O aborto decorrente da VS, segundo a Portaria n° 1.508, de 2005 (104) (citada no subitem 3.4), deve ser realizado pela equipe multiprofissional, no mínimo, com obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e psicólogo. Esses profissionais são obrigados a preencher os termos previstos em lei: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Responsabilidade, Termo de Relato Circunstanciado, Parecer Técnico e Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez (104).

Para atender às exigências da Norma Técnica (17), a gestão municipal e estadual deve oferecer à equipe multiprofissional do serviço especializado em saúde da mulher capacitação inicial e continuada, com grupos de discussão, rodas de conversa, estudos de casos e cursos, que contemplem o conhecimento técnico e científico; e possibilitando a compreensão das engrenagens da rede intra e intersetorial.

Essas ações viabilizam a reflexão sobre o enfrentamento, as dificuldades para desvelar a violência, a consequências da VS, assim como os direitos assegurados em lei. Uma das funções do setor da saúde, dentre as suas especificidades, é a de assegurar os direitos das mulheres em situação de VS.

Infelizmente, nos serviços de violência há uma fragmentação da rede socioinstitucional, ocasionada pela estrutura física inadequada e pela falta de envolvimento profissional para discutir e planejar o atendimento individualizado. Essa articulação da rede é insuficiente e contribui para a desconfiança da mulher nos serviços especializados, fatores que inviabilizam a criação de vínculo terapêutico (124,125).

O serviço de atendimento à mulher em situação de VS envolve âmbitos distintos que compõem a atenção multiprofissional, atores que estão engajados em uma rede intra e intersetorial. Os serviços que atuam com os fluxos pactuados, espaços para discussão e encaminhamento dos casos nos diferentes níveis dessa rede, bem estruturados com os planejamentos periódicos, permitem a criação de uma cultura de aproximação e sensibilização dos profissionais de saúde com a temática da VS.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender, junto às mulheres em situação de VS, o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial, no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o que as pesquisas nacionais retratam acerca da interface da assistência da mulher em situação de VS e as políticas públicas de saúde no Brasil, analisando a mulher e os profissionais de saúde.
- Identificar, segundo as mulheres, em que medida as ações ofertadas pelo Programa de Atendimento Especial, no ambulatório da violência, possibilitam estratégias para superarem os traumas e conflitos pessoais gerados pela agressão.
- Analisar, segundo os profissionais de saúde, as ferramentas utilizadas que possibilitam a recuperação física, emocional, psicossocial das mulheres em situação de VS.
- Compreender a percepção das mulheres acerca da eficácia do fluxo de encaminhamentos para a rede intra e intersetorial.

4 CAMINHAR METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um trabalho de cunho qualitativo, com as mulheres em situação de VS e profissionais de saúde que realizam acompanhamento no Programa de Atendimento Especial no Programa de Atendimento Especial do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

A pesquisa qualitativa consiste no campo de investigação que é interligado por termos, conceitos e suposições, que possibilita aprofundar os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência, e que foca a natureza socialmente construída da realidade estudada (126,127).

Tal investigação possibilita a compreensão da perspectiva, das crenças, dos valores e dos comportamentos dos profissionais em relação às funções e questões de saúde que configuram seu âmbito de trabalho. Esta abordagem metodológica permite que os profissionais discorram sobre suas experiências, preocupações, dificuldades e facilidades para desenvolver determinadas ações de cuidado em relação à prática profissional.

O desafio específico que localiza o observador no mundo consiste em um conjunto de práticas materiais interpretativas e interligadas que dão visibilidade ao mundo. Apesar de entender que nenhum método irá apreender a totalidade do fenômeno estudado, como bem expresso no texto de Denzin e Lincoln (126):

> Qualquer olhar sempre será filtrado pelas lentes da linguagem, do gênero, da classe social, da raça e da etnicidade. Não existem observações objetivas, apenas observações que se situam socialmente nos mundos do observador e do observado – e entre esses mundos. [...] os pesquisadores qualitativos empregam [...] métodos interpretativos interligados, sempre em busca de melhores formas de tornar mais compreensíveis os mundos da experiência que estudam (p. 33) (126).

A pesquisa qualitativa em *settings* é entendida como um microambiente de relação interpessoal, que contempla o fator psicológico e transcendendo o ambiente físico utilizado para a coleta de dados de saúde (127). Este possibilita a compreensão da perspectiva, das crenças, dos valores e dos comportamentos das mulheres em relação ao seu papel social e às questões de saúde que configuram o âmbito de atendimento da VS. A abordagem metodológica permite que as mulheres e profissionais de saúde falem sobre as suas

experiências, preocupações, dificuldades e facilidades quanto ao atendimento prestado no serviço de violência do CAISM no município de Campinas, SP.

Para aprofundar e organizar o conhecimento sobre a atuação dos serviços de saúde no atendimento as mulheres em situação de VS e a interface com as políticas públicas no Brasil, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Esta consiste na concretização das seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de artigos, definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos e interpretação dos resultados (128).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no ambulatório do CAISM, no munícipio de Campinas, SP. A cidade compreende uma área territorial de 794,433 Km^2, tem uma população total estimada de 1.144.862 habitantes, dos quais 559.248 são mulheres e 359.405 compreendem as mulheres na fase reprodutiva (10 a 49 anos) (129,130).

O hospital faz parte do complexo ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/FCM), considerado serviço terciário especializado em saúde da mulher e do recém-nascido e de referência do município e da região metropolitana de Campinas, abrangendo mais de 17 cidades e com cobertura estimada de 2,5 milhões de pessoas (131,81).

O serviço de violência do CAISM é considerado como referência para o atendimento de mulheres em situação de VS em âmbito nacional, possui uma equipe multidisciplinar composta por ginecologista, enfermeiro, psicólogo, assistente social e psiquiatra, e atua com o intuito de prevenir a gravidez e as IST e promover a recuperação física, psicológica e social da mulher, oferecendo assistência no caso de gestação decorrente da violência com os procedimentos de aborto legal, pré-natal e processo de doação (81).

De acordo com o protocolo do serviço, o acompanhamento ambulatorial acontece por seis meses, sendo dividido em atendimento inicial (Dzero) e retornos que devem acontecer em 15 dias (D15), 45 dias (D45), 90 dias (D90) e 180 dias (D180) (131). Segundo estudo de Facuri (81), a característica da violência atendida no ambulatório do CAISM corresponde a (31%) agressores conhecidos, (41%) acontecem na rua e (87%) com um único agressor (132).

4.3 TAMANHO DA AMOSTRA

As participantes do estudo foram mulheres que realizaram atendimento no ambulatório da violência no CAISM, com mínimo de quatro consultas (D90), que passaram pela rede intersetorial ou intrasetorial (que consistem no IML, delegacia da mulher para realizar o registro do BO, orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal), na faixa etária superior a 18 anos, e que aceitaram participar da pesquisa. Não houve idade máxima para exclusão da pesquisa devido à vulnerabilidade das mulheres para a VS em todas as faixas etárias. O acompanhamento da paciente que se enquadra nos critérios de inclusão aconteceu durante os seis meses de atendimento no ambulatório da violência.

Os profissionais de saúde foram os integrantes do serviço de violência, e foi garantida a participação profissional por todas as categorias de nível superior (médicos - ginecologistas e psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) e que tinham no mínimo seis meses de atuação no serviço.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a seleção dos participantes foi utilizada a amostragem intencional que consistiu na seleção de participantes que possuíam informações necessárias para responder ou propiciar a discussão dos objetivos propostos (133,134). Na amostragem intencional, os participantes foram recrutados com base em critérios pré-estabelecidos, como, por exemplo, idade (maiores de 18 anos), vulnerabilidade social em relação à VS e acompanhamento com mínimo de quatro consultas no ambulatório da violência do CAISM (133,135).

Definiu-se o tamanho da amostra de acordo com a demanda do campo, que envolveu a percepção do pesquisador e consistiu no processo contínuo de análise dos dados, começando no início do processo de coleta, pois consideraram-se as questões colocadas aos entrevistados e os objetivos da pesquisa na busca de novos componentes ou que os apareceram com menor destaque que os outros, para nortear a sua finalização (133, 136).

A amostra foi composta por oito profissionais de saúde, sendo um ginecologista, dois psiquiatras, duas enfermeiras, uma psicóloga e duas assistentes sociais, e por dez mulheres que realizavam o acompanhamento no atendimento especial do CAISM, conforme os critérios de inclusão. As participantes do estudo eram mulheres em situação de VS e os

profissionais de saúde que realizavam atendimento no ambulatório da violência no Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher (CAISM).

4.5 COLETA DE DADOS

Antes de iniciarmos a coleta de dados, foi realizada a fase de aculturação, no período de abril de 2016, que teve por finalidade promover a adaptação e ambientação do pesquisador ao espaço, às rotinas, às linguagens e aos problemas do serviço de saúde onde seria desenvolvida a pesquisa para construir um *setting,* um ambiente delimitado para a realização das futuras entrevistas. A necessidade desse momento de ambientação surgiu com a finalidade de transpor barreiras que afastassem o pesquisador e o pesquisado, conhecer a rotina dos serviços que os pesquisados seriam submetidos, a linguagem utilizada, a problemática ali exposta para que se pudesse realizar uma pesquisa qualitativa de forma mais apurada e com menos vieses (127).

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, período de maio a julho de 2016, em um ambiente discreto e silencioso (preferencialmente nos consultórios e ambulatórios, em caso de inviabilidade destes espaços poderia ser realizada em qualquer outro ambiente dentro do CAISM apontado pelo profissional de saúde do setor), no dia marcado para a mulher receber o acompanhamento no ambulatório, e com os profissionais de saúde, para respeitar a privacidade dos participantes. Posteriormente, foi realizado o contato com cada participante, explicados os objetivos da pesquisa, bem como o caráter voluntário de participação e, em seguida, após a autorização prévia para participar do estudo, foi solicitado ao entrevistado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES 1 e 2).

Realizou-se a entrevista semiestruturada (APÊNDICES 3 e 4) seguindo as recomendações de Kvale (137). A entrevista consistiu em uma conversação em que o entrevistador procurou conduzir buscando elementos para entender ou esclarecer os objetivos propostos. Essa conversação foi norteada por um guia que conteve tópicos abordados para a produção de informação e para promover uma interação entre o entrevistado e entrevistador, bem como manter o fluxo da conversa e a motivação dos sujeitos para falar sobre suas experiências e sentimentos. Esse guia era composto de características socioeconômicas, questões acerca das percepções sobre a vivência, das mulheres e profissionais de saúde, do

atendimento no ambulatorial, assim como as suas expectativas e percepções do atendimento dos profissionais de saúde durante esse período.

Na concepção de Minayo (138), a entrevista semiestruturada é uma "conserva com finalidade" amplamente empregada para a construção de informações pertinentes para investigar ou analisar um objeto de pesquisa.

Também procedeu com a coleta da documentação institucional. A operacionalização da coleta de dados iniciou em agosto de 2015 e obedeceu às seguintes etapas.

1. Contato com os diretores técnicos de cada categoria profissional do CAISM que seria entrevistada e pela coordenadora do ambulatório da violência, para a prévia autorização de submissão do projeto de pesquisa ao comitê de pesquisa do CAISM.
2. Envio do projeto de pesquisa para ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNICAMP, via Plataforma Brasil, anexado ao parecer favorável do comitê de Pesquisa do CAISM para a apreciação e a autorização da execução do trabalho.
3. Contato com os responsáveis pelos centros de estudo ou serviços de educação continuada das instituições para apresentação da pesquisa e de seus objetivos e agendamento de visitas aos serviços.
4. Visitas às direções para aproximação com o campo e entrega de documentos (projeto de pesquisa, parecer do Comitê de Ética e termo de autorização do CAISM).
5. Realização das entrevistas, mediante autorização do participante, de forma individual e em local reservado; e a coleta dos materiais institucionais.

Vale pontuar que a dinâmica da coleta de dados registrou algumas dificuldades relacionadas à disponibilidade dos diretores e das mulheres para a realização das entrevistas. Os cronogramas de atividades pactuados, muitas vezes, não foram respeitados, principalmente pelos profissionais e diretores, em virtude da sobrecarregada agenda de compromissos e demandas desses atores, o que ocasionou repetidas idas aos campos para a concretização das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e realizadas em ambiente privado, quando possível em momento posterior ao atendimento de saúde das participantes. Inicialmente esclarecidas as

possíveis dúvidas, em seguida preenchida a ficha de coleta de dados sociodemográficos (APÊNDICES 3 e 4), e posteriormente, as falas obtidas pela entrevista foram transcritas na íntegra, garantindo o anonimato dos entrevistados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Iniciou-se a análise pela transcrição das entrevistas na íntegra, e em seguida utilizou-se a análise temática, que teve como base a orientação de Bardin (139). A análise de conteúdo consiste no conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, conteúdo das mensagens, indicadores, que permitiram a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

A organização dos dados foi dividida em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados e exploração. A **pré-análise** consistiu na leitura flutuante do material e foram posteriormente escolhidos, organizados, sistematizados de acordo com as ideias que emergirem das nas entrevistas. Para a **exploração do material** realizou-se a leitura de todo o material com o objetivo de agrupar as ideias convergentes e divergentes, identificação das unidades de sentido que possibilitou a organização e formulação das distintas categorias utilizadas o marco conceitual teórico sobre a violência sexual, a Norma Técnica (17), políticas do MS e os temas emergentes que sejam importantes para a compreensão dos objetivos propostos. Para o **tratamento e interpretação dos resultados** optaremos pelos aspectos conceituais da literatura pertinente.

O estudo passou por um controle de qualidade, em que todas as transcrições foram revisadas, com uma segunda escuta das entrevistas que foram gravadas para possibilitar a identificação e a correção de possíveis erros na transcrição e garantir a fidedignidade do material empírico.

A discussão das categorias de análise foi realizada pela pesquisadora e pela sua orientadora. O material analisado foi discutido com pares acadêmicos para validação externa. Neste sentido, compreende-se que os pares acadêmicos são compostos pelos grupos de pesquisa, profissionais que trabalham com temas semelhantes ao tema pesquisado e eventos científicos (127).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidos os princípios éticos da resolução nº 446, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), conforme parecer 1.567.151/2016.

Foram fornecidas informações sobre o estudo no momento de abordar os participantes, que foram esclarecidos sobre o caráter voluntário de participação. Os participantes podiam se retirar da pesquisa no momento em que quisessem; foi garantido o sigilo das informações e que o nome do participante não seria divulgado; também não seria disponibilizado nenhum benefício ao participante, além da contribuição para a ampliação do conhecimento sobre o tema; as mulheres só participaram do estudo após terem dado seu consentimento por escrito. Como parte do processo de obtenção do consentimento, cada possível participante recebeu e leu (ou lhe foi lido) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo (Apêndices 1 e 2). Após concordarem em participar do estudo, assinaram o termo e receberam uma cópia do mesmo, assinada pela pesquisadora responsável.

Colocou-se que as informações colhidas nesta pesquisa serão identificáveis, porém sigilosas, de tal forma que os dados pudessem ser recuperados. As gravações confeccionadas na coleta de dados foram identificadas por um código numerado e de acordo com sequência da entrevista, utilizando a sigla M para pacientes e as iniciais da categoria profissional seguida do número, para os profissionais. O sigilo das gravações, armazenamento (durante cinco anos) e descarte de maneira segura, após cinco anos do término da pesquisa, foram de responsabilidade da pesquisadora. Somente a pesquisadora e a sua orientadora terão acesso a esse material. Essas informações serão utilizadas especificamente para os propósitos desta pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 MODELO DE ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS AO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O Projeto "Iluminar Campinas, Cuidando das Vítimas de Violência Sexual" foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde e financiado pelo Ministério da Saúde, desde 2001, e é um projeto que contempla atendimento inter e intrasetorial às mulheres em situação de VS.

O objetivo desse projeto consiste em oferecer cuidados às mulheres, independente do gênero, sexo e idade, atuando em diversas secretarias, como: saúde, assistência social, educação e segurança, que compõem os cuidados em saúde e atuam nas esferas física, mental, social e civil. Do mesmo modo, atuam na prevenção da gravidez decorrente da violência sexual e nas IST; bem como auxiliam na desnaturalização do ciclo da violência, pois oferecem cuidados aos agressores, em ambiente não policial; e elaboram indicadores gerenciais e epidemiológicos da VS em parceria com o município, a partir do banco de dados dos casos notificados (140,136).

O CAISM atende, nas áreas de ginecologia e obstetrícia, neonatologia e oncologia, mulheres em situação de VS desde a sua criação em 1986 (136). O serviço integra a rede de instituições parceiras do projeto Iluminar Campinas e opera como uma referência local do município de Campinas e região. Os atendimentos acontecem 24 horas por dia para as mulheres vítimas de VS que se encontrem nas categorias: "pós-púbere, menopausada e não-púbere maior que 14 anos que relate ter sido vítima de violência sexual, nas situações de estupro, atentado violento ao pudor com penetração oral ou anal ou sem penetração com ejaculação externa próxima à região genital" (pg. 379) (140). O serviço do CAISM ainda conta com assistência à gestação decorrente da violência sexual.

O CAISM oferece atendimento às mulheres em situação de VS sistematizado por fluxogramas e protocolos desde 1998. O serviço contava incialmente com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, ginecologistas, infectologista, assistentes sociais e psicólogas (140). Desde 2009, houve a substituição do infectologista pelo psiquiatra (141). Essas alterações visaram prevenir a gravidez, as IST e promover a recuperação física, psicológica e social da mulher.

Os profissionais do CAISM, envolvendo recepção, serviços gerais, profissionais da emergência e ambulatórios mantêm-se atualizados por meio de capacitações implementadas pelos profissionais de saúde do Programa de Atendimento Especial (PAE), o ambulatório da violência. Diante disso, todos os funcionários seguem o fluxograma implementado na instituição (Figura 3) (140).

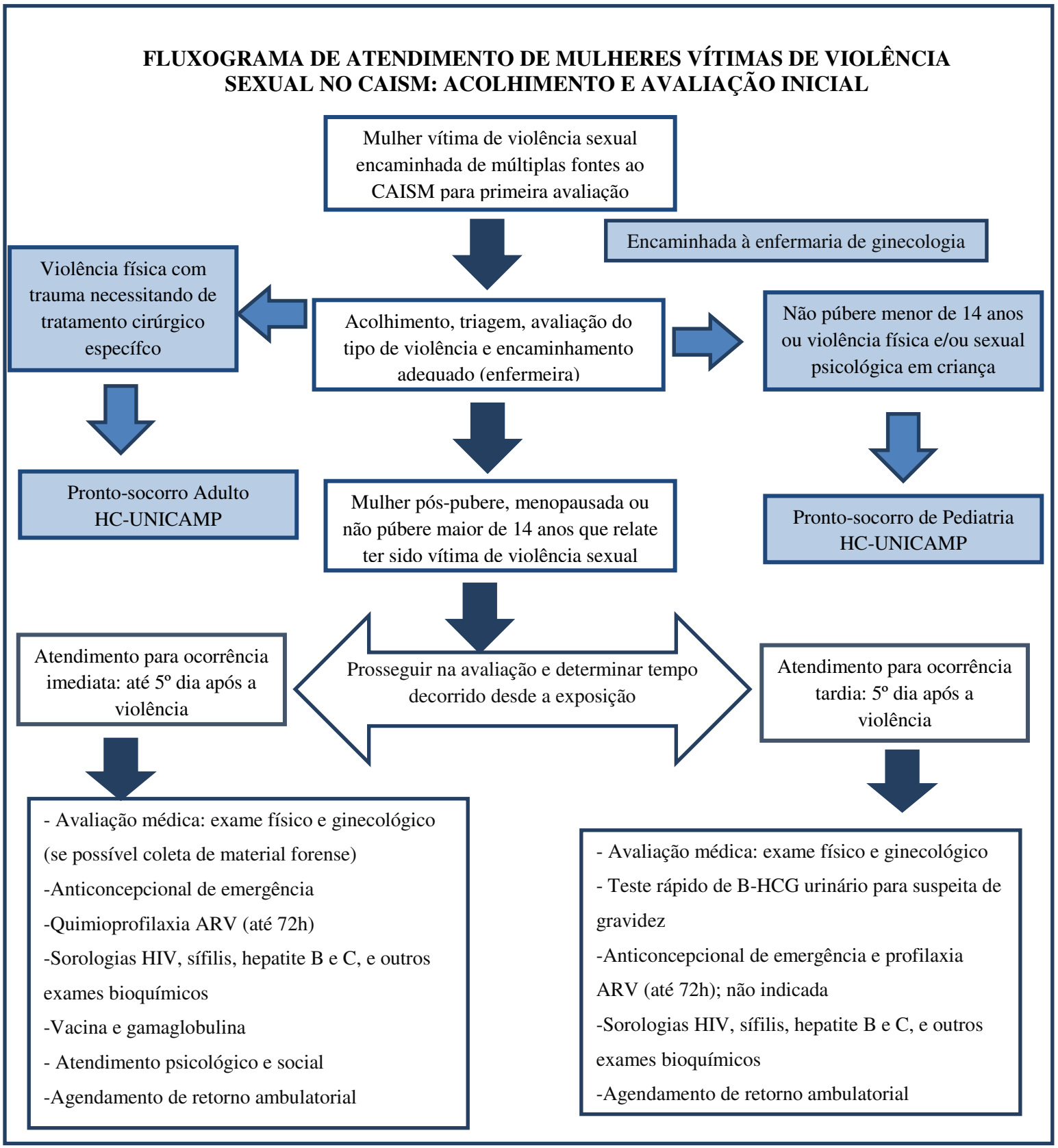
Inicialmente, o acolhimento é realizado na enfermaria de ginecologia, localizado no quarto andar do CAISM, pela enfermeira. Ela realiza a triagem e os encaminhamentos de acordo com o tipo de violência. Se for considerado caso de VS, a mulher recebe as orientações e encaminhamentos para o serviço oportuno, quando ocorre a identificação da VS a paciente é avaliada pela enfermeira e pela médica (141,142).

A enfermeira atua no primeiro contato com a paciente no serviço, elabora os diagnósticos e prescrição de enfermagem, orienta sobre os procedimentos que serão realizados, IST, sobre a possibilidade de gravidez e agenda as consultas (141). Nesse momento também é realizada a classificação das ocorrências, que variam de acordo com o intervalo de tempo transcorrido entre a agressão e o contato com o serviço de saúde, e tem duas classificações; imediata e tardia. A agressão imediata consiste do momento da agressão até o 5º dia após a violência, e a tardia compreende a busca ao serviço de saúde no período de tempo a partir do 6º dia após a agressão (140,142).

A prioridade no atendimento é o início da quimioprofilaxia, com drogas antirretrovirais e AE, pois o seu uso é restrito ao intervalo de 72 horas posterior à VS (136). Após o primeiro atendimento, elas são encaminhadas para atendimento ambulatorial. Este inicia-se em sete dias do atendimento inicial realizado na enfermaria e tem duração de seis meses. É realizado por equipe multidisciplinar composta por ginecologista, enfermeira, assistentes sociais e psicólogas. O acompanhamento com o serviço social pode ser ampliado aos familiares e acompanhantes, quando necessário, e se mantém por todo o período de acompanhamento ambulatorial (143).

O diferencial do PAE do CAISM é o acompanhamento por seis meses com diversas categorias profissionais que trabalham intimamente visando à recuperação no âmbito social, infeccioso, psicológico e ginecológico da mulher.

Figura 3: Fluxograma do atendimento no CAISM



Fonte: Facuri, 2012 (143).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

O programa de apoio especial ambulatorial funciona todas as quintas-feiras à tarde no segundo andar do CAISM. A ala do hospital (Figura 4) é composta por 12 consultórios, que são divididos com o ambulatório de infertilidade, um expurgo, uma rouparia, um Centro de Material Estéril (CME), uma sala de enfermagem, uma sala de reunião e duas salas de espera, ambas com televisão.

Os primeiros consultórios, à direita da Figura 4, são voltados para o ambulatório da infertilidade. Assim, a sala de espera fica destinada a esses casais que buscam engravidar, na segunda sala de espera, à esquerda da imagem, é destinada às mulheres que foram vítimas de VS. Essa divisão dos grupos de usuários serve para não expor as mulheres que estão debilitadas psicologicamente com a violência às cenas de carinho e compreensão entre os casais que aguardam o atendimento do ambulatório de esterilidade.

Observou-se que as paredes do ambulatório não possuem cartazes específicos para a VS, ficando o ambulatório descaracterizado sobre o tipo de atendimento prestado, os poucos cartazes são sobre as IST e métodos contraceptivos.

Figura 4: Planta física do programa de apoio espacial do CAISM

Fonte: Observação da pesquisadora

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

5.3.1 Perfil dos profissionais de saúde do programa de apoio especial

O atendimento às mulheres em situação de VS nos serviços de saúde não é de responsabilidade de uma categoria profissional, mas da equipe multiprofissional. Assim, é possível reunir as racionalidades de cada profissão e permitir a estruturação do atendimento integral para respeitar cada etapa da atenção à saúde da mulher. O perfil dos profissionais que atendem nos serviços foi demonstrado na Tabela 1.

Nos dados sociodemográficos dos oito profissionais de saúde entrevistados predominou o sexo feminino com 100% das entrevistadas. No ambulatório existem profissionais do sexo masculino, mas eles eram residentes de psiquiatria e não entraram no critério de inclusão do estudo, pelo tempo de permanência no serviço ser de quatro semanas e não ter vínculo empregatício com o CAISM.

A faixa etária dominante foi de 35 a 44 anos com 37,5% dos casos e a menor de 25 a 34 anos com 12,5% dos casos. A raça/etnia autodefinida foi predominantemente branca, com 87,5% dos casos. O sexo e a faixa etária dos profissionais, independente da mais predominante, aproximam e facilitam a empatia durante o atendimento, pois todas as mulheres, profissionais ou usuárias do serviço, estão expostas e vulneráveis para sofrerem uma agressão.

Sobre a situação conjugal, 37,5% consideram-se casados. A religião católica foi a mais citada com 62,5% e seguida da espírita 25% e cristã com 12,5% dos casos. Esses fatores precisam de uma análise profunda, pois podem ser esfaceladores no processo de atendimento das mulheres. Sabe-se que são variáveis à interpretação e ao julgamento dos fatores predispostos na sociedade pelo senso comum, mesmo sendo estes profissionais capacitados e aptos a compreenderem a real responsabilidade do ato de violência. Tendo em vista a clareza destes frente ao fato de que o desencadeante da violência nunca pode ter sido qualquer conduta da mulher, independente de qual seja a ação, ela nunca representará uma autorização ou legitimação para o agressor tocar, falar, abusar da mulher. É imprescindível que tenham um cuidado contínuo para não serem influenciados por questões religiosas e conjugais.

As informações referentes às categorias profissionais eram: 25% assistentes sociais, 25% médicas psiquiatras, 25% enfermeiras, 12,5% psicólogas e 12,5% médicas ginecologistas e obstetras. Quanto à formação profissional, 58,33% dos profissionais

realizaram especialização *lato sensu* e 25% *stricto sensu*, com 16,67% sem nenhuma especialização.

A capacitação das profissionais possibilita que compreendam de vários ângulos as problemáticas e os caminhos para auxiliarem as mulheres, familiares, amigos e até mesmo agressores a romperem o ciclo da violência.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos profissionais de saúde do serviço de referência no atendimento de violência sexual. Campinas, SP (2016). (N = 8)

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	08	100
Idade		
25 a 34 anos	01	12,5
35 a 44 anos	03	37,5
45 a 54 anos	02	25
55 a 64 anos	02	25
Raça/etnia		
Branca	07	87,5
Amarela/japonesa	01	12,5
Religião		
Católica	05	62,5
Espírita	02	25
Cristã	01	12,5
Situação conjugal		
Solteira	04	50
Casada	03	37,5
Divorciada	01	12,5
Profissão		
Assistente social	02	25
Médico(a) – Psisquiatra	02	25
Enfermeiro(a)	02	25
Psicólogo(a)	01	12,5
Médico(a) - Ginecologista e Obstetra	01	12,5
Pós-graduação		
Sim	06	75
Não	02	25
Tipo de pós-graduação*		
Lato-sensu	07	58,33
Stricto-sensu	03	25
Nenhuma	02	16,67

Lato sensu (n=05)		
Especialização	05	
Administração hospitalar e intensivista	01	20
Psicologia clinica na saúde da mulher	01	20
Psicologia hospitalar	01	20
Impactos da violência na saúde	01	20
Violência entre crianças e adolescentes	01	20
Residência (n=03)		
Tocoginecologia	01	33,33
Psiquiatria geral	02	66,67
Stricto sensu (n=5)		
Mestrado	03	60
Doutorado	02	40
Mestrado (n=03)		
Psiquiatria	01	33,33
Ginecologia e obstetrícia	01	33,33
Saúde mental	01	33,33
Doutorado (n=02)		
Psiquiatria	01	50
Ginecologia e obstetrícia	**01**	**50**

* Admite resposta múltipla.

5.3.2 Perfil das mulheres acompanhadas no programa de apoio especial

A caracterização das mulheres em situação de VS que estavam sendo acompanhadas no CAISM foi: brancas com 50% dos casos, 20% negras e 30% pardas. A idade das participantes variou entre 20 a 44 anos, e a prevalência foi na faixa etária de 30 a 39 anos em 50% dos casos. No ambulatório, o número de adolescentes que são acompanhadas e utilizavam o serviço de interrupção legal é similar ao número de mulheres adultas, mas este público não foi incluído no estudo.

A situação conjugal das mulheres era predominantemente solteira, com 80% das entrevistadas. Este fator nos remete à reflexão de que ainda existe uma situação de vulnerabilidade social, pois mesmo as mulheres sendo responsáveis pela sua mantença, realizando as atividades de vida diária (trabalho, lazer, esporte e estudo) como os homens, elas ainda são submetidas ao machismo e à assimetria de poder existente na sociedade.

A religião, 50% evangélica, 30% não possuíam nenhuma religião, 10% evangélica e 10% umbandista. A religião pode ser um fator fortalecedor para a superação da violência ou um elemento responsável por uma nova violência. Não estou me referindo ao elemento fé, pois isso é indiferente nas inúmeras religiões do mundo, mas às relações e normas dicotômicas acerca dos valores socialmente impostos aos seguidores das distintas religiões, em que a intolerância e o desconhecimento, como o do significado de virgindade, são fatores que impulsionam novas violências às mulheres.

O local de residência das entrevistadas versou entre Campinas 40% e em municípios vizinhos 40%, fato que fortalece a importância do serviço analisado, pois atende aos diferentes públicos na região. As mulheres residiam sozinhas 30% e com a família 70%; e o grau de instrução variou entre o fundamental 10%, ensino médio 40%, superior completo 30%, superior incompleto 10% e pós-graduação 10%. Esses dados demonstram que a violência alcança todos os níveis sociais, não houve uma perseguição, uma investigação da vida das mulheres pelos agressores, mas um momento oportuno para praticar a VS no âmbito público, isto reforça a vulnerabilidade de ser mulher no país.

A VS ocorreu 60% na via pública, 10% no domicilio da mulher, 20% no motel e 10% no local de trabalho. A execução da violência se deu pela via oral 30%, anal, 30% e vaginal 80%, em alguns casos o agressor usou mais de uma via para abusar da mulher. Em todas as abordagens as mulheres sofreram ameaça verbal e coação. Associado a este fator os agressores também fizeram uso, 10% com a possibilidade de uso de entorpecente na bebida da mulher, 40% arma de fogo, droga 10%, agressão física 30% (murro na face e fratura do maxilar) e 10% a mulher foi encontrada desacordada no local de trabalho, despida, amarrada e com os cabelos cortados.

Tabela 2. Dados sociodemográficos das mulheres acompanhadas no serviço de referência no atendimento de violência sexual. Campinas, SP (2016). (N = 10)

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	10	100
Idade		
20 a 29 anos	3	30
30 a 39 anos	5	50
40 a 49 anos	2	20
Raça/etnia		
Branca	5	50

Negra	2	20
Parda	3	30
Religião		
Nenhuma	3	30
Evangélica	5	50
Espírita	1	10
Ubandista	1	10
Situação conjugal		
Solteira	8	80
Casada	1	10
União estável	1	10
Local da residência		
Campinas (Bairro: Jardim campo belo, Jardim Marisa, Barão Geraldo)	4	40
Santa Barbara do Oeste	1	10
Sumaré (Bairro soma)	1	10
Hortolândia	2	20
Iracemopolis	1	10
Com quem reside?		
Sozinha	3	30
Filhos	1	10
Marido e filhos	2	20
Pais	2	20
Pais, filhos e irmão	1	10
Mãe e filho	1	10
Quantas pessoas contribuem com a despesa da casa?		
Uma	6	60
Duas	3	30
Três	1	10
Escolaridade		
Fundamental	1	10
Médio	4	40
Superior Completo	3	30
Superior incompleto	1	10
Pós graduação (Stricto-sensu – mestrado)	1	10
Profissão		
Cozinheira	2	20
Auxiliar de limpeza	1	10
Contadora	1	10
Professora	2	20

Garçonete	1	10
Massagista	1	10
Tempo no emprego		
1 a 11 meses	5	50
1 a 2 anos	4	40
2 a 10 anos	1	10
Companheiro		
Sim	4	40
Não	6	60
Filhos		
Nenhum	4	40
Um	4	40
Três	1	10
Quatro	1	10
Gravidez planejada*		
Sim	3	30
Não	1	10
Somente a primeira	3	30

* Admite resposta múltipla.

5.4 ARTIGO 1 - ASSISTÊNCIA À MULHER FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Revista Brasileira em Promoção da Saúde

e-ISSN: 1806-1230

Artigo de Revisão

DOI: 10.5020/18061230.2018.6544

ASSISTÊNCIA À MULHER FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Care for women subjected to sexual violence and public health policies: an integrative literature review

Asistencia a la mujer ante la violencia sexual y políticas públicas de salud: revisión integrativa

Juliana da Fonseca Bezerra
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Campinas (SP) - Brasil
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Vitória (ES) - Brasil

Sonia Regina Godinho de Lara
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) - Brasil

Juliana Luporini do Nascimento
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Campinas (SP) - Brasil

Marcia Barbieri
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar evidências sobre a produção científica a respeito da assistência à mulher em situação de violência sexual (VS), com foco na sua percepção, bem como na dos profissionais de saúde, e na relação com as políticas públicas de saúde no Brasil. **Método:** Estudo de revisão integrativa que identificou 21 artigos, a partir das bases SciElo, MEDLINE, Lilacs e BdEnf/e, no período de 2005 a 2014, com idioma em português. O estudo analisou a eficácia das políticas públicas nos serviços brasileiros. Emergiram os núcleos temáticos: Serviço de atenção à mulher em situação de VS; Percepção das mulheres acerca da assistência à VS; o Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à VS. **Resultados:** O atendimento integral preconizado pelo Ministério da Saúde é desrespeitado em 27,5% dos estados do país, devido aos ambientes ambulatoriais inadequados e aos profissionais incapacitados para atender as mulheres segundo as normas. Predomina a assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, que valoriza o modelo hegemônico biomédico e despreza ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. As mulheres desconhecem os seus direitos, e sofrem reflexo de uma sociedade que ainda a culpabiliza pela agressão sofrida. **Conclusão:** Compreende-se que ainda existem obstáculos para efetivação das políticas na assistência às mulheres em situação de VS e os profissionais de saúde necessitam de capacitação e ambiente adequado para assisti-las. Existe uma lacuna na produção científica acerca da percepção da mulher sobre o atendimento da VS relacionando segurança pública e saúde no território nacional.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Políticas Públicas; Saúde da Mulher; Delitos Sexuais; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Objective: *To analyze the evidence on scientific production regarding the care for women subjected to sexual violence (SV) focused on their perception as well as that of health professionals and in relation to public health policies in Brazil. **Methods:** Integrative review study that identified 21 articles in SCIELO, Medline, Lilacs and Badalyc databases published in the period from 2005 to 2014 in Portuguese. The study analyzed the effectiveness of public policies in Brazilian services. The following themes emerged: Health care services for women subjected to SV; Women's perception of care after SV; Health professionals' performance in the care of SV victims. **Results:** The comprehensive care recommended by the Ministry of Health is disregarded in 27.5% of the states in the country due to inadequate outpatient settings and professionals who are not trained to serve women according to the norms. There is a predominance of a traditional and fragmented medical care that values the hegemonic biomedical model of care and neglects preventive and health promotion actions. Women are unaware of their rights and suffer because of a society that still blames them for the sexual assault. **Conclusion:** There are still obstacles to the effective implementation of policies targeted at the care for women subjected to SV, and health professionals need adequate training and environment to care for them. There is a gap in the scientific production regarding women's perception of the treatment of SV relating public safety and health in the country.*

Descriptors: *Health Services Accessibility; Public Policies; Women's Health; Sex Offenses; Health Personnel.*

Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido: 23/03/2017
Revisado: 26/05/2017
Aceito em: 31/10/2017

ASSISTÊNCIA À MULHER FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Título resumido: Assistência à mulher frente à violência sexual

Assistance To Women Against Sexual Violence And Public Health Policies:

Asistencia a las mujeres frente a la violencia sexual y políticas de salud pública

Artigo de revisão

Juliana da Fonseca Bezerra. Enfermeira Obstetra. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Professora Contratada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Endereço: Rua José Teixeira, 200 – Vitória –ES. Brasil. ju25fb@hotmail.com

Juliana Luporini do Nascimento. Cientista Social. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Titular afiliada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. São Paulo, Brasil. jluporini10@hotmail.com

Sonia Regina Godinho De Lara. Enfermeira Obstetra. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professora do curso de Graduação em Enfermagem no Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein-IIEPAE. soniarglara@gmail.com

Marcia Barbieri. Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Afiliada do Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. mb.barbi@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências sobre a produção científica a respeito da assistência da mulher em situação de violência sexual (VS) com foco na sua percepção bem como a dos profissionais de saúde e na relação com as políticas públicas de saúde no Brasil. **Método:** Estudo de revisão integrativa que identificou 21 artigos, a partir das bases Scielo, Medline, Lilacs e Redalyc, no período de 2005 a 2016, com idioma em português, o estudo analisou a eficácia das políticas públicas nos serviços brasileiros. Emergiram os núcleos temáticos: Serviço de atenção à mulher em situação de VS; Percepção das mulheres acerca da assistência à VS; e Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à VS. **Resultados:** O atendimento integral preconizado pelo Ministério da Saúde é desrespeitado em 87,5% dos estados do país, devido aos ambientes ambulatoriais inadequados e os profissionais incapacitados para atender as mulheres segundo as normas. Predomina a assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, que valoriza o modelo hegemônico biomédico e despreza ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. As mulheres desconhecem os seus direitos, e sofrem reflexo de uma sociedade machista e conservadora, que ainda à culpabiliza pela agressão sofrida. **Conclusão:** Compreende-se que ainda existem obstáculos para efetivação das políticas na assistência às mulheres em situação de VS e os profissionais de saúde necessitam de capacitação e ambiente adequado para assisti-las. Existe uma lacuna na produção científica acerca da percepção da mulher sobre o atendimento de VS relacionando segurança pública e saúde no território nacional.

Palavras chave: Acesso aos serviços de saúde, Políticas Públicas, Saúde da Mulher, Violência Sexual, Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Analyze the evidence on scientific production regarding the assistance of women in situations of sexual violence (SV) focused on their perception as well as that of health professionals and in relation to public health policies in Brazil. **Methods:** An integrative review study that identified 21 articles, these composed the study sample, from the bases of SCIELO, Medline, Lilacs and Redalyc, published in the period from 2005 to 2016, in the Portuguese language, since the study analyzed the effectiveness of public policies of services in Brazil. Thematic nuclei were evidenced: Women's care service in VS situation; Women's perception about VS care; and Attendance of health professionals about VS care. **Results:** It was observed that the integral care recommended by the Ministry of Health is disrespected in 87.5% of the states of the country due to inadequate outpatient settings and professionals incapacitated to attend women according to the norms. There is a predominance of medical assistance, traditional and fragmented that values the biomedical hegemonic model and neglects preventive actions and health promotion. Women are unaware of their rights, and they are reflexive of a machist and conservative society, which maintains the idea of blaming the woman for the aggression suffered. **Conclusion:** It is understood that there are still obstacles to the effective implementation of policies to assist women in situations of SV, and health professionals need adequate training and environment to assist them. There is a gap in the scientific production about the perception of women about the treatment of SV relating public safety and health in the country.

Key words: Health Services Accessibility; Public Policies; Sexual Violence; Women's Helath; Health Personnel

RESUMEN

Objetivo: Examinar las evidencias sobre la producción científica a respecto de la asistencia a las mujeres en situación de violencia sexual (VS) centrándose en su percepción, así como la de los profesionales de la salud y en la relación con las políticas de salud pública en Brasil. **Metodo:** Este estudio de revisión integradora identificó 21 artículos, que compusieron la muestra de estudio, a partir de Scielo, Medline, Lilacs y Redalyc, publicados en el período de 2005 a 2016, en el idioma portugués, ya que el estudio examinó la eficacia de las políticas públicas en los servicios brasileños. Surgieron los núcleos temáticos: Servicio de atención a la mujer en la situación de VS; Percepción de las mujeres acerca de la asistencia a la VS; e Atendimiento de los profesionales de la salud en casos de asistencia a la VS. **Resultados:** Se observó que la atención integral recomendada por el Ministerio de la Salud (MS) no se observó en el 87,5% de los estados del país, debido a los ambulatorios inadecuados y a los profesionales incapacitados para asistir a este público de acuerdo con las normas. Hubo predomínio de atención medicalizada, tradicional y fragmentada, que valora el modelo biomédico hegemónico y desprecia las acciones preventivas y de promoción de la salud. Las mujeres no son conscientes de sus derechos, y sufren reflejo de una sociedad machista y conservadora, que mantiene la idea de culpar a la mujer que sufrió la agresión. **Conclusión:** Se entiende que todavía hay obstáculos para el cumplimiento de las políticas en la asistencia a las mujeres en situación de VS y los profesionales de salud necesitan capacitación y un ambiente apropiado para ayudarlas. Hay un vacío en la literatura científica a respecto de la percepción de las mujeres sobre la atención de la VS relacionando la seguridad pública y la salud en el país.

Palabras clave: Acceso a los Servicios de Salud; Políticas Públicas; Salud de la Mujer; Violencia Sexual; Personal de Salud

Introdução

A violência sexual (VS) é uma das formas de violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública. Neste estudo, compreende-se a VS como qualquer ação ou conduta em que o agressor tenha controle sobre a mulher, com a subordinação da sexualidade, envolvendo o exercício sexual, desejo e o ato sexual contra a sua vontade, com o objetivo único de saciar o desejo sexual do agressor [1,2].

A experiência da VS impacta no modo de vida, adoecimento e morte das mulheres podem trazer diversas consequências, as quais vão da contaminação com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gravidez indesejada ao aborto inseguro, e transtornos psiquiátricos (Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, somatização e uso de substâncias psicoativas), incluindo, o suicídio [3-6].

No Brasil, em 2015, registraram-se 45.460 estupros, o que corresponde a um caso por minuto. Esse quantitativo é apenas a ponta do *iceberg*, pois se estima que as estatísticas contabilizem apenas 10% das situações de VS, já que as demais não chegam aos serviços de saúde e de segurança pública [7].

Nas últimas décadas, a questão da violência vem sendo debatida e conquistou a visibilidade em campos multidisciplinares diversos e por organizações internacionais, o que viabilizou a formulação de políticas e programas de saúde voltados para o enfrentamento. A temática compõe o cenário das políticas públicas brasileiras de saúde desde 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)[8].

Após duas décadas, o PAISM foi reformulado e incorporou a abordagem de gênero, integralidade e promoção da saúde aos princípios norteadores, e ajuda a consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos [9].

A elaboração de práticas e serviços instituídos, entre 2003 a 2013, incluem ações integradas, tais como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da

legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência, e favorecer acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública [10].

A ampliação da temática da VS é retratada nos diversos documentos e leis publicados neste período, tais como: os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, em 2005 (reformulado em 2008); Lei Maria da Penha, em 2006; Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em 2011; Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em situação de Violência, em 2012; Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Lei nº 12.845 – que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de VS, em 2013[8-14].

Atualmente, a norma técnica é o principal instrumento organizador dos serviços e direcionador das ações, difundindo as bases operacionais da atenção em saúde às mulheres em situação e VS, e norteia os serviços de saúde quanto ao atendimento [10].

O atendimento emergencial deve ocorrer nas primeiras 72 horas após a sua ocorrência e tem por objetivo a realização do acolhimento e administração de anticoncepção de emergência (AE), e a profilaxia para as IST; o direito a realizar o aborto legal e o acompanhamento com a equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, médico (ginecologista e psiquiatra), assistente social e psicológo[10].

Portanto, as mulheres podem ter grande dificuldade para alcançar o atendimento a que têm direito. Com isso, o objetivo do presente estudo foi analisar as evidências sobre a produção científica a respeito da assistência da mulher em situação de VS com foco na sua percepção bem como dos profissionais de saúde e na relação com as políticas públicas de saúde no Brasil.

O estudo permitiu a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas, sobre assistência da mulher em situação de VS, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo assim, para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais acerca de uma particular área de estudo. Seguiram-se as seguintes etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos mesmos e apresentação dos resultados [15].

Inicialmente, para direcionar esta revisão foi elaborada a seguinte questão norteadora: "como a assistência a mulher em situação de VS, segundo a produção científica, é implementada nos serviços de saúde é caracterizada, na sua percepção e de profissionais de saúde, ao se considerar as recomendações das políticas públicas da saúde da mulher?".

Para a seleção dos artigos utilizou-se as seguintes bases de dados, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Onl*ine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), BDENF, e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Os descritores utilizados foram "Acesso aos Serviços de Saúde", "Politicas Públicas", "Saúde da Mulher", "Violência Sexual" e "Pessoal de Saúde", correlacionados ou isolados, no período de 2005 a 2016. O recorte temporal da pesquisa deu-se pelo movimento político referente à criação da Lei Maria da Penha, em 2006.

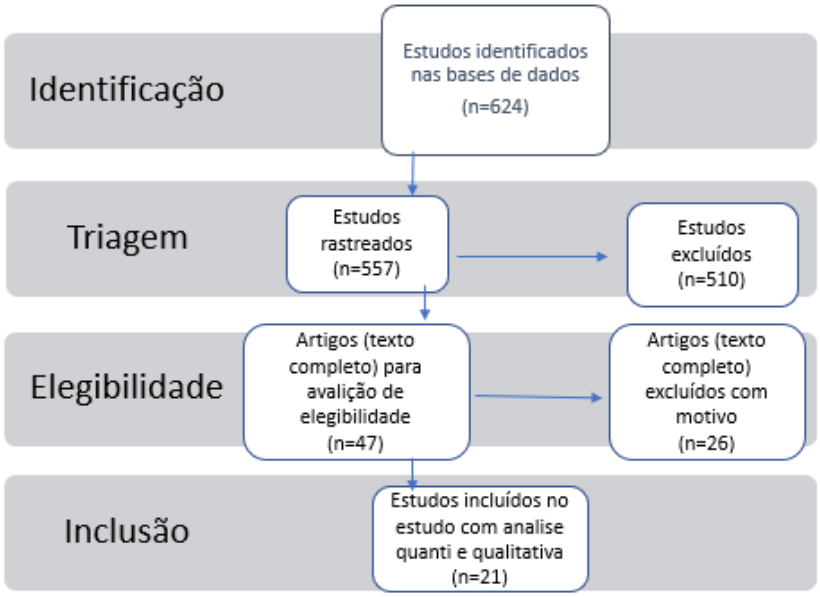
Os critérios de inclusão dos estudos na pesquisa atual foram: textos no idioma português, uma vez que o estudo analisou a eficácia das políticas púbicas nos serviços

brasileiros, que abordassem o tema da assistência à mulher em situação de VS, os quais foram selecionados, independente do método utilizada na pesquisa.

A triagem se iniciou após a identificação dos 624 artigos que contemplavam os descritores selecionados e que atendiam os critérios de inclusão (Figura 1). Em seguida, foi realizada leitura seletiva dos artigos, partindo inicialmente dos títulos e resumos, para posterior análise exploratória, analítica e interpretativa dos textos na íntegra, com a finalidade de tecer algumas considerações acerca do objeto de estudo desta pesquisa. Na fase de elegibilidade, foram excluídos artigos que não eram de acesso aberto ou não disponibilizados no Portal de Periódicos da CAPES, artigos de revisão de literatura, carta, editorial e tese ou que estivessem em duplicidade.

A fase de inclusão consistiu após a leitura dos títulos, dos resumos e, posterior análise na íntegra do estudo, obedecendo aos critérios de inclusão, a seleção de 21 estudos, que apresentavam relação com o tema em questão. A seleção do material ocorreu no período de agosto a dezembro de 2016.

Figura1: Fluxograma representativo da seleção de artigos



Fonte: Dados da pesquisa em bases de dados

Catalogaram-se os periódicos que atenderam aos critérios de seleção do material, passando a leitura e seleção dos mesmos, a fim de ir de encontro aos objetivos propostos no estudo, baseando-se em semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência.

Construiu-se um quadro demonstrativo com as devidas especificações dos artigos, que por semelhanças temáticas possibilitou a construção dos núcleos temáticos, tais como: Serviço de atenção à mulher em situação de Violência Sexual; Percepção das mulheres acerca da assistência à Violência Sexual; e Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à Violência Sexual.

Para garantir a validação da revisão, os estudos selecionados foram analisados detalhadamente de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes assuntos. Os resultados foram descritos após a análise da revisão integrativa da literatura pertinente ao tema da pesquisa, por meio da leitura e compilação dos artigos selecionados, os quais foram apresentados em um quadro. Os dados foram analisados mediante a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Apresentação dos dados foi realizada de forma descritiva.

Resultados

Na presente revisão integrativa foram analisados 21 artigos que atenderam aos critérios de inclusão, conforme apresentado no Quadro 1. As fontes de publicação foram variadas totalizando 16 periódicos, dentre os quais destacamos periódicos da área de saúde coletiva/saúde pública [17,19-21,24,25,27-32] que colaboraram, psicologia [33] os da área da Enfermagem [16,22,26,34,36] e Ginecologia e Obstetrícia [18,23]. As publicações concentraram-se no período de 2005 e 2016. As produções científicas têm origem no Brasil, pois o estudo analisou a eficácia das políticas púbicas nos serviços brasileiros.

A maioria dos estudos (66,67%) foi realizado na região sudeste [16-20,22-26,31-33, 36,]. Na região nordeste [27-29,35], correspondendo a 14,25%. Na região sul do país foi desenvolvida uma das pesquisas 4,77% [34]. Na região centro-oeste foi produzido um estudo [30], correspondendo a 4,77%. Uma pesquisa nacional [18] e uma em duas regiões do país, sudeste e nordeste [21].

Quadro 1 – Identificação da amostra dos estudos segundo número, autor (es)/ ano, periódico, população do estudo, tipo do estudo e principais resultados. São Paulo, 2016.

Nº	**Autor**	**Periódico/ ano**	**População e amostra do estudo**	**Tipo de estudo**	**Principais resultados**
A1 [16]	Guedes RN, Fonseca RMGS.	Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011	Profissionais de saúde (n=22) que compõem as equipes de saúde da família no serviço.	Estudo exploratório, com abordagem qualitativa	O enfrentamento da violência é limitado decorrente a autonomia financeira das mulheres em relação aos homens. Existe a necessidade da inclusão da perspectiva de gênero tanto nas políticas de saúde quanto nas práticas concretizadas no processo de trabalho, para promoção da emancipação feminina.
A2 [17]	Farias R.S, Cavalcanti LF.	Ciência & Saúde Coletiva, 2012	Profissionais de saúde (n=24) que incorporam em seus procedimentos de rotina o atendimento às mulheres com demanda por aborto legal	Estudo quantitativa e qualitativa, abordagem do tipo pluralista, com triangulação de métodos.	O uso inadequado do direito a objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde; a existência de diferentes dificuldades dos profissionais na construção de uma postura capaz de garantir o acesso ao aborto previsto em lei; e a interferência dos princípios éticos e dos valores religiosos como um elemento importante na postura profissional que desestimula a prática do aborto legal.
A3 [18]	Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS.	FEMINA, 2012	Gestores (n=570) responsáveis pelas secretarias municipais de saúde (SMS) e por serviços públicos de saúde ou conveniados ao SUS que prestam atendimento às mulheres que sofrem violência sexual.	Estudo de coorte transversal, quantitativo.	Dentre os 874 hospitais e prontos-socorros de adultos incluídos na amostra, 30, 37 e 26% referiram realizar a interrupção legal da gestação nos casos de estupro, risco de vida da mulher e malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, respectivamente. Entretanto, apenas 5,6, 4,8 e 5,5% tinham realizado ao menos uma interrupção nos 10–14 meses anteriores à pesquisa.
A4 [19]	Villela WV	Saúde e sociedade,	Profissionais de saúde e da	Estudo exploratório	Os resultados apontam que o atendimento às mulheres que sofrem

	et al.	2011	segurança pública da cidade de São Paulo (n=21)	com caráter qualitativo	violência é marcado por ambiguidades e contradições; os espaços e fluxos de trabalho são pouco adequados à tarefa tão sensível e a percepção dos profissionais é permeada por estereótipos de gênero.
A5 (20)	Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM et al .	Revista de Saúde Pública, 2005	Mulheres (n=13) que buscaram os serviços e profissionais de saúde(n=29)	Estudo descritivo qualitativo	Dificuldades no acolhimento de ambos os serviços, desconhecimento das mulheres sobre os direitos e busca de ajuda tardiamente nos serviços de saúde.
A6 (21)	Cavalcanti LF, Moreira GAR., Vieira LJES, Silva RM,	Saúde em debate, 2015	Profissionais da gestão dos serviços da rede hospitalar dos municípios do Rio de Janeiro (n=19) e de Fortaleza (n=15), além de três gestores (dois no Rio de Janeiro e um de Fortaleza) do nível central das secretarias municipais de saúde (n=37)	Estudo qualitativo por triangulação de métodos	A questão vem sendo abordada de forma diferenciada pelos municípios, o que decorre das distintas trajetórias de consolidação dos serviços, das aproximações com o movimento feminista e dos contextos culturais específicos. Notou-se que a implementação das ações nesse âmbito ainda apresenta fragilidades, exigindo esforços de articulação política e técnica para a estruturação e a manutenção dos serviços.
A7 (22)	Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ.	Revista Latinoamericano em Enfermagem, 2010	Fichas de atendimento (n=146) de enfermagem a mulheres	Estudo descritivo e retrospectivo, quantitativo	Os resultados mostraram que a maioria dos atendimentos ocorreu durante o período diurno, houve coerência entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem identificados, e as mulheres relataram que receberam orientações de acordo com o protocolo do programa.
A8 (23)	Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2012	Profissionais de saúde (n=149) que trabalham no Departamento de Obstetrícia de hospital universitário e de hospital público da periferia de São Paulo.	Estudo prospectivo e transversal, quantitativo	O conhecimento da legislação e da descrição das situações permitidas por lei acerca do aborto foi significativamente diferente na comparação entre os profissionais. Encontrou-se que 32,7% dos médicos, 97,5% profissionais da área de enfermagem e 90,5% dos demais profissionais desconhecem a legislação vigente.
A9 (24)	Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira	Caderno de Saúde Pública, 2013	Mulheres (n=687) vítimas de violência sexual atendidas no Hospital de	Estudo qualitativo, retrospectivo	Violência sexual principalmente à noite, na rua, por agressor desconhecido e único, via vaginal e com intimidação. A maioria contou para outras pessoas e se sentiu

	KD, Andrade TS, Azevedo RCS.		referência em Campinas		apoiada. Atendimento precoce para quase 90% das mulheres, instaurando medidas profiláticas. Ocorreu aumento da procura precoce ao longo do período. Conhecer melhor as características da população e do evento pode auxiliar a estruturação e qualificação de modelos de atendimento.
A10 (25)	Machado CL, Fernandes MAS, Osis MJD, Makuc MY.	Caderno de Saúde Pública, 2015	Mulheres (n=10) que realizaram a interrupção legal da gestação	Estudo qualitativo, realizado com base no referencial metodológico da *Grounded Theory*	O diagnóstico de gravidez provocou sentimentos de angústia e desejo de abortar. Para as mulheres que procuraram o setor de saúde suplementar as orientações foram precárias ou não aconteceram. O atendimento dos profissionais mostrou-se relevante para assimilação da experiência do aborto. É necessário divulgar o direito à interrupção legal da gestação e a existência de serviços que a realizam, e capacitar profissionais de saúde e segurança pública para atender esses casos.
A11 (26)	Higar R, Reis MJ, Lopes, MHBM.	Ciência, cuidado e saúde, 2007	Mulheres (n=72) que realizaram o aborto legal num serviço público da cidade de Campinas – SP.	Estudo descritivo, qualitativo	A utilização do processo de enfermagem proporciona à cliente cuidado individual, integral e humanizado; concorre para a adesão ao tratamento e a recuperação física, psicológica e social, proporcionando assistência com qualidade e segurança.
A12 (27)	Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV et al.	Ciência e Saúde Coletiva, 2012	Usuárias (n=2.804) internadas por complicações do aborto	Estudo transversal, quantitativo	A adequação às normas foi maior quanto aos critérios de acolhimento e orientação. O apoio social e o direito à informação alcançaram valores baixos nas três cidades. A qualidade técnica do cuidado foi mal avaliada. Em insumos e ambiente físico, a limpeza foi o critério menos adequado. A situação é mais crítica na continuidade do cuidado nas 3 cidades, pela falta de consulta agendada de revisão, de informações sobre cuidados após alta hospitalar, risco de gravidez e planejamento familiar. A atenção ao aborto nessas cidades encontra-se distante do que propõem as normas brasileiras e os organismos internacionais.
A13 (28)	Spinelli MBAS, Souza AI,	Saúde e Sociedade, 2014	Profissionais de saúde (n=243), enfermeiros	Estudo observacional descritivo,	Os profissionais de saúde demonstraram ter conhecimento técnico suficiente para prescrever a

	Vanderlei LCM, Vidal SA.		(n=154) e médicos (n=80) selecionados por amostragem aleatória em 117 USF do nordeste	quantitativo	CE, porém não a reconhecem como um direito das mulheres. Além disso, consideram que a influência religiosa pode interferir na decisão da prescrição e no uso da CE pelas mulheres.
A14 [29]	Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS.	Interface, 2014	Profissionais (n=13) da ESF	Estudo descritivo qualitativo	Os resultados evidenciaram a invisibilidade da violência no serviço e o desconhecimento da categoria Gênero e da sua complexidade.
A15 [30]	Rocha WB, Silva AC da, Leite MSL, Cunha T.	Revista Bioética, 2015	Profissionais de saúde (n=177) que e não lidam diretamente com os serviços de abortamento em um hospital de Brasília	Estudo do tipo exploratório descritivo, quantiqualitativo com amostragem probabilística estratificada	A principal do desconhecimento entre os profissionais é a falta de divulgação do Programa associada ao estigma e ao preconceito presentes nessa temática, indicando a necessidade de capacitação ética contínua dos profissionais, como forma de qualificar o atendimento às mulheres que recorrem ao serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.
A16 [31]	Kiss LB, Schraiber LB.	Ciência e Saúde Coletiva, 2011	Profissionais da saúde (n=50) dos serviços públicos em São Paulo	Estudo exploratório descritivo, quanti e qualitativo	Relataram-se ações isoladas e em caráter pessoal. Medos e impotência profissional foram mencionados, mas nenhum aspecto positivo para eventual intervenção. Os profissionais mostraram parco conhecimento de serviços especializados de referência.
A17 [32]	De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM.	Comunicação, Saúde e Educação, 2009	Médicos ginecologistas-obstetras e clínicos gerais (n=14) em Ribeirão Preto, São Paulo.	Estudo descritivo, qualitativo	Conhecimento sobre tipos e gravidade de violência, percepções acerca de quem é a mulher acometida, prática médica frente à situação de violência, possibilidades de intervenções e barreiras de acesso ao serviço. Os médicos, por se sentirem despreparados para abordar o tema, o enfrentam com muitos preconceitos de classe social e gênero, transferindo a responsabilidade, por eventuais falhas no atendimento, aos "outros": os serviços, a rede e as mulheres.
A20 [33]	Trabbold VLM, Caleiro RCL, Cunha CF, Guerra AMC.	Psicologia & Sociedade, 2016	Profissionais (n=10) (médicos, enfermeiros, agentes comunitários e coordenador do programa) que compõem três equipes da	Estudo qualitativo, por meio de análise do discurso	Os fatores que propiciam e/ou mantêm a violência sexual na forma de exploração comercial sexual de adolescentes, está a desigualdade econômica e social, aliada à desigualdade de gênero, pouco reconhecida pelos profissionais. A omissão/negação da questão se evidencia pela ausência de

			Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Montes Claros, MG, Brasil.		notificação obrigatória; inexistência de trabalhos preventivos na área; ações pontuais inadequadas às necessidades da adolescência, preconceito e falta de referência de uma rede de cuidados intersetoriais.
A19 (34)	Mortari CLH, Martini JG, Vargas MA.	Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2012	Enfermeiras (n=8) da Atenção Básica à Saúde que vivenciaram a prática do cuidado, situações relacionadas ao abortamento/aborto inseguro.	Estudo qualitativo, exploratório descritivo	Os discursos indicam que o cuidado vem permeado de conflitos entre posicionar-se contra o aborto, apoiar as mulheres ou manter-se na imparcialidade.
A20 (35)	Bezerra JF, Silva RM, Cavalcanti LF, Nascimento JL, Vieira LJES, Moreira GAR.	Revista Brasileira de Promoção da Saúde, 2016	Profissionais de saúde (n=68) de nível superior integrantes de equipe multiprofissional de nove hospitais públicos do município de Fortaleza/CE.	Estudo qualitativo	Entre os sentidos atribuídos ao conceito de violência sexual, destacam-se a violação dos direitos humanos e ênfase na perpetuação das questões de gênero; quanto às causas, sobressaiu o machismo, a existência de patologias do agressor e a reprodução da violência familiar – as repercussões atingem aspectos psicológicos, além da exposição a doenças e agressões físicas.
A21 (36)	Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia MIR.	Revista do Instituto de Ciências da Saúde, 2009	Prontuários (n=59) das mulheres atendidas por um serviço de saúde pública do município de Santo André.	Estudo quantitativo e retrospectivo	Destaca-se que 90% das mulheres iniciaram profilaxia para HIV, mas apenas 40,7% completaram tratamento. Quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e acompanhamento ambulatorial.

Fonte: Dados da pesquisa em bases de dados

Discussão

Ao analisar os estudos a fim de responder a questão norteadora emergiram os seguintes núcleos temáticos: Serviço de atenção à mulher em situação de VS; Percepção das mulheres acerca da assistência à VS; e Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à VS (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição dos núcleos temáticos segundo os códigos dos estudos e a porcentagem presente em cada núcleo São Paulo, 2016.

Núcleos **temáticos**	**Código**	**%**
Serviço de atenção à mulher em situação de Violência Sexual	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10	47,62%
Percepção das mulheres acerca da assistência à Violência Sexual	A11, A12	9,53%
Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à Violência Sexual.	A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21	42,85%

Fonte: Dados da pesquisa

Serviço de atenção à mulher em situação de Violência Sexual

A primeira temática esteve presente em dez dos artigos analisados neste estudo, correspondendo a 47,62% do total (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10).

A reformulação da Norma Técnica [10], em 2012, possibilitou a estruturação dos serviços às mulheres em situação de VS, que prevê a participação integral da mulher em cada etapa do atendimento, deve-se respeitar a autonomia desta em aceitar ou não alguma das fases. O atendimento psicológico e medidas de fortalecimento, à mulher e ao adolescente, são ferramentas que auxiliam a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação [10].

A autonomia científica dos profissionais de saúde é essencial para inclusão da perspectiva de gênero tanto nas políticas de saúde quanto nas práticas concretizadas no processo de trabalho. A busca pelas portarias e legislações como forma de empoderamento dos profissionais, na execução do seu oficio, os aproxima dos caminhos a serem seguidas (encaminhamento, condutas e direitos das mulheres), estas ações transpõem a oferta de capacitação dos serviços e remetem ao comprometimento com a assistência prestada as mulheres. Assim, oferecem condições que potencializam o fortalecimento destas mulheres [16].

O atendimento à mulher em situação de VS é complexo e deve ser convergente em todos os níveis, para isso é importante que além a dedicação do profissional, na busca de

conhecimento, a gestão estimule, ofereça subsidio físicos e capacite às equipes em todos os níveis de saúde, assim o alcance da rede de atendimento se tornará preciso e humanizado, em local privado e acolhedor [10,17].

A estrutura dos hospitais analisados a nível nacional, apenas 8% oferecem a assistência prevista na norma técnica. Encontrou-se que apenas 52% oferecem a AE; 72% antibiótico; imunoprofilaxia contra Hepatite B 49,5% e HIV 45,2%; coletam material do agressor 28%; e coleta as sorologias e exames laboratoriais: conteúdo vaginal 41,2%; sífilis 99%, HIV 60%, hepatite B 57%, Hepatite C 49,9%, transaminase 47,1% e hemograma 70% [18].

Quando comparamos os dados do estudo anteriormente citado com a disponibilidade de recurso e instrumentos que norteiam este tipo de atendimento, esperava-se que o alcance dos exames, AE, imunoprofilaxia e medicamentos fossem superiores aos ali encontrados.

Em um dos estudos[19] encontramos que a atenção às mulheres é limitada nos serviços de saúde e segurança pública e neste universo a grande questão é a falta de ambientes adequados e profissionais capacitados nas delegacias da mulher e no hospital. Encontrou-se que a sala de espera na delegacia é comum para todas as demandas, inexistência de fluxo de encaminhamento, e existe agendamento para as consultas. No hospital, o acolhimento acontecia pelos profissionais da segurança, sem privacidade e a presença de profissional de saúde capacitado [19].

A arbitrariedade nas informações sobre o acesso aos serviços de saúde é outra barreira no atendimento, o estudo realizado na cidade de São Paulo aponta os relatos das mulheres quanto a obrigação de realizar o boletim de ocorrência (BO) ou o exame pericial no Instituto Médico Legal (IML) antes de buscar o atendimento nas unidades de saúde [20], comprometendo, dessa maneira, o início das ações profiláticas que devem ser iniciadas até 72 horas após o evento, segundo as atuais diretrizes do Ministério da Saúde (MS)[10-12].

A diversidade de gestão no Brasil permite que em alguns estados os serviços readéquem-se para atender as exigências do MS. No estudo comparativo entre duas capitais brasileiras, encontramos que no Rio de Janeiro os locais de atendimento e o acesso das mulheres aos serviços de saúde são realizados por encaminhamentos da rede intra e intersetorial, enquanto em Fortaleza, encontrou-se uma desarticulação entre os serviços integrantes da rede e ambientes adequados para o atendimento das mulheres em situação de VS [21].

No cenário atual do país é composto por profundas modificações na base legal do atendimento da VS, é possível que alguns entraves ao enfrentamento apareçam em decorrência das limitações no setor saúde, como o desconhecimento das mulheres sobre os seus direitos, que envolvem procedimentos, encaminhamentos, acesso ao aborto legal e proteção, também é comprometido pelo pouco investimento em divulgação de direitos [16-22].

Apesar dos avanços na construção das políticas e da presença marcante do movimento feminista no enfrentamento da violência, a implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de VS está distante de alcançar a repercussão almejada, é preciso conhecer e identificar as deficiências dos serviços, assim como, lutar pela continuada articulação política e técnica para a estruturação, e a manutenção dos serviços [21].

O primeiro atendimento as vítimas de VS, em 64,4% dos casos, acontecem no serviço de saúde antes de completarem 24 horas da ocorrência da VS e em 81,3% as mulheres fizeram uso da anticoncepção de emergência no Serviço de Saúde após a agressão no prazo de até 72 horas [22].

A mulher necessita de atendimento e acompanhamento de qualidade para evitar a reincidência, nos casos de violência crônica, assim como, colocar à disposição todas as tecnologias para o atendimento e prevenção de doenças, e orienta-las acerca dos seus direitos

e das instituições que trabalham em diferentes esferas dos serviços públicos, incluindo os serviços de saúde, segurança e assistência social, para compor as redes de atendimento.

Em três estudos as normas do MS [10,12] são respeitadas, além da medicação profilática para evitar a gestação, exames laboratoriais também devem ser uma preocupação constante em todas as consultas e testes laboratoriais para detectar gestação, sífilis, hepatite B e C, HIV, *Chlamydia*, Gonorreia, *Trichomoníase*, Papiloma Vírus Humano (HPV) e ocasionalmente podem estar indicados exames radiográficos, tomografia ou ultrassonografia [21].

Infelizmente, mesmo nos serviços capacitados há a dificuldade em prosseguir o tratamento, pois as mulheres mesmo orientadas quanto à finalidade das sorologias para IST e HIV, colhidas no atendimento imediato, aderem, descontinuamente, à terapia antirretroviral (TARV) [22].

As mulheres têm dificuldade de acessar o Serviço de Saúde devido à escassez de informações [22]. Evidenciou-se a necessidade de um olhar ampliado da gestão para ofertar capacitação aos profissionais de saúde sobre o amparo legal que regulamenta o atendimento às vítimas de VS, incluindo a realização do abortamento, para assegurar a acessibilidade ao atendimento de direito. Alguns profissionais desconhecem o direito destas mulheres em situação de violência sexual consideram o aborto, que é amparado por lei, como um crime [23].

No estudo nacional que avaliou a situação do atendimento a mulheres e crianças vítimas de VS, com amostra de 874 hospitais do país apenas 30% referiram realizar a interrupção legal da gravidez nos casos de estupro; 37% em casos de risco de vida à mulher e 26% por malformação fetal incompatível com a vida [18].

Os gestores e os profissionais de saúde deixaram os seus conhecimentos restritos sobre as consequências da VS na saúde da mulher e com isso não as orientam em relação aos exames, tratamentos e nem sobre as proteções legais as quais elas têm direito. Esta limitação inviabiliza que a mulher supere o trauma da violência.

No estudo[24], realizado em Campinas-SP, as mulheres chegam, na maioria, para o atendimento imediato, nas primeiras horas após a agressão, assim os profissionais iniciam as profilaxias para IST, incluindo os antirretrovirais, antibióticos, vacina para hepatite B e anticoncepção de emergência, assim como orientam sobre a importância de denunciar o agressor, realizam o aborto, realizam o acompanhamento tardio por seis meses com a mulher e sinalizam os serviços disponíveis na rede de atendimento no estado e município.

Conclui-se com os estudos analisados que apenas 87,5% dos estados atendem [21,22] ao que é preconizado pelos programas do MS [10,12], mas nem todos os serviços encontrados na pesquisa possuem estrutura para atender as mulheres, tornando-se uma limitação para o atendimento.

Percepção das mulheres acerca da assistência à Violência Sexual

O segundo núcleo temático esteve presente em dois dos artigos analisados neste estudo, correspondendo a 9,53% (A11, A12). A ínfima quantidade de artigo que deram voz as mulheres, permite uma reflexão para aguçar a criticidade do leitor. Será que os estudos sobre VS estão seguindo uma prática produtivista no eixo hospitalocêntrico que não permite às usuárias espaço para criticar, sugerir mudanças neste serviço ou, mesmo, apontar ausência de humanização nestes atendimentos da rede intra e intersetoral?

Diante desta reflexão, este o núcleo temático apresenta o início da visibilidade social da VS. A criminalização da VS começou a ser discutida na sociedade em 2006, com a criação da Lei nº 11.340[11], conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, esta criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo mudanças na tipificação dos crimes e nos procedimentos policiais e jurídicos [10,11].

A vinculação da VS com as punições decorrentes desta lei[11], não foram suficientes para auxiliar as mulheres na busca de ajuda após a VS [25]. Este achado corrobora vertente da

violência ser associada a segurança pública e punitiva, mas não aos cuidados da saúde da mulher.

Durante o atendimento nos serviços de saúde, as mulheres percebem que a sua qualidade esta associada com a presença ou ausência do julgamento dos profissionais [26] e pelos serviços ofertados durante o atendimento e internação[27]. Os aspectos positivos foram mais recorrentes do que os negativos acerca do atendimento; entre eles estiveram o acolhimento, o fato de terem sido ouvidas e apoiadas [25].

No estudo realizado em Campinas, observou-se que todas as mulheres atendidas no serviço desconheciam a existência de programa de assistência à mulher vítima de VS, importância das medidas de emergência e do direito legal à interrupção de gestação. A busca de ajuda aconteceu após a gestação ser o fator denunciante da VS [27].

A percepção destas mulheres para o serviço especializado neste atendimento foi na maioria positiva, principalmente, por não se sentirem julgadas pela equipe, tanto em relação à VS como em relação ao aborto, e a capacidade de compreender que a mulher foi vítima e não culpada ou causadora da violência [26].

O mesmo estudo relata que o atendimento às mulheres que desenvolveram uma gravidez, ocorre pela assistente social que orienta sobre o procedimento, os direitos e responsabilidades da mulher. A solicitação para realização do aborto redigido de próprio punho e a recomendação de abertura do BO. Posteriormente, a mulher é atendida por psicóloga, enfermeira e médico [26].

Os Hospitais do Sistema Único de Saúde, em Salvador, Recife e São Luís, evidenciaram que a atenção ao aborto legal ainda não alcança as normas do MS e órgãos internacionais [27].

As mulheres avaliaram os hospitais e os principais tópicos que os desqualificam 10-20% na escala de satisfação, as poucas orientações sobre a gravidez, cuidados pós-alta,

consulta de revisão, planejamento da gravidez e acesso a contracepção. Os pontos positivos, 90-95% foram o respeito, privacidade, não discriminação, controle dos sinais vitais e acesso AE. Evidencia-se como satisfatórios, 60-70%, foram citados a limpeza do ambiente, oferta de absorventes, troca de roupa de cama, controle da temperatura do ambiente, alívio da dor e exame pós-procedimento [27].

A garantia de acesso das mulheres, vítimas de VS, que se submeterão ao aborto legal está prevista na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da VS Contra Mulheres e Adolescentes e na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, mas ainda assim na realidade do país existem muitas deficiências na assistência à mulher. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que a acessibilidade é um indicador de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde [10,12,17].

A discussão foi realizada com pouco material científico, o que nos força a refletir sobre a insipiente voz das mulheres em situação de VS, reais usuárias dos serviços, quanto as suas dificuldades de buscar os serviços, receberem tratamento, exercerem os seus direitos e manterem-se em acompanhadas diante de um momento tão delicado das suas vidas.

Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à Violência Sexual.

Este núcleo temático está presente em nove estudos 42,85% das publicações analisadas (A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21). Encontramos profissionais capacitados [25] e não capacitados [28] para atender as mulheres em situação de VS, mas devido a questões pessoais alguns se abstêm do atendimento, quando trata-se de realizar o aborto legal[29].

Diante da estrutura do serviço e da sua adequação ao MS [10], os profissionais de saúde otimizam a sua atuação e integração com a equipe multiprofissional e as redes de atendimento[25]. As limitações das mulheres explanarem o problema restringe o trabalho dos

profissionais, assim a atuação é restrita ao encaminhamento para outros serviços ou transferência da responsabilidade para outra categoria profissional[29].

Encontrou-se a predominância de uma assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, valorizando o modelo hegemônico biomédico e desprezando ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. A postura distanciada dos profissionais do problema inviabiliza a reformulação das ações de forma a colaborarem no processo de prevenção e assistência a esses casos [28-30].

Nas unidades básicas de saúde (UBS), evidenciou-se a dificuldade em identificar e direcionar este atendimento, pela invisibilidade da VS, tornando o atendimento para esta outras violências reduzido ao tratamento de sintomas e lesões. Existe a presença marcante do julgamento das mulheres nestes profissionais, imprimindo uma forte carga moral nessas opiniões[31].

Os profissionais são capazes de identificar usuárias que sofrem agressão, devido às marcas físicas deixadas em seus corpos ou aos sintomas associados, tais como: somatizações, queixas infundadas e desconfortos difusos, angústia, depressão, dispaurenia (dores ao manter relação sexual), dentre outras manifestações, além do relato produzido pelas mulheres [31].

O atendimento de UBS é dicotômico de um serviço de emergência, pois permite o estabelecimento de um vínculo e análise das expressões não verbais que ajudam na identificação da violência sexual. Os locais de encaminhamento destas mulheres são: Delegacia de Defesa da Mulher, nos casos de violência física, e, nos casos de agressão sexual, o Hospital das Clínicas da cidade, por possuir um serviço especializado para tratar desse tipo de violência [32].

A exploração comercial sexual não é compreendida como forma de VS. Os profissionais sabem da existência de mulheres, crianças e adolescentes nessa situação,

reconhecem que precisam agir a respeito da situação, no entanto, não existem ações coletivas ou intersetoriais[33].

O atendimento envolvendo o aborto é um dos temas mais complicados quando se trata de VS, a objeção de consciência pode ser exaltada pelo profissional, além do conflito interno sobre a questão religiosa, a incapacidade de serem imparciais frente a decisão da mulher, geram comportamentos que ferem o direito das mulheres de realizar o aborto legal[34-37].

Além das dificuldades de prestar à assistência as mulheres, os profissionais tratam a VS como um caso de polícia, responsabilizando o serviço de segurança pública pela conduta do agressor. Além de julgar a mulher, duvidar da veracidade da agressão, invertendo a sua posição de vítima para a "agressora" ou "simuladora da agressão" a fim de prejudicar o homem[35]. Esse tipo de postura reduz o atendimento e inviabiliza a subsequência na rede de assistência a mulher [10].

A visão limitada da VS para a segurança pública ou para o serviço de emergência, que habitualmente não está preparado para responder as necessidades das mulheres nesta situação, configura uma problemática para o atendimento das mulheres, pois estas ações desestimula as mulheres a denunciar o agressor ou mesmo a procurar ajuda[10, 16,35].

A criminalização da violência sexual torna-se um grande entrave para a visibilidade do problema pela sociedade. A redução para um ato criminoso envolve outras questões como a violência de gênero, que fica esquecida pela necessidade de punir o agressor [10,16-19].

A insegurança profissional na assistência a estas mulheres é reflexo da escassez de ambientes apropriados, ausência de capacitação profissional e falta de AE [36]. Mesmo com o incentivo político com o programa mulher: viver sem violência, desde 2013, que visa o atendimento igualitário, na articulação com governos estaduais preparando estruturas, protocolos, modos de funcionamento e a integração de toda a rede de serviços prevista para a Casa da Mulher Brasileira, uma em cada capital do país, atuará com serviços públicos de

segurança, justiça, atendimento psicossocial e orientação para trabalho, emprego e geração de renda [37].

Diante do exposto, ressalta-se como limitação do presente estudo a escassez de pesquisas que abordem a avaliação dos serviços prestados às mulheres em situação de violência sexual no país e a continuidade deste atendimento nas redes inter e intrassetoriais, tendo em vista a necessidade de acompanhamento das mulheres por no mínimo seis meses, assim como a avaliação do profissional de saúde acerca das estratégias, da manutenção dos direitos das mulheres e em benefício da comunidade acadêmica, bem como a ausência de trabalhos realizados que abordassem as limitações e potencialidades dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Considerações Finais

A presente revisão integrativa permitiu concluir que o serviço de atenção à mulher em situação de VS vivenciou momentos dicotômicos de avanços e retrocessos, as conquistas na construção das políticas públicas no país e tornaram-se um respaldo técnico-científico para melhorar os serviços, com a criação de ambientes adequados para o atendimento, medicamentos, profilaxias, orientações e informações sobre o direito das mulheres, e profissionais capacitados para este atendimento e profissionais de saúde, mas ainda está longe do ideal.

Sobre a percepção das mulheres acerca da assistência à VS, encontrou-se que existe uma insatisfação destas usuárias pelo descaso em vários níveis que compõem a assistência, desde a segurança pública, assim como nos serviços de saúde, quando sofrem com o julgamento quanto o aborto e o estupro, o desconhecimento dos direitos das mulheres pelos profissionais de saúde é um dos pontos marcantes na percepção destas mulheres. Os achados

ainda apontam para a insipiência de estudos que oportunizam a voz das mulheres vítimas de VS.

O estudo identificou, principalmente no núcleo temático do atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à VS, uma lacuna entre a orientação do MS e a realidade dos serviços de saúde. A necessidade de capacitação dos profissionais e da criação de ambientes adequados para o atendimento e procedimento, para que estes estejam familiarizados com a rede inter e intrasetorial e sobre os direitos das mulheres em situação de VS.

Identificou-se a inexistência de estudos acerca desta temática nas regiões norte, centro-oeste e sul do Brasil, e a maior produção nas regiões sudeste, com maior produção nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Existe a necessidade de ampliar os estudos nesta temática, uma vez que, a violência constitui um fenômeno nacional e ainda é percebida de forma multifacetada e heterogênea.

Referências

1. World Health Organization (Geneva). Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health; 2002.
2. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013; 27(1):27-37.
3. World Health Organization (Geneva). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence; 2013.
4. World Health Organization. Violence against woman: a ‘global health problem of epidemic proportions’. WHO – 2013. [Acessado 2016 ago 17].
5. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AL, Koziol-McLain J, Colombini M, Gene Feder G. The health-systems response to violence against women. The Lancet. 2015; 385(9977):1567-79.
6. Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. Am J Psychiatry. 2004; 161(8):1483-5.
7. Ministério da Saúde (BR). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2016.
8. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004.

9. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
11. Ministério da Saúde (BR). Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha: lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
13. Ministério da Saúde (BR). Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
14. Ministério da Saúde (BR).Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Balanço semestral do Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):785-64.
16. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(Esp. 2):1731-5.
17. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. Ciên Saúde Colet. 2012; 17(7):1755-63.
18. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. Femina. 2012; 40(6):301-6.
19. Villela WV, Vianna LAC, Lima, LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira MF et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. Saúde soc. 2011; 20(1):113-23.
20. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005;39(3):376-82.
21. Cavalcanti LF, Moreira GAR, Vieira LJES, Silva RM. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. Saúde Debate. 2015; 39(107): 1079-91
22. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].2010; 18(4):740-747.
23. Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012; 34(2):69-73.
24. 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. 2013; 29(5):889-98.
25. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuc MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(2):345-53.

26. Higar R, Reis MJ, Lopes MHBM. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP. Ciência, cuidado e saúde. 2007; 6(3):372-6.
27. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? Ciên Saúde Colet**.** 2012; 17(7):1765-76.
28. Spinelli MBAS, Souza AI, Vanderlei LCM, Vidal SA. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. Saúde Soc. 2014; 23(1):227-37.
29. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. Interface. 2014; 18(48):47-59.
30. Rocha WB, Silva AC da, Leite MSL, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal Rev. Bioét. 2015; 23(2): 387-99.
31. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Ciências Saúde Coletiva. 2011; 16(3):1943-52.
32. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. Interface - Comunic Saúde, Educ. 2009; 13(31):287-99.
33. Trabbold VLM, Caleiro RCL, Cunha CF, Guerra AMC. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. Psicologia & Sociedade. 2016; 28(1):74-83.
34. Mortari CLH, Martini JG, Vargas MA. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. Rev Esc Enferm USP. 2012;4(46):914-21.
35. Bezerra JF, Silva RM, Cavalcanti LF, Nascimento JL, Vieira LJES, Moreira GAR. Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. Rev Bras Promoção da Saúde. 2016;29(1):51-9.
36. Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sócio demográfico e análise do atendimento em um centro de referência. Rev. Inst. Ciênc. Saúde [Internet]. 2009; 27(1):22-7.
37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR). Programa Mulher: Viver sem Violência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

5.5 CAPÍTULO 2 - A PERCEPÇÃO DAS MULHERES FRENTE AO ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM CAMPINAS, SÃO PAULO.

BEZERRA, J.F; NASCIMENTO, J.L. A PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACERCA DO ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINAS, SÃO PAULO In: Silva, R.M; Bezerra, I.C; Brasil, C.C.P.; Moura, E.R.F (Orgs). ESTUDOS QUALITATIVOS: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações. Sobral. Editora: UVA, 2018, p 181-195.

A PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACERCA DO ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM CAMPINAS, SÃO PAULO.

Juliana da Fonseca Bezerra[20]
Juliana Luporini do Nascimento[21]

Na década de 1960, o movimento feminista, marcado por reflexões acerca do lugar social ocupado pelas mulheres, bem como, por lutas que visavam à conquista de direitos e implementação de políticas em distintas esferas da vida social, possibilitou chamar a atenção e tornar visível à violência contra a mulher.

No Brasil, esse processo de questionamento, reflexão e necessidade de mudança, relacionado mais especificamente a violência sexual, tem como forte expressão das conquistas a Lei 11.340/2006, popularmente conhecida como Lei Maria da penha com amplo alcance social, aponta para a punição para o agressor. Diante da pressão do movimento social e da configuração da violência sexual como um grave problema de saúde pública, o ministério da saúde elaborou a rede de atendimento para as mulheres em situação de violência sexual, envolvendo setores da saúde e da segurança pública.

---

[20] Enfermeira obstetra. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Doutoranda da Faculdade de Ciências Médica, no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Professora Contratada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.
[21] Cientista Social. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médica, da Universidade Estadual de Campinas – São Paulo, Brasil.

A violência sexual não se reduz a penetração, mas sim, a violência enquanto violação da integridade física e mental, com os abusos verbais, a privação do direito de ir e vir, a privação do cuidado, o controle excessivo e os homicídios das mulheres (SHRAIBER, 2014). Para cessar o ciclo da violência é necessário, que a mulher compreenda o significado da violência sexual como não naturalizada, mas como um ato de violência que envolve relações desiguais de poder entre os gêneros.

Abordar a vulnerabilidade de gênero é imprescindível diante desta temática que corresponde ao enfrentamento destas mulheres ao lidarem com as situações de violência, por exemplo, na dificuldade em revelar ou falar da violência sofrida, a vergonha e o medo, a descrença em apoios externos ao núcleo familiar, receios quanto ao sofrimento, mantença e desamparo dos filhos (SHRAIBER, 2012; BEZERRA et al, 2016).

No Brasil, nas últimas décadas, houve um crescente enfrentamento social e político, à violência sexual, mas ainda, insuficiente para reduzir os quantitativos de casos no país. Em 2015, houve 45.460 casos, mesmo com uma redução de 10% em relação ao ano de 2014 ainda totalizaram 125 vítimas por dia no país, e as tentativas de estupro no ano de 2015 foram de 6.988 casos. O estado de São Paulo, neste mesmo ano, liderou o ranking nacional com 9.265 casos de estupro e o que teve menos casos foi em Roraima com 180 casos (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016).

A realidade impactante dos dados fomentaram os esforços das organizações governamentais e não governamentais em vários contextos do meio acadêmico e de organizações internacionais para reduzir estes índices (ORTIZ-BARREDA, VIVES-CASES, 2013).

O atendimento adequado às mulheres em situação de violência sexual também é uma preocupação para o Ministério da Saúde, e para isso possui como eixo estrutural à política estratégica, intitulada “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica”, Brasil (2012), que norteia os serviços de saúde quanto à estrutura física, profissionais e a rede de atendimento.

A Norma Técnica se refere ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores, principalmente, a assistência social, a justiça, a segurança pública e a delegacia que compõem a rede intersetorial; enquanto a rede intrasetorial vincula-se com os serviços prestados na área da saúde.

O atendimento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Em serviços de referência, para casos

de maior complexidade pode se acrescer pediatras, infectologistas, traumatologistas, psiquiatras, além de outras especialidades. São apontadas as condutas para anticoncepção de emergência, profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e gravidez decorrente da violência sexual (BRASIL, 2012).

Acredita-se que a qualidade do serviço ofertado pelo Programa de Atendimento Especial no hospital de referência analisado potencializa a capacidade de empoderamento das mulheres para romperem com o ciclo da violência sexual e a redução das situações de vulnerabilidade. Diante do exposto, o objetivo do estudo é compreender a percepção das mulheres frente ao atendimento de violência sexual em um hospital de referência em Campinas, São Paulo.

Metodologia

Para compreender a natureza do atendimento, no Programa de Atendimento Especial (PAE), no ambulatório da violência, do hospital da referência do estado de São Paulo, foi realizado um trabalho qualitativo, por permitir análises em profundidade de materiais narrativos, identificando as subjetividades do atendimento (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004).

Os critérios de inclusão foram às mulheres que realizaram atendimento no ambulatório da violência do serviço de referência em assistência à mulher, com mínimo de quatro consultas, referente à 90 dias após a agressão, na faixa etária superior a 18 anos, não houve idade máxima para exclusão da pesquisa devido à vulnerabilidade das mulheres para a violência sexual em todas as faixas etárias, e que aceitaram participar da pesquisa. O acompanhamento da paciente, que se enquadrar nos critérios de inclusão, aconteceu durante os seis meses de atendimento no ambulatório da violência.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no ano de 2016, em um ambiente discreto e silencioso, nos consultórios e ambulatórios do serviço no dia marcado para o atendimento no ambulatório, com o intuito de respeitar a privacidade dos participantes.

Realizou-se a entrevista semiestruturada e gravada, seguindo as recomendações de Kvale (1996), a entrevista consiste em uma conversação em que o entrevistador procura conduzir buscando elementos para entender ou esclarecer os objetivos propostos. Essa conversação é norteada por um guia elaborado a partir de tópicos abordados para a produção de informação e para promover uma interação entre o entrevistado e o entrevistador, bem como, manter o fluxo da conversa e motivação dos sujeitos a falar sobre suas experiências e sentimentos. Composta de características socioeconômica, questões acerca das percepções

sobre a vivência do atendimento no ambulatorial, assim como, as suas expectativas e percepções do atendimento dos profissionais de saúde durante esse período.

Na concepção de Minayo (2013), a entrevista semiestruturada é uma "conserva com finalidade" (p.99) amplamente empregada para a construção de informações pertinentes para investigar ou analisar um objeto de pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e realizadas em ambiente privado, quando possível, posterior ao atendimento de saúde das participantes, as falas obtidas pela entrevista foram transcritas na íntegra garantindo o anonimato das entrevistadas.

Para a análise dos dados apreendidos nas falas das entrevistadas adotou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Essa técnica permite caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além, das aparências do que está sendo analisado (GOMES, 2013).

A análise temática tem como conceito central o tema, o qual é conceituado por Bardin (p. 105, 2008) como "uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura".

Esta análise dos dados consiste no conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, conteúdo das mensagens, indicadores, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens entre o pesquisador e entrevistado (MINAYO, 2013; BARDIN, 2008).

Após a análise minuciosa do material empírico emergiram três temas: I. Atendimento emergencial - o primeiro atendimento, II. A percepção do acompanhamento ambulatorial - o segundo atendimento e III. O significado do serviço para a mulher.

As gravações confeccionadas na coleta de dado foram identificadas por um código numerado e de acordo com sequencia da entrevista, utilizando a sigla "M" para pacientes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), por meio do parecer 1.567.151/2016. Todas as pessoas participaram voluntariamente do estudo, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caracterização das mulheres e da violência sexual

A caracterização das mulheres do estudo é branca 50%, negras 20% e pardas 30 % dos casos. A idade das participantes variou entre 20 a 44 anos, e a prevalência foi na faixa

etária de 30 a 39 anos em 50% dos casos. No ambulatório o número de crianças e adolescentes, menores de 18 anos, que são acompanhadas e utilizavam o serviço de interrupção legal é similar ao número de mulheres adultas, mas este público não foi incluído no estudo.

A situação conjugal das mulheres predominante era solteira com 80% das entrevistadas, este fator nos remete a reflexão de que o gênero perpassa as relações, independente do estado civil, mas elucida que existe na sociedade a vulnerabilidade de gênero. As mulheres são responsáveis pela sua mantença, e realizam as atividades de vida diária (trabalho, lazer, esporte e estudo) como os homens e independente destes, mas ainda são submetidas ao machismo e a assimetria de poder existente na sociedade.

A religião predominante encontrada foi à evangélica correspondente a 50%, as que não possuem nenhuma religião 30%, e espírita e umbandista correspondem a 10% dos casos. A religião pode ser um fator fortalecedor ou enfraquecedor para a superação da violência, não nos referimos ao elemento Fé, pois isso é condição para o vínculo as inúmeras religiões do mundo, mas as relações, normas, valores e a rede social experenciada pelos sujeitos vinculados as distintas comunidades religiosas que contribuem, muitas vezes, para a superação de vivências traumáticas, mas que, no caso específico da violência sexual, podem exercer uma função dificultadora para que a mulher reconheça a violência sexual, justamente pelos padrões de gênero impostos.

O local de residência das entrevistadas versou entre Campinas 40% e em municípios vizinhos 40%, este fato fortalece a importância do serviço analisado, pois atende aos diferentes públicos do interior de São Paulo. As mulheres residem sozinhas 30% e com a família 70%; e o grau de instrução variou entre o fundamental 10%, ensino médio 40%, superior completo 30%, superior incompleto 10% e pós-graduação 10%. Estes dados demonstram que a violência alcança todos os níveis sociais.

O tipo de violência sofrido pelas mulheres desse estudo caracteriza as inúmeras mulheres que sofrem violência no âmbito público, sem a ocorrência de perseguição ou uma investigação por parte do agressor da vida das mulheres, mas sim, de um momento oportuno para praticar a violência sexual no âmbito público, isto reforça a vulnerabilidade de ser mulher no país. Em 60% dos casos a agressão ocorreu no trajeto para o trabalho, 30% em local de lazer e 10% no domicílio. A violência sexual ocorreu, principalmente, a partir de abordagem feita na rua, 70% por agressor desconhecido, único e com intimidação,

demarcando um tipo de violência que não ocorre no âmbito privado ou provem de agressores com que se tenham relações de vínculo afetivo ou duradouro.

Diante dos dados, é necessária uma reflexão sobre as mudanças que houve nas ultimas décadas no país, que propiciou a introdução das mulheres no universo do trabalho no espaço público. A busca pelo capital, bem como a conquista dos direitos e as necessidades levaram as mulheres para o mundo do trabalho, mas os altos índices de forte violência e as relações de gênero não mudaram. Infelizmente, o Estado não tomou providencias para promover a igualdade de gênero na sociedade, ou seja, fora a vulnerabilidade de gênero e individual existe a vulnerabilidade institucional.

A violência pode acontecer em todas as classes sociais, mas os achados do estudo sugerem um recorte de classe, pois a maioria das mulheres que sofreram a violência sexual foram as que dependem do transporte público, que residem longe do trabalho, e que fazem jornadas fora do horário formal.

Discussão

Atendimento emergencial - O primeiro atendimento

O atendimento às mulheres em situação de violência sexual do serviço de referência à mulher analisado é vinculado ao Projeto Iluminar Campinas, que foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde e financiado pelo Ministério da Saúde, em 2001. Este projeto estruturou o atendimento inter e intrasetorial, capacitou os profissionais envolvidos na rede e atuam em diversas áreas: saúde, educação, assistência social, jurídica, de cidadania, e os cuidados em saúde nas esferas física, mental, social e civil (CAMPINAS, 2017; HIGA, MONDACA, REIS, LOPES, 2008).

Um diferencial neste projeto é que o serviço de segurança pública e delegacias, civil ou da mulher, não realizam o boletim de ocorrência (BO) antes que a mulher receba o primeiro atendimento no serviço, preservando as preocupações como, por exemplo, o tratamento da lesão física, IST, gestação, e situação psicológica da mulher.

As mulheres são acolhidas pelos profissionais de saúde, da segurança ou portaria do serviço e após a identificação da violência, por relato ou suspeita da violência sexual, a mulher é imediatamente encaminhada para o setor da enfermaria ginecológica, setor distinto do pronto atendimento, assim a mulher não fica exposta aos outros pacientes que não estão na mesma situação.

A instituição precisa ter alguns cuidados para resguardar o sigilo e a continuidade em garantir o atendimento, então o fluxo de atendimento segue o padronizado para todos os usuários do serviço, com a abertura do prontuário da mulher pelo Serviço Médico e de Estatística (SAME). Em seguida, a enfermeira, que atua no setor da enfermaria de ginecologia, realiza a triagem e os encaminhamentos para o serviço oportuno, a avaliação inicial é realizada pelo enfermeiro e médico ginecologista que estão no plantão na unidade.

As mulheres relataram que o primeiro atendimento foi com a enfermeira e ginecologistas, iniciaram o tratamento com as profilaxias e foram acolhidas com respeito. Analise do tempo transcorrido entre a agressão e o contato com o serviço de saúde, permite ao profissional identificar se a agressão é imediata ou tardia, e a definição da conduta a ser adotada para o tratamento. A agressão imediata consiste na busca do serviço de saúde do momento da agressão até o quinto dia após a violência e a tardia superior ao sexto dia após a agressão (CAMPINAS, 2017; FACURI et al, 2013).

> *"Eu lembro que a gente subiu lá para cima, passou na enfermagem e depois na próxima consulta que eu passei aqui* (local da coleta de dados – ambulatório)*, mas todo os procedimentos que eu fiz foi lá* (atendimento emergencial). *Foi muito bom, eu tava com medo e elas me mostraram que não era nada daquilo. Eu tinha medo de me julgarem, sabe?! Porque as vezes eu me sentia culpada" M2*

As mulheres estudadas apresentaram vergonha, medo, dificuldade de expor a agressão e de denunciar o agressor e, principalmente, de pedir ajuda. O medo do julgamento inibiu, mas não impediu as pacientes de buscarem o serviço de saúde, quando receberam apoio da família (3), amigos(3), polícia (1), líder comunitário (2) e apenas uma decidiu procurar sozinha, pois já conhecia o serviço de referência. O apoio da família e da rede de amizades e atendimentos são os elementos mais importantes para esta mulher na busca do serviço de saúde, pois identificamos que esta foi uma questão comum para as entrevistadas.

Durante o processo de acolhimento os sentimentos das mulheres, frente ao medo do julgamento dos profissionais, o receio de verbalizar e reviver a violência, desmoronaram com a abordagem dos profissionais do serviço, que estão capacitados para atender e acolher a mulher, realizando uma escuta qualificada, a mantendo a descrição sobre o caso e o respeito com a mulher desde a recepção do serviço até o consultório.

As orientações que as mulheres receberam, neste primeiro atendimento, versaram sobre os procedimentos que foram realizados, os riscos para as IST, sobre a possibilidade de gravidez e agenda as consultas. Uma das preocupações do serviço consiste no inicio da

quimioprofilaxia, com drogas antirretrovirais (ARV) e anticoncepção de emergência (AE), pois o seu uso é restrito ao intervalo de 72 horas posterior a violência sexual (HIGA, MONDACA, REIS, LOPES, 2008).

> *"Elas foram muito atenciosas, não tenho que reclamar, muito amorosas, ainda quando eu conversei com a enfermeira eu tive que contar tudo e ai eu chorei, mas ela foi muito atenciosa. Me explicou o procedimento que eu iria fazer, se eu iria tomar remédio ou não, quem ia decidir era a ginecologista, mas assim.. foi tudo muito bom. Tomei, a ginecologista pediu para eu tomar o remédio do HIV, porque se fosse o mínimo de chance poderia ter, era para eu tomar, ai não vamos arriscar. Toma o remédio, tomei um monte de injeção lá, bezetacil, nossa tomei um monte de coisa." M6*

As mulheres recebem as orientações, por exemplo, quanto ao tratamento das profilaxias, que será de 28 dias, dos efeitos colaterais dos medicamentos, e o uso do preservativo durante o tratamento; o direito de denunciar o agressor e de declinar da acusação; e receber o atendimento no ambulatório por seis meses. As orientações que as mulheres recebem no primeiro atendimento são permeadas pelos acanhados materiais educativos do MS, mas oferecem tempo para as mulheres assimilarem, todo o processo de cuidado recebido em casa, e elaborarem as suas dúvidas para o segmento ambulatorial.

> *"Eles me deram um monte de coquetel de remédio, tomei acho que umas quatro injeções, né! E depois eu fiz o exame ginecológico e me deram almoço, e fiquei esperando a médica para ela me dar os coquetéis que eu fiquei tomando por uns trinta dias em casa." M9*

A percepção das mulheres sobre o primeiro atendimento é de uma equipe alinhada, respeitosa e capacitada para o serviço. Atende aos elementos que foram preconizados pelo ministério da saúde, compostos pelas as orientações e encaminhamentos para a rede inter e intrasetorial, as profilaxias, o acolhimento com a equipe capacitada para a tipologia do atendimento e, principalmente, o agendamento de consultas para o serviço ambulatorial que esta disponível no mesmo serviço.

A percepção do acompanhamento ambulatorial - o segundo atendimento

O programa de atendimento especial (PAE) do hospital de referência atende, às quintas-feiras à tarde, as mulheres em situações de violência sexual. O acompanhamento ambulatorial acontece em até sete dias do atendimento inicial com duração de seis meses. No primeiro dia no ambulatório a mulher, obrigatoriamente, é atendida pela equipe multidisciplinar composta por ginecologistas, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas. Os

familiares e acompanhantes, quando necessário, recebem atendimento da equipe multiprofissional (BRASIL, 2012; CAMPINAS, 2017).

As mulheres relatam ter mais afinidade com a psicóloga (7), pois tem uma escuta qualificada e empatia no atendimento. Em seguida as categorias que tiverem melhor avaliação no atendimento foram a assistente social(1), psiquiatra(1) e ginecologista(1).

> *"São seis meses de atendimento já tem quatro meses, faltam só dois, só mudou a psicóloga. Era uma mulher e depois foi para um rapaz." M9*
>
> *Observação: a paciente se referiu ao Psiquiatra, pois todas as psicólogas do serviço são do sexo feminino.*
>
> *"Ah eu só fiquei meio assim quando era a psicóloga, que era uma mulher e depois contar para um homem, eu fiquei meio assim, mas ele foi muito atencioso e carinhoso, então... não tem do que reclamar. "M9*

O PAE o serviço, enquanto hospital escola recebe residentes e acadêmicos de medicina, que ficam um tempo restrito de quatro semanas, no ambulatório, esta rotatividade dos residentes fomenta uma resistência inicial das mulheres, principalmente, quando o profissional é do sexo masculino. Um ponto positivo é que independente da categoria profissional a mulher não precisa repetir a agressão e relembrar em detalhes a violência, pois todos os registros da equipe multiprofissional ficam disponíveis para todos os profissionais do ambulatório.

O processo que demanda tempo, com a evolução do tratamento, dependendo do caso e da quantidade de retornos, as mulheres podem reduzir os atendimentos no dia. Normalmente, as mulheres com questões emocionais, suicídio, com dificuldades de enfrentamento e depressão permanecem por mais tempo no ambulatório e, em alguns casos, continuam o atendimento na rede intersetorial.

> *"Então, todos aqui são bem atenciosos, todos te dão atenção, carinho. O único problema é a demora. É que na primeira consulta é demorada, da na segunda vai ser mais rápida, mas aí é igual a primeira, a terceira é igual a primeira. Então isso angustia a gente um pouco, entende?" M1*

As mulheres entrevistadas apresentam depressão (3), irritabilidade (1), confusão (1), pânico de andar sozinha na rua (3), de correr sozinha (1), somatização dos fatores associados com a violência, por exemplo, medo do horário da agressão ou do caminho aonde aconteceu abordagem (8), sair do emprego (3), mudar de casa (1) e tentativa de suicídio (2). Estes achados também foram encontrados nos estudos de FACURI et al (2013) e HIGAR, REIS,

LOPES(2008), acrescidos da perda de memória abuso e dependência de substancias psicoativas.

> *"Porque eu já sou depressiva, já passei por quadros de depressão, comecei o tratamento e não consegui parar, assim melhorar. Não consegui, eu consegui melhorar a partir do momento em que eu abandonei o tratamento, não fui mais no médico, não conversei mais sobre o assunto. Ai eu consegui me levantar, entende? Foi igual ao que eu falei para a psicóloga, tem pessoas que tem que falar, falar, falar, eu sou diferente! Eu tenho que esquecer. Entende? Então, mesmo eles me encaminhando. Para mim, vai ser mais difícil que se eu parar completamente de lembrar, de falar, de tocar nesse assunto. Eu tenho que esquecer! Eu preciso esquecer." M1*

No atendimento ambulatorial as mulheres lutam para esquecer a violência e utilizam distintas estratégias de enfrentamento para superar o trauma. O serviço oferece subsídios para discutir a violência e possibilitar a reflexão sobre o processo de entendimento que a mulher é uma vítima e não a culpada pela agressão. Porém quando a paciente já apresenta um histórico de depressão existe o risco de ser potencializada.

> *"Aqui e bem pontual é, não sei se esse serviço ajuda a sair da situação de violência. Teria que ter um serviço mais próximo. Aqui é bem pontual, a agente vem vê o exame e conversa. Deveria ser como se fosse uma assistência social mesmo, com consultas mais proximas." M10*

O atendimento de violência atende as mulheres nos dias zero (D0), referente ao dia da violência, D(15), D(45), D(90), D(180) e D(210), estes dias são obrigatórios para todas as pacientes, pois são realizados os exames para avaliar a situação das IST no organismo das mulheres e o tempo de seis meses é devido à janela imunológica do HIV para soro conversão. Então, este é o esquema mínimo de atendimento, mas dependo da situação psicológica da mulher ou de vulnerabilidade o serviço intercala outras consultas, principalmente com os psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais.

Os serviços de violência foram identificados como facilitadores para sair da situação de vulnerabilidade, mas em outros casos o relato é que este não é suficiente. É importante conhecer os elementos que transcendem o serviço de saúde e a rede de atendimento disponível no município estudado, para auxiliar as mulheres a superarem a situação de violência sexual.

O significado do serviço para a mulher.

O serviço estudado ao oferecer o acompanhamento com a equipe multiprofissional visa colaborar com a recuperação desta mulher e dos familiares, que também participam deste processo de sofrimento. Conforme as orientações da Norma Técnica de oferecer apoio psicossocial aos familiares (BRASIL, 2012).

A vivência da violência sexual gera conflitos internos para a mulher que afetam os relacionamentos e manifestam-se, por exemplo, como a síndrome do trauma do estupro, a síndrome pós-trauma, a dor aguda, o risco para infecção, o conflito de decisão, angústia espiritual, o sentimento de impotência, o isolamento social, a sexualidade alterada com ao desinteresse pelo corpo e a baixa-estima e, pode levar ao suicídio. (FACURI, 2012).

> *"Olha agora assim eu estou me sentindo valorizada, mas no começo quando eu cheguei aqui eu me sentia um nada, eu me sentia bem fraca. Eu ainda estou bastante debilitada, com o psicológico bem abalado ainda, mas o* (este hospital) *recebe a mulher como mulher mesmo, não vê a gente como mais um paciente, tanto que nos somos chamadas pelo nome, diferencial muito grande aqui* (serviço analisado)*, você ser reconhecia como pessoa. Tanto é que eu tenho plano de saúde e continuo o acompanhamento aqui por causa do atendimento, eu me sinto acolhida." M5*

As mulheres reconhecem que mudaram o seu comportamento após a violência e iniciaram um processo de baixa autoestima, melancolia, medo, além de trazer a concretude do aspecto subjetivo da violência que fica entoando e retornando, mesmo que o ato já tenha ocorrido. Este é um fator preocupante, pois as mulheres, mesmo demonstrando desejo de superar a agressão, precisam compreender a situação de violência vivenciada deve ficar presa nas amarras do passado e utiliza-la como uma experiência de vida, mesmo que imposta, negativa e traumática.

> *"Parece que tem uma coisa que está andando no seu corpo, parece que você sente a mão daquele homem tocando em mim, que por mais que você tome banho, mude a roupa use uma roupa limpa cheirosa, você ainda se sente suja, entendeu?"M4*

O apoio para superar a violência vem de múltiplas fontes, por exemplo, da fé na religião (9), amigos e família(10), a vingança(1) e o desejo de voltar a ter a sua vida normal, com os sonhos e planejamentos de vida(10). Novamente, o apoio na rede e amigos aparece para fomentar que o indivíduo não vive segregado da sociedade e os vínculos afetivos formados estruturam a base de sustentação para o desejo de superação da violência.

> *"Eu não fico me martirizando ou chorando ou depressiva eu não fico. Eu confesso que as vezes vem os flashs, vem as vezes, e isso me dá uma agonia. Sabe quando o seu coração dói, sabe? Não sei se você já sentiu isso. Ai eu tento não lembrar, eu peço para Deus me*

ajudar, eu oro e ai vai esquecendo. Eu tento não ficar lembrando de nada, eu tento passar uma borracha, assim e apagar." M6

Os resultados dos exames no final dos seis meses de tratamento também atuam como uma ferramenta fortalecedora do tratamento e para muitas mulheres representa o fim do processo de consultas e atendimentos no serviço de saúde, mas o fortalecimento transcende a instituição e os profissionais. O enfrentamento e a superação do sofrimento vêm de outros fatores que envolvem a vida social da mulher, ou seja, o apoio familiar, a independência financeira, o trabalho, os filhos e companheiros ou o desejo de construir um relacionamento futuro possibilitam que elas finalizem esta etapa da sua vida, de vivencia no serviço.

"Ah, é difícil, é tipo assim, entre aspas foi bom pela a minha saúde, que eu fiz todos os exames, e graças a Deus não teve nada, o pessoal que está me acompanhando bem, mas é algo que está errado, não tem muito o que fazer, não tem (hospital de referência analisado no estudo) *e nem lugar nenhum vai conseguir apagar isso. Entendeu? Eu penso assim." M3*

O atendimento do hospital de referência em saúde da mulher analisado no estudo também auxiliou as mulheres a se sentirem mais fortalecidas quanto a situação de saúde, e possibilitaram uma reflexão quanto aos relacionamentos com pessoas controladoras, que apresentam comportamento sugestivo para a violência sexual, mesmo que as agressões não tenham sido por agressores conhecidos, na maioria dos casos estudados, mas o tipo de relacionamentos são as situações de vida que elas tem o controle.

"Eu me sinto mais empoderada para dar um basta muito mais fácil do que antes. Antes parecia que, como você não espera que a pessoa seja abusiva com você, você não está preparada para dizer um não ou sair da situação. Ai você fica meio assim, ai meu deus tenho medo de reagir o que vai acontecer comigo? E agora eu acho que vou reagir e dane-se o que vai acontecer comigo, você não vai me obrigar a fazer uma coisa que eu não quero. Eu acho que você fica mais fortalecida e dizer não, não! Eu sei as consequências que vai ter, sabe?!"M10

"Eu sou muito namoradeira, isso não me afetou em nada. E nem os outros homens tem culpa do que ele fez, mas agora eu olho muito no perfil da pessoa, se é uma pessoa ciumenta, agressiva, o jeito de falar comigo, esse tipo de pessoa eu evito. E antes não, eu não estava nem ai. Eu tenho um filtro mesmo."M8

A percepção das mulheres frente ao atendimento é positiva, pois o serviço as ajuda na identificação dos problemas relacionados à saúde, as IST e a prevenção da gestação. O serviço social, psicologia e psiquiatria associado ao suporte familiar fortalece as mulheres a compreenderem que não são culpadas da violência e para não aceitarem uma relação futura violenta.

Considerações Finais

O estudo permitiu o acompanhamento das mulheres durante o atendimento no programa de atenção especial do hospital de referência analisado no estudo. A vivência das mulheres desde a admissão no serviço emergencial, o atendimento ambulatorial, por seis meses, e a finalização do tratamento permitiu que estas mulheres tivessem a dimensão da complexidade do tratamento.

O primeiro contato com o serviço é o mais crítico, pois as mulheres vivenciaram recentemente a violência sexual. A percepção quanto ao comprometimento dos profissionais com a escuta e a conduta adequada para o tratamento, orientações e encaminhamentos para a rede de atendimento qualificam este serviço como positivo para as mulheres.

O segundo momento é o atendimento por seis meses, que envolveu a coleta dos exames e a entrega dos resultados, as orientações dos serviços envolvidos na rede inter e intrasetorial. Em muitos momentos as mulheres sentiram medo, angustia, medo de ter novos relacionamento e mudaram a postura no relacionamento prévio, mas reconhecer que existiam outras mulheres na mesma situação, que existe vida com qualidade após a violência e que as pessoas mais próximas são as que lhe servem como base neste processo de tratamento as ajudavam a realizar o próximo passo do acompanhamento e superar o incomodo de voltar ao serviço para dispor de uma tarde inteira nos atendimentos com as diversas categorias profissionais, mas no final do dia o sentimento é fortalecimento pessoal.

O final do atendimento ambulatorial é considerado quando a mulher realiza os últimos exames no D180, mesmo que ela não tenha ido a todas as consultas, é considerado que ela recebeu alta do acompanhamento ou é encaminhada para outro serviço, caso tenha necessidade psicológica.

A percepção delas é que o hospital, os profissionais ou o serviço são capazes de fazer com que elas superem a violência, estes elementos são apenas ferramentas para a superação da violência. O fortalecimento vem da força interior, dos vínculos afetivos, familiares e da religião desta mulher. O tempo de seis meses possibilita que, em alguns casos, a mulher ter o desejo de superar a violência, mas não a vulnerabilidade de gênero para novas violências.

Referencia

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

Bezerra JF, Silva RM, Cavalcanti LF, Nascimento JL, Vieira LJES, Moreira GAR. Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.29, n.1, p.51-9,2016.

BRASIL. Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria da Mulher. Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/iluminar/iluminar.htm. Acesso em 15/01/2017.

Cavalcanti, LF; Moreira, AR; Vieira, LJES; Silva, RM. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 1079-1091, 2015.

Facuri, CO. Características sociodemográficas e sintomas psíquicos de mulheres vítimas de violência sexual. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas-SP. 2012, 167p.

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 [online]**, v. 29, n.5, p. 889-898, 2013.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2016. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2016.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 33ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013

Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v.42, n.2, p.377-82, 2008.

Higar R, Reis MJ, Lopes MHBM. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP**. Ciência, cuidado e saúde**, v. 6, n.3, p.372-6, 2007.

Kvale, Steinar. InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing. SagePublications, Thousand Oaks California. 1996.

Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc**, v.23, n.3,p.45-52, 2014

Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

Ortiz-barreda, G; Vives-cases, C. Legislation on violence against women: overview of key components. **Rev Panam Salud Publica**,v.33, n.1, p.61–72, 2013.

Polit, D.F; Beck, C.T. & Hungler, B.P. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Shraiber, L. B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços a rede intersetorial. **Rev Athenea Digital**, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012.

Schraiber LB. Violence: an issue at the interface between health and society. **Saúde Soc**, v.23, n.3, p.727-32, 2014.

5.6 ARTIGO 3 – PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM CAMPINAS - SP

Juliana da Fonseca Bezerra[22]
Juliana Luporini do Nascimento[23]

Resumo

Objetivou-se analisar em que medida as práticas utilizadas em um serviço de referência possibilitam a recuperação física, emocional e psicossocial das mulheres em situação de violência sexual, segundo os profissionais de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo com oito profissionais de saúde, médicos (ginecologistas e psiquiatras), enfermeiros, assistente social e psicólogo, de um serviço de referência de Campinas, São Paulo. A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2016. A partir da análise compreensiva dos depoimentos, foram construídos os seguintes temas: o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial; as práticas utilizadas por profissionais de saúde no atendimento das mulheres em situação da violência sexual; e repercussões da atuação dos profissionais de saúde na vida das mulheres. Os resultados apontam que os profissionais de saúde reconhecem que o Programa de Atendimento Especial é um serviço que possibilita o atendimento integral da mulher em situação de violência, a escuta qualificada, a implantação das políticas e dos protocolos do Ministério da Saúde. O município de Campinas é referência no atendimento à saúde da mulher pela adoção dos protocolos que integram os serviços de segurança pública, saúde e de justiça, e pela a existência de um fluxo estabelecido que consiste na atuação das diversas categoriais profissionais, possibilitando a eficácia de uma rede intersetorial integrada para a recuperação da mulher. Em contrapartida, observa-se uma limitação referente à vulnerabilidade social, o apoio familiar e religioso para essas mulheres superarem a violência sexual, que extrapola o espaço do serviço de saúde. Entende-se que a formação acadêmica e a educação continuada dos serviços dos profissionais de saúde são fundamentais para estes realizarem o atendimento digno das mulheres em situação de violência sexual.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Violência sexual; Atenção à Saúde; Pessoal de saúde

---

[22] Enfermeira obstetra. Doutora da Faculdade de Ciências Médicas, no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.
[23] Cientista Social. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. São Paulo, Brasil.

Abstract

The objective of this study was to analyze to what extent the practices used in a reference service make the physical, emotional and psychosocial recovery of women in situations of sexual violence possible, according to the health professionals. This is a qualitative study with 8 healthcare professionals – physicians (gynecologists and psychiatrists), nurses, a social worker and a psychologist, from a referral service in Campinas, São Paulo. The data collection was carried out from May to June 2016. Based on the comprehensive analysis of the testimonies, the following themes were built up upon: healthcare professionals in the Special Care Program (Programa de Atendimento Especial); the practices used by healthcare professionals in the care of women in situations of sexual violence; and repercussions of the performance of healthcare professionals in the lives of women. The results indicate that healthcare professionals recognize that the Program is a service that enables the integral care of women in situations of violence, through qualified listening, and the implementation of policies and protocols of the Ministry of Health. The municipality of Campinas is a reference in the health care of women by the adoption of the protocols that integrate public safety, health and justice services, and by the existence of an established flow that consists in the action of several different professional categories, enabling the effectiveness of an integrated inter-sectorial network for the recovery of women. On the other hand, there is a limitation regarding social vulnerability, family and religious support for these women who overcome sexual violence, which goes beyond the health service space. It is understood that the academic training and the continuing education of the services of the healthcare professionals are fundamental for these to accomplish the dignified service to the women in a situation of sexual violence.

Keywords: Violence against women; Sexual violence; Health Care; Health personnel

Introdução

A violência sexual (VS) é marcada por questões culturais, sociais e históricas de submissão das mulheres no Brasil e no mundo, e possui alcance indiscriminado frente aos elementos de raça, etnia, religião e idade. Identifica-se que as mulheres jovens em idade reprodutiva, de 10 a 49 anos, representam o maior número de atendimentos nos serviços de saúde[1].

O Brasil, no ano de 2015, ocupou a 5ª posição em um grupo de 83 países fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujos resultados apresentam uma estatística que representa 4,8 homicídios por 100 mil mulheres[1]. A OMS elucida que mais de um terço das mulheres do mundo sofrem agressões físicas ou sexuais, representando um problema com proporções epidêmicas para a saúde pública, pois ocasiona múltiplos problemas de saúde, desencadeados, na maioria das vezes, no contexto das relações interpessoais[2].

O tema alcançou visibilidade em diferentes campos disciplinares e por entidades nacionais e internacionais. Isto fomentou a formulação e a reformulação de políticas, programas, leis e planos para o enfrentamento da VS[3]. No Brasil, além dessas implementações governamentais, existe a necessidade de promover uma ressignificação dos contextos históricos e culturalmente construídos, que ainda hoje reafirmam as desigualdades de gênero e fortalecem a perpetuação da VS.

No setor da saúde, a vertente do atendimento foi modificada com a Lei nº 12.845/2013[4], que tornou obrigatório o atendimento integral a pessoas em situação de violência sexual nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), submergindo a restrição desse atendimento às instituições consideradas de referência[4].

Diante dessas conquistas, ainda não consolidadas e comprometidas perante o possível retrocesso que temos vivenciado, majoritariamente das políticas brasileiras de saúde e de educação, os serviços de saúde devem estar aptos a atender as mulheres em situação de VS o quanto antes, pois os efeitos imediatos e ao longo da vida são devastadores tanto nas esferas físicas quanto mentais.

As possíveis consequências físicas imediatas configuram-se como norteadoras para as medidas emergenciais dos serviços, que são, por exemplo, gravidez, infecções do trato reprodutivo e infecções sexualmente transmissíveis (IST); em longo prazo: na esfera da sexualidade, com as alterações ginecológicas; e na esfera da saúde mental, os sintomas podem ser expressos pela depressão, pânico, somatização, tentativa de suicídio, e abuso e dependência de substâncias psicoativas[5].

No Brasil, a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes[6] orienta os serviços de saúde, na estrutura física do serviço, em suas normas de atendimento, atendimento psicossocial, medicações, encaminhamentos, profilaxias, anticoncepção de emergência, interrupção legal, coleta de material e as categorias profissionais para realizar o atendimento de saúde, incluindo os direitos humanos das mulheres[6].

Segundo a carta de Otawa[7], os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente à população, que envolva e respeite as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor da saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais[7]. A estrutura do serviço de saúde deve atuar em parceria com a formação dos discentes dos cursos de saúde, visando

qualificar e ilustrar as problemáticas e os caminhos para solucionar as demandas da população, principalmente quando relacionadas à temática de VS.

Em função da realidade acima descrita acerca da relevância de relacionar o atendimento prestado por um serviço de saúde de referência às mulheres em sofrimento, vítimas de violência sexual, buscou-se analisar em que medida as práticas utilizadas em um serviço de referência possibilitam a recuperação física, emocional, psicossocial das mulheres em situação de VS, segundo os profissionais de saúde.

Metodologia

Realizou-se um estudo qualitativo[8], no Programa de Atendimento Especial (PAE), no ambulatório, em um hospital de referência em saúde da mulher no munícipio de Campinas, SP. A cidade compreende uma área territorial de 794,433 Km^2, tem uma população total estimada de 1.144.862 habitantes, dos quais 559.248 são mulheres e 359.405 compreendem as mulheres na fase reprodutiva (10 a 49 anos)[9].

A instituição de saúde analisada atende as recomendações realizadas pela Norma Técnica[6] e configura-se como um serviço terciário especializado em saúde da mulher e do recém-nascido, de referência no município e na região metropolitana de Campinas, abrangendo mais de 17 cidades e com cobertura estimada de 2,5 milhões de pessoas[5,10].

Os critérios de inclusão foram os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional do serviço de violência, e as categorias profissionais de nível superior entrevistadas foram: médicos - ginecologistas e psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, que tinham no mínimo seis meses de atuação no serviço e aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no ano de 2016, em ambiente discreto e silencioso, nos consultórios e ambulatórios do serviço no dia marcado para o atendimento no ambulatório, com o intuito de respeitar a privacidade das participantes.

Para a produção de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada e gravada, seguindo as recomendações de Minayo[11], a entrevista semiestruturada é uma “conversa com finalidade” (p. 99) amplamente empregada para a construção de informações pertinentes para investigar ou analisar os sujeitos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e realizadas em ambiente privado, quando possível em momento posterior ao atendimento de saúde das participantes, devido aos múltiplos

atendimentos, as falas obtidas pela entrevista foram transcritas na íntegra, garantindo o anonimato das entrevistadas.

Após a transcrição, realizou-se leitura de cada entrevista e organizou-se o material empírico, desmembrando-o em partes correspondentes aos aspectos abordados no roteiro e as respectivas falas dos participantes. Analisaram-se os dados apreendidos nas falas das entrevistadas. Essa análise guiou-se pela trajetória analítica proposta por Gomes[12]. Assim, adotou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática[13].

De posse da organização do material, após a análise minuciosa do material empírico, emergiram três temas: o atendimento dos profissionais de saúde no PAE; as práticas utilizadas por profissionais de saúde no atendimento às mulheres em situação da VS; e repercussões da atuação dos profissionais de saúde na vida das mulheres.

As gravações confeccionadas na coleta de dados foram identificadas por um código numerado e de acordo com sequência da entrevista, utilizando as iniciais das categorias profissionais seguidas do número. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), por meio do parecer 1.567.151/2016. Todas as pessoas participaram voluntariamente do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Caracterização dos profissionais de saúde

O atendimento às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde não é de responsabilidade de uma categoria profissional, mas da equipe multiprofissional. Assim, é possível reunir as racionalidades de cada profissão e permitir a estruturação do atendimento integral para respeitar cada etapa da atenção à saúde da mulher.

Foram entrevistadas oito profissionais de saúde, todas do sexo feminino. No ambulatório existem profissionais do sexo masculino, mas eles eram residentes de psiquiatria e não atendiam aos critérios de inclusão do estudo, pelo seu tempo de permanência no serviço ser de quatro semanas e por não ter vínculo empregatício com o serviço analisado.

As informações referentes às categorias profissionais foram: 25% assistentes sociais, 25% médicas psiquiatras, 25% enfermeiras, 12,5% psicólogas e 12,5% médicas ginecologista e obstetra. Quanto à formação profissional, 58,33% dos profissionais realizaram especialização *lato sensu* e 25% *stricto sensu*, com 16,67% sem nenhuma especialização.

A faixa etária dominante foi de 35 a 44 anos com 37,5% dos casos e a menor de 25 a 34 anos com 12,5% dos casos, 45 a 54 anos e 55 a 64 anos com 25% respectivamente. A raça/etnia autodefinida foi predominantemente branca com 87,5% dos casos e 12,5% amarela/japonesa. Sobre a situação conjugal, 37,5% consideram-se casadas, 50% solteiras e 12,5% divorciadas. A religião católica foi a mais citada, com 62,5%, seguida da espírita, 25%, e cristã, com 12,5% dos casos.

Atuação dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial

O hospital é referência em saúde da mulher e atua nas áreas de ginecologia e obstetrícia, neonatologia e oncologia, atendendo mulheres em situação de VS desde a sua criação[14].

O serviço integra a rede de instituições parceiras do projeto Iluminar Campinas, que foi implantado em 2001 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e financiado pelo Ministério da Saúde (MS). O projeto estruturou o atendimento inter e intrasetorial, capacitou os profissionais envolvidos na rede de atendimento em diversas áreas como: saúde, educação, assistência social, jurídica, de cidadania, e os cuidados em saúde nas esferas física, mental e social[15,16].

Todos os profissionais do serviço, desde a recepção aos seguranças e profissionais da saúde, são capacitados, pela educação continuada do hospital e pelo projeto iluminar, para preservar a mulher, não fazerem perguntas constrangedoras e as encaminham ao setor da obstetrícia, quando estas relatam que sofreram violência. Representado por um dos diferenciais do serviço, o PAE, que oferece o atendimento imediato em um ambiente diferente da emergência, localizado em outro andar do hospital analisado, mas sem referência à violência sexual, então a mulher é atendida pela equipe que está no plantão.

> *"elas são atendidas num local diferente do pronto socorro, elas são levadas para uma salinha de enfermaria da ginecologia, que faz atendimento múltiplo, têm um atendimento multifuncional, mas é um setor mais guardado. Ela não fica em contato com público, então, quem atende a mulher da parte médica da emergência é o médico de plantão ou o residente da gineco, que está na enfermaria com a supervisão do docente que está na área no momento, ou é a equipe que está de plantão 24h, que seja à noite, feriado ou finais de semana." (Go6)*

Identificou-se que o serviço possui uma equipe multiprofissional capacitada para atender as mulheres e executam as orientações sobre profilaxia antirretroviral (ARV), anticoncepção de emergência (AE) e encaminhamentos para a rede intersetorial, mantendo um vínculo forte de referência com o serviço de segurança pública, conforme previsto na Norma Técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes do MS[6].

As enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas do serviço analisado elaboraram, em 1998, o protocolo intitulado Atendimento Multidisciplinar às Mulheres Vítimas de Violência Sexual[16], que serviu de referência para o MS construir a norma técnica[6], junto a outros serviços de atendimento voltados para o público.

A construção desse protocolo de atendimento com a rede Iluminar Campinas, municipal, reflete os esforços dos gestores locais na implementação das políticas e no planejamento e monitoramento das ações, favorecendo as atividades de gerenciamento, as articulações de saberes e práticas das diferentes categorias profissionais, no sentido de efetivar as ações intersetoriais.

> *"A gente segue o protocolo do ministério da saúde, então a paciente sofre violência ela é encaminhada pela guarda municipal, se ela for procurar a guarda municipal, ou se ela foi procurar a delegacia, ela já vem direto para cá. Isso já é um treinamento que o serviço de segurança pública da região de recebe da prefeitura. Então, paciente chegou procurando para fazer um boletim de ocorrência, se ela não tiver passado aqui ainda eles primeiro trazem ela para cá, a gente presta o socorro e depois ela volta para lá para fazer o boletim ou a denúncia, o que ela quiser fazer mediante as delegacias, então, assim, já existe essa orientação e é seguido." (Enfa 1)*

A adoção de protocolos, que são desenvolvidos embasados nas evidências clínicas e epidemiológicas, oferece subsídios aos profissionais da saúde para realizar um atendimento. Devem indicar os serviços de referência, o fluxo de atendimento, os medicamentos necessários, bem como as orientações e as informações que devem ser fornecidas às mulheres[17].

A implantação do protocolo deve ser associada à capacitação dos profissionais de saúde, pois possibilita que todos os envolvidos no atendimento conheçam com propriedade o fluxo de encaminhamento das mulheres. A dificuldade de implantação do protocolo de

atendimento pode ser ilustrada pelo estudo[17] que comparou hospitais municipais de duas capitais brasileiras. Na primeira cidade, Fortaleza, existe apenas em um hospital possuem o protocolo de atendimento reconhecido pelos profissionais de saúde; e na segunda cidade, Rio de Janeiro, identificou-se que existe adoção de protocolos nos serviços e um fluxo estabelecido com a atuação das diversas categoriais profissionais[17].

> *"É que nós temos os protocolos de atendimento imediato, atendimentos tardio, interrupção e o ambulatório. Então, no atendimento imediato, ela recebe todas as orientações em relação aos riscos, gravidez, riscos das IST virais, e as não virais, como alguma sífilis, herpes, alguma outra IST. Quanto às que têm o protocolo de prevenção, vacina e os que não têm. Nós fazemos toda essa orientação, a anticoncepção de emergência, uma das coisas importantes neste dia é o preparo para o atendimento ginecológico. Como nós fazemos o atendimento logo após a violência, muitas mulheres não querem fazer o atendimento para a coleta do material." (Enfa 7).*

O serviço analisado recebe, na maioria dos casos, mulheres que sofreram uma agressão única, urbana, perpetrada por agressor desconhecido e envolvendo as tipologias da violência sexual, física e psicológica, mas as mulheres com situações de violência crônica também buscam o serviço estudado, principalmente as menores de idade, que não fizeram parte do escopo deste estudo. Essas mulheres possuem as categorias ginecológicas entre pós-púbere, menopausada e não púbere maior que 14 anos, pois nas situações de crianças elas são encaminhadas ao hospital pediátrico[16].

Segundo o estudo[16], nos serviços de saúde que recebem mulheres que sofreram violência sexual, os profissionais de saúde deparam-se com situações de: estupro, atentado violento ao pudor com penetração oral ou anal ou sem penetração com ejaculação externa próxima à região genital. Estes fatores são comuns aos serviços de violência no país. Além deste perfil, as mulheres vivenciam a gestação decorrente da VS, interrupção legal e o serviço oferece um acompanhamento de pré-natal diferenciado.

Os profissionais de saúde preocupam-se com a segurança psicológica e física da paciente, principalmente relacionada à exposição da mulher quanto à violência.

> *"Então ela entra num processo de atendimento mais reservado, que quem só entra quem vai ser internado. Ela não aguarda aquele atendimento de pronto socorro, aquela*

exposição. A agente tenta atender o mais rápido possível, que é um ambiente comum para a ginecologia" (Go6)

Identifica-se que a estrutura física do setor onde ocorre o PAE não apresenta nenhuma sinalização para a temática da VS. A segurança da paciente transcende os procedimentos médicos e permeiam na conduta do profissional antes, durante e após o atendimento, envolvendo discrição, seriedade e empatia.

O serviço possui uma ficha única de atendimento, que acompanha o prontuário da mulher, permite aos profissionais de todas as categorias realizarem o registro e a história clínica da mulher fica anotada, evitando que esta repita várias vezes a situação de violência.

Os cuidados com a saúde devem ter o início precoce da anticoncepção de emergência (AE) logo após o diagnóstico da violência, até 72 horas após a VS, para evitar a gravidez, e os antirretrovirais para a profilaxia da infecção pelo HIV e as IST. O início da ARV e AE é imediato, então a mulher sai do serviço de emergência com a cobertura medicamentosa necessária para reduzir os riscos de soro conversão.

"ela é atendida na enfermaria e o controle dela depois de 10-15 dias, a gente recepciona ela aqui no ambulatório. Então, esse encaminhamento da enfermaria para o ambulatório ela sai com data e horário agendada para isso. Então, ela vai para casa com o coquetel e é explicado para ela, se ela tiver algum efeito colateral ela pode estar procurando o ambulatório que funciona de quinta-feira à tarde, ou ela pode ir na data agendada que é de 15 dias depois [...]. Ela passa por psicólogo, psiquiatra, assistente social, ginecologista e enfermeiro. É um dia cansativo, mas é um dia que se resolve a vida da paciente, se ela tiver com algum problema, na área social, como na área social da paciente." (Enfa 1)

O serviço de emergência, que ocorre na enfermaria da ginecologia, encaminha a mulher para o acompanhamento ambulatorial da violência sexual, que compõe o PAE e ocorre semanalmente. Assim, a mulher recebe o atendimento da equipe multiprofissional, composta por médicos (ginecologistas e psiquiatras), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais por seis meses.

O serviço analisado possui um diferencial dentre os outros atendimentos do país devido à presença da residência em psiquiatria. A atuação da psiquiatria permite a medicação destas mulheres com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), caso necessário, visando a

redução dos danos que se desdobram em casos de suicídio, depressão e transtorno de humor. A categoria profissional auxilia na recuperação da mulher, inclusive quando já possui um histórico de saúde mental, com uso de medicamentos, que é agravada com a violência sexual.

Assim, como a presença de estudantes de graduação em medicina, bem como estagiárias de psicologia e de serviço social, é possível ampliar a formação dos discentes da saúde sobre as condutas e encaminhamentos voltados à VS. Infelizmente a articulação com a graduação de enfermagem ainda é incipiente neste setor.

Identificou-se que os profissionais conhecem e implementam o protocolo da instituição e realizam em tempo adequado as profilaxias, assim como as orientações sobre o uso dos medicamentos e oferecem suporte psicológico à mulher.

As práticas utilizadas por profissionais de saúde no atendimento das mulheres em situação da violência sexual.

O atendimento PAE do hospital analisado oferece as orientações sobre os serviços disponíveis na rede inter e intrasetorial, entrega impressos específicos com os contatos que podem ser utilizados, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar (CT), Instituto Médico Legal (IML), delegacia da mulher para realizar o registro do boletim de ocorrência (BO), orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal. Caso ela precise de algum desses serviços, o hospital realiza este encaminhamento, por meio da assistente social.

O atendimento é fracionado em atendimento inicial (Dzero) e retornos, que devem acontecer em 15 dias (D15), 45 dias (D45), 90 dias (D90) e 180 dias (D180) e permitem realizar os exames sorológicos, mas a demanda da saúde mental e dos desdobramentos negativos da violência, como TEPT, depressão e pensamentos suicidas podem reduzir o intervalo entre as consultas. Possibilita também oferecer o atendimento às mulheres que envolvam todos os desdobramentos em saúde causados pela violência.

> *"180 dias do ponto de vista das doenças, ela deve ter até 180 dias. O que a gente tem de estudos no serviço em especial da condição clínica, que a gente não teve nenhuma soro conversão do HIV, a agente tem algumas hepatites B e C, que agente encaminha para moléstias infecciosas para fazer o acompanhamento. Mas a maior parte delas já tem esse resultado no Dzero, o primeiro momento que tem essas sorologias da*

emergência, ela já tinha de base, algumas são soro viragem ou dúvidas no acompanhamento" (Go 6)

O encaminhamento para o ambulatório auxilia a mulher a encontrar apoio, principalmente nos casos em que ela sozinha não consegue se desvencilhar da situação de violência crônica, com o agressor conhecido.

"Porque quem não tem apoio é aquela mulher que foi agredida pelo marido, namorado, ex-companheiro, porque as pessoas não veem que elas foram agredidas, acham que ela que estava com ele porque ela queria. E não veem também as do aborto, ninguém se coloca naquela situação para ver quão difícil é. E que ela tem direito a isso. Então, talvez essa mulher que tem a agressão por desconhecido não incorpore do ponto de vista social dela, amigos e família, entendeu." (Go6)

A agressão relacionada ao companheiro, ou ao agressor conhecido, é complexa para ser identificada, pois as questões sociais transpõem a mulher de vítima a boa companheira, por esta realizar uma obrigação conjugal, mesmo que forçada. Este pensamento dificulta o entendimento da mulher, dos familiares, dos amigos e em sua religião que, normalmente, são a sua rede de apoio para a compreensão da VS.

O serviço, neste sentido atua como um elemento facilitador para romper a rota crítica desta violência e o programa Iluminar instituído no município analisado serve como estrutura funcional para ampliação do conhecimento dos envolvidos acerca da violência, assim como amparo legal e de saúde que a mulher possui, mas precisa ter interesse em sair desse ciclo.

Nas situações de violência com agressor desconhecido, o apoio familiar e religioso acontece com maior facilidade, mas, em alguns casos, a agressão, independente da origem, reflete em outra violência na vida das mulheres.

"Eu acho que o que influencia muito é a questão religiosa. Infelizmente nós percebemos muita agressão de meninas evangélicas, a questão da virgindade é muito forte. E os pais são muito rígidos. Então, essas meninas eu não sei até quando elas conseguem se reestruturar. Porque teve vários casos dos pais que eles exigiam uma declaração de virgindade ou não. Dependendo da igreja eles precisam levar para o

pastor, o pastor precisa da declaração, então esse tipo de agressão da menina que é pior." (Enf7)

No serviço analisado, as mulheres recebem o atendimento e as orientações sobre a conduta a ser tomada, cujas opções são realizar o aborto ou encaminhar para o pré-natal com atendimento diferenciado. Além disso, após o parto o recém-nascido pode ser encaminhado para o serviço de adoção ou a mulher pode assumir o filho.

Segundo a Portaria n° 1.508, de 2005, o estudo do caso do aborto deve ser realizado pela equipe multiprofissional, no mínimo, com obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e psicólogo. Estes profissionais são obrigados a preencher os termos previstos em lei: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Responsabilidade, Termo de Relato Circunstanciado, Parecer Técnico e Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez[18].

"No caso de aborto, elas vêm, primeira vez, normalmente elas não vão para a enfermaria, elas vêm direto para o serviço social e psicologia, a gente abre uma pasta, um registro para essa paciente no hospital. E a gente faz o pedido de ecografia, a gente vai até o médico que tá na ginecologia, e ele pede para a gente ver de quantas semanas essa paciente tá. E atendido pela psicologia e serviço social e é marcado para essa paciente vir, no próximo dia de ambulatório. Então se essa paciente vem na segunda, na quinta-feira ela já esta sendo atendida pela equipe e pela enfermagem, tudo certinho. Diante da conversa de todos os profissionais é feita uma reunião que avalia se vai ser feita a interrupção legal ou não." (Psic 5)

No serviço analisado, realiza-se o aborto decorrente de estupro, legalmente um direito da mulher de acordo com código penal brasileiro, artigo 128, inciso II[19], que elucida o aborto sentimental ou humanitário, que é uma das formas de realizar o aborto legal. A mulher recebe orientações sobre o processo pela assistente social, e é atendida pela psicóloga, enfermeira e médico. A solicitação de interrupção da gravidez é discutida pela comissão multidisciplinar composta pela diretoria clínica e da comissão de ética do hospital.

Para obter o parecer favorável ao aborto é necessário que todos os fatores clínicos (idade da gestacional adequada, inferior a 20 semanas, ou peso do feto menor que 500g), psicológicos e os requisitos da legislação brasileira. As mulheres atendidas no serviço que se

enquadram nos requisitos legais conseguem realizar o aborto e a condução é variável de acordo com a necessidade de urgência do caso.

> *"Eu sou psiquiatra há 25 anos e eu já atendi muitas de mulheres com depressão e ansiedade que tinham um antecedente histórico de uma violência sexual que não foi cuidada no momento, e é uma cicatriz aberta para o resto da vida, que vulnerabiliza muito para depressão, para quadros ansiosos, para o uso de substâncias." (Pisq 8)*

O acompanhamento das mulheres com quadros que envolvem questões emocionais, como risco de suicídio, dificuldades de enfrentamento e depressão, permanecem por mais tempo no ambulatório e, em alguns casos, continuam o atendimento na rede intersetorial, nas unidades básicas de saúde (UBS), pois o serviço analisado não consegue finalizar esse processo que demanda de um acompanhamento longo, com diferentes níveis de melhora, que estão relacionados às questões individuais de enfrentamento de cada mulher.

A família, se necessário, também recebe acompanhamento nesse serviço de saúde, pois a violência interfere na dinâmica familiar e os membros da família também precisam de suporte psicológico. As assistentes sociais oferecem orientações e facilitam os encaminhamentos dessas mulheres aos outros serviços da rede de apoio do governo e às organizações não governamentais (ONG), assim como, após análise individual da situação, disponibilizam suporte financeiro para as mulheres conseguirem chegar o serviço, pois existe uma verba destinada às mulheres de baixa renda para ser utilizada com passagens de ônibus e cestas básicas.

> *"Não é uma cicatriz física, mas é uma cicatriz psicológica. É a mesma coisa de quando você pisa em uma poça de lama e a lama esparrama para tudo que é lado, porque essa cicatriz fica no companheiro, na família, nos filhos, fica no pai, fica na mãe. Então, quando tem uma pessoa que sofre violência, não é só aquela pessoa que sofre. As pessoas que estão acompanhando também sofreram a violência junto, porque elas sofrem junto na mesma proporção, na mesma essência, na mesma... às vezes, tem companheiro e mãe de vítima de violência que se desse para mensurar eu acho que sofre até mais do que a pessoa que sofre a violência. É um trauma para todo mundo, é e uma parte da história de vida que ela vai carregar para o resto da vida dela. Faz parte da história de vida dela agora." (Enf1)*

A percepção do alcance da violência na vida da mulher e da família permite analisar a potencialidade do problema e da capacidade de enfrentamento, boa vontade e solidariedade com a situação que esses atores precisam ter para conviver com a nova realidade e com os sentimentos de revolta, angústia, impotência e medo que essa violência desperta em todos, principalmente na mulher.

Diante do exposto, as ferramentas utilizadas pelos profissionais de saúde são realização de aborto legal, medicações, exames, profilaxia, acompanhamento com a equipe multiprofissional para as mulheres e familiares, os encaminhamentos para a rede inter e intrasetorial, assim como incentivo financeiro, com passagens de ônibus e cestas básicas, nos casos de mulheres com baixa renda para viabilizar a continuidade do acompanhamento da mulher durante os seis meses do PAE.

Repercussões da atuação dos profissionais de saúde na vida das mulheres

Os profissionais de saúde relataram que cada mulher possui um tempo diferente para superar a violência. Esse trauma é refletido em vários níveis da vida e envolve a interação social, familiar, religiosa e os projetos de vida de forma geral.

A maioria dos atendimentos produz um efeito positivo na vida das mulheres, identificado pela expressão do desejo de finalizar essa etapa da sua vida, antes ou durante os seis meses (D180), desejando retomar a autonomia e recuperar a confiança em si, levando-as a retornarem ao serviço de saúde apenas para buscar os resultados dos exames.

Em outros casos, a mulher precisa de um acompanhamento que transcende o serviço e utiliza-se a rede de apoio inter e intrasetorial, mas o desejo de finalizar essa etapa na vida é elencado pelos profissionais de saúde.

> *"Elas, a gente vê, elas entrarem com uma condição emocional, e elas reestruturarem a vida. Então são imprescindíveis esses atendimentos mesmo como um dos cuidados. Para ela também ganhar autonomia sobre o próprio corpo novamente, começar a ganhar confiança, se sentir cuidada por uma equipe, que tá olhado para este lado, né?" (Pisc 5).*

Os profissionais entrevistados elencaram que a busca pelo serviço de saúde é impulsionada pela insegurança e medo da mulher identificar que durante a agressão adquiriu

alguma IST ou engravidaram. Esses profissionais afirmam que, quando o atendimento de saúde é imediato à agressão, ou dentro das 72 horas, inicia-se a AE, que impossibilita a continuidade da gestação, caso ela tenha engravidado e, nesse atendimento, também fazem os testes rápidos para mapear as IST e HIV.

Estudos[20,15] apontam que a mulher procura o serviço de saúde, mas o profissional precisa estar capacitado para entender a real demanda dessa mulher, nem sempre ela consegue verbalizar com facilidade sobre a vivência da violência sexual, isto é potencializado quando se trata de violência crônica. Com isso, o profissional de saúde necessita realizar um acolhimento adequado para conquistar a confiança da mulher nesse processo para romper a rota crítica da violência e iniciar o tratamento com o melhor cuidado em saúde.

Outro estudo[5] avalia a não adesão ao acompanhamento ambulatorial, inferindo que isso pode ter relação com o fato dessas mulheres de terem confidenciado menos no ambiente extra-hospitalar a situação de violência e quando o fizeram não se sentiram apoiadas. O estupro representou, na maioria dos casos, a primeira relação sexual para as pacientes do ambulatorio[5].

No contexto da recuperação de saúde, no âmbito das IST e da prevenção da gravidez, os profissionais mencionaram que as mulheres estão satisfeitas com o trabalho oferecido e, com isso, eles sentem a importância do PAE e do trabalho que desenvolvem nesse serviço.

> *"O grande questionamento delas, depois que menstruam logo, eu acho que o maior medo é de ficar grávida. Então quando a menstruação desce é a metade do peso que elas tiram. Os outros 50% são das doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS e, então, quando elas recebem o último resultado delas, que é em 180 dias, que elas não tem doença nenhuma, parece que elas se libertaram de uma carga que era muito pesada." (Enfa1).*

A implicação negativa identificada pelos profissionais do serviço é que a ida ao serviço de saúde causa sofrimento, não pelo serviço ofertado, mas pela lembrança da experiência da violência estar associada à instituição.

> *"O hospital (nome da instituição) fica incorporado, a materialização, corporeidade, assim, do que é a experiência de estupro. Então, para algumas pessoas tudo aquilo que*

remeta ao hospital (nome da instituição), após elas passarem aqui, elas não querem mais saber" (Pisq2).

As mulheres são atendidas por profissionais com diferentes formações, quando a história clínica é coletada, as necessidades individuais são identificadas, as orientações são fornecidas e as mulheres sedimentam a experiência da VS. Assim, torna-se possível a percepção e a ressignificação da VS. Os profissionais identificaram que esse momento em que a mulher aguarda atendimento ou se desloca até o serviço causa sofrimento associado à lembrança ou a personificação da VS no serviço de saúde.

Segundo estudo[5], existe alta adesão ao seguimento ambulatorial, com mais de 70% das mulheres. Como causa da não adesão refletem: as mulheres buscam apenas o serviço de emergência, menor escolaridade, antecedente pessoal de violência sexual, doenças crônicas, mais agressões por conhecido e por meio de ameaça verbal[5].

Outra percepção negativa, mencionada nas entrevistas, é o percentual das mulheres que não conseguem se recuperar do trauma em esfera psicossocial durante os seis meses de atendimento, necessitando de encaminhamento para a rede inter e intrasetorial, que ofereça um acompanhamento psicológico e psiquiátrico de continuidade, e que segue como suporte, assim como para os familiares, quando necessário.

Estudo[15] mostra que as mulheres, após sofrem VS, apresentam depressão, irritabilidade, confusão, pânico de andar sozinha na rua, de fazer esportes na via pública sozinha, somatização dos fatores associados com a violência, por exemplo, medo do horário da agressão ou do caminho onde aconteceu a abordagem, pedir demissão do trabalho, mudar de domicílio e tentativa de suicídio.

Segundo o PAIM[21], o caráter desigual da distribuição espacial das violências possibilita compor os mapas do risco de homicídios, como de Waiselfisz[1], isto, em âmbito de gestão, possibilita o mapeamento das áreas de maior risco, permitindo maior atenção para as populações vulneráveis e a formulação de políticas públicas, tendo em conta os espaços de ocorrência das violências e de residência das vítimas.

"Vulnerabilidade possível de ser abordada, se ela vive na região que é pouco iluminada e que a gente já recebeu vários casos... Então o que a gente faz é orientar, mas não podemos aumentar o sentimento de medo que elas já estão vivendo. Outra violência que tem crescido muito é a violência após a intoxicação por álcool ou outras

substâncias, obviamente que não. Mas a gente tem que orientar que a intoxicação a ponto de apagar é uma vulnerabilidade para essas situações de risco e dirigir embriagada." (Psiq 8)

O serviço analisado possui limitações diante da realidade social de insegurança do município, que se estende ao país, e das vulnerabilidades que as mulheres de todas as classes sociais estão expostas. Mas existem realidades vividas, como horário de trabalho, má iluminação nas ruas, dentre outros fatores, que facilitam a ação dos agressores desconhecidos, e o serviço analisado tenta orientar quanto aos cuidados necessários, mas que ainda assim não neutralizam a possibilidade de serem vítimas de uma nova violência.

A vulnerabilidade vivida pelas mulheres, geradora de sentimentos de insegurança, é uma preocupação para os profissionais de saúde, pois as mulheres limitam a sua vida social para tentar reduzir as situações de vulnerabilidade, muitas vezes se afastando de sua rede social. Infelizmente, algumas das ferramentas utilizadas pelas mulheres, como redes de apoio familiar e religião, às vezes, dificultam a restauração da vida da mulher.

Os profissionais de saúde relataram que o atendimento prestado às mulheres no serviço funciona apenas como uma das ferramentas para a superação da VS, pois o serviço conta com o uma equipe multiprofissional capaz de oferecer escuta qualificada, realizar exames, medicamentos, mas que causam demora no atendimento por toda a equipe, transtorno com muitas consultas por longos períodos.

Identifica-se que a completa recuperação da situação de VS advém de instituições que transcendem o setor da saúde, como a família e a religião, mas nem sempre essas instituições representam o papel de acolher, compreender, proteger e ajudar. Em algumas famílias e religiões o caminho inverso ao esperado pelas mulheres é realizado, o que potencializa a repercussão da VS, podendo alcançar proporções perigosas para a saúde mental delas.

Considerações finais

O estudo realizado possibilitou compreender que os profissionais de saúde utilizam práticas, estratégicas de escuta qualificada, uso de medicamentos, orientações, profilaxias e encaminhamentos, que possibilitam a recuperação física, emocional, psicossocial das mulheres em situação de VS.

Identifica-se que a recuperação acontece em proporções diferentes em cada mulher, assim como a importância do cuidado articulado com a rede intrasetorial, os serviços do setor saúde, e da intersetorialidade, que compõem as outras esferas como segurança, justiça e assistência social.

Os profissionais em estudo apresentam satisfação quanto aos métodos utilizados e aos protocolos de atendimento, referem uma cobertura de saúde integral à mulher, inclusive na realização do aborto previsto em lei, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias antirretrovirais.

Verifica-se que os profissionais de saúde conhecem as condições de vida e de saúde dessas mulheres e atuam para minimizar os riscos para uma nova violência e, em paralelo, vivenciam a dificuldade referente à imagem que a mulher cria do serviço. Pela lembrança da violência, mesmo com as ferramentas utilizadas no protocolo para minimizar a exposição e a vivência desta violência, fatores que são potencializados pelos atendimentos serem exaustivos com muitas categorias profissionais em um mesmo dia. Assim, esses atores lutam pela adesão ao tratamento durante os seis meses de acompanhamento.

Mesmo com tantos problemas fora de sua capacidade de atuação, os profissionais realizam forte articulação interna na busca do bem-estar social e da resolução dos problemas identificados. Ademais, contam com a parceria de instituições da rede intersetorial, incluindo ONGs que ampliam a capacidade de acolhimento dessas mulheres.

Diante dos resultados, os profissionais de saúde identificam que o PAE é um serviço que possibilita o atendimento integral da mulher em situação de violência, a escuta, a implementação dos protocolos do ministério e a produção de saúde em mulheres e familiares que necessitem de atendimento.

Ilustra-se a limitação do estudo em relação à escassez de pesquisas com a temática voltada à prática da atuação profissional, direcionada para o atendimento integral das mulheres no país e no mundo, tronando-se uma lacuna a ser preenchida com estudos posteriores e em serviços diversos pelo país.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa Doutorado CAPES/CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Waiselfisz JJ. (Org.) Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Flacso; 2015.
2. World Health Organization (WHO). *Global and regional estimates of violence against women*: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
3. Cavalcanti LF, Moreira AR, Flach RM, Silva RM, Vieira LJES. Violência de gênero contra a mulher e a disseminação de material educativo. Saúde em Foco (Rio de Janeiro), 2016, 1:1-9.
4. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. [Acesso em: 23 de dezembro de 2013] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
5. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KF, 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 [online]. 2013, 29(5):889-898.
6. Brasil. Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
9. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM. Relatório Anual de Atividades CTA/CAISM. 2012. [Acesso em 15 de maio de 2017]. Disponível em: http://www.caism.unicamp.br/templates/shaper_pheonix/PDF/CTA_Anual_2012_Versao_Final.pdf.
10. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em 8 de julho 2017] Disponível em: http://www.ibge.gov.br.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
12. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013:79-108.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
14. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria da Mulher. Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual. [Acesso em 15/01/2017] Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/iluminar/iluminar.htm.
15. Bezerra JF, Nascimento JL. A Percepção das Mulheres Acerca do Atendimento de Violência Sexual em um Hospital de Referência de Campinas, São Paulo. In: Silva RM, Bezerra IC, Brasil CCP, Moura ERF (Orgs). Estudos Qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações. Sobral. Editora: UVA, 2018:181-195.
16. Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP, 2008, 42(2):377-82.
17. Vieira LJES, Silva ACF, Moreira AR, Cavalcanti LF, Silva RM. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva (Online), 2016, 21:3957-3965.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508/GM de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos

previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
19. Brasil. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 138 p. Conteúdo: Código penal – Decreto-lei no 2.848/1940.
20. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, 23(1):93-102.
21. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

6 DISCUSSÃO GERAL

Os resultados em análise buscam redirecionar e ampliar o conhecimento acerca da atuação da equipe multiprofissional no atendimento às mulheres em situação de VS, assim como a percepção da mulher frente ao atendimento recebido. Entende-se que a qualidade da assistência do profissional de saúde está intrinsecamente relacionada à sua formação, às capacitações e à educação continuada dos serviços de saúde.

Diante da importância da adequação do setor saúde para o atendimento dessas mulheres, elucido a relevância da carta de Otawa (143), esta aponta que a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

Assim, o papel do setor saúde deve incorporar a promoção da saúde nos atendimentos, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (143).

Diante desse contexto, identificou-se a criação dos instrumentos legais que abordam o atendimento integral à mulher em situação de VS. Os resultados deste estudo foram discutidos com ênfase nos aspectos das políticas públicas voltadas ao atendimento das mulheres em situação de VS contra as mulheres no país, dados encontrados no primeiro artigo, de revisão integrativa, desta tese. Outro aspecto relevante nesta discussão compreende a avaliação da atuação dos profissionais de saúde no serviço de referência e a percepção das mulheres frente ao atendimento, dados presentes no segundo e terceiro produtos.

O PAE nasceu atrelado às demandas sociais e ao incremento do nome do serviço estar relacionado “Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher”. O serviço passou a ser uma referência regional do estado de São Paulo. O diferencial desse serviço foi a participação dos discentes com a implementação da residência de psiquiatria e ginecologia no atendimento, assim como a graduação do curso de medicina, psicologia e serviço social.

Infelizmente, a graduação em enfermagem junto a esse processo formativo ainda é insipiente. As questões do ensino direcionadas à assistência de enfermagem ao atendimento as

mulheres em situação de VS deixam a desejar, colocando o enfermeiro no mercado de trabalho com a carência na formação destes alunos, pois a vivência do atendimento virá quando estes já estiverem trabalhando e, dependendo da gestão institucional, precisarão buscar capacitação sozinho.

Desde 1985, com a criação da delegacia da mulher e diversas outras políticas que levaram a construção pelo Ministério da Saúde, em 1998, da Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (96). O CAISM, associado a outros serviços de referência do país, elaborou um protocolo de atendimento em 1990, que se tornou o precursor desta Norma Técnica em 1998, que foi reformulada em 2012.

Associado a outras políticas e legislações após essa construção, temos como conquista: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (97,95); a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, 98), que possibilitou a ampliação das lutas e elaboração de portarias para voltada para o atendimento das mulheres; Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (99); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004 (60); Lei n° 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) (61).

A Lei Maria da Penha foi um marco para a saúde da mulher, com associação da criminalização, esta lei alcançou diversas classes sociais, mesmo em uma sociedade arraigada com uma cultura machista e com os assujeitamentos dos serviços de saúde, delegacia e justiça voltados ao atendimento da mulher, posteriores a esta lei, a esperança do estado cumprir novamente o seu papel de oferecer segurança às mulheres foi reestabelecido na população e intimidou, em algum grau, os agressores.

Outras conquistas legislativas continuaram a ser conquistadas, como os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM), em 2005 e reformulado em 2008; Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em 2011(94); Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, em 2011; Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, em 2011; Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes: Norma Técnica, em 2012 (17); Lei nº 12.845/2013 (100)e Portaria GM/MS nº 1.271(101); No ano de 2013, houve a reformulação da III PNPM (109)

Existem ainda alguns programas que auxiliam no atendimento às mulheres quando nas denúncias, como o Programa Mulher, Viver sem Violência que é composto por

seis estratégias de ação: Casa da Mulher Brasileira; Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual; Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira Seca; Campanhas Continuadas de Conscientização; Unidades Móveis para o Atendimento às Mulheres do Campo e Floresta (110).

A última conquista nessa temática ocorreu em 2015, a Norma Técnica para a Atenção humanizada às pessoas em situação de VS com registro de informações, abordagem adequada da mulher e coleta de vestígios, que permite secagem, transporte e armazenamento do material biológico (112).

Dentre os acontecimentos importantes, na tentativa criar um ambiente favorável para o atendimento das mulheres e guiar os profissionais de saúde nesse acompanhamento humanizado das mulheres em situação de VS, tem-se norma técnica(17). Esta foi reformulada em 2012 e orienta a atuação dos serviços de saúde com o contexto ampliado de atuação envolvendo os serviços da saúde, justiça e serviço social (17).

Diante das recomendações propostas pelas políticas de saúde do País, que recomenda a atuação da equipe multiprofissional no atendimento das mulheres em situação de VS, emergiu a seguinte indagação como se dá o atendimento das mulheres em situação de VS na percepção das mulheres e dos profissionais de saúde?

Esse questionamento permite pensar que estamos diante de uma recomendação nacional única acerca da assistência as mulheres em situação de VS desde o ano de 2012 e dos diferentes espaços de atuação dos profissionais de saúde nos serviços de atendimento público do país, principalmente ao comparar os resultados da revisão integrativa realizada neste material com os achados do serviço analisado na pesquisa, que dispõe do atendimento à mulher em toda a sua integralidade de acordo com os profissionais de saúde e as mulheres que recebem o atendimento em saúde.

O que está posto convida a analisar o campo das práticas de saúde no serviço de referência no país para o atendimento às mulheres em situação de VS. O modelo de gestão é produto do subsistema interinstitucional e representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor, não apenas hospitalar, mas municipal. No serviço analisado, a segurança pública e o setor saúde trabalham no projeto Iluminar que envolve esse serviço de saúde, CAISM, junto ao munícipio de Campinas.

O segundo material produzido nesta tese é referente ao capítulo de livro, o estudo abordou a percepção das mulheres que recebem atendimento neste serviço. Os relatos foram

positivos, as mulheres sentem que são respeitadas no serviço, não se sentem julgadas pelos profissionais, identificam uma rede de apoio eficaz e um atendimento imediato composto por orientações, início das profilaxias, medicamentos e encaminhamentos adequados para o acompanhamento da mulher no programa de atendimento especial.

Em contrapartida, outros estudos, que analisaram as falas das mulheres, trouxeram que os profissionais não atendiam a esse público de maneira digna, que exerciam o julgamento, principalmente com as questões relacionadas ao aborto, o marcante desconhecimento acerca do fluxo de encaminhamento do MS, a abordagem do atendimento à VS voltado para segurança pública, com a obrigatoriedade do boletim de ocorrência (145,146).

Em contrapartida, no serviço estudado, CAISM, a política interna da instituição oferece fluxos próprios de encaminhamentos para mulher englobando a rede inter e intrasetorial, para direcionar as práticas de atendimento ampliado aos diretos da mulher. Nesse contexto, emerge que o atendimento das mulheres envolve a gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde, que consiste na disponibilidade das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades de cada pessoa, com foco na segurança e na autonomia da mulher, priorizando o enfrentamento dessa mulher para as consequências da VS, o que implica na organização das práticas para promover a autonomia, a centralidade dos usuários e a consolidação do cuidado em Redes de Atenção à Saúde.

Diante dos relatos dos profissionais de saúde, que apontam para a organização da instituição centrada no modelo proposto pela Norma técnica, identifica-se que ainda há fragilidades no sistema para garantir a continuidade do acompanhamento dessas mulheres no ambulatório do atendimento especial. O serviço executa todas as recomendações do MS, que envolve orientação, medicações, profilaxias, interrupção legal e encaminhamento para as redes de saúde.

Tais achados foram discutidos no terceiro estudo desta tese, que apontou para a importância da valorização na formação dos profissionais de saúde e da experiencia bem sucedida da implantação do protocolo de atendimento, associado à equipe multiprofissional capacitada para atender as mulheres em situação de VS.

O serviço possui um diferencial positivo em relação à equipe mínima proposta pela norma técnica (17), pois o CAISM possui o psiquiatra, que oferece um elemento fortalecedor para o atendimento dessa mulher. No estudo, existe um modelo de gestão que

valoriza a equipe de multiprofissional, boas condições de trabalho e sistema eficaz de comunicação interna entre os profissionais e gestores.

A estrutura física da instituição pode interferir na assistência dos profissionais de saúde, pois o ambiente para o atendimento nos períodos imediato, mediato e tardio para a mulher proporcionam assistência mais favorável quando o ambiente é reservado, acolhedor e discreto. Em contrapartida alguns estudos (92,147) apresentam os modelos de assistência na saúde ou na delegacia que disponibilizaram o ambiente compartilhado com a emergência única e com mulheres que não estão na mesma situação são considerados barreiras uma das barreiras para o rompimento da rota crítica da violência.

A satisfação das mulheres e dos profissionais de saúde quanto ao atendimento prestado é limitado ao incluir o contexto social para a recuperação e prevenção para novas violências, pois a vulnerabilidade de gênero na sociedade associado ao machismo culturalmente reproduzido no país, que valorizam o homem e criam o imaginário que podem exercer poder sobre o corpo da mulher, o objetificando e deixando a mulher desnuda dos seus diretos, inclusive para buscar o tratamento de seis meses.

Esses atores, profissionais de saúde e mulheres, identificam que as redes de apoio, família e religião, que transcendem a instituição de saúde, são ferramentas importantes para o empoderamento das mulheres no rompimento do ciclo de violência.

Para enfrentar os desafios das repercussões da VS, faz-se necessário pensar por várias vertentes. As políticas públicas para a garantia da qualidade do atendimento dos serviços de saúde e segurança pública, com ênfase na mulher, permitiram crescentes mudanças no campo de atuação da saúde coletiva.

As situações de submissão da mulher e o exercício de poder do agressor, este enquanto desconhecido ou não, também aparecer no campo de prática, implicando na redução da autonomia da mulher na tomada de decisões e na quebra do ciclo da violência. Os modelos de gestão das instituições de saúde que nem sempre auxiliam nesse rompimento e tornam-se coniventes com a vulnerabilidade dessas mulheres ao impedirem, por desconhecimento ou objeção de consciência, os atendimentos e encaminhamentos as redes de atenção à saúde, rede intrasetorial, assim como a intersetorial.

Este trabalho pretende contribuir para a reflexão da equipe multidisciplinar e da gestão institucional acerca das ações de acompanhamento da mulher em situação de VS e, sobretudo, para a necessidade de ampliação do debate sobre o tema desde o processo de

formação na graduação e na pós-graduação e dos benefícios decorrentes da prática da equipe multiprofissional.

Além disso, pode fornecer subsídios para a discussão do modelo de gestão adotado pela instituição de saúde, CAISM, a necessidade dos profissionais conhecerem em profundidade as recomendações das Políticas Públicas, legislações e portarias vigentes no Brasil e a importância da capacitação dos profissionais para a realização de práticas de atendimento das mulheres em situação de VS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial, no ambulatório da violência, no CAISM, junto às mulheres em situação de VS e analisar em que medida esse atendimento auxilia no enfrentamento da violência vivida. Para essa análise, consideraram-se as ações desempenhadas pelos profissionais de saúde que lidam com essas mulheres no serviço e a percepção desse atendimento pelas usuárias do serviço.

As iniciativas do serviço analisado apontam para avanços da atenção em saúde às mulheres em situação de VS em âmbito nacional, pois identificou-se que o serviço é referência para o atendimento destas mulheres, sendo precursor da Norma Técnica do Ministério da Saúde, além de ter confeccionado um protocolo de atendimento à mulher em situação de VS.

A revisão integrativa da literatura evidenciou que os serviços de saúde e de segurança pública em âmbito nacional está limitado quanto ao atendimento às mulheres em situação de VS, com profissionais e serviços incapacitados ou restritos no conhecimento quanto aos direitos das mulheres e encaminhamentos necessários. Ilustra-se a lacuna entre a orientação do MS e a realidade dos serviços de saúde no país, tornando-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde e de segurança pública, assim como a criação de ambientes adequados para o atendimento e procedimento, para que estes estejam familiarizados com a rede inter e intrasetorial e sobre os direitos das mulheres em situação de VS.

Elucida-se, dessa forma, a discrepância entre o previsto pelas políticas públicas e normativas governamentais e a realidade da atenção em saúde desempenhada em grande parte dos estudos identificados na revisão integrativa. Mesmo com a disposição de alguns serviços de ofertar uma atenção adequada, o cumprimento das recomendações contidas na Norma Técnica ainda é ineficaz.

Os resultados deste estudo mostram que o serviço analisado, CAISM, é percebido pelas mulheres em situação de VS como capaz de fornecer elementos para superarem a violência. O serviço recebido pelas mulheres compõe uma rede de apoio de contempla a saúde, justiça e serviço social.

Apesar da compreensão das mulheres da interlocução da rede de atendimento disponível pelo governo, é identificado que a superação da violência advém da associação do

atendimento recebido no serviço, do fortalecimento individual, dos vínculos afetivos, familiares e da religião dessa mulher. O tempo de seis meses de acompanhamento ambulatorial possibilita que, em alguns casos, o desejo de superar da violência, mas não a vulnerabilidade de gênero para novas violências.

Os profissionais de saúde são capacitados quanto aos métodos utilizados e os protocolos de atendimento, referem uma cobertura de saúde integral à mulher, inclusive na realização do aborto previsto em lei, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias antirretrovirais.

Verificou-se o conhecimento dos profissionais de saúde quanto às condições de vida e de saúde das mulheres e atuação para minimizar os riscos para uma nova violência e em paralelo vivenciam a dificuldade referente à imagem que a mulher cria do serviço, pela lembrança da violência, mesmo com as ferramentas utilizadas no protocolo para minimizar a exposição e a vivência dessa violência, fatores que são potencializados pelos atendimentos serem exaustivos, com muitas categorias profissionais em um mesmo dia. Assim, estes atores lutam pela adesão ao tratamento durante os seis meses.

Apesar da complexidade do serviço, que é divido em dois setores, emergencial e ambulatorial, os profissionais fornecem elementos, tais como: medicamentos, orientações para as mulheres e familiares; mas a superação da VS assume um papel que transcende o serviço de saúde por envolver elementos sociais na superação da VS pelas mulheres e familiares.

Nessa perspectiva, as práticas de saúde direcionadas aos casos de VS contra as mulheres ilustra um modelo institucional capaz de oferecer uma atenção integral a essas mulheres, por meio da oferta de ambientes acolhedores e da implementação dos protocolos dirigidos à garantia de direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Por fim, espera-se que as potencialidades evidenciadas no atendimento prestado às mulheres em situação de VS no CASIM colaborem para o engajamento dos atores do setor saúde, nos serviços de segurança pública e assistência social, para compor as evidências e recomendações demarcadas pelas políticas públicas de saúde na vertente das mudanças na prática assistencial relativas às questões de VS em âmbito nacional.

REFERÊNCIAS

1. Basile G, Pentamerone, Sun, Moon and Talia, 1934. Acesso: 12/09/2017. Disponível: http://fairytalelandstories.com/2013/01/21/sol-lua-e-talia-de-giambattista-basile-parte-i/

2. OMS Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002.

3. OMS Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência. São Paulo; 2014.

4. Mohammed GF, Haxixe RKH. Violência sexual contra mulheres e seu impacto sobre sua função sexual. Egyptian Journal Forensic Sicences, 2015, 5(3):96-102.

5. Grossin C, Sibille I, Lorin G, Banasr A, brion F, Dorigon M. Analysis of 418 cases of sexual assaults. Forensic Sci Int 2003; 131:125-30

6. Avegne J, Mills TJ, Millis LD. Sexual assault victims in the emergency department: analysis by demographic and event characteristics. J Emerg Med 2009;37(3):328-34

7. Faundes 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. Obstet. [online], 2006;28(2):126-135.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2011.

9. Bezerra JF. Atuação de profissionais de saúde na atenção à mulher em situação de violência sexual. Dissertação de mestrado – UNIFOR, Fortaleza - CE, 2014, 90p.

10. Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. Am J Psychiatry. 2004; 161:1483-5.

11. Bezerra JF, Silva RM, Cavalcanti LF, Nascimento JL, Vieira LJES, Moreira GAR. Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. Rev Bras Promoção da Saúde. 2016; 29(1): 51-9.

12. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [online], 2011; 27(4):701-713.

13. Bott S et al. Violence against women in Latin Americam and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012.

14. Almeida SS. Violência de gênero e políticas públicas. Ed. UFRJ, 2007.

15. DATASUS, 2017. Acessado em: 17 de janeiro de 2014. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def.

16. WHO – World Health Organization. Violence ageinst woman: a ‘global health problem of epidemic proportions’. Acessado em: 17 de janeiro de 2014. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/index.html

17. Brasil. Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

18. Satri C. A Família e individualidade: um problema moderno. In: Carvalho M de CB, organizadora. A família contemporânea em debate, São Paulo: EDUC; 1995:39-49.

19. Segato RL. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial, e-cadernos ces [Online], 18 | 2012, colocado online no dia 01 Dezembro 2012, consultado a 02 Outubro 2017.

20. Drumont MP. Elementos para uma análise do machismo. Perspectiva. São Paulo, 3:81-85,1980.

21. HUFFPOST, 2017. http://www.huffpostbrasil.com/rodrigo-da-silva/como-o-capitalismo-libertou-as-mulheres_a_21677406/

22. Oliveira NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 236 p.

23. Christiano RM, Nunes NRA. A Família na Contemporaneidade: Os Desafios para o Trabalho do Serviço Social. Em Debate, 2013;2(11):32–56.

24. Negreiros TCGM, Feres-Carneiro T. Masculino e feminino na família contemporânea. Estud. pesqui. psicol. [online]. 2004;4(1):0-0.

25. Fonseca C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea, Comunicação apresentada no Congresso Internacional Pesquisando a família. Florianópolis, 2002.

26. Carvalho MCB. O lugar da família na política social. In: A família contemporânea em debate (Maria do Carmo Brant de Carvalho, org). 2002. São Paulo: EDEUC,15-22p.

27. IBGE. Censo Demográfico. Famílias e Domicílios resultados da amostra, Brasil. 2010. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm

28. Cynthia A. Sarti Famílias enredadas In: Costa ARA, Vitale MAF (org.) Família Redes, Laços e Políticas Públicas 6ª edição. Cortez editor.a p:31-50.

29. Fonseca C. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. In: Gênero, democracia e sociedade Brasileira. (Cristina Bruschini e Sandra Unbehaum, orgs). São Paulo: Editora 34. 2002.

30. Brasil. Lei Nº 8.560, de 29 de dezembro de 1992. Regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos

31. Segato RL. Território, soberania e crimes de segundo Estado: a escritura nos corpos das mulheres de Ciudad Juarez. Rev. Estud. Fem. [online]. 2005; 13(2):265-285.

32. Super Interessante. As 8 maiores religiões do mundo. Por Carolina Vilaverde. Acessado 11/09/2017. Disponível em: https://super.abril.com.br/blog/superlistas/as-8-maiores-religioes-do-mundo/

33. Anjos, MF. Violência e religiões: uma introdução. Bioética 2004 - Vol. 12, nº 2

34. Witiuk I, Candiotto JFS. Violência de Gênero e Religião: um Olhar na Perspectiva dos Direitos Humanos. Anais do Congresso ANPTECRE, v.05, 2015, p. ST1010. Anais do V Congresso da ANPTECRE “Religião, Direitos Humanos e Laicidade” ISSN:2175-9685

35. Araujo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva. Interface(Botucatu-SP), 2011: 15(38):805-818.

36. Gama IS, Carvalho FHC, Bezerra Filho JG. Violência contra a mulher: magnitude e fatores associados. In: Bezerra Filho JG, Macedo MCM, Gama IS. (Orgs) Violências e acidentes: uma abordagem interdisciplinar, Editora UFC, 2013.

37. Debert GG, Gregori MF. Violência e gênero novas propostas, velhos dilemas. revista Brasileira de Ciências Sociais. 2008;23(66):165-211

38. Ramalho N. O trabalho sexual: discursos e práticas dos assistentes sociais em debate. Sex., Salud Soc. (Rio J.) [online]. 2012, 12:64-91.

39. Saffioti HIB. Gênero, patricarcado e violência. São Paulo. Editora Perseu Abramo, 2004 – coleção brasil urgente, pg 151.

40. Aguiar N. Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres. Rio de Janeiro: Record: Rosas dos tempos, 1995, pg 191

41. Priore MD. A história das mulheres no Brasil. 10ª edição, São Paulo: Contexto, 2011.

42. Piscitelli A. Gênero: a história de um conceito. In: Almeida & Szwako. Diferenças, Igualdade. São Paulo. Berlendis & Vertecchia, 2009.

43. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade. 10ª ed. Civilização brasileira, Rio de janeiro 2016

44. Lauretis T. The teconolgy of gender. In: Lauretis T. Technologies of gender. Bloomington e Indianopolis: Indiana University Press, p. 1 -30, 1987.

45. Scott JW. Gênero uma categoria útil de análise histórica, educação e realidade. Porto Alegre, UFRGS, 1990.

46. Flax J. Postmodernism and gender relations in feminism theory. Signs. Chicago, The university of Chicago, summer 1987;12(4):621-43.

47. Saffioti HIB. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa AO, Bruschini C (orgs). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro. 1992. Rosas dos Tempos, p. 183-215.

48. Saffioti HIB. Almeida. Violência de gênero – poder e impotência. Riod e Janeiro. Revinter, 1995.

49. Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

50. Beavouir S. O segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980 [1949]. Vol 2. Pg 9

51. Machado LZ. Gênero, um novo paradigma? Caderno Pagu (11) 1998; p. 107-125

52. Scott JW. Gender. A useful category of historical analisysis. The American historical review. 1986;91(5):1053-1075.

53. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero.Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013;18(3):691-700.

54. Meneghel SN, Barbiani R, Brene C. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005; 10(1):111-118.

55. Macy RJ, Giattina MC, Parish SL, Crosby C. Domestic violence and sexual assault services: historical concerns and contemporary challenges. J. Interpers Violence, 2010; 25(1):3-32.

56. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault - uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1995.

57. Kegoat D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR (orgs). Gênero & saúde. Porto alegre: Artes Médicas, 1996. P.19-27.

58. Almeira SS. Essa violência mal-dita. In: Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

59. Butler, J. Undoing gender. nova York, Routledge, 2004.

60. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção á saúde. Departamento de ações programadas e estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

61. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha: lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

62. Souza SR. Lei Maria da Penha comentada – sob nova perspectivas dos direitos humanos. 4ª edição. Curtiba: Juruá, 2013. 288p.

63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.340 p

64. Minayo MCS. Violência e Saúde. Coleção temas em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2006. 132p.

65. Brígido EI. Michel Foucault: uma análise do poder. Rev. Direito Econ. Socioambiental, 2013,4(1):56-75.

66. Foucalt M. Vigiar e punir: História da violência nas prisões. São Paulo: Ática, 2002.

67. Foucalt M. Microfísica do poder. 23. ed. São Paulo: Graal, 2004.

68. Russo J. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: Saúde, corpo e sociedade.p 207-20. Souza AN, Pitanguy J (orgs.), Editora da UFRJ, 2006

69. Andrade CB. A sociologia do corpo. Cad. Saúde Pública [online]. 2007; 23(2):484-485.

70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p

71. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, SecretariaExecutiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 20p.

72. Gomes R. Resenha: Le Breton, D. Adeus ao corpo: antropologia e sociedade. Cienc. Saude Colet. 2004; 9(1):247.

73. Canesqui AM. A sociologia do corpo. Interface (Botucatu) [online]. 2011; 15(36):321-323.

74. Ortega F. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão ao corpo. In: Rago M, Orlandi LBL, Veiga-Neto A. Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2005, p.139-173.

75. Cirino O. O desejo, os corpos e os prazeres em Michel Foucault. Mental [online]. 2007; 5(8):77-89.

76. Butler J. Os corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: Louro, G.L. (Org) O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 3ª Edição. Belo Horizonte: Autentica, 2007, p. 152-172

77. Foucault M. O corpo utópico. In: O corpo utópico, as heterotopias. São Paulo: n-1 Edições: 2013.

78. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. Rev Latino-am Enfermagem, 2006; 14(6).

79. Garcia-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AL, Koziol-McLain J, Colombini M, Gene Feder G. The health-systems response to violence against women. The Lancet. 2015; 385(9977):1567-1579.

80. Brasil. Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996. Promulga a convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em junho de 1994.

81. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KF, 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 [online]. 2013, 29(5):889-898.

82. Mead M. Sexo e temperamento em três sociedades primitivas. 1935. Pg. 251

83. Molpaceres M, Llinares L, Musito G. Internalização de valores sociais e estratégias educativas parentais. (paginas 239-267) In: Ros M, Gouveia VV. Psicologia social dos valores humanos: desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados. Editora Senac, São Paulo, 2006. 477p

84. Oliveira EM. Violência sexual e saúde. Introdução. Cad. Saúde Pública. 2007, 23(2):455-458.

85. Sagot M. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en America Latina. Washington D.C.: OPAS.98. 2000.

86. Brasil. Cultura e raízes da violência contra as mulheres. Dossiê de violência contra as mulheres. Disponível: http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/violencias/violencia-sexual/

87. SESC. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições SESC SP; 2010.

88. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2015. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2015.

89. IPEA. Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida.das mulheres negras no Brasil / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes ... [et al.].- Brasília : Ipea, 2013. 160 p.

90. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Balanço do 1º semestre de 2015 do Ligue 180. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/ligue-180-central-de-atendimento-a-mulher/balanco1sem2015-versao-final.pdf. Acesso em: 28 de jan. 2016.

91. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos (CEBELA) e Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO). Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf

92. Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):471-475.

93. Meneghel SN. Violência intrafamiliar e de gênero: a rota crítica das mulheres no enfrentamento da violência. In: José Eri Medeiros; Cristian Fabiano Guimarães. (Org.). Sementes do SUS - volume 2. Sapucaia do Sul, 2007, v. 2, p. 53-66.

94. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres – Brasília : Presidência da República, 2011.

95. Moreira GAR. Análise da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual em Fortaleza, CE. Tese de doutorado: Universidade de Fortaleza. Programa de saúde coletiva, 200p, 2016.

96. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

97. 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 1e, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

98. Vieira EM, Perdona LCS, Almeida AM. et al Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. Rev. bras. epidemiol. [online], 2009;12(4):566-577.

99. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003 Disponível em: <http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/09_LEI_DE_NOTIFICACAO_VIOLENCIA.PDF>. Acesso em: 14 de maio de 2012.

100. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htmAcesso em: 23 de dezembro de 2013.

101. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2014

102. Drezett J. Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva, n. 17, 2005.

103. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

104. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508/GM de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

105. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008

106. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

107. Brasil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2013.

108. Ministério da Saúde. Portaria nº 528, de 1 de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

109. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

110.Brasil. Presidência da República. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências.

111. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/conselho>. Acesso em: 11 de novembro de 2014.

112. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015.

113. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].2010; 18(4):740-747.

114. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel KV, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev. Saúde Pública, 2005;39(3): 376-382.

115. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-araújo TV et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? Ciência & Saúde Coletiva, 2012;17(7): 1765-1776.

116. Diniz NMF. Gesteira SMA, Lopes RLM, Mota RS. Pérez BAG, Gomes NP. Aborto provocado e violência domestica entre mulheres atendidas em uma maternidade publica de Salvador-BA. RevBrasEnf, Brasília, 2011;64(6):1010-1015.

117. Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. RevBrasGinecolObstet, 2012;34(2):69-73.

118. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. Ciência & Saúde Coletiva, 2012;17(7):1755-1763.

119. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad. Saúde Pública, 2003; 19(n.sup2):399-S406.

120. Brasil. Presidência da República. Proposta de Emenda à Constituição PEC 181/2011, Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça, 2011.

121. Brasil. Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres – DEAM Edição Atualizada – 2010 Secretaria de Políticas Para as mulheres/Presidência da República Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça unodc - Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime. Brasília 2010.

122. Fluxo de Atendimento em Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

123. Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, a interrupção da gravidez é permitida nesse contexto e é direito das mulheres serem informadas acerca dessa possibilidade

124. Bruhn MM, Lara L. Rota crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. Rev. Polis Psique [online]. 2016; 6(2):70-86.

125. Meneghel SN et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2011; 27(4):743-752.

126. Denzin NK, Lincoln Y. Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.2 ed. Porto Alegre. ARTMED; 2006. 432p. v1.

127. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1990.

128. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

129. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM. Relatório Anual de Atividades CTA/CAISM. 2012. [Acesso em 15 de mai de 2014]. Disponível em: http://www.caism.unicamp.br/templates/shaper_pheonix/PDF/CTA_Anual_2012_Versao_Final.pdf.

130. Datasus. 2014. Acessado dia 02 de setembro de 2014. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def.

131. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 8 de julho 2017.

132. Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):377-82.

133. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

134. Maxwell JA. Qualitative research design: An interactive approach (2nd ed.). Thousand Oaks, UK: Sage, 2005.

135. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.

136. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New Brunswick: Aldine Transaction, 1999.

137. Kvale S. InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing. SagePublications, Thousand Oaks California. 1996.

138. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013b.

139. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

140. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria da Mulher. Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/iluminar/iluminar.htm. Acesso em 15/01/2017.

141. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):465-469.

142. Maia CAT, Mondaca ADCA, Duarte CS, Lima JA, Colodo M, Lemos TM, Rossi AS, Vieira MJN. Mulheres Vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. Femina. 2000; 28(3):155-60.

143. Facuri, CO. Características sociodemográficas e sintomas psíquicos de mulheres vítimas de violência sexual. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas-SP. 2012, 167p.

144. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, novembro de 1986.

145. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuc MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(2):345-53.

146. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? Ciên Saúde Colet. 2012; 17(7):1765-76.

147. Cavalcanti LF, Moreira GAR, Vieira LJES, Silva RM. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. Saúde Debate. 2015; 39(107): 1079-91

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(MULHERES)

O acompanhamento da mulher em situação de violência sexual: um serviço de referência

Responsável pela pesquisa: Juliana da Fonseca Bezerra

Número do CAAE: 54937716.8.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Este estudo tem como objetivo de compreender o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial e no ambulatório da violência, no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), junto às mulheres em situação de violência sexual e analisar a proporção que este atendimento possibilita o empoderamento destas. A justificativa deste estudo pauta-se na necessidade de realizar pesquisas com abordagem qualitativa que dialoguem sobre as percepções das mulheres sobre o processo de empoderamento e rompimento do ciclo da violência sexual, com a vivência destas no serviço público de saúde, assim como as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde que facilitam este empoderamento, pois apesar do crescente interesse por parte dos órgãos governamentais, instituições de saúde, acadêmicos, gestores e pesquisadores para realização de pesquisas que retomem a caminhada da mulher desde a situação de violência sexual até o rompimento deste ciclo evidencia-se a incipiência de pesquisas qualitativas nessa área que enfatizem as percepções das mulheres acerca do processo de empoderamento.

Procedimentos:

Você está sendo convidado a participar de uma entrevista que será realizada em um ambiente privado, nos consultórios do ambulatório da Violência Sexual do CAISM, se você autoriza a mesma será gravada em áudio e direcionada por um roteiro contendo questões sobre a vivência do atendimento no Programa de Atendimento Especial e no ambulatório da violência, envolvendo as temáticas de violência sexual vivenciada, empoderamento (as ferramentas utilizadas que possibilitam a recuperação física, emocional, psicossocial), redes inter e intrasetorial (que consistem no Instituto Médico Legal (IML), delegacia da mulher para realizar o registro do boletim de ocorrência (BO), orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal), denúncia, direitos e atendimento, e os efeitos na sua vida, é necessário que você esteja na quarta consulta no ambulatório. A entrevista terá uma duração média de 40 minutos à 1h. Caso a mulher queira participar da pesquisa, mas não queira realizar a gravação, este será orientado do método utilizado no processo de coleta e análise dos dados, e da inviabilidade da sua participação no estudo.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo caso sinta algum constrangimento e/ou desconforto ao responder ou falar sobre as temáticas da violência sexual, empoderamento (as ferramentas utilizadas que possibilitam a recuperação física, emocional, psicossocial), redes inter e intrasetorial (que consistem no Instituto Médico Legal (IML), delegacia da mulher para realizar o registro do boletim de ocorrência (BO), orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal), denúncia, direitos e atendimento, durante a entrevista e poderá recusar responder perguntas, falar sobre algum assunto que você não deseje ou desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Acompanhamento e assistência:

Você será entrevistada na quarta consulta (D90) no ambulatório da violência do CAISM. Durante a entrevista, se a pesquisadora identificar algum sinal de desconforto da participante a entrevista será suspensa/cancelada. E mesmo com esses cuidados, se a mulher necessitar de ajuda, a pesquisadora se responsabilizará pelos os primeiros socorros e contará com o auxílio do serviço da violência (ambiente aonde estará sendo realizada a entrevista), que é composto pela emergência e ambulatório com os profissionais de saúde (médico

(psiquiatra e ginecologista), enfermeiro, psicólogo e assistente social). Assim, você, em nenhum momento, ficará desassistida de atendimento, caso seja necessário.

Benefícios:

A sua participação irá contribuir para aprofundar o conhecimento sobre as estratégias utilizadas no atendimento que possibilitam o empoderamento das mulheres e o rompimento do ciclo da violência. O participante não terá nenhum benefício com a participação na pesquisa.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores (pesquisadora e sua orientadora). O sigilo das gravações, armazenamento (durante cinco anos) e descarte, será de responsabilidade da pesquisadora. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização:

A entrevista será realizada no CAISM, no dia da quarta consulta da participante (D90), que possui um horário previamente agendado no hospital. Assim, a pesquisa não prevê ressarcimento aos entrevistados. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Juliana da Fonseca Bezerra, com endereço na Faculdade de Ciências medicas– UNICAMP. Caixa Postal 6111. Campinas, SP, Brasil. CEP: 13081-970, ou pelos telefones (019) 3365-2318 ou (019) 983132814, ou via e-mail: ju25fb@hotmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP, que tem horário de funcionamento de segunda a sexta de 8h às 17h, situado na rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____ Data: ____/_____/_____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado.

Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/_____/_____.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

O acompanhamento da mulher em situação de violência sexual: um serviço de referência

Responsável pela pesquisa: Juliana da Fonseca Bezerra

Número do CAAE: 54937716.8.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Este estudo tem como objetivo de compreender o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial e no ambulatório da violência, no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), junto às mulheres em situação de violência sexual e analisar a proporção que este atendimento possibilita o empoderamento destas. A justificativa deste estudo pauta-se na necessidade de realizar pesquisas com abordagem qualitativa que dialoguem sobre as percepções das mulheres sobre o processo de empoderamento e rompimento do ciclo da violência sexual, com a vivência destas no serviço público de saúde, assim como as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde que facilitam este empoderamento, pois apesar do crescente interesse por parte dos órgãos governamentais, instituições de saúde, acadêmicos, gestores e pesquisadores para realização de pesquisas que retomem a caminhada da mulher desde a situação de violência sexual até o

rompimento deste ciclo evidencia-se a incipiência de pesquisas qualitativas nessa área que enfatizem as percepções das mulheres acerca do processo de empoderamento.

Procedimentos:

Você está sendo convidado a participar de uma entrevista que será realizada em um ambiente privado, nos consultórios do ambulatório da Violência Sexual do CAISM, se você autoriza a mesma será gravada em áudio e direcionada por um roteiro contendo questões sobre a vivência do atendimento no Programa de Atendimento Especial e no ambulatório da violência, envolvendo as temáticas da violência sexual, empoderamento (as ferramentas utilizadas que possibilitam a recuperação física, emocional, psicossocial), redes inter e intrasetorial (que consistem no Instituto Médico Legal (IML), delegacia da mulher para realizar o registro do boletim de ocorrência (BO), orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal), denúncia, direitos e atendimento, e os efeitos na sua vida. A entrevista terá uma duração média de 40 minutos à 1h. Caso o profissional de saúde tenha interesse em participar da pesquisa, mas não aceite realizar a gravação, este será orientado do método utilizado no processo de coleta e análise dos dados, e da inviabilidade da sua participação no estudo.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo caso sinta algum constrangimento e/ou desconforto ao responder ou falar sobre as temáticas de violência sexual, empoderamento (as ferramentas utilizadas que possibilitam a recuperação física, emocional, psicossocial), redes inter e intrasetorial (que consistem no Instituto Médico Legal (IML), delegacia da mulher para realizar o registro do boletim de ocorrência (BO), orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal), denúncia, direitos e atendimento, durante a entrevista e poderá recusar responder perguntas, falar sobre algum assunto que você não deseje ou desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Benefícios:

A sua participação irá contribuir para aprofundar o conhecimento sobre as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, no atendimento, que possibilitam o empoderamento das mulheres e o rompimento do ciclo da violência. O participante não terá nenhum benefício com a participação na pesquisa.

Acompanhamento e assistência:

Não será oferecido nenhum acompanhamento ou assistência posterior aos entrevistados, tendo em vista que estão familiarizados com a temática de violência sexual, pois exercem as suas funções no ambulatório da violência, realizando o acompanhamento das mulheres e compõem a equipe multiprofissional (médico (psiquiatra e ginecologista), enfermeiro, psicólogo e assistente social). Durante a entrevista será analisado a linguagem verbal e não verbal dos entrevistados, caso a pesquisadora note algum sinal de desconforto ou este seja relatado a entrevista será suspensa/cancelada.

Benefícios:

A sua participação irá contribuir para aprofundar o conhecimento sobre as estratégias utilizadas pelas mulheres e profissionais de saúde que possibilitam o empoderamento das mulheres e o rompimento do ciclo da violência.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores (pesquisadora e a sua orientadora). O sigilo das gravações, armazenamento (durante cinco anos) e descarte, será de responsabilidade da pesquisadora. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

A entrevista será realizada no CAISM, no horário de trabalho do participante, com as entrevistas previamente agendadas. Assim, a pesquisa não prevê ressarcimento aos entrevistados. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Juliana da Fonseca Bezerra, com endereço na Faculdade de Ciências medicas– UNICAMP. Caixa Postal 6111. Campinas, SP, Brasil. CEP: 13081-970, ou pelos telefones (019) 3365-2318 ou (019) 983132814, ou via e-mail: ju25fb@hotmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP, que tem horário de funcionamento de segunda a sexta de 8h às 17h, situado na rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____ Data: ____/_____/_____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado.

Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/_____/_____.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE III

O ACOMPANHAMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

QUESTIONÁRIO DAS MULHERES

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data: __/__/2016

Numero de entrevista:

Nome:

_____

1. Idade:

2. Raça/etnia:

3. Religião:

( ) católica ( ) protestante ( ) espírita ( ) outras

4. Estado civil:

( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) união estável ( ) viúva ( ) outras

5. Onde se localiza a sua residência?

5.1 Com quem reside?

5.2 Quantas pessoas contribuem com as despesas da casa?

6.Grau de escolaridade:

6.1 Com o que você trabalha?

6.2 Há quanto tempo você trabalha neste emprego?

7. Você possui companheiro?

7.1 Como vocês se conheceram? (o tempo e o tipo de relação; desejou a maternidade?(8))

8. Você tem filho?

8.1Se sim, conte-me como foi o planejamento da gravidez.

8.2 Como a sua família reagiu quando souberam da sua gravidez?

8.3 Sua família lhe apoia com criação do seu filho? (como você percebe esse apoio?)

9. Como aconteceu a violência? (Você conhecia o agressor?)

10. Qual foi a sua reação? (Contou para alguém, se isolou, quis se vingar)
11. O que você sentiu quando percebeu que havia sido violentada? (se foi uma violência pontual ou é crônica).
11.1 Em caso de violência crônica com qual frequência acontecia?
12. Você teve apoio de quem para buscar ajuda? (Familiares, amigos, companheiro)

A ASSISTÊNCIA DO AMBULATÓRIO DA VIOLÊNCIA SEXUAL – CAISM

CHEGADA À EMERGÊNCIA/AMBULATÓRIO DA VIOLÊNCIA SEXUAL DO CAISM

1. O que a fez buscar o serviço de saúde? (Como você decidiu quebrar o silêncio e buscar ajuda no serviço de saúde? Quanto tempo demorou da primeira agressão até você tomar a decisão de pedir ajuda?)
2. Fale-me um pouco como você chegou a ser acompanhada no ambulatório da violência. O CAISM foi a sua primeira opção dentre os serviços de saúde?

MOMENTO DO ATENDIMENTO

3. Conte-me como foi o seu primeiro atendimento. (Realizou exames, medicamento, encaminhamento, orientações, informações sobre os seus direitos) (Como você se sentiu?)
4. Qual categoria profissional realizou o seu atendimento? (Sempre você é acompanhada pelo mesmo profissional?)
5. Qual profissional você sente mais afinidade e porquê? (Como você se sente?)
6. No acompanhamento ambulatorial, quais os elementos importantes para você que lhe auxiliaram a sair/ fortalecer da situação de violência?

ORIENTAÇÕES SOBRE O ROMPIMENTO DO CICLO DA VIOLÊNCIA

7. Você recebeu orientações de quais são os seus direitos? (Recebeu acompanhamento multiprofissional, encaminhamentos para delegacia da mulher, IML, casa abrigos, realizar exames e o aborto legal).
8. Você participou de ações educativas com a preparação pisicológica para sair da situação de risco para novas violências. Se sim, quais as ações?
9. Você denunciou o agressor? Quais punições ele teve?

PERCEPÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO

10. Como você se sente como mulher depois do acompanhamento no CAISM?
11. O acompanhamento do CAISM possibilitou que você superasse o trauma da violência?
12. Mudou algo na maneira de como você se vê como mulher depois da agressão?
13. Você conseguiu voltar a sua rotina anterior?
14. Quais os seus medos frente a um novo relacionamento? Como você se sente?
15. Você conseguiu sair da situação de vulnerabilidade? (Situações que você fique exposta a uma nova agressão, como residir com o agressor, depender financeiramente do agressor, deixar de percorrer caminhos escuros ou ter condições de andar com mais pessoas).
16. Você ainda tem contato com o agressor?
17. Diante da sua experiência descreva o que representa violência sexual?
18. Como você se sente hoje depois de concluir o acompanhamento no CAISM?
19. Gostaria de falar algo mais?

APÊNDICE IV

O ACOMPANHAMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data: __/__/2016

Numero de entrevista:

Nome:

_____

1. Idade:
2. Raça/etnia:
3. Religião:

( ) católica ( ) protestante ( ) espírita ( ) outras

4. Estado civil:

( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) união estável ( ) viúva ( ) outras

5. Qual a sua formação profissional? (conte-me como foi a sua trajetória profissional)
6. Porque escolheu trabalhar no CAISM?
7. Qual o sentido e significado do seu trabalho no serviço?

ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO AMBULATÓRIO DA VIOLÊNCIA

1. Como funciona o fluxo de encaminhamento do serviço de violência sexual do CAISM?
2. Existe o encaminhamento para a rede intersetorial? (que consistem no Instituto Médico Legal (IML), delegacia da mulher para realizar o registro do boletim de ocorrência (BO), orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal).
3. Quais as informações/ orientações são fornecidas às mulheres?
4. Qual o tempo de acompanhamento das mulheres pelo ambulatório?
5. Existe um índice de abandono grande?
6. Quando você nota uma maior incidência no abandono do tratamento?

7. Como ocorre a atuação às situações de violência sexual em mulheres que fazem sexo com mulheres?
8. Como é realizada a avaliação de risco?
9. Quais os materiais educativos utilizados?

CUIDADOS COM O CORPO DA MULHER

10. Como e onde é realizado o atendimento inicial à mulher?
11. Quais os procedimentos são realizados? (contracepção de emergência, profilaxia antirretroviral, profilaxia anti-IST, o aconselhamento relativo às profilaxias, os exames solicitados?)
12. Como ocorre o atendimento em caso de gravidez decorrente da violência sexual?
13. Existem outros serviços que são oferecidos às mulheres no CAISM?

EFICÁCIA DO SERVIÇO

14. Você consegue identificar quais os efeitos do atendimento na vida das mulheres?
15. Elas abandonam os agressores, quando estes são os companheiros?
16. As mulheres conseguem reestruturar a vida social e afetiva?
17. Diante da sua experiência no serviço, o que você entende como violência sexual?
18. Gostaria de falar algo mais?

ANEXO I

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACOMPANHAMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Pesquisador: Juliana da Fonseca Bezerra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54937716.8.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.567.151

Apresentação do Projeto:

A violência sexual transcende fronteiras territoriais, educacionais, socioculturais e geracionais configurandose como problema de magnitude mundial. Mostra-se como uma das expressões da violência de gênero e firma-se como violação dos direitos humanos, sendo tema de preocupação mundial em virtude dos danos causados à saúde individual e coletiva, alto impacto na morbimortalidade de mulheres e repercussões na economia dos países. Objetivo: compreender o atendimento dos profissionais de saúde no Programa de Atendimento Especial e no ambulatório da violência, no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), junto às mulheres em situação de violência sexual e analisar a proporção que este atendimento possibilita o empoderamento destas. Metodologia: será realizado um estudo qualitativo com as mulheres em situação de violência sexual que são acompanhadas no ambulatório da violência e profissionais da saúde que prestam esse atendimento (médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogos). O estudo será realizado no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM. Os dados serão coletados mediante entrevista semiestruturadas conduzidas seguindo roteiros temáticos, e todas as entrevistas serão gravadas. O número de entrevistas a serem realizadas será definido considerando o critério de saturação teórica dos dados. Todas as entrevistas serão transcritas na integra e será utilizada a análise de conteúdo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br