



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Jeanne de Souza Lima

**As respostas dos serviços de saúde frente às mulheres em
situação de violência sexual: reflexões a partir da percepção
das profissionais de saúde do setor de emergência**

Rio de Janeiro

2007

Jeanne de Souza Lima

**As respostas dos serviços de saúde frente às mulheres em
situação de violência sexual: reflexões a partir da percepção
das profissionais de saúde do setor de emergência**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

L732 Lima, Jeanne de Souza.

As respostas dos serviços de saúde frente às mulheres em situação de violência sexual: reflexões a partir da percepção das profissionais de saúde do setor de emergência / Jeanne de Souza Lima. – 2007.
132f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Crime contra a mulher – Teses. 2. Crime sexual – Teses. 3. Técnicos em medicina de emergência – Teses. 4. Serviços de medicina de emergência – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1957- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.444.9-055.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Jeanne de Souza Lima

**As respostas dos serviços de saúde frente às mulheres em
situação de violência sexual: reflexões a partir da percepção
das profissionais de saúde do setor de emergência**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração.

Aprovada em 18 de junho de 2007.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof^a. Dr^a. Jane Sayd
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof^a. Dr^a. Ludmila Fontenele Cavalcanti
Escola de Serviço Social da UFRJ

Prof.^a Dra. Suely Ferreira Deslandes
Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

Aos profissionais de saúde inconformados e que buscam por mudanças no cotidiano dos serviços de saúde.

Às mulheres que viveram e vivem em situação de violência, todo o nosso respeito e compromisso.

À minha família pela dedicação e carinho e o permanente incentivo.

AGRADECIMENTOS

Almejar, iniciar e sustentar o projeto de mestrado foi um sonho bastante desejado, cuja possibilidade de concretização foi, por vezes, colocada à prova. Essa aspiração precisou contar com o apoio de outras pessoas e que tenho aqui a oportunidade de manifestar minha gratidão e reconhecimento, pelas contribuições que me prestaram:

Ao professor Ruben Mattos, meu querido orientador, com quem pude contar e me beneficiar de sua generosidade e, principalmente, sua disponibilidade em compartilhar seu conhecimento e sabedoria.

Ao meu querido e amado Wellington, antes de tudo, por acreditar no meu sonho; pelo incentivo, apoio e companheirismo para a realização desta dissertação. Sempre que penso em você me emociono.

Aos meus pais, Guaraciaba e Ijones, em especial minha doce mãezinha por servir de alicerce e exemplo de vida e de mulher. Amo-te, adoro-te, quero-te um bem imenso.

Às minhas queridas amigas que tive o prazer de conhecer no decorrer do mestrado, em especial, Thereza Fortes, Thereza Santos, Josenira, Mônica e Fátima Cristina, com quem pude compartilhar as angústias e, acima de tudo, receber incentivo e palavras de carinho.

À secretaria e recepção do IMS e às funcionárias da biblioteca sempre nos recebendo com zelo, lembrando-nos de nossas pendências e nos compreendendo diante dos prazos quase sempre esgotados.

Aos professores Kenneth Camargo e Jane Sayd, pelas ótimas aulas, pelo apoio e incentivo a esta dissertação.

À minha querida e eterna professora Luciana Zucco, por acreditar em minha capacidade e incentivar a busca por outros mares. Minha mestra com carinho.

À professora Ludmila Cavalcanti pela contribuição, sempre enriquecedora, para a construção desta dissertação.

Às minhas queridas amigas Dayse Miranda, Aline de Carvalho Martins e Joelma Sueli, que sempre estiveram presentes me incentivando em todas as fases deste trabalho.

Às minhas colegas de trabalho, em especial Louise Silva, Tatiana Miranda, Riva Rosenberg, Jussara e Inês que compreenderam minha ausência e me apoiaram durante a realização da dissertação.

Às profissionais de saúde do HMSF, que participaram direta e indiretamente do processo de pesquisa, enriquecendo-o e fomentando novas problematizações.

Às minhas amigas e amigos que não foram e nem serão esquecidos por toda a força, incentivo e ajuda.

Finalmente, a Deus, por me conceder o dom da vida e pela certeza de sua presença em todos os momentos.

RESUMO

LIMA, Jeanne de Souza. *As respostas dos serviços de saúde frente às mulheres em situação de violência sexual: reflexões a partir da percepção das profissionais de saúde do setor de emergência*. 2007. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

O presente estudo busca analisar a percepção das profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência sexual em um hospital de emergência do município do Rio de Janeiro. Considerando que as mulheres que vivem em situação de violência são mais expostas a problemas de saúde diversos, o desempenho da equipe de saúde que atua no setor de emergência pode exercer um papel primordial na assistência e prevenção da violência sexual. O grupo social da investigação referiu-se à equipe multiprofissional, composta por médicas, assistentes sociais, psicólogas e equipe de enfermagem. Considerou-se a pesquisa qualitativa como a mais apropriada para a análise do objeto em questão. A técnica adotada para a produção de dados foi a entrevista individual semi-estruturada. Buscou-se analisar a percepção das profissionais de saúde sobre violência sexual no contexto da emergência, estabelecer relações entre os discursos sobre a atuação profissional na assistência à violência sexual e as respostas oferecidas para o enfrentamento da problemática. O estudo indicou que, no caso de muitas profissionais de saúde, o conhecimento acerca da violência sexual parte dos casos atendidos no cotidiano da emergência. Nesse sentido, a herança cultural solidifica percepções, sentimentos e ações sexistas, reducionistas e preconceituosas contra as mulheres, reproduzindo um padrão hegemônico de relações assimétricas. Por outro lado, as entrevistadas indicaram a importância das capacitações para maior reflexão sobre a violência sexual contra a mulher. A adoção da categoria gênero pela equipe multiprofissional poderia, portanto, resultar em uma compreensão mais crítica da violência sexual contra a mulher, proporcionando respostas mais adequadas com a realidade desta população.

Palavras-chave: gênero; violência sexual; saúde da mulher; profissional de saúde e setor de emergência.

ABSTRACT

This study analyzes the perception of health professionals on the assistance to women under sexual violence in an emergency hospital in the city of Rio de Janeiro. Considering women who live under violence are more exposed to several health problems, the performance of the health team who work in hospital's emergency room can be of fundamental importance in the care and prevention of sexual violence. The staff selected was multiprofessional and included physicians, social workers, psychologists and nurses. A qualitative research was chosen as the most appropriate for the analysis, which used a semi-structured individual interview for the data collection. The study aimed to analyze the health professionals' perception of sexual violence in the context of the emergency room, to establish the relation between the discourses on the professional performance in the care for sexual violence and the responses offered to face the problem. It indicated that, as for many health professionals, the knowledge about sexual violence is acquired from the cases in the daily routine of the emergency room. This way, the cultural heritage hardens the perception, feelings and sexist, shortened and prejudiced actions against women, reproducing hegemonic patterns of asymmetric relations. On the other hand, interviews demonstrated the importance of qualification for a better reflection of sexual violence against women. Adopting the concept of gender, the multiprofessional team could have, therefore, a more critic understanding of the sexual violence against women, with more adequate responses to the reality of that population.

Keywords: gender, sexual violence, women's health, health professional and emergency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Esquema do fluxo de atendimento à violência sexual.....	40
Tabela 1 –	Identificação por faixa etária, cor e escolaridade	46
Gráfico 1 –	Distribuição anual dos atendimentos à violência sexual contra a mulher no Rio de Janeiro.....	46
Gráfico 2 –	Distribuição anual dos atendimentos à violência sexual contra a mulher no Rio de Janeiro, por cor.....	47
Gráfico 3 –	Distribuição anual dos atendimentos à violência sexual contra a mulher no Rio de Janeiro, por agressor.....	49
Tabela 2 –	Dados sobre a violência	51
Gráfico 4 –	Distribuição anual dos atendimentos à violência sexual contra a mulher no Rio de Janeiro, por tipo de relação	52
Tabela 3 –	Acesso ao protocolo e à contracepção de emergência	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACADEPOL	Academia de Polícia do Rio de Janeiro
AE	Auxiliar de enfermagem
AIDS	Acquired Immunological Deficiency Syndrome (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)
AS	Assistente social
CEPIA	Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ENFA	Enfermeira
GPM	Gerência de Programas de Saúde da Mulher
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HMSF	Hospital Municipal Salgado Filho
IML	Instituto Médico Legal
IMMFM	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães
MA	Médica
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não-governamental
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PSI	Psicóloga
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnica de enfermagem
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
UISHP	Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	1
2	MARCO CONCEITUAL	4
2.1	Gênero e violência	5
2.2	A construção histórica da visibilidade da violência sexual contra a mulher	11
2.3	Os estudos desenvolvidos sobre violência contra a mulher no Brasil	16
3	A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	23
3.1	Contextualizando a violência sexual como um problema de saúde pública	24
3.2	A assistência à mulher EM SITUAÇÃO DE violência sexual no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro	34
3.3	Perfil dos atendimentos realizados em função da violência sexual contra a mulher no município do Rio de Janeiro	45
4	PERCURSO METODOLÓGICO	56
4.1	Delimitação do campo de pesquisa e dos critérios de inclusão dos sujeitos	57
4.2	Desenho metodológico: materiais e métodos	58
5	ANÁLISE DOS DADOS	65
5.1	Formação profissional e a questão da violência sexual contra a mulher	65
5.2	Percepção das profissionais sobre violência sexual contra a mulher	70
5.2.1	<u>Percepção das profissionais sobre as mulheres que sofreram violência sexual</u>	76
5.3	Sentidos atribuídos à prática profissional nos casos de violência sexual	81
5.4	Assistência à mulher em situação de violência sexual	87
5.4.1	<u>A assistência à mulher em situação de violência sexual no setor de emergência</u>	88
5.4.2	<u>Instalação e área física</u>	95
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	114
	ANEXO – Ficha de 1º atendimento – violência sexual	121

ANEXO B – Ficha de acompanhamento – violência sexual	123
ANEXO C – Violência sexual	125
ANEXO D – Atendimento em saúde às vítimas de violência sexual	126
ANEXO E – Atendimento à criança / adolescente em situação de violência Sexual.....	127
ANEXO F – Protocolo de atendimento em situações de violência sexual.....	129
ANEXO G – Categorias profissionais que participaram da pesquisa.....	130
ANEXO H – Roteiro de entrevista.....	131
ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	132

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda a assistência à mulher em situação de violência sexual em uma unidade pública da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, a partir da percepção das profissionais de saúde (SMS/RJ). Para tanto, consideraram-se como fundamentos teóricos que nortearam a construção do desenho da pesquisa a definição da violência como fenômeno social e histórico. Esta afirmação situa os seres humanos em seu espaço de criação e de desenvolvimento, intermediado pelas relações sociais (MINAYO, 1994). Segundo a concepção da violência contra a mulher como uma questão de saúde pública, uma vez que os agravos da violência ameaçam à vida e à qualidade da existência. E, por último, a incorporação conceitual e operacional da proposta adotada pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que rompe com a visão fragmentada de saúde da mulher e preconiza o atendimento e a oferta de serviços de forma integral.

É oportuno ressaltar que tal compreensão da violência tem uma relação estreita com a noção propagada pelos Tratados e Conferências, dos quais o Brasil é signatário. Nesse sentido, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – “*Convenção de Belém do Pará*” (1994), que conceitua a violência contra a mulher como “*todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada*” (CEPIA, 2001).

O interesse pelo objeto decorreu do exercício profissional na Gerência de Programas de Saúde da Mulher (GPM), que tem como proposta o planejamento e monitoramento das ações voltadas para a população feminina da cidade do Rio de

Janeiro. Esta experiência possibilitou o contato com o quadro epidemiológico e uma miríade de situações sociais que se colocam como obstáculos à prestação de assistência à saúde da mulher. O binômio prevenção-recuperação, tradicional na política de saúde pública, impõe aos profissionais o desafio de desenvolver um trabalho capaz de responder a um contexto de exposição a vulnerabilidades sociais¹, mas, sobretudo, que contemple o desenvolvimento de recursos humanos, tecnológicos e informacionais (ZUCCO, 2007).

Considera-se que o entendimento de violência sexual direciona a intervenção do profissional de saúde e, por sua vez, pode assegurar o acesso ao sistema público de saúde, especialmente às ações de prevenção e de assistência às mulheres que sofreram violência. Em função disso, colocam-se como indagações, respondidas com o estudo, as questões:

- Qual a compreensão da violência sexual para os profissionais de saúde e a conduta mencionada por eles diante destes casos?
- Que repercussões da violência sexual estão presentes nas falas dos profissionais envolvidos no atendimento e nas respostas voltados às mulheres?
- Como os profissionais percebem a intervenção da saúde diante do fenômeno violência sexual?
- Quais as formas de enfrentamento da violência sexual?

Entende-se que essas perguntas são fundamentais para a reflexão sobre o enfrentamento do fenômeno da violência na área de saúde e, sobretudo, para além da saúde pública. Considera-se que os estudos disponíveis ainda apresentam limitações no

¹ Sobre a discussão de vulnerabilidade social ver Oliveira (1995).

que se refere à integração entre as políticas setoriais e à ação dos sujeitos que estão envolvidos com a violência sexual. Logo, conhecer a dimensão cotidiana da violência sexual no espaço da emergência pode subsidiar ou, até mesmo, desencadear um processo de avaliação das propostas de atuação no setor saúde que sejam mais próximas da realidade da instituição e dos sujeitos envolvidos, além de identificar os limites e possibilidades dentro de uma perspectiva mais ampla de ação, que envolvam outras políticas sociais.

Para contemplar o objeto de pesquisa e as questões dele decorrentes, o estudo compreendeu uma discussão conceitual sobre gênero, violência sexual e atenção à saúde nos casos de violência sexual contra a mulher, apresentada no segundo e terceiro capítulos. Esta discussão possibilitou as bases de análise dos dados empíricos, além do movimento de interlocução contínuo e ininterrupto entre noções teóricas e realidade, próprio da construção de conhecimento.

Posteriormente, trabalhou-se no quarto e quinto capítulos o percurso metodológico e a análise dos dados. Estes foram obtidos a partir das falas das profissionais que se encontravam lotadas na emergência de um serviço de atenção à saúde, qualificado para a prestação do primeiro atendimento à violência sexual contra a mulher. E, por último, nas considerações finais buscou-se reforçar alguns aspectos analisados a partir das falas das profissionais no que diz respeito a proposições de ações para o enfrentamento da violência sexual.

2 MARCO CONCEITUAL

A literatura sobre violência contra a mulher vem se constituindo uma das principais áreas temáticas dos estudos feministas no Brasil a partir dos anos de 1980. A incorporação do conceito de relações de gênero como uma categoria de análise central para a compreensão do fenômeno da violência contra a mulher foi compreendida como um processo importante, permitindo profundas mudanças na enunciação da referida problemática. Foi um passo importante para a aproximação com as ciências sociais que, até então, olhavam “desconfiadas” para as pesquisadoras feministas que pretendiam ter uma nova perspectiva para explorar. Vale ressaltar que o avanço teórico não foi assimilado de modo homogêneo pelas pesquisas de campo e, conseqüentemente, a renovação efetiva dos estudos feministas foi mais lenta que seus avanços teóricos. Nesse sentido, torna-se necessário investir em pesquisas que vinculem pensamento e ação, ou seja, *“nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”* (MINAYO, 1994).

Gênero se torna uma categoria central para fundamentar as discussões sobre violência contra a mulher. Muitos dos acontecimentos violentos que ocorrem no âmbito interpessoal são precedidos por conflitos abrigados nos diferentes relacionamentos de gênero, que são relacionamentos que podem colocar em interação conflituosa não apenas homem e mulher, mas também entre mulheres ou entre homens. A ligação entre violência e gênero é útil para indicar, não apenas o envolvimento de mulheres e de homens como vítimas e autores/as, mas também, seu envolvimento como sujeitos que buscam firmar, mediante a violência, suas identidades masculinas e femininas (SUAREZ & BANDEIRA, 1999).

Nos últimos vinte anos, a violência passou a ser reconhecida como uma das maiores ameaças do final do milênio. Suas diversas manifestações instrumentalizam a reflexão sobre muitas temáticas, especialmente aquelas que tratam do caráter da sociedade brasileira e das relações sociais que a permeiam. Ao envolver diferentes áreas disciplinares, essa reflexão produziu avanços na construção teórica da violência. De acordo com Suarez & Bandeira (1999) da reflexão sobre a violência em campos distintos e específicos, como a sociologia, a antropologia, a psicanálise e a medicina, conseqüentemente resultaram construções teóricas diferenciadas e, até mesmo, contraditórias. No entanto, como todas lidam, em alguma medida, com o comportamento transgressor, qualquer que seja a forma de explicá-lo, o propósito de pesquisa exige um diálogo e uma certa dose de transversalidade entre os diferentes campos de conhecimento.

O estudo da violência possibilita e cria condições para um diálogo interdisciplinar que articula tanto os campos de reflexão como os significados e os sentidos, em razão do que a maior parte dos trabalhos combinam ou triangulam elementos de diferentes abordagens. (SUAREZ & BANDEIRA; 1999: 24)

A ênfase na violência praticada por homens contra mulheres explica-se por sua elevada incidência e severidade quando comparada com a violência praticada por mulheres contra homens (*id.*, *ibid.*).

2.1 GÊNERO E VIOLÊNCIA

Antes de iniciar a discussão sobre a violência sexual contra a mulher, optou-se por trazer alguns elementos que servem de alicerce para a compreensão do fenômeno da

violência contra a mulher. Gênero será a categoria conceitual central para analisar a questão da violência contra a mulher. Pensar na formulação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra a mulher é considerar que os sujeitos aos quais elas se destinam estão marcados por condições sociais distintas, entrelaçando a estas, determinações de classe, gênero, etnia, cultura, religião, entre outras. Todos esses aspectos devem ser considerados como constituindo a moldura que fabrica e encerra as condições de existência dos seres sociais e atualiza os dilemas da contemporaneidade, ou seja, como conciliar universalismo e diferença na formulação de políticas (HEILBORN, 1997).

A estratégia de recortar e definir precisamente as dimensões da realidade social está presente na formulação da noção de gênero, que surge nos anos de 1970 e que muito deve à crítica feminista. Gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. Tomando-se como base as contribuições de Heilborn (1997), significa dizer que:

A palavra sexo designa agora no jargão da análise sociológica somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito de gênero existe, portanto, para distinguir a dimensão biológica do social. (HEILBORN, 1997: 102)

A distinção baseia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, no entanto a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. Portanto, as concepções relacionadas às atribuições da mulher e do homem são culturalmente construídas a partir das diferenças biológicas. À mulher couberam os destinos do privado e, conseqüentemente, da maternidade. Delegou-se a ela o cuidado com os afazeres domésticos e com a família, voltando-se para o interior da casa, sendo

reconhecida socialmente como a rainha do lar. Aos homens, por serem “considerados” mais ativos e racionais, coube a função de provedor material.

Em sociedades como as nossas, marcadas pelo selo da racionalidade instrumental, a sensibilidade é considerada uma preparação, uma antecipação ou uma forma menor do pensamento racional (quando não uma ausência de pensamento). (CHAUÍ, 1985:44)

Essa leitura reproduz o pensamento de que os atributos psicológicos e sociais, entre outros, são decorrentes e conseqüências naturais da própria ordem biológica que, no geral, é vista sem o grau de complexidade e de heterogeneidade que é peculiar da cultura. Tais atributos se encontram, eles mesmos, dicotimizados, com o objetivo de delimitar as esferas do masculino e do feminino, que se apresentam como instâncias complementares.

Ao diferenciar a dimensão biológica do social, o conceito de gênero abre espaço para apreender as relações de poder existentes entre homens e mulheres (HEILBORN, 1997, 1999; BUTLER, 2003). Verifica-se, portanto, a tentativa de superação de uma naturalização hierárquica, que implica em possibilidades, vivências e expressões diferenciadas, bem como oportunidades e compromissos distintos para homens e mulheres. A conformação das relações de poder define a divisão social do trabalho e organiza expectativas de como a mulher deve ser e agir na sociedade.

A sexualidade também é uma categoria de análise das ciências sociais. Para sua compreensão é necessário destacar que a mesma não é sinônimo de atividade sexual. Ela é uma unidade ficcional (WEEKS *apud* HEILBORN, 1999:41), dependente de um determinado contexto cultural e historicamente instituída. Nesta perspectiva, a cultura é responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, por intermédio de redes de significados que abarcam as categorizações de gênero, de

orientação sexual, de escolha de parceiros. Portanto, “*valores e práticas sociais modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, dando origem a carreiras sexuais/amorosas*” (HEILBORN, 1999: 40).

No desempenho de papéis herdeiros de esteriótipos socialmente construídos, a sexualidade dos sujeitos será abordada também como relacional, não natural nem individual, mas apreendida e construída, numa “interface com o mundo e com outras pessoas” (BLEIR *apud* GIFFIN, 1999:88).

Nas últimas décadas, têm-se registrado fenômenos importantes que alteram as formas de experimentar a sexualidade. A dissociação entre sexualidade e a reprodução com o advento da pílula, nos anos de 1960. A partir deste momento, não só as mulheres puderam se ver livres de uma função quase que imposta a seus corpos, como também, exerceram o ato da escolha de terem ou não filhos (ARÁN, 2003). A possibilidade de arbítrio sobre o próprio corpo e o acesso a uma sexualidade não reprodutiva foi, sem dúvida, uma das principais conquistas das mulheres. O outro fenômeno corresponde ao advento da epidemia do HIV/Aids, na década de 1980. Tais acontecimentos deram novo impulso e nova base para se pensar sobre os sistemas de práticas e representações acerca do tema da sexualidade.

Os direitos sexuais² são outro tema, incorporados às agendas políticas internacionais de maneira mais efetiva, trazendo a discussão do direito à escolha quanto ao exercício da sexualidade, de forma segura e assistida. Os direitos sexuais se tornam elementos fundamentais dos direitos humanos. Eles incluem “*o direito a viver a sexualidade com prazer, o que é essencial em si mesmo e, ao mesmo tempo, um veículo de comunicação e amor entre as pessoas. Os direitos sexuais incluem o direito à*

² A mesma discussão equivale para os direitos reprodutivos, no entanto esta questão não fará parte do estudo.

liberdade e autonomia no exercício responsável da sexualidade.” (CEPIA, 1999). No Brasil, desde os anos de 1980, o movimento feminista tem investido na defesa da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos, e o governo tem avançado de forma significativa na elaboração de políticas neste campo.

A violência sexual contra a mulher se contrapõe a esses preceitos legais, é uma forma de relação intersubjetiva, em que ocorre o controle e a subordinação da sexualidade da mulher, incorporados como constitutivos das regras que normatizam a prática sexual. Nesta perspectiva, o controle da sexualidade da mulher, através da imposição do desejo sexual de outrem, apresenta-se como justificativa do controle do seu corpo e os frutos deste (CAVALCANTI, 2004).

O ato sexual passa a ser idealizado como uma forma de dominação, criando expectativas diferenciadas em matéria de sexualidade. Ao relacionar sexualidade e poder, a violência sexual reveste-se de práticas aparentemente simétricas, mas de significação muito diferente para os homens e para as mulheres (*id., ibid.*).

A violência sexual refere-se a relações sexuais não consentidas no domínio do corpo e da sexualidade, especialmente a feminina. A força e a ameaça são algumas das formas utilizadas pelos perpetradores para forçar o sexo (DREZETT, 2000).

Observa-se um consenso nas pesquisas (DINIZ, 2000; WHO, 2002; BRASIL, 2002; 2005b) ao considerar que, na maioria das vezes, a violência sexual é cometida por autores conhecidos das mulheres, no caso, esposo, companheiro, familiares. No entanto, há uma imprecisão em sua quantificação; esta mesma imprecisão ocorre quanto à violência sexual dentro do casamento, que é uma das ocorrências menos denunciadas no Brasil. “*A crença generalizada de que no casamento este tipo de comportamento não é*

crime cria uma capa de legitimidade para este tipo de violência sexual e desestimula as denúncias e as investigações” (CAVALCANTI, 2004: 29).

Na análise dos espaços de ocorrência da violência sexual de homens contra mulheres, a concepção relacional de gênero possibilita demonstrar como as mulheres estão, ao mesmo tempo, em duas esferas (pública e privada), desempenhando papéis herdeiros de estereótipos socialmente construídos para objetivação/passividade da sexualidade feminina e naturalização da sexualidade masculina como ativa e instintiva (BERGER, 2003). Nesse sentido, confronta-se com esta concepção as proposições feministas que afirmam que “o pessoal é político” e “em casa ou na rua, quando a mulher diz não, é não”.

Para operar sobre a categoria da violência, tomou-se como referência inicial e parcial, a definição proposta por Chauí (1985) e apontada por Gregori (1993) como dispositivo conceitual comum em estudos feministas:

Entendemos por violência uma realização determinada das relações de força (...). Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. (CHAUÍ, 1985: 35)

Em relação à violência sexual contra a mulher a discussão inclui uma compreensão mais crítica, vinculando-a à desigualdade de poder e às relações assimétricas estabelecidas entre homens e mulheres na sociedade, reproduzindo a desvalorização da mulher e sua subordinação ao homem.

2.2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Quando se fala de violência sexual, logo se pensa em estupro, compreendido como uma violência perpetrada por alguém estranho. Exatamente por isso vale referir-se à pesquisa desenvolvida pelo historiador Georges Vigarello (1998) sobre a construção do estupro como fenômeno social na França, entre os séculos XVI e XX. Este estudo é importante para indicar os processos relativamente recentes que vão ampliando a noção de violência sexual.

No período circunscrito pelo autor como Regime Antigo Francês, a ocorrência de estupro se associava a delitos e crimes como roubos e assassinatos, por exemplo, sem ser considerado como relevante uma diferenciação entre a violência física e a violência sexual, resultando em um certo desprezo pelo corpo. Nessa perspectiva, os julgamentos da época relativos a um estupro somente davam fé se todos os indícios corporais e vestígios materiais, no caso de feridas visíveis, testemunhos unânimes e objetos quebrados permitissem confirmar a queixa. O estupro se configurava, acima de tudo, como uma transgressão moral associada aos crimes contra os costumes, fornicação, adultério, sodomia, bestialidade, e não aos crimes de sangue. O mesmo referia-se ao universo do impudor, antes de pertencer ao universo da violência, ou seja, era gozo antes de ser ferimento ilícito. Este contexto só veio a ser alterado no final do século XIX, quando o estupro passou a ser considerado legalmente violência moral e física.

Autonomia e liberdade, cultura do corpo e da individualidade e direitos são conceitos e idéias que entram em cena para uma nova abordagem sobre o estupro,

principalmente quando a defesa dos casos se articula a plataformas de movimentos sociais organizados e militantes, como o movimento feminista (BERGER, 2003).

O estudo de Vigarello adota, como modelo para a discussão do estupro, o processo de AIX que ocorreu na França, em 1978, propiciando uma ampla reflexão na esfera dos costumes. Este debate colaborou para o avanço nas mudanças necessárias às abordagens cultural, psicológica e jurídica das relações desiguais entre homens e mulheres.

Trata-se de um caso de estupro que ocorre em 1974 e, segundo o autor, os componentes pertencem inteiramente à sociedade de hoje. Duas jovens turistas belgas que acamparam em uma região da França, foram abordadas por um homem que teve por duas vezes suas iniciativas sexuais recusadas pelas jovens. Diante das recusas o homem resolve retornar ao local com mais dois amigos para se vingarem. Após intenso confronto físico com os homens, as jovens foram submetidas “às sevícias e estupro por quatro horas”. Registraram queixa na mesma noite e seguiu-se um longo processo. Vale destacar que as jovens assumem um papel ativo na orientação do caso e na denúncia do crime como retrato de uma sociedade de homens onde a violência sexual se banalizou em função de esteriótipos de gênero, como por exemplo, aqueles que reforçam a “natureza viril e agressiva do homem e a passividade das mulheres”. De acordo com as palavras de Goldet:

Afirmo que as mulheres são vítimas de atos inqualificáveis. O fato novo não é que elas o sejam mais e mais frequentemente; o fato novo é que elas não aceitam mais isso. (GOLDET *apud* VIGARELLO, 1998: 213)

Nota-se que as mulheres passaram a não mais aceitar, como também conseguiram falar publicamente de seu sofrimento com este tipo de violência, fomentando e ampliando a compreensão do que não é materialmente comprovável, mas que deixa marcas de ordem psicológica e social.

A voz e a participação da mulher numa relação sexual, inclusive com o seu próprio marido, passou a ter peso nos casos em que os juristas franceses buscavam um limiar para a questão do não-consentimento na relação, para que, posteriormente, uma nova definição e qualificação do crime nas leis e códigos que regulam os direitos individuais e coletivos fossem viabilizadas.

Nota-se, ainda, o debate em torno da questão do estupro conjugal, Virapoullé (*apud* VIGARELLO, 1998: 224-225) contesta no Senado Francês a seguinte questão: “Não há possibilidade de estupro no âmbito da união legítima, pois então onde ficariam os deveres conjugais? Devemos, assim, continuar esse debate e nos preocupar com os atos sexuais realizados com outras pessoas que não sejam o esposo ou a esposa”. A polêmica foi significativa para a fundamentação destes novos códigos e, conseqüentemente, para o desenrolar em torno dos casos. Somente em 1992, a corte de Cassação Francesa trouxe o marco necessário à consideração do estupro conjugal: “a suposição de consentimento dos esposos aos atos sexuais realizados na intimidade da vida privada conjugal só vale até prova em contrário” (*id.*, p. 225).

Muitos outros aspectos poderiam ser retomados do estudo de Vigarello, no entanto, duas argumentações devem ser destacadas: a mudança na visão sobre violência sexual contra as mulheres que, como crime, passa a focalizar atos até então desprezados: “uma massa de gestos transgressores se impõe ao olhar, não porque sejam novos, mas porque são observados de outro modo” (*id.*, p. 225). Nessa perspectiva, este

outro modo permite reconhecer a mudança na relação social entre homens e mulheres e na abordagem da violência sexual como modalidade de violência interpessoal nos conflitos envolvendo relações de gênero. De acordo com Berger (2003) a mulher busca sustentar, ainda que de forma ambivalente, uma posição de sujeito e não de objeto, nas relações sexuais que vivencia, condição esta essencial para que qualquer possibilidade de enfrentamento e mudança possa ser desencadeada.

O estudo de Vigarello procurou evidenciar como se deu a interação entre os regimes jurídico, cultural e psicológico para a abordagem moderna da violência sexual na França. No entanto, o próprio autor reconhece a resistência dos costumes que, na contramão da lei, acabam por influenciar as maneiras de julgar e assinalam a complexidade da mudança: “a suspeita instalada em muitos processos confirma a irredutível existência de preconceitos sobre o sexo, assim como o irredutível problema levantado pelo não consentimento”. Mais a frente, o autor continua: “(...) Isso significa que esses limites confirmam a manutenção da dominação sobre a mulher, a existência de um julgamento logo de saída inigualitário, a estabilidade relativa dos costumes, apesar da inegável mudança da jurisprudência e da lei” (*id.*, p. 217 e 247).

Segato (1999) chama atenção para a particularidade da lei brasileira³, que enquadra o crime de estupro como sendo contra os costumes e não contra a pessoa. Esta idéia prolonga a noção pré-moderna de que se trata de uma agressão que, por intermédio do corpo da mulher, atinge outrem e, neste, ameaça a sociedade como um todo, colocando em risco direitos e prerrogativas de seu pai e de seu marido, entre outros, o controle sobre a herança e a continuidade da linhagem. A figura legal da “legítima

³ No Brasil, o Código Penal define estupro como crime de ação privada, enquadrando-o no artigo 213. O estupro é restrito à relação sexual entre um homem e uma mulher, com penetração vaginal, realizado contra a vontade dela e com o recurso à violência ou grave ameaça. Segundo a legislação, só há estupro, quando há penetração do pênis na vagina.

defesa da honra”, invocada nas cortes brasileiras, “deixa evidente o resíduo da sociedade de status, pré-moderna, que precede à sociedade moderna e contratual constituída por sujeitos sem marca – de gênero ou de raça – que entram no direito em pé de igualdade (...) Percebe-se, nessa leitura da lei, a extraordinária lentidão do tempo de gênero, o cristal quase inerte de suas estruturas” (SEGATO: 1999: 396).

Após um longo processo de luta, foi sancionada pelo Presidente da República a Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006 – a Lei Maria da Penha⁴. Esta Lei estabelece mudanças tanto na tipificação dos crimes de violência contra a mulher, quanto nos procedimentos judiciais e de autoridade policial. A Lei Maria da Penha tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos. Altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham sua prisão preventiva decretada, quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê, ainda, medidas consideradas inéditas de proteção para a mulher que corre o risco de vida, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e aos filhos (Brasil, 2006).

De acordo com o artigo 5º para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. O artigo 7º estabelece as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: a violência física; a violência psicológica; a violência sexual; a violência patrimonial; e a violência moral.

⁴ Maria da Penha protagonizou um caso simbólico de violência doméstica e familiar contra a mulher. Em 1983, por duas vezes, seu marido tentou assassiná-la. Na primeira vez por arma de fogo e na segunda por eletrocussão e afogamento. As tentativas de homicídio resultaram em lesões irreversíveis à sua saúde, como paraplegia e outras seqüelas. Maria da Penha transformou dor em luta, tragédia em solidariedade.

Será adotada neste estudo a mesma noção de violência sexual contra a mulher concebida pela Lei Maria da Penha, Artigo 7º inciso III, entendida como “qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos”.

2.3 OS ESTUDOS DESENVOLVIDOS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL

A literatura sobre violência contra mulheres tem suas origens no início da década de 1980, constituindo-se uma das principais áreas temáticas dos estudos feministas no Brasil. Estes estudos são resultantes das transformações sociais, políticas e econômicas que o país atravessava na época⁵. Iniciativas pioneiras de organizações feministas levaram à criação dos serviços de SOS-Mulher⁶, nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, entre outras. Também foi criticado o argumento judicial da “legítima defesa da honra” que respaldava a absolvição de

⁵ Concomitantemente, o país enfrentava o agravamento de sua crise social, econômica e política, através do aprofundamento da dívida externa, da alta inflacionária, da recessão econômica, do desemprego, da miséria e do crescimento da mortalidade infantil por doenças infecciosas. Nesse momento, proliferavam várias formas de organizações, que reivindicavam abertura e participação política, educação, habitação, emprego, melhores condições de vida, de trabalho e de saúde, representados pelo Movimento de Reforma Sanitária, pelo Movimento Feminista, por entidades de direitos humanos, organizações não governamentais, entre outros.

⁶ Sobre a violência contra a mulher e a prática do SOS-Mulher, ler Gregori, Maria Filomena. Cenas e queixas: um estudo sobre as mulheres, relações violentas e prática feminista. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: ANPOCS, 1993.

acusados nos chamados “crimes passionais” (BARSTED, 1994; VIANNA & LACERDA, 2004).

Até aquele momento, assistia-se a uma cruel inversão: as vítimas passavam a qualidade de réus em processos onde, na realidade, o que se julgava, e acabava sendo legitimado, era justamente a assimetria sexual entre homens e mulheres. As mulheres eram culpadas de “infidelidade”, “comportamento moderno” ou “independência” e seus agressores em homens íntegros, que apenas logravam defender a honra e o bom nome da família (BARSTED, 1994).

Várias estratégias foram estabelecidas, durante a década de 1980, pelo movimento feminista para dar visibilidade à violência contra a mulher. A cunhagem do *slogan* “Quem Ama Não Mata”, pintado nos muros ou escrito em panfletos, ajudou a sensibilizar a imprensa para a questão. Veículos de comunicação de massa fizeram reportagens sobre o assunto e a TV Globo produziu um seriado de grande impacto, chamado “Quem Ama Não Mata”. Em 1994, no programa “Você decide” foi discutida a violência de um marido contra sua mulher, ainda que por uma margem pequena, a maior parte decidiu que o agressor não fosse denunciado, reforçando a tese de que “roupa suja se lava em casa”.

Ao lado dos crimes de violência doméstica, o movimento feminista destacou, em sua atuação, a ocorrência cotidiana de estupros, quase sempre encobertos pela chamada “cultura do silêncio”, reforçada pela complacência das autoridades e pelo pudor das próprias mulheres que viviam em situação de violência, mas tinham “vergonha” de dar queixa pública. Os SOS-Mulher passaram a incentivar as mulheres, acompanhando juridicamente aquelas que não tinham tratamento respeitoso nas delegacias de polícia. Desenvolveram, ainda, um trabalho voluntário e interdisciplinar que, de certo modo, foi

a fonte inspiradora das futuras delegacias e abrigos de mulheres vítimas de violência (*id., ibid.*).

As propostas feministas foram de dois tipos: por mudanças legislativas e pela criação de instituições e serviços que dessem visibilidade à questão de gênero e o tratamento específico à questão da violência. A pauta de reivindicações incluía, inicialmente, a alteração do Código Penal e a criação de Conselhos Estaduais da Condição Feminina. Posteriormente, foram acrescentados o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres; as Delegacias Especializadas de Defesa da Mulher⁷; os Centros de Atendimento Integral e os abrigos para as mulheres vítimas; além dos serviços específicos no Instituto Médico Legal, sobretudo para os casos de estupro, e a inclusão na Constituição Federal de 1988 do repúdio à violência doméstica (BARSTED, 1994).

Nota-se, portanto, que a violência contra a mulher enraíza-se na história do novo feminismo como um todo e possui uma realidade peculiar à trajetória desse movimento social no país, que acaba permitindo a construção de uma nova realidade sociológica (HEILBORN, 1996). Esta se expressa no fato da terminologia ter alcançado projeção para além da militância e o reconhecimento por parte do Estado como um problema social, como pode ser constatado pela criação das delegacias de atendimento às mulheres, na década de 1980.

Os primeiros estudos sobre o tema têm por objeto as denúncias de violência contra as mulheres nas delegacias policiais e as práticas feministas não governamentais de atendimento à mulher em situação de violência. Pode-se afirmar, empiricamente, que a atividade essencial dessas pesquisas consistia em conhecer quais eram os crimes mais

⁷ As delegacias da mulher se constituem até hoje, como a principal política pública de enfrentamento da violência contra as mulheres e a impunidade.

denunciados, o perfil das mulheres que sofriam a violência e quem eram seus agressores (SANTOS & IZUMINO, s.d.). Esses estudos compartilham também as referências teóricas adotadas para compreender e definir o fenômeno social da violência contra as mulheres e a posição das mulheres em relação à violência (*id.*, *ibid.*).

Segundo Santos e Izumino (s.d.) três correntes teóricas vieram a se constituir como referência para os estudos desenvolvidos. A primeira chamada de *dominação masculina*, no qual define a violência contra as mulheres como expressão de dominação da mulher pelo homem, resultando na anulação da autonomia da mulher, percebida tanto como vítima quanto como cúmplice da dominação masculina.

Essa primeira corrente teórica é identificada como uma das principais referências, orientando as análises sobre violência contra as mulheres nos anos de 1980 e corresponde ao artigo de Marilena Chauí, intitulado “*Participando do debate sobre mulher e violência*”. Neste artigo a autora concebe a violência contra a mulher como resultado de uma ideologia de dominação masculina que é produzida e reproduzida tanto por homem como por mulheres. A violência é definida por Chauí como uma ação que transforma diferenças em desigualdades hierárquicas com o propósito de dominar, explorar e oprimir. A ação violenta trata o ser dominado como “objeto” e não como “sujeito”; este é então silenciado e se torna dependente e passivo. Nessa perspectiva, o ser dominado perde sua “capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir”, ou seja, perde sua autonomia (CHAUÍ, 1985:36).

A segunda corrente, chamada de *dominação patriarcal*, influenciada pela perspectiva feminista marxista, é introduzida no Brasil pela socióloga Heleieth Saffioti. A autora compreende a violência contra a mulher como expressão do patriarcado, em que a mulher é percebida como sujeito social autônomo, porém, é historicamente

vitimada pelo controle social masculino. Para Saffioti (2004), as mulheres se submetem à violência não porque “consintam”, elas são forçadas a “ceder” porque não têm poder suficiente para consentir.

E, finalmente, a terceira, denominada *relacional*, consiste na interação entre as noções de dominação masculina e vitimização feminina. Concebe a violência como uma forma de comunicação e um jogo no qual a mulher não é vítima senão cúmplice. O principal trabalho que exemplifica essa corrente é de Maria Filomena Gregori, publicado no início dos anos de 1990 sob o título de “Cenas e Queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista”. Com base em sua experiência como observadora e participante do SOS-Mulher, a autora analisa as contradições entre as práticas das mulheres que sofrem violência. Segundo Gregori (1993), o discurso feminista do SOS-Mulher percebe a mulher como vítima da dominação masculina que promove a violência conjugal. A libertação da mulher depende de sua conscientização enquanto sujeito autônomo e independente do homem, o que será alcançado através das práticas feministas. Gregori observa que as mulheres atendidas pelo SOS-Mulher não buscam, necessariamente, a separação de seus parceiros. A partir das entrevistas com as mulheres, a autora argumenta que elas não são simplesmente dominadas pelos homens ou meras vítimas da violência conjugal. Gregori não pretende, assim, culpar a mulher de sua participação na produção de sua vitimização. O que lhe interessa é entender os contextos nos quais a violência ocorre e o significado que assume.

Percebe-se que a idéia de vitimização é pouco problematizada pelos trabalhos iniciados na década de 1980, visto que o maior propósito era dar visibilidade às denúncias de violência, através da identificação do perfil das queixas, das vítimas e dos agressores. Já nos anos de 1990, estimulados pela observação empírica e pelas

discussões teóricas que a categoria gênero introduziu nos estudos feministas no Brasil, novos estudos sobre violência contra as mulheres são retomados e aprofundados em torno do debate sobre vitimização. Nota-se, ainda, que a maior produção de trabalhos tem por objeto as delegacias de polícia, entretanto, não se reduzem a mapear as denúncias e os atores envolvidos na violência. Constata-se que as taxas de impunidade não chegam a ser modificadas e a criminalização não é necessariamente almejada pelas vítimas e pelos agentes do Estado, as pesquisas passam a analisar a dinâmica das queixas nos sistemas policial e judicial (BRANDÃO, 1997; VARGAS, 2000; SANTOS & IZUMINO, s.d.).

A discussão sobre vitimização ganha destaque devido a freqüente suspensão da queixa policial por parte da vítima e ao tipo de intervenção, não necessariamente criminal, que as mulheres demandam aos agentes do Estado (BRANDÃO, 1997). Nesse sentido, o conceito de gênero reconhecido como construção social do masculino e do feminino e como categoria de análise das relações entre homens e mulheres, passa a ser utilizado para se compreender as complexidades da queixa.

Os debates produzidos no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, têm privilegiado a questão da violência em suas dimensões doméstica e conjugal, tomando como base o trabalho desenvolvido pelas instituições policiais, jurídicas e organizações não governamentais. Grande parte destes trabalhos foi profundamente influenciado pelo movimento feminista que, naquela ocasião, privilegiou reivindicar, através do estímulo às denúncias contra os companheiros agressores, o direito das mulheres à sua segurança na privacidade do lar, como já foi apontado.

Em relação à violência sexual, desde 1996 as ações voltam-se mais especificamente para a implantação de serviços de saúde voltados para a prevenção e os

agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes e do aborto legal. No período de 1997 a 2002, o número de serviços habilitados para a aplicação do protocolo de violência sexual passou de 17 para 66. Mais recentemente, alguns grupos de pesquisa em gênero e de movimentos organizados de homens também vêm incorporando a atenção aos homens e/ou agressores em pesquisas, grupos de reflexão e/ou atendimento que integram a abordagem de temas como masculinidades, violência e gênero (SUAREZ & BANDEIRA, 1999; SOUZA & ADESSE, 2005).

Observa-se um descompasso entre a produção de conhecimento no Brasil sobre a violência contra a mulher, onde inclui a violência conjugal sexual, e as ações de saúde voltadas basicamente para o estupro. O conhecimento implicado com a noção de direitos da mulher procede a um deslocamento e uma ampliação da visão, em decorrência dessa *démarche* de luta pelos direitos de cidadania das mulheres. Uma questão chave que vale a pena refletir é o quanto os profissionais de saúde engajados nessas respostas movem-se num sentido convergente com as aspirações desse movimento.

Diante desta “aparente” invisibilidade da violência sexual no contexto das violências baseadas no gênero praticadas por homem contra mulheres, toma-se como desafio aprofundar no estudo de base qualitativa, as questões sobre violência sexual contra a mulher e as repostas produzidas pelos/as profissionais de saúde em relação a este fenômeno. Buscou-se compreender em que medida estereótipos baseados no gênero, aliados às condições estruturais existentes, banalizariam ou impediriam sua maior visibilidade.

3 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência, em si, não foi considerada um tema específico da área de saúde, mas a afeta porque acarreta lesões, traumas, mortes físicas e emocionais. Para compreender o impacto da violência sobre saúde, deve-se localizar a discussão no conjunto dos problemas que relacionam a saúde, as condições sociais, as situações e estilo de vida.

A literatura internacional sobre violência contra a mulher tem mostrado a grande magnitude do problema, sua disseminação em todo mundo e as graves ameaças para a saúde da mulher, assim como para seus filhos e demais membros da família. Considerar as conseqüências sobre a vida, a integridade física e mental das mulheres, constitui um problema legítimo da saúde, ainda que não se restrinja a esse setor, pois constitui um problema de toda a sociedade (HEISE, 1994; DESLANDES, 2002).

Percebe-se que a maioria dos serviços de saúde, especificamente o setor de emergência, não está preparada para prestar atendimento adequado (FAÚNDES *et al.*, 2006). De acordo com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, elaborada pelo Ministério da Saúde, o ideal é que o atendimento seja prestado por equipe multidisciplinar. Inclui-se no atendimento a anamnese/entrevista social e exame clínico cuidadosos, utilizando exames laboratoriais, tratamento das lesões físicas e da crise emocional, prevenção da gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis, incluídos HIV/Aids e com seguimento de pelo menos seis meses.

A sensibilização dos/das profissionais para a existência e magnitude da violência sexual contra a mulher, bem como o seu reconhecimento como um problema que precisa ser enfrentado, é uma tarefa fundamental. No entanto, as ações não devem se restringir apenas às sensibilizações. Espera-se que as políticas de prevenção e assistência à violência sexual contra a mulher contemplem a discussão das relações de gênero, a atuação crítica e contínua, descentralizada, interdisciplinar e intersetorial. Apesar das propostas de intervenção, que mostram a positividade da agenda do setor saúde, há muito que trilhar, discutir, desconstruir e reconstruir, agregando esforços e esperanças (DESLANDES, 2002).

3.1 - CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência é considerada um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. Ela, em si, não é uma questão própria da saúde pública e nem um problema médico típico. Entretanto, ela se torna um tema desse campo pelas seguintes razões: pelo impacto que provoca morte, lesões e traumas físicos e agravos mentais, emocionais e espirituais; pela diminuição da qualidade de vida das pessoas e das coletividades; pela exigência de uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; pela configuração de novos problemas para o atendimento médico preventivo e curativo; e, pela necessidade de uma atuação mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor (MINAYO, 1994; 1999; 2006).

A perspectiva, ao recortar o problema da violência contra a mulher, é de que a leitura e compreensão dos principais fatores associados à sua ocorrência, aos danos causados e à delimitação das situações de sua maior incidência, ganhem mais sentido ao adotar uma análise que considere a perspectiva de gênero (BERGER, 2003).

A interpretação, à luz da categoria gênero, dos dados sobre violência evidencia a especificidade da violência contra a mulher. Considera-se relevante na articulação entre violência e gênero e que reforça, desde já, a ênfase necessária à compreensão da violência praticada por homens contra as mulheres, é a condição de ser “alta sua incidência e severidade quando comparada com a violência praticada por mulheres contra homens” (SUAREZ & BANDEIRA, 1999).

Estudos realizados vêm apontando que as mulheres que vivem situações de violência são mais expostas a problemas de saúde diversos (HEISE, 1994; DREZETT, 2000). Observa-se ainda, que as conseqüências negativas da violência contra mulheres, muitas vezes, se refletem na sociedade em geral, na medida em que afetam tanto o indivíduo que sofre a ação violenta, como podem comprometer o desenvolvimento de outros integrantes da família como crianças e adolescentes.

Berger (2003) aponta uma série de conseqüências fatais e não fatais da violência contra a mulher. Entre elas pode-se destacar:

- Conseqüências fatais: o homicídio e o suicídio decorrentes, em muitos casos, de um estado de depressão pós-trauma;
- Conseqüências não fatais: como as que surgem em decorrência da prática do sexo inseguro, como as DSTs, a gravidez indesejada, o aborto; as lesões decorrentes do uso da força física, que podem chegar ao

aleijamento, além das conseqüências sobre a saúde mental, que vão desde sintomas difusos, como a dor de cabeça, até a depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens da alimentação, problemas múltiplos da personalidade; entre outros.

Acrescentam-se, à discussão sobre as conseqüências para a saúde, os custos sócio-econômicos com a violência contra a mulher. Heise (1994) aponta um estudo do Banco Mundial que conclui que, nas economias de mercado consolidadas, 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física, por mulheres de 15 a 44 anos, são resultado da violência de gênero. Em países onde as doenças resultantes de precárias condições sócio-econômicas são comuns e a mortalidade materna é alta, esta cifra é de 5%. Em termos globais, as conseqüências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres, medidas desta forma, são maiores que as conseqüências de todos os tipos de câncer e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares.

As numerosas conseqüências que a violência sexual acarreta à saúde sexual e reprodutiva corroboram a necessidade de uma atenção diferenciada. No entanto, a mulher que sofre a violência, geralmente, encontra obstáculos para ter acesso a esta atenção. Mais que isso, os serviços de saúde frequentemente não identificam o problema da violência sexual, ainda que esteja na raiz de problemas que as mulheres apresentam aos serviços (CAVALCANTI, 2004).

De acordo com Faúndes:

A variedade de problemas que podem resultar da violência sexual contrasta com a mínima atenção que recebia, e ainda recebe, a grande maioria das mulheres que sofre este tipo de agressão. Estima-se que 9 de cada 10 ou 19 de cada 20, não chegam a apresentar queixa e guardam o segredo de sua

vergonha para si mesmas ou compartilham apenas com alguma amiga que também oculta o fato. (FAÚNDES, 2000:5)

Não há dúvidas que a violência contra a mulher seja um problema que afeta a saúde da população, entretanto esse fenômeno foi tratado inicialmente como objeto exclusivo da instituição jurídica e policial. O reconhecimento da referida problemática pela área da saúde no Brasil vem se dando de forma “*fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva*” (MINAYO, 2006).

Observa-se que a sensibilização em relação ao tema como pauta de ação para saúde se iniciou com o problema da violência contra crianças. A partir dos anos de 1960, por meios de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sistemáticas sobre as várias modalidades de violências contra crianças e adolescentes e sua conseqüência para o crescimento e desenvolvimento das vítimas. Programas de prevenção primária e secundária e intervenções, principalmente, nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, se instituíram na pauta de serviços de instituições públicas, privadas e organizações não governamentais (ASSIS, 1994).

Diferentemente da militância que se iniciou na corporação médica na última metade do século XX, denunciando e buscando alternativas de intervenção contra os abusos que vitimavam crianças e adolescentes, a introdução da problemática da violência contra a mulher na agenda da área de saúde ocorreu por iniciativa do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para fomentar a perspectiva de gênero nos mais diferentes espaços e instituições, esse movimento pressionou e permanece pressionando o setor saúde para que dê respostas concretas a este problema,

não apenas para o tratamento das lesões e traumas procedentes da violência, mas para agir preventivamente em suas causas (MINAYO, 2006).

No Brasil, a participação do movimento feminista na introdução da violência de gênero na pauta do setor saúde teve uma expressão fundamental na construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 e regulamentado em 1986. Este tem como princípio fundamental a assistência integral, que envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde da mulher, nos seus diferentes ciclos de vida.

O PAISM traz ao cenário a concepção da mulher como sujeito de sua vida e sua sexualidade. Portanto, o programa incorpora a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos, cuja reflexão sobre violência de gênero tem lugar de destaque. O Programa leva em consideração a relevância do tema da violência e oficializa um olhar específico para o referido problema em todo o serviço público de saúde.

O movimento feminista que, em âmbito internacional, até a década de 1970 direcionava sua luta para a regulamentação do trabalho da mulher e para o direito ao voto, incorporou a preocupação com a saúde da mulher. Este movimento buscou romper com as normatizações dos papéis sexuais e lutar pelo reconhecimento dos direitos das mulheres. Nesta perspectiva, o campo da saúde se torna um espaço de luta pela efetivação de direitos de cidadania das mulheres (LIMA & MONTEIRO, 1999).

No contexto internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde, a partir de 1993, observando as mudanças nos perfis de morbimortalidade na maioria das regiões latino-americanas, passou a recomendar aos países membros que incluíssem o tema da violência na sua agenda de intervenção.

Os mais diferentes problemas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero, foram endereçados à área da saúde. A força do feminismo na abordagem do diagnóstico situacional e nas propostas de ação, relativas a gênero, aparece visivelmente nos documentos dos organismos internacionais do setor saúde, como o que apresenta as conclusões da Conferência sobre Violência e Saúde realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em Washington em 1994 (MINAYO, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1997, percebendo a gravidade da situação não apenas na região das Américas, mas em outras partes do mundo, dedicou prioridade ao tema da violência na Assembléia Mundial de Saúde. Em 2002, a OMS publicou um extenso informe denominado Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, remetendo para a área, uma reflexão sobre sua responsabilidade específica e intersetorialidade (MINAYO, 1999). Em relação à violência contra a mulher, foi comprovada estatisticamente a incidência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica encontrada nos estudos a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres.

No Brasil, a violência sexual, até recentemente, não foi percebida pelos formuladores e executores de políticas públicas na área da saúde como um problema pertinente a seu campo de ação. Nas últimas décadas, a pressão do movimento feminista e de entidades nacionais e internacionais ligadas à garantia dos direitos humanos vem colocando esta questão na agenda política de gestores locais e nacionais. Essa perspectiva está associada ao reconhecimento crescente da violência de gênero como fator de risco para a morbimortalidade das mulheres. Além disso, já existe hoje

maior reconhecimento de que os agravos físicos e mentais ocasionam efeitos que transcendem as conseqüências mais imediatas da violência sofrida, acompanhando as mulheres agredidas, ao longo de suas vidas. Tais efeitos serão minimizados ou aumentados em função da rapidez e da forma com que as mulheres são acolhidas após sofrerem a violência.

É nessa perspectiva que o Ministério da Saúde, a partir do final da década de 1990, vem implementando políticas e normatizando ações de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes e, mais recentemente, em relação à violência doméstica.

A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, elaborada em 1998 pela área técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, busca organizar a assistência nos serviços públicos de saúde, normatiza o atendimento clínico, os cuidados médicos e de enfermagem, a coleta de material para identificação do agressor, a anticoncepção, a quimioprofilaxia das DST/HIV/Aids, os procedimentos para interrupção da gravidez, além do apoio psicológico e social (Brasil, 2005b).

Ao setor saúde compete ações de prevenção e tratamento à violência sexual contra a mulher. Cabe aos gestores e profissionais de saúde reconhecerem seu importante papel na vida dessas mulheres e, conseqüentemente, no aprimoramento desta assistência. Esta iniciativa deve se configurar em uma preocupação presente na realidade das unidades de saúde.

Todas essas ações devem estar fundamentadas em bases epidemiológicas disponíveis, em protocolos de intervenção consistentemente definidos, e no cumprimento dos direitos humanos das mulheres estabelecidos nos códigos, tratados e

convenções internacionais. Além disso, as ações médicas deveriam se adequar a fluxos de atendimento particularizados para a fragilidade e complexidade dos casos, respeitando as necessidades emocionais, sociais, legais e de proteção de cada paciente. (DREZETT, 2003:01).

A referida Norma Técnica vem sendo utilizada pelos profissionais de saúde como um instrumento importante para o aperfeiçoamento das ações de saúde no atendimento aos casos de violência sexual. A Norma Técnica é traduzida para os serviços de saúde dos diferentes municípios sob o formato de protocolo, ou seja, um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser adotados para identificar e responder apropriadamente a violência sexual contra a mulher (CAVALCANTI, 2004).

De acordo com os princípios definidos na década de 1980 pelo PAISM, a Norma Técnica reforça em seu texto a necessidade do atendimento, de forma integrada, às mulheres que sofreram violência sexual. Este atendimento envolve também o apoio psicológico, o melhor preparo dos profissionais de diferentes áreas, como a segurança pública, justiça, trabalho e assistência (VIANA & LACERDA, 2004).

Outros avanços podem ser observados na atenção a saúde da mulher. É importante acrescentar o lançamento, em 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que coloca como meta, em seu plano de ação para o período de 2004 a 2007, a ampliação em 30% da rede nacional de serviços especializados de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. O Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde da Mulher, propõe para o desenvolvimento da referida atenção, de forma que contemple a diversidade temática

necessária e respeite as especificidades de cada um dos municípios na formação de suas redes locais, as seguintes estratégias:

- 1) Promover a articulação intra e intersetorial para a formação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual no âmbito dos governos estaduais e municipais, com a participação de organizações não governamentais e das redes de proteção de direitos de crianças e adolescentes, compreendendo as suas especificidades e incluindo grupos populacionais discriminados por questão de gênero, raça, etnia e idade, a exemplos de remanescentes de quilombos, indígenas e profissionais do sexo;
- 2) Promover a articulação política e institucional da gestão de redes e sistemas de atenção à saúde, objetivando a prevenção e a atenção integrada para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, de forma que desenvolva a interface nos âmbitos federal, estadual e municipal com as organizações não governamentais nas localidades selecionadas;
- 3) Trabalhar na perspectiva da implantação da legislação brasileira em vigor e das normatizações técnicas do Ministério da Saúde no que diz respeito aos direitos humanos, aos direitos sexuais e reprodutivos, à prevenção e ao tratamento dos agravos resultantes da violência sexual cometida contra mulheres e adolescentes e, ainda, no que se refere à atenção humanizada ao abortamento.

Em 2004, a Portaria GM/MS Nº. 2.406 estabeleceu a notificação compulsória da violência contra a mulher, de acordo com a Lei 10.778/2003, que estabelece essa forma de registro. Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a *Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, com o propósito de divulgar as várias normas técnicas como as que tratam sobre o atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual; sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes; sobre a atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez prevista em lei; e aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual. Mais recentemente, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a “matriz pedagógica” para a formação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Todos os passos citados são importantes para a legitimação da política do setor, embora não sejam suficientes, pois podem se restringir, apenas, a formas institucionalizadas de tratar o problema, “*confinando-o nos tentáculos da burocracia, em lugar de torná-lo uma questão de debate público*” (MINAYO, 2006:64).

Como o tema da violência de gênero se inseriu tardiamente na área da saúde, as pesquisas são poucas e vieram somente a partir da década de 1990. Constata-se a carência de estudos populacionais sobre a violência de gênero no país e de pesquisas operacionais nos serviços, que permitam conhecer as especificidades do fenômeno e, principalmente, as conseqüências para a saúde. Apesar da comprovada associação entre violência de gênero e saúde, este tipo de violência, muitas vezes, sequer é investigado pelos atores envolvidos na saúde, o que vem repercutindo para que sua magnitude seja subestimada em dados oficiais (BERGER, 2003).

Vale ressaltar que existe um número expressivo de experiências de prevenção da violência ocorrendo em todo país. Algumas são intersetoriais, articulam ações do Estado e da sociedade civil e contam com o apoio das universidades (MINAYO, 2006).

Em suma, as mulheres recorrem aos serviços públicos de saúde com maior frequência em decorrência da gestação, no acompanhamento dos filhos e familiares. Nesse sentido, estes espaços se configuram como um *lócus* privilegiado para prevenção da violência, transcendendo suas especificidades, e também como espaços férteis para a produção de pesquisa.

Destaca-se que o setor saúde quando assume a violência como um dos mais importantes agravos à saúde da população o faz numa perspectiva diferente da lógica com que trabalham os cientistas políticos e as forças de segurança pública. A saúde pública preocupa-se com as vítimas e não com a repressão, sendo assim, a perspectiva de atuação se dá na promoção da vida e da qualidade de vida (MINAYO, 2006).

3.2 A ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

A Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (SMS/RJ), a partir da década de 1980, vem se organizando, fomentada pelo movimento feminista e pela perspectiva da atenção integral à saúde da mulher, para estabelecer ações voltadas à violência sexual contra a mulher.

Uma das iniciativas fundamentais ocorreu no ano de 1987, quando o então Prefeito Saturnino Braga sancionou a Lei Nº. 1.042 de 28 de julho que estabeleceu a

obrigatoriedade do atendimento médico nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, aos casos de aborto previsto no Código Penal de 1940. Até então, as mulheres com gestação que implicava em risco de vida ou resultante de estupro, dificilmente conseguiam garantir o cumprimento de seus direitos.

Em 1988 foi assinado o decreto que regulamentava essa Lei e definia duas unidades municipais de saúde, a Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro (UISHP) e o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM), para garantirem a realização do aborto legal nos casos de gravidez decorrente de estupro. Cabe destacar que este decreto assegura ao médico o direito de recusar-se a realizar o aborto, mas não desresponsabiliza a Instituição, que deverá assegurar meios de acesso a esse direito. Apesar de o Decreto definir essas duas unidades como referência no município e salientar a responsabilidade institucional, a grande maioria dos abortos legais por estupro tem sido realizado apenas no IMMFM. Esta situação evidencia a resistência ainda presente nos profissionais de saúde para a realização desse procedimento, muitas vezes, motivada por valores culturais, religiosos ou preocupações com processos éticos. Estas questões constituem-se num dos desafios a ser enfrentado pelos gestores para a implementação dessa atenção (DIAS, LIMA & VIEIRA, s/d).

Em 1995, o então Secretário de Saúde Ronaldo Gazolla, através da Resolução SMS Nº. 587/96, criou um grupo de trabalho para elaborar projetos de atendimento às mulheres que necessitavam realizar o aborto, nas duas situações anteriormente referidas, na rede municipal de saúde. Esta resolução expressa a articulação necessária entre o poder público e as organizações da sociedade civil na elaboração e implementação das políticas públicas, com ênfase na atenção à saúde integral das mulheres. A composição desse grupo de trabalho envolveu representantes dos órgãos estaduais e municipais e

entidades: Gerência de Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher (GPM) da SMS/RJ, Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, dentre outras.

É importante mencionar que esforços distintos já vinham sendo realizados no sentido de buscar melhorar o atendimento à violência sexual contra a mulher. Entre eles, vale citar os encontros anuais do Fórum Interprofissional sobre “Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual”, cuja primeira edição data de 1996 e acumula diferentes organizações; e a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, elaborada pela área técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, em 1998 (VIANNA & LACERDA, 2004).

De acordo com a referida Norma Técnica, o fluxo de atendimento à violência sexual contra a mulher deve ser estabelecido por hospitais de referência. O ideal é que o atendimento seja prestado por equipe multiprofissional, todos sensibilizados para as questões da violência contra a mulher e violência de gênero. Prevê ainda, medidas profiláticas voltadas às mulheres que sofreram violência sexual, mais especificamente, o estupro.

As iniciativas apontadas definem as responsabilidades do setor saúde frente à violência sexual contra a mulher no município do Rio de Janeiro, que desde 1998 passaram a ter como referência a Norma Técnica. Em 1999, o Prefeito Luiz Paulo F. Conde sancionou a Lei Nº. 2.903 que obrigou os servidores das unidades de saúde do município a informar às vítimas de estupro sobre o direito ao aborto legal.

A SMS/RJ realizou, em parceria com a organização não-governamental (ONG) Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia) o seminário intitulado “Violência sexual e seus impactos sobre a saúde da mulher”, em abril de 2000. O seminário foi direcionado para os profissionais de saúde que já atuavam no atendimento à violência sexual contra a mulher no IMMFM e os profissionais do Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF), onde os serviços estavam em fase de implantação. Esta unidade foi a segunda a se tornar referência para o atendimento à violência sexual contra a mulher. Foram capacitados 70 profissionais entre médicos/as, enfermeiros/as, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos/as, além dos diretores das duas unidades. Esta primeira capacitação envolveu a discussão sobre direitos humanos, sobre a Norma Técnica já citada e sobre a experiência do IMMFM no atendimento à violência sexual contra a mulher.

Em 2002, a “Norma Técnica” foi revisada acrescentando-se a ela o uso da profilaxia para a Hepatite B, o HIV e outras DST após situações de exposição sexual. Neste mesmo ano, a SMS/RJ firmou um novo convênio com a ONG Cepia, financiado pelo Ministério da Saúde, que visava a sensibilização dos profissionais de saúde da rede municipal no sentido de expandir e qualificar o atendimento prestado e a produção de material educativo para os/as profissionais.

Considerando a importância estratégica das unidades de emergência, tradicionais “portas de entrada” para situação de violência, as ações de capacitação foram estendidas a elas e a todas as maternidades da SMS/RJ. A ênfase incidiu sobre a preparação da equipe médica, buscando consolidar a implantação do protocolo de atendimento à violência sexual contra a mulher.

Nestes eventos, de uma forma geral, a fala dos profissionais expressava as dificuldades em abordar e enfrentar a questão da violência contra a mulher, especialmente, a violência sexual. A compreensão histórica de que o atendimento a essas mulheres deveria ser centrado em seus aspectos policiais e legais interferiu, significativamente, na postura dos profissionais frente à mulher que sofreu violência sexual. A maior parte dos profissionais exigia das mulheres vítimas de violência sexual que realizassem previamente o atendimento legal para só depois garantir a atenção na saúde. Este procedimento se constitui em um ato desnecessário que acabava dificultando e retardando o acesso aos serviços de saúde.

No sentido de dar visibilidade institucional ao tema, no âmbito da SMS/RJ, foram realizados eventos nas unidades de saúde, especialmente nas maternidades, que abarcavam a discussão sobre violência contra a mulher no campo da saúde sexual e reprodutiva, como seminários, mini-cursos, encontros de avaliação, entre outros.

Paralelamente à implementação deste projeto, um grupo de profissionais da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro participou da oficina realizada pelo Ministério da Saúde em Belo Horizonte com objetivo de se capacitarem como multiplicadores na implementação da “Norma Técnica”. A partir desse evento estes profissionais organizaram os cursos de capacitação para os multiplicadores das unidades de saúde municipais e estaduais, alcançando cerca de 600 profissionais. Esta capacitação teve como foco inicial os profissionais das unidades de saúde que estavam envolvidos tanto no atendimento de emergência e maternidades quanto no seguimento das vítimas de violência, como forma de garantir, além de outros direitos nessa atenção, a aplicação do protocolo que define o acompanhamento médico por no mínimo seis meses.

A metodologia utilizada nas capacitações procurou assegurar a participação dos profissionais envolvidos, de forma a potencializar a discussão em torno da violência sexual, estabelecendo o respeito à autonomia da mulher e a atenção à saúde como um direito humano, que deve ser garantido pelo poder público. Foram abordados ainda, os seguintes temas: concepção da violência contra a mulher como uma violação de direitos humanos; tipos de violência sexual e suas conseqüências na vida da mulher; construção do fluxo de atendimento na rede de serviços; abordagem adequada durante a realização do atendimento; protocolo de profilaxia das DST, contracepção de emergência, aborto legal; dentre outros. No processo de capacitação, foram produzidos dois novos formulários: a ficha de primeiro atendimento (anexo 01) e a ficha de seguimento (anexo 02), com o propósito de acompanhar a aplicação do protocolo.

As iniciativas da SMS/RJ merecem destaque pela preocupação em estabelecer serviços de referência para violência sexual contra a mulher. Tais iniciativas têm priorizado a capacitação dos profissionais de saúde, especialmente aqueles inseridos nas maternidades e nos hospitais de emergência, a realização de eventos para divulgação dos serviços disponibilizados na rede municipal de saúde e a produção de materiais educativos. Sendo estes: o “cartaz cola” (anexo 03), como um instrumento de difusão das medidas profiláticas recomendadas pelo Ministério da Saúde para ser afixados nas unidades de saúde; a “cola de bolso” (anexo 04), com as mesmas informações do cartaz, em tamanho menor para ser utilizado pelos profissionais de saúde. Os materiais apresentavam a expressão “Violência sexual, ao atender acolha, apóie e prescreva”. Um verso é destinado para orientação profilática para as mulheres adultas e o outro específico para as crianças e adolescentes. Foi elaborado um folder (anexo 05) para divulgação dos pólos de atendimento à violência sexual contra a mulher.

Para garantir o efetivo funcionamento do fluxo de atendimento e o respeito às referências, foram realizadas diversas reuniões com os profissionais das unidades da rede básica de saúde. Essa iniciativa também objetivava divulgar os serviços oferecidos, agilizar o acesso das vítimas de violência sexual à aplicação da profilaxia preconizada na Norma Técnica dentro do prazo previsto, o acompanhamento adequado nas situações de violência e o seguimento nos serviços de saúde pelo período de seis meses. O fluxo estabelecido para esse atendimento no município apresenta-se conforme demonstrado na figura 1:

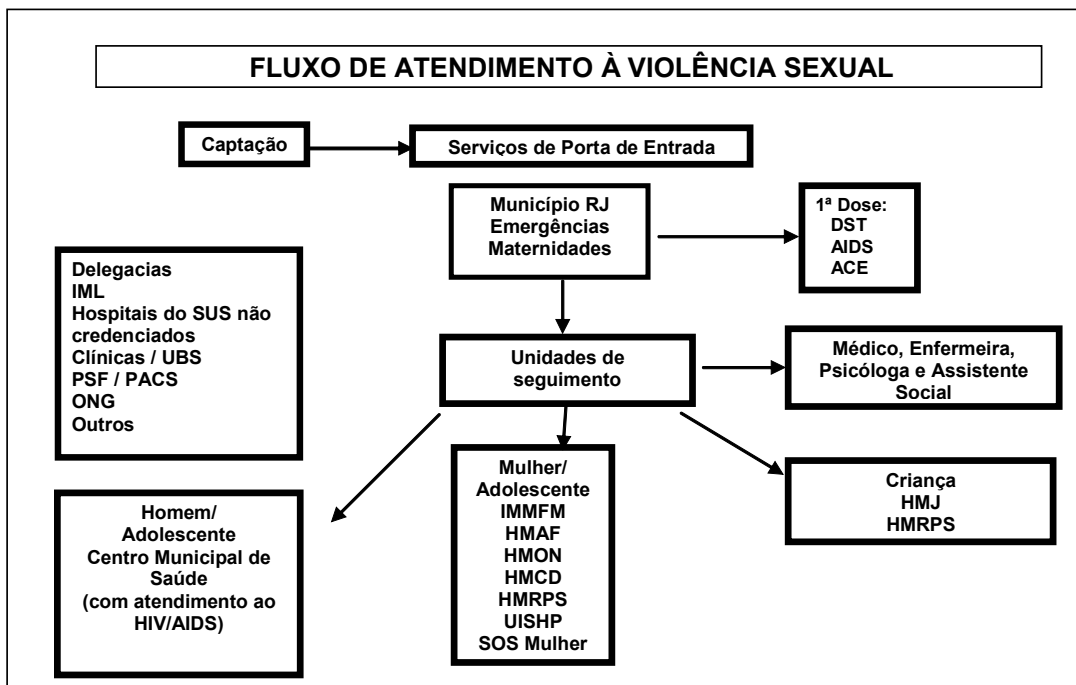


Figura 1 - Quadro esquemático do fluxo de atendimento à violência sexual

Como resultado dos esforços da SMS/RJ foi possível, em 2003, a organização da rede de serviços para o atendimento à violência sexual contra a mulher, através da otimização do protocolo de atendimento em situações de violência sexual (anexo 06),

considerando três tipos de serviços: (1) captação; (2) porta de entrada; (3) de referência ou seguimento, de acordo com fluxo de atendimento à violência sexual (figura 1).

As unidades designadas como de **captação** envolvem as diversas instituições geralmente procuradas por mulheres que sofrem violência sexual. Vale destacar que a maioria dos encaminhamentos para as unidades de atendimento na saúde são procedentes das DEAMs e outras Delegacias de Polícia. Tal fato corrobora a importância da articulação necessária entre os diversos setores envolvidos com essa questão. Nessa perspectiva, nos anos de 2003 e 2004, através do Projeto Capacitação de Profissionais das Áreas da Segurança Pública e da Saúde, para o Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual, a GPM participou juntamente com a ONG Cepia da sensibilização realizada com policiais da Academia de Polícia do Rio de Janeiro (ACADEPOL) e profissionais de saúde. Nestas ocasiões foi possível refletir sobre a necessidade do atendimento de saúde o mais precocemente possível, apresentar o fluxo de atendimento e divulgar os pólos de atendimento à violência sexual, de forma a facilitar e ampliar o acesso das mulheres que sofreram violência sexual aos cuidados necessários.

Os serviços de **porta de entrada** englobam os hospitais de emergência e as maternidades, que devem garantir o acolhimento e a oferta das profilaxias e o posterior encaminhamento às unidades de seguimento, onde as mulheres serão acompanhadas por 6 meses, podendo permanecer por período superior em atendimento com outros profissionais (Serviço Social, Psicologia e outros).

Como a violência sexual pode ocorrer a qualquer momento faz-se necessário que unidades de saúde responsáveis pelo primeiro atendimento funcionem de forma ininterrupta. É importante que esses serviços estejam organizados para garantirem um

espaço físico adequado para o atendimento, como também um fluxo interno que preserve a privacidade, a confiabilidade e o sigilo profissional, de forma a estabelecer um ambiente de confiança e respeito. Tal cuidado é fundamental para que as mulheres não se vejam obrigadas a repetir, várias vezes, sua história para os diversos profissionais em atendimentos sucessivos, que acaba por expor ainda mais essas mulheres.

Os serviços de **referência ou seguimento** garantem a adesão das usuárias, proporcionando um atendimento por equipe multidisciplinar, qualificada para a assistência integral. Estes serviços apresentam facilidade de captação como referência da rede (localização, acesso e estrutura) e de encaminhamento para outras áreas da rede social. Os serviços de referência garantem a dispensa adequada de medicamentos (fracionamento de anti-retrovirais) e monitoramento (adesão, toxicidade, suporte clínico-laboratorial), além do acompanhamento psicológico e social, assim como a necessária integração institucional com a rede de serviços e as unidades de saúde.

Para que a unidade de saúde garanta os princípios éticos e de direitos humanos, fundamentais nessa atenção, o conjunto dos profissionais (técnicos, administrativos, seguranças, etc.) devem ser capacitados para acolher a mulher que sofreu violência sexual, assegurando-lhe o seu direito de acesso ao serviço de saúde e às informações necessárias para que possa acionar outros recursos ou setores de orientação e proteção. Uma estratégia criada foi a elaboração de uma sigla denominada VVS que significa vítima de violência sexual, visando o sigilo do atendimento e a agilidade no resultado dos exames.

A violência sexual mobiliza sentimentos e reações tanto na perspectiva dos/as profissionais como das mulheres atendidas, desta forma, o trabalho em equipe multiprofissional torna-se fundamental, pois além de potencializar as diversas

dimensões desse atendimento, tendo como referência a integralidade das ações, contribui para a reflexão sobre o fenômeno da violência contra a mulher e as alternativas de intervenção.

Nesse sentido, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (MATTOS, 2001; 2003).

Outras ações de políticas públicas vêm sendo desenvolvidas como o monitoramento das ações executadas, através de um banco de dados em *Excell*; avaliação da qualidade dos registros e atendimentos, que pode remeter para a revisão dos instrumentos⁸, como também pode demonstrar a necessidade de novas capacitações para o atendimento à violência sexual contra a mulher e orientações sobre o preenchimento adequado das fichas, visando a maior fidedignidade das informações colhidas; suporte para efetiva implantação do serviço nas unidades de emergência e de seu seguimento; e reuniões de avaliação com os profissionais de saúde. Para os casos que envolvem crianças e adolescentes já existe o contato com a rede de serviços instituída, como por exemplo, a notificação ao conselho tutelar e se necessário a Justiça da Infância e Juventude. No entanto a articulação com os órgãos e serviços de captação como delegacias, Instituto Médico Legal (IML), ONG's, escolas, entre outros ainda é muito incipiente, sendo necessário o investimento em propostas que visem garantir a socialização de informação, bem como o acesso a rede de serviços.

⁸ Vale ressaltar que a ficha de primeiro atendimento nos casos de violência sexual contra a mulher já passou por várias modificações.

A violência sexual é, na maioria dos casos, perpetrada por parceiros íntimos das mulheres em relações cronificadas de violências (SAFFIOTI & ALMEIDA, 1995), o que acaba por se tornar um dos obstáculos à busca de apoio por parte das mulheres nos serviços de saúde. Observa-se que o modelo adotado pela SMS/RJ privilegiou as ações de caráter emergencial resultantes do estupro/ atentado violento ao pudor, perpetrado por estranhos. Faz-se necessário ampliar a compreensão da violência sexual, baseada no gênero e, conseqüentemente, estabelecer respostas diferenciadas a este fenômeno.

As situações de violência sexual que chegam ao nível terciário da prevenção, ou seja, nos casos de urgência e emergência, geralmente, são as que apresentam lesões físicas (traumas genitais ou extravaginais) que, de algum modo, facilitam a busca por serviços nesta área, no entanto não são a maioria das situações (DREZETT, 2000).

Os casos em que a violência sexual é cronificada, especificamente na violência sexual conjugal, podem chegar às emergências atrelados com a violência doméstica, mas dificilmente serão identificados pelos profissionais de saúde, o que aponta para uma complexidade que precisa ser mais bem compreendida e que é fundamental para a definição e o enfrentamento do problema.

A ampliação das discussões em torno do problema da violência sexual contra a mulher, baseada nas relações de gênero, e o planejamento de ações de prevenção e assistência se dão de forma gradativa. Nota-se ainda, que o tema da violência sexual não foi incluído de modo uniforme nos programas de saúde, desenvolvidos no nível da prevenção primária, cabendo ao profissional incluí-la ou não, nas suas ações. Este modelo de atuação além de custoso, não garante a inclusão do fenômeno da violência sexual, assim como de outras formas de violência, nas ações de prevenção e promoção da saúde (CAVALCANTI, 2004).

3.3 – PERFIL DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM FUNÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Vale ressaltar que as ações desenvolvidas para o monitoramento do protocolo e a avaliação da qualidade dos registros de atendimento ainda são bastante precárias, no entanto é o único instrumento que pode subsidiar a (re)formulação de políticas de saúde dentro desta temática.

Os dados a seguir se referem ao consolidado geral elaborado, a partir da ficha de primeiro atendimento à violência sexual contra mulher, utilizada pelas unidades de saúde para o registro dos atendimentos realizados, encaminhada à GPM, entre os anos de 2003 e 2005, totalizando 548 fichas de atendimento. Nota-se que apesar do investimento nas unidades de emergência para o atendimento à mulher em situação de violência sexual, a maior parte destes continuam sendo realizados pelas maternidades, especialmente o IMMFM.

Foram analisadas todas as fichas, excluindo-se aquelas que correspondiam à faixa etária de zero a dezoito anos incompletos, bem como as fichas que não apresentavam a informação referente à idade. Esta escolha se deu por conta do objeto de estudo em questão, no qual se pretende analisar a assistência à violência sexual contra a mulher a partir da percepção dos profissionais de saúde.

Os dados acumulados têm revelado que a grande concentração de mulheres que sofreram violência sexual está na faixa etária de 18 a 39 (figura 2), variando o percentual de acordo com o ano de atendimento. Vale destacar que as fichas de primeiro atendimento à violência sexual foram implantadas no ano de 2003. Em 2004, houve um aumento no número de atendimentos, esta ampliação pode ser decorrente dos vários

treinamentos realizados para o atendimento a violência sexual. Em 2005, não foi realizada nenhuma atividade no que diz respeito à violência sexual e este pode ser o motivo da queda no número de atendimentos (figura 3), o que demonstra a importância de capacitações permanentes para este tipo de atenção.

TABELA DE IDENTIFICAÇÃO

FAIXA ETÁRIA	2003		2004		2005	
	N	%	N	%	N	%
18 - 39 ^a	133	90%	228	93%	137	88%
40a ou +	14	10%	17	7%	19	12%
COR	N	%	N	%	N	%
Branca	58	39%	125	51%	74	47%
Negra/Parda	49	33%	96	39%	68	44%
Sem informação	40	27%	24	10%	14	9%
ESCOLARIDADE	N	%	N	%	N	%
Até oitava série	47	32%	75	31%	64	41%
Segundo grau/superior	60	41%	153	62%	80	51%
Sem informação	40	27%	17	7%	12	8%

Figura 2 – Tabela de identificação por faixa etária, cor e escolaridade
Fonte: elaboração própria

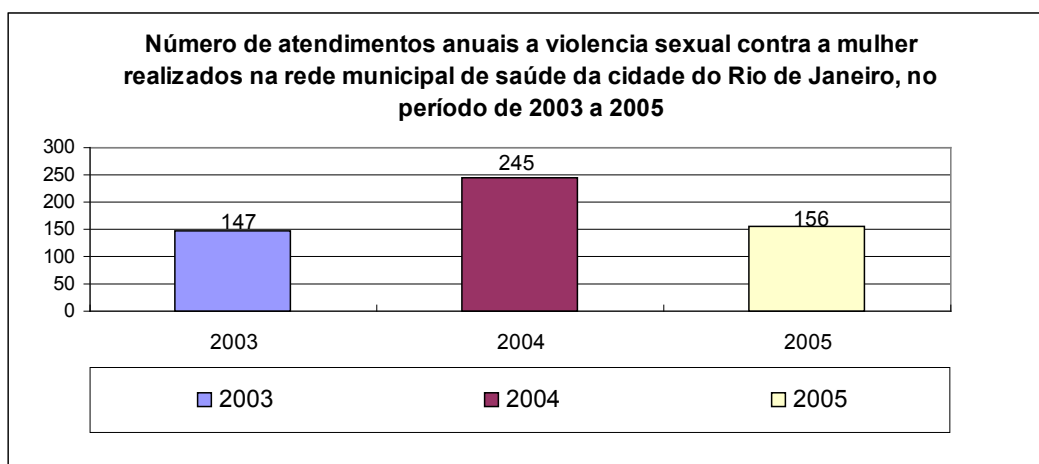


Figura 3 – Gráfico da distribuição anual dos atendimentos à violência sexual contra a mulher no Rio de Janeiro
Fonte: elaboração própria

Com relação à idade estabeleceu-se a faixa etária de 18-39 devido a grande concentração de mulheres que sofreram violência sexual no intervalo demarcado. Tal fato encontra-se em consonância com as estatísticas dos demais serviços especializados na atenção à violência sexual do país, evidenciando que as mulheres mais jovens têm maiores riscos de sofrer este tipo de violência (FAÚNDES *et al.*, 2006). Este dado aponta para a importância de estabelecer ações mais eficazes para a prevenção da violência contra a mulher na perspectiva de gênero.

Nota-se que a variável cor (figura 4) não demonstrou uma diferença significativa entre mulheres brancas e negras/pardas, portanto não se pode estabelecer qualquer avaliação sobre o risco da violência sexual em virtude da cor/raça das mulheres. Observa-se, ainda, que persistem várias fichas sem esta informação, o que pode sugerir que os profissionais de saúde responsáveis pelo preenchimento da ficha apresentaram algum tipo de dificuldade em perguntar a cor ou até mesmo não priorizaram esta informação, dentre outras possibilidades.

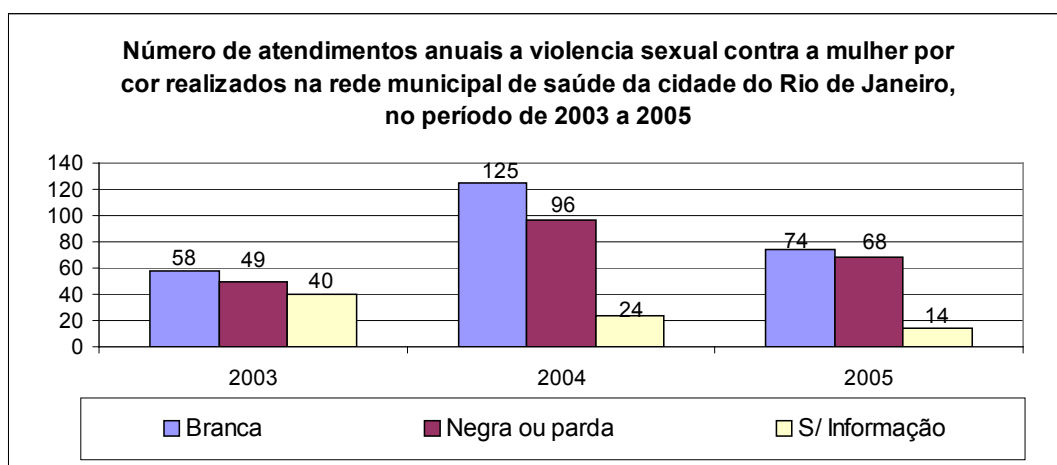


Figura 4 – Gráfico da distribuição anual dos atendimentos à violência sexual contra a mulher no Rio de Janeiro, por cor
Fonte: elaboração própria

Em relação à escolaridade, a maior parte das mulheres possui o segundo grau/superior (figura 2), estando inseridas também neste grupo as que estão cursando o ensino médio e as de nível superior completo ou incompleto. Tal realidade possibilita a afirmação de que as mulheres, independentes de seu grau de escolaridade, têm sido vítimas da violência sexual.

Vale destacar que os níveis educacionais mais elevados de escolaridade estão associados com o empoderamento das mulheres. Os efeitos da educação no empoderamento das mulheres se manifestam de formas variadas, até mesmo pelo aumento do potencial de geração de renda, da autonomia nas decisões pessoais, do controle sobre a sexualidade e na utilização de métodos contraceptivos e de maior participação na vida pública. Entretanto essas mudanças não se dão de forma automática, dependem em grande parte do contexto social, especialmente, do nível de desenvolvimento econômico, da situação do mercado de trabalho e do grau de estratificação na cultura dominante, além das circunstâncias individuais. Portanto, a educação por si só, não será necessariamente transformadora, na ausência de outras mudanças nas normas e nas relações de poder existentes na sociedade brasileira (BARROSO, 2004).

Sobre o autor da agressão, os dados revelam o predomínio de agressores desconhecidos (figura 5). Este percentual quando acrescido dos agressores múltiplos aumenta ainda mais esta quantidade. Os dados produzidos pela saúde dizem respeito à aplicação do protocolo de atendimento à violência sexual e, conseqüentemente para os casos agudos da violência sexual, especialmente, nos casos de estupro e atentado violento ao pudor (figura 6). Os casos crônicos de violência sexual não chegam as unidades de emergência ou, se chegam, podem estar atrelados a outros tipos de

violência mas, dificilmente serão identificados pela equipe de saúde. Essa “invisibilidade” pode ser decorrente das relações assimétricas de gênero, pois muitas mulheres acabam por aceitar as normas sociais que atribuem ao homem o direito de dispor sobre seu próprio corpo e sua sexualidade. Para muitas mulheres a violência sexual perpetrada pelo companheiro não é considerada estupro, além dos/as profissionais não perceberem a violência sexual em seu sentido mais amplo.

Pressupõe-se que as mulheres que buscaram este tipo de atendimento nas unidades de saúde foram informadas e conseguiram transpor todos os obstáculos. Nessa perspectiva é de suma importância intensificar os esforços tanto na divulgação dos serviços quanto na capacitação permanente. Também é possível identificar casos em que as mulheres foram violentadas por autores que compõem o seu círculo de convivência (família, vizinhos, amigos, etc.).

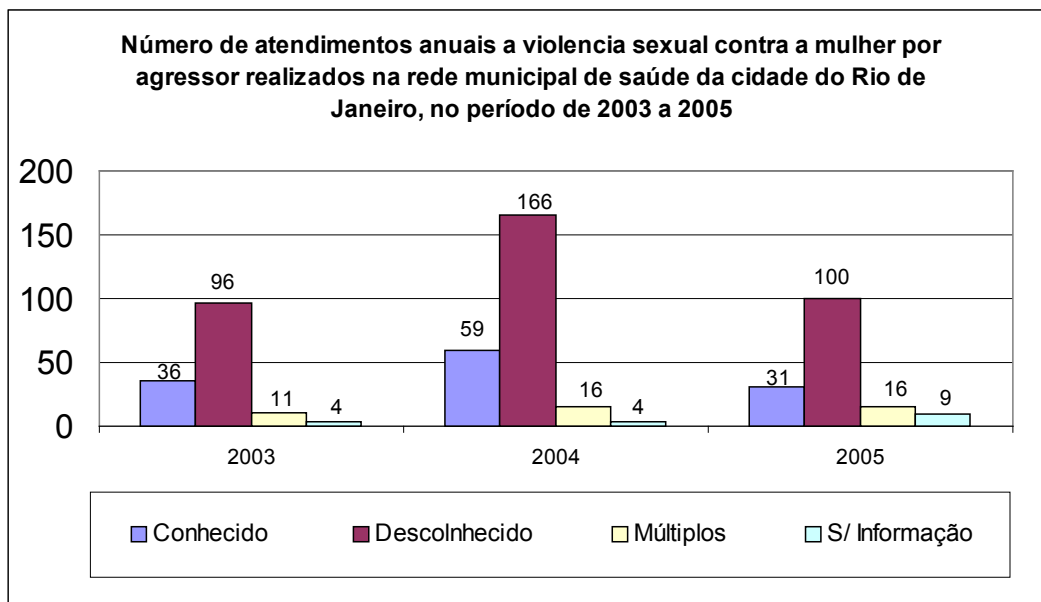


Figura 5 – Gráfico da distribuição anual dos atendimentos à violência sexual contra a mulher no Rio de Janeiro, por agressor
Fonte: elaboração própria

Nos casos em que a mulher sofre violência praticada pelo companheiro, ainda é presente o pacto de silêncio, por vários motivos de diferentes ordens, dentre os quais podem ser destacados: o medo de verbalizar a violência por parte das mulheres; por se sentirem responsáveis pela violência; por acharem que sua queixa não terá credibilidade nos serviços de saúde; e pela questão cultural que acaba por banalizar a violência contra a mulher.

De acordo com Faúndes *et al.* (2006), a identificação do agressor é diferente em estatísticas da polícia ou de serviços de saúde quando comparada com estudos populacionais. Nas primeiras, há predomínio de desconhecidos, ao passo que nos segundos, na grande maioria das vezes, os agressores são conhecidos ou membros da família. Esta diferença mostra que quando o agressor pertence ao convívio da mulher agredida, ela se inibe em denunciar a violência ou demandar apoio nos serviços de saúde. A pouca denúncia e solicitação de apoio nos serviços de saúde pode ser um dos motivos pelos quais os/as profissionais de saúde não percebem a alta prevalência do problema, nem sua relação com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Uma outra questão diz respeito à formação dos/as profissionais de saúde que, em sua grande maioria, não contemplou a discussão sobre a violência contra mulher como uma violência de gênero e uma questão de saúde pública e, portanto, o conhecimento e as respostas para esta problemática são estabelecidos a partir dos casos empíricos. Além de investir na capacitação, é importante considerar as características do atendimento no setor de emergência, sem deixar de prestar o acolhimento apropriado e a escuta qualificada, além de considerar a trajetória sexual e reprodutiva das mulheres.

TABELA DE DADOS SOBRE A VIOLÊNCIA

AGRESSOR	2003		2004		2005	
	N	%	N	%	N	%
Conhecido	36	24%	59	24%	31	20%
Desconhecido	96	65%	166	68%	100	64%
Múltiplo	11	7%	16	7%	16	10%
Sem informação	4	3%	4	2%	9	6%
ABUSO CRÔNICO	N	%	N	%	N	%
Sim	0	0%	3	1%	0	0%
Não	147	100%	238	97%	144	92%
Sem informação	0	0%	4	2%	12	8%
TIPO DE RELAÇÃO	N	%	N	%	N	%
Vaginal	50	34%	102	42%	52	33%
Oral	5	3%	9	4%	8	5%
Anal	3	2%	3	1%	4	3%
+ de um tipo de relação	85	58%	114	47%	80	51%
Manipulação	0	0%	2	1%	0	0%
Sem informação	4	3%	15	6%	12	8%
TRAUMA FÍSICO	N	%	N	%	N	%
Sim	60	41%	85	35%	57	37%
Não	55	37%	128	52%	84	54%
Sem informação	32	22%	32	13%	15	10%

Figura 6 – Tabela dos dados sobre a violência
 Fonte: elaboração própria

É importante destacar os dados sobre o tipo de relação sexual nos quais as mulheres foram submetidas, o que expressa a gravidade e a complexidade da violência sexual. A necessidade de prestar urgente atenção a este problema se justifica, não apenas por ser reconhecida uma séria violação dos direitos humanos das mulheres, mas também porque o atendimento de emergência adequado pode prevenir grande parte das conseqüências dessa violência (figura 6). Nesse sentido, os/as profissionais devem estar mais informados/as sobre esta problemática.

Uma grande parte das mulheres sofreu estupro e a maioria foi exposta a mais de um tipo de violência sexual, com predomínio de estupro associado a diferentes formas de agressão, como manipulação dos órgãos genitais, sexo oral e anal (figura 7). De acordo com dados a violência sexual veio acompanhada em grande parte dos casos.

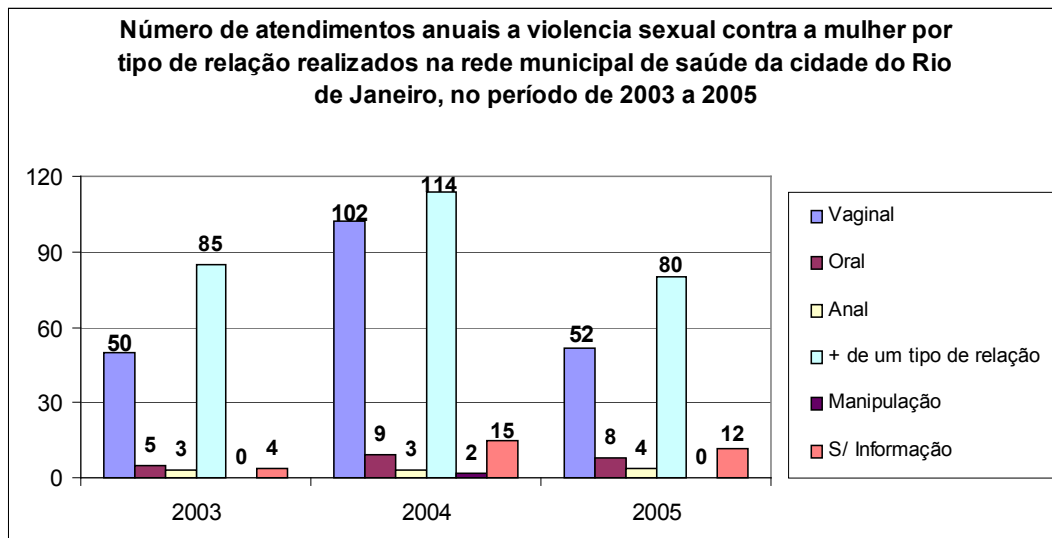


Figura 7 – Gráfico da distribuição anual dos atendimentos à violência sexual contra a mulher no Rio de Janeiro, por tipo de relação
Fonte: elaboração própria

Pode-se observar a ocorrência de vários casos com trauma físico (figura 6). Deve-se incluir no atendimento, o tratamento das lesões que possam estar presentes. Como a violência sexual produz sérias conseqüências para a vida das mulheres, expressas por meio de uma complexidade de sentimentos, tais como: o trauma emocional, o medo, as lesões físicas, a insônia, os efeitos colaterais dos medicamentos, a dificuldade em retornar a vida sexual e profissional, todos esses efeitos devem ser considerados e trabalhados pela equipe multiprofissional e disponibilizados os recursos necessários para este atendimento (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Nota-se, ainda, nos anos de

2004 e 2005 o aumento de casos sem trauma físico, isso talvez signifique que as mulheres estejam menos tolerantes à vitimização.

Ressalta que na maior parte dos atendimentos realizados na atenção à violência sexual, as mulheres tiveram acesso ao protocolo e à contracepção de emergência (figura 8), dentro do período adequado, o que demonstra que as capacitações produziram um impacto positivo na atenção direcionada a este problema, especialmente no que diz respeito à prevenção das DST/Aids, bem como a possível diminuição do número de interrupções da gravidez por estupro. Portanto, deve-se permanecer investindo na capacitação da equipe de saúde e de outros profissionais, os quais podem se tornar agentes primordiais na prevenção e assistência às mulheres em situação de violência sexual.

TEMPO PARA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO	2003		2004		2005	
	N	%	N	%	N	%
Até 72 h	89	61%	198	81%	125	80%
Acima de 72 h	27	18%	46	19%	29	19%
Sem informação	31	21%	1	0%	2	1%
ACE	N	%	N	%	N	%
Sim	102	69%	147	60%	87	56%
Não	41	28%	88	36%	59	38%
Sem informação	4	3%	10	4%	10	6%

Figura 8 – Tabela do acesso ao protocolo e à contracepção de emergência
Fonte: elaboração própria

Os dados apontam para o necessário enfrentamento da violência sexual pelo serviço de saúde, assim como corroboram a articulação fundamental entre os diversos setores e áreas que, direta ou indiretamente estejam envolvidos com essa questão, tanto no que diz respeito à prevenção quanto na garantia de atendimento integral a essas mulheres. Revela ainda a responsabilidade dos serviços de saúde no atendimento à

violência sexual, os quais devem assegurar o acesso aos recursos necessários para a profilaxia das DST, a contracepção de emergência, o acompanhamento adequado pela equipe multiprofissional, assim como o acesso ao aborto nos casos necessários.

Vale destacar que as ações desenvolvidas para monitoramento da violência sexual devem ser mais bem estruturadas para responder, de fato, à formulação e avaliação das políticas públicas de saúde, além de verificar se as mulheres que sofreram violência sexual completaram a terapia antiretroviral e se as respostas e os encaminhamentos oferecidos pela equipe multiprofissional para o apoio psicológico, social e legal foram de fato garantidos.

Para o setor de emergência devem ser consideradas as suas especificidades de atendimento, uma vez que se observa a ênfase nas profilaxias e na contracepção de emergência; em contrapartida, os/as profissionais ainda apresentam dificuldade em trabalhar a concepção de violência sexual contra a mulher, como uma violência de gênero; de prestar o acolhimento preconizado de acordo com a Norma Técnica; de garantir o aborto legal; e de oferecer o acompanhamento ambulatorial para os casos de violência sexual contra a mulher.

Como já foi apontado, os hospitais de emergência se tornam unidades de referência para prestar o primeiro atendimento à violência sexual, no entanto, foram poucos os casos atendidos, não chegando a 10% dos atendimentos realizados. Nesta pesquisa buscou-se entender como se dava o atendimento à violência sexual contra a mulher no setor de emergência, como os profissionais de saúde percebiam a violência sexual contra as mulheres, como este problema estava sendo abordado pela equipe multiprofissional e quais as respostas oferecidas pela equipe de saúde. Parte-se do pressuposto que os serviços de saúde são espaços privilegiados para a realização de

pesquisas, nos quais permitem conhecer as especificidades da violência e as consequências para a saúde das mulheres. Portanto, ouvir as profissionais de saúde no atendimento à violência sexual contra a mulher é de suma importância para o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas no setor de emergência.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

(...) Não há um caminho único para toda pesquisa, existem múltiplos caminhos, existem múltiplos pontos de chegada. Pesquisar é viajar, partir em busca do conhecimento. Geralmente, quando se inicia a viagem não se sabe com exatidão aonde se chegará. Por isso não se pode normatizar a pesquisa. Assim como nos ofícios artesanais, existem técnicas, existem métodos e existem insumos. Cada um deles apresenta vantagens e desvantagens que o artesão da informação deverá avaliar, tentando escolher o mais adequado. (TOBAR & YALOUR; 2001: 19).

A pesquisa tem como objetivo analisar a percepção das profissionais de saúde sobre a assistência à violência sexual contra mulher em um hospital de emergência da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Apresenta, ainda, como objetivos específicos: levantar a concepção das profissionais de saúde sobre violência sexual; destacar as conseqüências da violência sexual presente na fala das profissionais de saúde; identificar, segundo a fala das profissionais, sua atuação diante da violência sexual; e verificar a partir da fala das profissionais a atuação do setor de saúde destinada às mulheres que sofreram violência sexual.

A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto das técnicas que permitem a construção da realidade e o potencial criativo do/a pesquisador/a. A metodologia e a teoria caminham juntas, intrinsecamente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 1994).

4.1 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA E DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS SUJEITOS

O campo de pesquisa, enquanto recorte espacial realizado pelo pesquisador, consiste na delimitação da situação empírica, que vai ser estudada, de acordo com as concepções teóricas selecionadas e que vão dar suporte ao objeto de investigação. Portanto, o campo *“torna-se um palco de manifestações de intersubjetividade e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos”* (NETO, 1994: 54).

O campo estudado consiste na emergência do Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF) da SMS, situado na AP 3.2 da cidade do Rio de Janeiro. Esta unidade foi selecionada por ser referência para o atendimento de emergência e por apresentar neste setor o serviço de assistência à violência sexual. Além disso, dispõe de gestores locais sensibilizados com a problemática e de profissionais capacitados para prestar ações de atenção à violência sexual contra a mulher. E, por fim, obteve-se o consentimento necessário da direção e dos profissionais para a efetivação da pesquisa.

Percebe-se que historicamente a emergência se constituiu em “porta de entrada” das vítimas de violência no sistema de saúde. Deslandes (2002), ao qualificar a emergência, a defende como *locus* privilegiado de análise do significado e da dimensão da violência, e, principalmente, da prestação de um serviço que atenda à violência. Isso ocorre porque seu serviço:

- a) se apresenta como o primeiro contato e, talvez, o único da vítima de violência com um serviço de saúde;

- b) trabalha com uma demanda muito expressiva de violências e com uma parcela que representa maior gravidade. A emergência configura-se, desse modo, em um campo de intervenção técnica que requer o aprimoramento constante de conhecimento e de recursos;
- c) lida de forma rotineira e intensa com as vítimas de violência, demarcando um campo de interações entre os sujeitos envolvidos (profissionais, vítimas de violência e familiares);
- d) significa um espaço de conflito, em muitos casos de violência, entre profissionais de saúde e população usuária.

O grupo social da investigação referiu-se à equipe multiprofissional, composta de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e auxiliares de enfermagem. Ressalta-se que cada serviço de assistência à violência sexual pode dispor destes profissionais e de outros. Tais profissionais foram incluídos com base em dois critérios. Primeiro, o de pertencer ao quadro funcional do hospital, portanto, de ser servidor público. Este critério exclui todos aqueles profissionais que apresentam vínculo temporário com a unidade de saúde, como é o caso dos residentes e dos contratados. Segundo, diz respeito ao envolvimento direto dos profissionais de saúde na assistência a violência sexual contra a mulher.

4.2 - DESENHO METODOLÓGICO: MATERIAIS E MÉTODOS

Considerou-se a pesquisa qualitativa como a mais apropriada para a análise do objeto em questão. Esse tipo de abordagem se preocupa com o universo de significados,

o aprofundamento e a abrangência da compreensão da demanda de um grupo social que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis. É importante lembrar que em pesquisa qualitativa, o número não define sua representatividade (MINAYO, 1992). A metodologia de natureza qualitativa, centrada nos esquemas interpretativos de compreensão de dinâmicas, possibilita aproximações teórico-metodológicas mais abrangentes no campo da saúde e é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais (VÍCTORA *et al.*, 2000).

Parte-se da compreensão da realidade humana vivida socialmente, no caso, as experiências, as percepções, os sentidos e os significados operados pelas profissionais de saúde no atendimento à violência sexual contra a mulher. Destaca-se que, como todas as entrevistadas foram mulheres, a apresentação dos resultados da pesquisa será registrada no feminino. Com o propósito de garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, nos fragmentos das entrevistas⁹ foram utilizados os seguintes códigos MA (médica), Psi (psicóloga), Enfa (enfermeira), AS (assistente social), TE (técnica de enfermagem) e AE (auxiliar de enfermagem). Após o código segue um número, quando as categorias profissionais se repetem (anexo 07).

A técnica adotada para a produção de dados na pesquisa de campo foi a entrevista individual semi-estruturada. A entrevista possibilita o/a pesquisador/a obter informações presentes na fala dos atores sociais.

Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. (NETO, 1994: 57).

⁹ Segue em anexo o resumo das características das entrevistadas e o tempo de duração de cada entrevista.

Essa técnica valoriza a linguagem verbal e o significado da fala, por intermédio de uma relação formalizada entre entrevistadora-entrevistada. Considera-se que o modelo de entrevista semi-estruturado é apropriado à abordagem da temática proposta pela pesquisa, por permitir a utilização de um roteiro, que articule questões previamente formuladas pela entrevistadora com alguns temas abertos explorados no decorrer da entrevista (BERGER, 2003).

Parte-se do pressuposto que o roteiro é um balizador, que deve propiciar um encadeamento temático para diferentes percepções, conhecimentos, valores e atitudes das profissionais sobre violência sexual e sua conseqüência para a saúde e a qualidade de vida das mulheres.

O roteiro de entrevista (anexo 08) foi organizado em três partes: a primeira corresponde a informações sobre a formação profissional, a segunda diz respeito à percepção dos profissionais de saúde sobre violência sexual e, finalmente, a terceira corresponde à percepção dos profissionais sobre a assistência à violência sexual contra a mulher.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tomaram-se os seguintes cuidados éticos: apresentação da pesquisadora, do orientador e do curso que originou a pesquisa; os telefones de contato e e-mail da pesquisadora; descrição dos objetivos e da técnica de entrevista utilizada; consulta prévia às participantes sobre a autorização de gravação em áudio da entrevista; garantia do sentido voluntário e da possibilidade de desistência da entrevista ou de não responder a qualquer questão; garantia do anonimato da entrevistada e confidencialidade das respostas, para posterior solicitação de concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 09).

Vale destacar que esta pesquisa foi ao encontro dos interesses da Gerência de Programas de Saúde da Mulher (GPM), uma vez que esta, nos últimos quatro anos, tem investido em capacitações para profissionais de saúde que atuam nas emergências para o atendimento às mulheres que sofreram violência sexual. Para a gestão, a pesquisa se torna um instrumento valioso para avaliação dos serviços oferecidos.

O acesso ao gestor da unidade foi facilitado através de um contato telefônico prévio de uma médica do nível central da SMS/RJ, que explicitou o interesse de uma funcionária/pesquisadora em realizar o estudo naquela unidade. Em seguida, o encontro com o diretor permitiu apresentar os objetivos da pesquisa vinculada ao mestrado na área de saúde coletiva. Buscou-se esclarecer que a inserção na unidade era em função da pesquisa. Esta postura foi ressaltada para tentar evitar qualquer tipo de constrangimento como, por exemplo, presumir que uma funcionária do nível central estaria fiscalizando o trabalho desenvolvido pela unidade.

O diretor aproveitou para verbalizar que o número de casos atendidos na emergência não era expressivo diante dos demais e que a saúde mental poderia me auxiliar, uma vez que todas as situações de violência sexual eram encaminhadas a esse setor. Autorizou, com isso, a implementação da pesquisa, encaminhando o projeto para o centro de estudos da unidade com o propósito de legitimá-lo junto a Instituição e a CAP 3.2. Neste mesmo contato, reportou-se a presidente do centro de estudos para informá-la sobre a proposta da pesquisa. Ambos cientes - direção e centro de estudos da unidade - permitiram a realização das entrevistas. Posteriormente, o processo seguiu para o nível central para que o projeto obtivesse o aval do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ.

No trabalho de campo, pôde-se contar com a colaboração de uma informante-chave: uma psicóloga que permitiu identificar a localização dos setores/salas e a apresentação dos chefes de equipe, facilitando, assim, o acesso as profissionais de saúde. Esta informante proporcionou uma “incursão” à instituição, o que possibilitou circular pelo hospital, identificar os profissionais dispostos a participarem da pesquisa e o agendamento das entrevistas.

No contato com os profissionais, eram apresentados os objetivos da pesquisa, a valorização de sua participação e os procedimentos de coleta de dados. Era-lhes explicitada, ainda, no transcorrer da entrevista, a garantia do anonimato. As profissionais aceitaram de bom grado participar e manifestaram esse acordo no termo de consentimento livre e esclarecido, sendo elas: 2 (duas) médicas, 2 (duas) assistentes sociais, 2 (duas) psicólogas, 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) técnica de enfermagem e 1 (uma) auxiliar de enfermagem. A escolha das profissionais se deu a partir da técnica de *snowball* (bola de neve), onde cada entrevistada indicava outra.

As entrevistas foram realizadas na própria unidade de saúde, com duração em média de 40 minutos cada, totalizando 6 (seis) horas, e armazenadas em gravador digital. Todas foram transcritas, respeitando-se literalmente a fala das entrevistadas, e revisadas para facilitar sua análise. As assistentes sociais e psicólogas destacaram-se como as profissionais que dedicaram maior tempo à realização da entrevista, variando entre 48 min. e 1 hora e 12 min.. Várias explicações podem ser atribuídas a esse fato, dentre elas: a qualificação da profissional sobre o assunto, decorrente de participações em cursos, capacitações e outros; a experiência no atendimento à mulher em situação de violência sexual; o interesse e a identificação com a temática abordada.

Outro informante-chave foi sugerido por algumas entrevistadas, sendo este um inspetor da polícia civil. Este contato objetivou apreender a sua atuação na dinâmica hospitalar. O policial informou que era acionado geralmente nos casos que envolviam crianças e adolescentes ou, na sua fala, “menores”. Ressaltou, ainda, que “a violência contra a mulher tende a diminuir, por ser considerada pela nova lei como um crime”. Em relação à violência sexual contra a mulher, quando acionado pela equipe, o policial informou que colhe os dados, prepara a dinâmica dos fatos, faz o registro de ocorrência e o encaminha para a delegacia mais próxima do hospital.

Reconhecer a presença de outros atores presentes na dinâmica hospitalar, que podem atuar em conjunto com a equipe de saúde, visando a otimização do tempo e a integração dos serviços, é de suma importância para um atendimento mais respeitoso às mulheres que sofreram violência sexual. Para tanto, é necessário a sensibilização de todos os profissionais, nos quais envolvem o guarda, o policial, a equipe de recepção, os profissionais de saúde e gestores locais.

Além de realizar a gravação, a transcrição, a digitação e o arquivamento das entrevistas em arquivos eletrônicos e impressos, buscou-se garantir em anotações adicionais em diário de campo os registros de possíveis gestos, silêncios, lapsos, enfim, o que pudesse remeter para o conjunto das entrevistas.

Para análise e interpretação dos dados buscou-se, de acordo com Gomes (1994), estabelecer uma compreensão do material empírico, responder as questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte. Nesta perspectiva, foi adotada a análise de conteúdo na modalidade temática, que possibilitou identificar a presença de determinados temas, revelando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (BARDIN,

1977; MINAYO, 1994). Esta técnica permitiu, ainda, descobrir *o que está por detrás dos conteúdos, indo além das aparências do que está sendo comunicado* (GOMES, 1994:74). Foi formado um conjunto de dados, obtidos através das entrevistas semi-estruturadas, referentes aos significados identificados nas falas das entrevistadas sobre a temática abordada.

A análise de conteúdo abrangeu as seguintes fases: *pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação* (*id. p.75-76*). A primeira fase configurou-se como a leitura flutuante do material, onde foram definidos, principalmente, as unidades de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. Na segunda fase, os dados foram ordenados e foi realizada a leitura exaustiva do material para a construção de um mapa que serviu para organizar os aspectos relevantes. E, finalmente, na terceira, buscou-se desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto (*id., ibid.*). Portanto, procurou-se descobrir as idéias centrais (núcleos de sentido) que compunham a comunicação acerca da percepção sobre violência sexual e intervenção profissional. De todas as fases da análise, apenas os núcleos de sentido foram destacados no âmbito da divisão das temáticas, que consistiram em:

1. Formação profissional e a questão da violência sexual contra a mulher;
2. Percepção das profissionais sobre violência sexual contra a mulher;
3. Sentidos atribuídos à prática profissional nos casos de violência sexual;
4. Assistência à mulher em situação de violência sexual;
5. Conseqüências da violência sexual para as mulheres;
6. As alternativas de enfrentamento da violência sexual contra a mulher apontadas pelas profissionais de saúde.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A maneira como as profissionais de saúde percebem a violência sexual contra a mulher é parte de sua própria formação e sua vivência como pessoa, sendo integrante de suas práticas profissionais no espaço dos serviços de saúde. É no cotidiano do setor de emergência, que se concretizam as ações em que as equipes de saúde revelam a percepção acerca da violência sexual e estabelecem suas estratégias de prevenção e assistência à violência sexual contra as mulheres. Daí emerge a importância da apreensão dos significados e sentidos que os profissionais de saúde atribuem à violência sexual.

Do ponto de vista formal, optou-se ao final dos núcleos de sentido destacar alguns pontos de discussão que foram apresentados nas falas das entrevistadas e ao final de cada bloco explicitar algumas estratégias de intervenção, por considerar mais coerente para análise das questões. Esta opção se faz no sentido de explicar as conexões entre as propostas de intervenção, que serão evidenciadas ao final do trabalho, e os achados da pesquisa que os suscitam.

5.1 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Observa-se que, historicamente, nos hospitais públicos há uma duplicidade de vocações reunidas entre a assistência e o ensino, sendo que a assistência acaba sendo priorizada em detrimento do ensino (DESLANDES, 2002).

Dentro do universo organizacional que é o hospital, o setor de emergência sempre foi considerado privilegiado por proporcionar um aprendizado, na área de trauma (*id.*, *ibid.*). Entretanto o trabalho na emergência não se restringe ao conhecimento do trauma e à prática profissional dos médicos. Neste espaço estão inseridos outros profissionais que se deparam com a questão da violência. Por conta da complexidade que envolve os casos de violência esta tem desafiado os limites atuais do conhecido pela equipe multiprofissional e motivado avanços na área.

Apesar do grave impacto da violência sexual contra a mulher, ainda há resistência e necessidade de maior preparo das diversas categorias profissionais para abordar situações de violência de gênero e em lidar com as pessoas vitimizadas no âmbito do sistema de saúde.

Conhecimento empírico sobre a temática

Em relação ao interesse na temática da violência sexual, pode-se observar que a maioria (6) das profissionais não participou de cursos, seminários ou capacitações promovidos pela SMS/RJ. As falas abaixo são representativas do conjunto de profissionais que alegaram não ter participado de cursos sobre violência sexual:

(...) Eu não tenho curso, preparo, eu tenho informações, informações com relação aos métodos, como você deve receber o paciente e o que você tem que fazer pra dar continuidade aquele problema, que muitas vezes não é nem um doente, é uma pessoa que precisa de um apoio. (MA 1)

(...) Não fiz curso, eu nunca fiz curso de nada, só vi assim na emergência casos de violência, de assalto (...) A violência sexual não tenho nem o que dizer, eu não tenho nem o que falar pra você é muito ruim, muito ruim mesmo. (TE)

Eu não me lembro de ter tido nenhum curso aqui a respeito disso, nem aqui nem no outro, o que a gente sabe sobre violência sexual no

momento aqui é o que a gente vê quando chega, principalmente em relação a crianças, que é o que acontece muito aqui. (AE)

Eu não cheguei a ter nenhuma inserção, nenhum tipo de atenção, nenhum tipo de abordagem na minha trajetória até entrar no hospital, no início de 2006, eu não tinha nenhuma inserção, em algum trabalho ligado a violência sexual. Depois que eu entrei pro hospital é que a gente começou a ter, eu passei a fazer parte da área da saúde, que eu comecei a ter alguns contatos aqui, através da minha inserção na emergência, mas até então não, eu não tinha nenhuma relação assim, não tive nenhuma inserção profissional com essa temática. (Psi 1)

Nota-se que o conhecimento e as informações produzidas se constroem a partir dos casos atendidos no cotidiano da emergência, o que pode resultar na conduta e no encaminhamento limitado diante da problemática trazida pelas usuárias. A presença hegemônica do conhecimento empírico pode ser aventada como decorrência da falta de investimento institucional e, até mesmo, pessoal. Algumas profissionais apontaram que falta preparo da equipe no trato da violência sexual contra a mulher:

Eu vou te dizer com sinceridade, preparo, preparo ninguém tem, foi o que eu te falei agora, nós recebemos um papelzinho, chegou a paciente assim, assim, assim, então nós atendemos mecanicamente, se você se doa ... é uma coisa tua, você não tá aqui por nenhum curso, nenhum preparo especial pra lidar com esses pacientes que eu acho que um paciente especial, você tem a parte burocrática, a parte do atendimento médico, é feito toda a parte de medicação tudo isso é feito, agora de que maneira... (MA 1)

A violência sexual ainda é um fenômeno cercado pelo silêncio e sentimentos das mais diversas ordens. Para lidar com tal problemática é necessário investimento em políticas que visem à ampliação do conhecimento teórico e o aprimoramento técnico, bem como na identificação dos/as profissionais em lidar com a questão.

Noções teóricas sobre a temática

Apenas duas profissionais relataram a participação em cursos promovidos pela SMS/RJ. Conforme ilustra a seguinte fala:

Eu só participei de cursos depois que eu vim trabalhar aqui no hospital que sempre oferece vaga, ah tem curso de violência sexual contra as mulheres, crianças e adolescentes (...) mas fora daqui do hospital eu nunca fiz nenhum outro curso não. (Enfa)

Vale ressaltar que a participação na capacitação possibilitou um aprendizado das condutas e uma abordagem respaldada nos pressupostos éticos, presentes na atuação dos diferentes profissionais, além de promover a qualificação da atenção. Nesse sentido, o atendimento à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde requer, portanto, a atuação isenta de julgamentos.

(...) Você já vê também de uma maneira melhor o atendimento quando elas chegam até aqui, porque primeiro você fica assim, o que que nós vamos fazer meio perdido, que conduta tomar e depois que teve o curso lá na prefeitura, as coisas foram mais esclarecidas, então a abordagem é muito interessante, como eles falaram não criticar, fazer uma boa acolhida. (ME 2)

Uma profissional relatou que, a partir da sua atividade profissional, se deparou com casos de violência doméstica, que demandaram a necessidade de uma maior articulação entre teoria e prática.

Em 1998 um outro universo começou a ficar gritante na minha intervenção enquanto profissional que era a questão da violência, isso se manifestava pra mim, eu precisava desse referencial teórico pra compreender isso, pra melhorar minha estratégia de intervenção, então eu fui fazer um curso de pós graduação lato senso na área de violência doméstica, pra que eu pudesse melhorar isso, então a partir daí eu me apaixonei pelo tema. (AS 2)

Observa-se, ainda, na fala da entrevistada a preocupação com a qualificação do atendimento, entretanto, há pouco investimento por parte da saúde na temática da violência, ficando a cargo da iniciativa dos profissionais em se qualificarem.

Paguei por essa especialização, foi uma coisa particular porque na época eu não tinha conhecimento (...), mas no início era bem assim, sai da faculdade ainda está meio as cegas, então eu paguei esse curso para que eu pudesse ter um melhor respaldo. (AS 2)

Nesta perspectiva corrobora-se a importância da capacitação permanente na temática sobre violência de gênero, sobretudo a violência sexual. Algumas profissionais informaram que a SMS/RJ estaria promovendo um seminário na semana subsequente:

Não, nunca participei [de curso], eu vou participar na próxima semana, não nessa semana agora, dia 09 e 10 de novembro no Calouste. (AS 1).

Vale destacar que os currículos de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social não incluem o fenômeno da violência sexual, com exceção dos departamentos e universidades nos quais há pesquisadores que dedicam à temática da violência de gênero. No entanto, alguns serviços de assistência à mulher estão implantados em hospitais universitários, permitindo aos alunos o exercício da assistência, uma prática que pode ser replicada em outros serviços (FAÚNDES *et al.*, 2004).

Nesse sentido, torna-se imprescindível capacitar profissionais de saúde, durante e após a formação universitária para a identificação, o atendimento e o encaminhamento dos casos atendidos, além de incluir outros agentes, tais como a equipe de recepção, os guardas, tão esquecidos, mas que estão presentes na dinâmica da unidade de saúde, conforme ilustra a seguinte fala:

O inspetor de plantão também faz uma diferença enorme, a gente tem aqui uma equipe da polícia civil que dá plantão por escala, então assim tem uns que são advogados, então isso também é sensacional. (AS 2)

5.2 PERCEPÇÃO DAS PROFISSIONAIS SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

A delimitação conceitual da violência sexual contra a mulher implica em lidar com uma espécie de “ambivalência terminológica” ou um não consenso sobre o modo mais apropriado de se definir e fazer referência aos mais variados tipos de violência física, emocional e sexual que vivem ou sofrem as mulheres (SOARES, 1999; BERGER, 2003).

Vale destacar que, de um modo geral, as profissionais oscilavam entre a percepção de violência sexual cometida por estranhos/desconhecidos, no caso o estupro, e a violência cometida por pessoas próximas ao convívio das mulheres, no caso da violência doméstica. Entretanto as profissionais não estavam atentas aos diferentes significados e, portanto, abordagens e encaminhamentos diferenciados.

Violência sexual cometida por conhecidos - violência (sexual) doméstica

No que se refere à percepção das profissionais sobre violência sexual, pôde-se observar que não há uma única definição sobre o fenômeno, entretanto existem vários elementos que podem compreender e explicar a violência sexual contra a mulher, como uma questão cultural que impõe a supremacia do homem em relação à mulher, não ocorrendo somente entre estranhos, conforme ilustra a seguinte fala:

Eu vejo como uma coisa cultural, uma espécie da soberania masculina, de achar que tudo é possível, e muitas vezes isso ocorre não entre estranhos entendeu, você pode ver essa violência entre pessoas que convivem e que elas querem se livrar daqueles parceiros e essa pessoa insiste, que não vai largar, então eles agredem a pessoa sexualmente e não se importam com o que há de vir. (ME1)

A violência sexual foi apontada como violência doméstica, conforme ilustra a seguinte fala:

(...) Eu estou o tempo todo pensando na violência doméstica (risos). Eu estou pensando na violência doméstica porque assim a violência sexual ela não é diferente da violência doméstica (...). (Psi 2)

Neste bojo, por serem as violências baseadas em gênero, do tipo de homens contra mulheres e meninas, mais comumente retratadas pelas profissionais ou até mesmo observadas no âmbito das relações familiares, os termos “violência doméstica” ou “violência intrafamiliar” acabam se tornando outras possibilidades terminológicas que incorporam o problema da violência contra a mulher, embora não se restrinja ao mesmo (BERGER, 2003).

Uma profissional reconhece as manifestações da violência sexual que se inserem numa cultura, onde a maneira como as mulheres se vêem e como são vistas são fatores importantes no reforço ao controle da sexualidade, à dominação masculina, as discriminações e aos preconceitos de gênero (CAVALCANTI, 2004). Entretanto a entrevistada considera a violência sexual como um ato doentio, como uma questão patológica, comparando o homem a um ser primitivo que precisa utilizar a força e a agressividade para determinar sua vontade.

(...) Ainda tem aquela visão do homem como o dominador e o agressor, aquele que pode dispor sobre a vida de uma outra pessoa

que ele considera uma pessoa que deve se submeter aos desejos e necessidades, enfim, e a essa agressividade, é uma agressão séria e severa contra alguém que ele considera ali, alguém que esteja de repente num nível inferior em todos os sentidos que ele pode expor e fazer dessa pessoa mesmo um objeto de liberação dessa agressividade. Eu acho que é um ato doentio, é um ato patológico grave, eu acho que transcende mesmo a questão da saúde pública, que é violência, é um caso de saúde pública, mas que tem ali questões mesmo culturais, que também eu acho que ainda tem isso no bojo, eu acho que as pessoas que cometem esse ato ainda não saíram do primitivismo, porque o homem primitivo ele usava a agressividade de modo geral porque ele não conseguia usar outros meios de comunicação ele se comunicava através de um ato agressivo, era uma questão de sobrevivência e isso foi substituído pelo poder da comunicação, e eu acho que muitas pessoas ainda carregam em si essa característica primitivista da forma de se comunicar e de interagir com o mundo. (Psi 1)

Violência sexual cometida por homens desconhecidos - Estupro

A violência sexual cometida por estranhos/desconhecidos, no caso o estupro, foi considerada por algumas profissionais como um ato “monstruoso”, onde qualquer mulher poderia ser vítima deste tipo de violência, sem condições de se defender.

A violência sexual também foi percebida como uma oposição ao ato de amar:

O que eu acho? (breve silêncio... me pareceu envergonhada) é uma coisa que não deveria existir, porque a nossa utilidade não é pra ser assim um ato violento, deveria ser um ato de amor no meu ponto de vista. (MA 2)

Para referência conceitual dos casos de violência sexual cometidos por desconhecidos, reportou-se ao entendimento de Drezett (2000) sobre estupro, definido pelo artigo 213 do Código Penal, como “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Por “violência” entende-se o emprego de força física, suficientemente capaz de sobrepujar a resistência da vítima. A “grave ameaça” se

configura como promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir a resistência da vítima. A “conjunção carnal”, corresponde ao coito vaginal que limita esse crime às vítimas do sexo feminino.

De acordo com Deslandes (1999) a prevenção da violência impõe dois grandes esforços adicionais: o primeiro diz respeito à necessidade de superar a noção de fatalidade e inevitabilidade que envolve o senso comum da visão do problema e o segundo de reconhecer a violência como uma questão socialmente ampliada e que requer ações do poder público e de seus agentes para enfrentá-la.

A fala subsequente da profissional nos faz refletir sobre a possibilidade das/dos profissionais não questionarem as reais causas das “lesões” e “traumas”, apoiando-se basicamente no relato espontâneo das “vítimas”. Subestima-se, desta forma, a magnitude dos casos, ou porque não pensar em banalização da violência contra a mulher.

(...) Eu antigamente me aproximava mais, procurava saber, conversar, bater papo, mandar correr atrás, eu digo assim de ir na delegacia dar queixa, procurar o causador disso pra que não fique aquela coisa rançosa dentro da pessoa, mas hoje em dia eu já não sei o que, que acontece porque eu não ligo tanto assim. (AE)

O olhar reduzido e indiferente sobre a violência cometida contra a mulher vai repercutir diretamente no atendimento oferecido. Nesse sentido, as/os profissionais perderam a oportunidade de intervir nestes casos e desencadear alternativas que de fato respondam às demandas das mulheres em situação de violência.

Este quadro prejudica inclusive o registro na unidade hospitalar e nos prontuários, repercutindo de forma pouco fidedigna a magnitude e a especificidade dos atendimentos na emergência em relação às mulheres que sofreram violência.

A produção de pesquisa e até mesmo uma postura investigativa das profissionais, a partir dos casos atendidos pode desencadear ações, rotinas e fluxos pensados de acordo com o próprio serviço.

Notou-se que os casos de violência contra a criança geram uma comoção e mobilização.

O que a gente sabe sobre violência sexual no momento aqui é o que a gente vê quando chega, principalmente em relação a crianças, que é o que acontece muito aqui, e é sempre aquela história de que caiu, se machucou. Eu apriore eu fico revoltada. (AE)

Além de envolver a equipe multiprofissional, especialmente do Serviço Social por conta da notificação ao conselho tutelar.

A gente procurou depois disso ter um suporte do serviço social, lógico, parceria, do serviço social pra fazer, no caso da adolescente a ficha de notificação. (Psi 1)

Somente nos casos de maus tratos contra a criança é que existe uma rotina de identificação, conduta e encaminhamentos para os serviços específicos, devido à obrigatoriedade de notificação ao Conselho Tutelar prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. A violência doméstica contra a mulher nem sempre desfruta de tal apelo.

Eu acho que a mulher se acomoda muito, ela sofre a violência e não faz nada pra mudar, ela acha que a violência é uma coisa normal na vida dela e não faz nada, não procura, as vezes, são dependente economicamente do homem e não querem adquirir a independência é uma coisa muito triste, ver uma mulher submissa sofrendo esse tipo de violência. Se a mulher se posicionasse e tentasse ser independente, fosse em frente talvez não sofresse tanto essa violência ou talvez na primeira oportunidade ela daria um basta nesse tipo de violência. (Enfa)

(...) Então eu acho um absurdo nos dias de hoje a mulher apanhar de homem, eu acho um absurdo eu acho que não tem razão de ser, eu acho, tudo bem o homem é mais forte fisicamente, eles realmente são mais fortes, mas vida tem um montão de coisa em casa quebra tudo dentro de casa joga tudo em cima dele, dá teu jeito, vai na delegacia dê queixa, chama a polícia, faz um escarcéu, mas não deixa que isso se prolongue por muito, muito tempo. (AE)

As mulheres que apanham de seus maridos nem sempre despertam solidariedade ou iniciativas de proteção (CHAUÍ, 1985; GREGORI, 1993). Muitos preconceitos e valores existem, fazendo crer que há uma certa culpa por parte da própria mulher que sofre violência.

A gente vê uma troca de valores, a gente vê uma troca de, uma inversão, a mulher que é violentada ela acaba se sentindo culpada ou a sociedade ainda faz a pessoa se sentir culpada pela violência que ela sofreu, isso vem mudando muito de uns tempos pra cá, inclusive com a questão mesmo da possibilidade da mulher denunciar em delegacias especializadas, há na mídia também uma certa ajuda nesse sentido, na questão da denúncia, mas ainda tem pessoas que carregam em si essa marca de ser agredida e que precisa se calar e não pode denunciar essa pessoa, que as vezes é um parceiro, as vezes é uma pessoa conhecida enfim, mas ela ainda carrega em si essa idéia de que é algo que ela tem que guardar pra ela tomar vergonha ao vexatório, que ela não vai ter suporte pra esse sofrimento nem pra acolher essa angústia dela. (Psi 1)

Uma auxiliar de enfermagem destacou a resistência das mulheres em falar sobre o que aconteceu. Este silêncio pode ser justificado pela vergonha, pelo medo, pela culpa, ou até mesmo por acreditar que sua “queixa” não seria acolhida nos serviços de saúde. De acordo com a fala abaixo:

Muitas relutam em dizer realmente o que aconteceu , elas ficam meio assim, botam um monte de história no meio (...) então aquela raiva, aquele medo, aquele pavor todo vai passando, aí quer dizer já tem o pessoal da noite , aí já tem o pessoal do outro plantão, aí ela já consegue aos pouquinhos ir se abrindo e falando. (AE)

Existem iniciativas por parte do Estado, da sociedade e de organizações não governamentais em dar visibilidade à violência sexual contra a mulher. Entre elas se destacam os encontros anuais do Fórum Interprofissional sobre “Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual” e a Norma Técnica “Prevenção e Tratado dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, elaborada pelo Ministério da Saúde em 1998.

A Lei 10.778 de 2003 estabelece a notificação compulsória dos casos de violência atendidos em hospitais das redes públicas e privada de saúde. De acordo com a Lei, os casos notificados devem permanecer sigilosos, só podendo ser realizada a identificação da vítima em situações excepcionais de risco para a própria ou para outros. Entretanto esta lei ainda não foi implantada na rede de saúde pública.

As iniciativas ainda são insuficientes diante do fenômeno da violência contra a mulher. Qualquer pessoa tem o direito básico de ter preservada a sua integridade, portanto, é necessário que este preceito legal, expresso na Constituição Federal de 1988, nas leis e nos tratados e convenções, se torne uma realidade, cabendo ao Estado coibir a violência no âmbito de suas relações.

5.2.1 Percepção das profissionais sobre as mulheres que sofreram violência sexual

De acordo com a fala das entrevistadas, as mulheres que sofreram a violência sexual podem ter se relacionado de maneira diferenciada em relação ao fato. As profissionais apontaram as mulheres ora como vítimas, ora como sujeito e cidadãs de direito e ora como agressoras. Conforme destaca Gregori (1993), as mulheres se

relacionam socialmente e a identidade é criada em meio a um processo de espelhamentos e contrastes, que não se esgota. Portanto, a identidade se constrói na trajetória dessas relações. “*É equivocado incorrer num procedimento de ‘essencializar’ e generalizar a experiência de vida das mulheres a partir do fato de que são oprimidas*” (GREGORI, 1993:200).

Souza & Adesse (2005), ao considerarem a perspectiva relacional na violência de gênero, admitem que a mulher não é objeto passivo, mas atua na construção da violência, mesmo na posição de dominada. Esta situação é explicitada nos casos de violência conjugal contínua, quando se estabelecem padrões de relacionamento que desencadeiam a violência. Há o reconhecimento desta perspectiva, entretanto, a abordagem de gênero também destaca a relação assimétrica de poder na construção da violência.

A mulher que sofreu violência, sobretudo a violência sexual, é vista por algumas profissionais como *vítima*, um ser passivo, uma vez que ela não é sujeito constituinte de sua situação ou destino (GREGORI, 1993), podendo permanecer por anos a fio numa relação violenta, conforme ilustram as seguintes falas:

Ela é acima de tudo uma vítima, e que ela fica totalmente marcada, ela fica debilitada física e moralmente, emocionalmente ela está destruída. (MA 1)

É uma vítima, é uma vítima que não tem como se defender ali naquele momento. (AE)

No entanto a concepção de vítima pode variar, permitindo considerar outros fatores que podem reforçar a subordinação da mulher em relação à violência, como a cultura machista, que impõe uma ordem normativa que hierarquiza papéis e padrões de

comportamentos diferenciados para homens e mulheres, além de considerar outros fatores que podem potencializar a violência contra a mulher como, por exemplo, o uso de drogas.

Uma profissional apontou que a mulher também pode reproduzir a violência, ou seja, ela também foi percebida como autora da violência, no caso específico como negligente, especialmente nos casos de maus tratos contra a criança:

(...) Então quando acontece com alguma criança aqui, eu fico muito revoltada, eu olho a mãe com ódio mesmo, com raiva porque eu acho que ela não cuidou direito, não teve cuidado de proteger o seu filho pra que não acontecesse esse tipo de coisa, porque pra uma criança isso é um muito triste, ela grava isso na cabeça, e daí pra frente você não sabe o que que pode acontecer. (AE)

Além de reproduzir a violência contra a criança, a mulher também pode compactuar com a omissão da violência doméstica. Nota-se ainda que, em muitos casos, esta mulher também vive uma relação violenta com seus companheiros. Modificar esta realidade não é uma tarefa simples e também remete à necessidade de arcabouço teórico e aprimoramento técnico, tanto para a identificação como para o apoio necessário diante dos casos.

E também o que constrange muito a gente é quando é com crianças sempre que a gente fala e, por exemplo, quando chega alguma criança 10 anos, 12 anos a gente fica assim, meu Deus o próprio padrasto como é que essa mãe não viu isso. (Enfa)

Uma profissional apontou que a mulher é vítima, mas esta condição não é imutável considerou, portanto, a violência em seu caráter relacional, corroborando a importância do trabalho em conjunto, dos diversos setores da sociedade, em prol da

visibilidade da problemática da violência baseada no gênero, além de estabelecer alternativas de superação.

Mas algumas pessoas ainda que não tem de repente o acesso, não tem tanta informação e elas acabam se colocando nesse lugar, no lugar da vítima, vitimizada no sentido de que ela tem que ficar vítima o tempo todo, até no sentido de ter um ato mais ativo mesmo, de denúncia, ela acaba se resignando e aceitando aquela condição e fica ali sozinha, as vezes sem suporte, as vezes abandonada pelo parceiro, eu acho que quem faz pesquisa que pode dar esse dado maior, mas sabe as vezes a mulher sofreu um ato violento, mas eu acho que tem mudado muito ao longo do tempo, dos anos essa percepção, mas eu acho que muitas mulheres ainda se sentem, se colocam nesse lugar mesmo de resignação e de não conseguir fazer essa denúncia e levar isso adiante até o fim. (Psi 1)

Foi apontado por uma profissional que a mulher que sofre violência é antes de mais nada uma *cidadã de direitos*. Reconhecer esta perspectiva pode ser a chave para a promoção da assistência baseada nas relações sociais de gênero, nos pressupostos éticos e legais que respaldam os atendimentos, no respeito e no compromisso com os encaminhamentos realizados.

Em primeiro lugar é uma cidadã de direitos, olhando pelo lado profissional, então essa mulher é uma cidadã de direitos pra prevalecer seus direitos, porque a violência sexual é um crime, tem que ser denunciada, tem que ser investigada e o criminoso punido de alguma forma, porque as vezes a mulher é vítima de violência sexual dentro da sua própria casa, pelo próprio marido, então muitas vezes não é um ato consentido e ela tem todo o direito de está indo a luta, que ela não pode é se tornar a cada dia, uma mulher que conviva dentro de um espaço onde ela vai sofrer mais agressões, mais agressões, mais agressões e cabe a essa mulher dar um basta, e pra isso a gente está aqui, pra poder está orientando, mostrando quais são os caminhos que ela pode está percorrendo, está conversando com as famílias, dessas mulheres, famílias, filhos ou mãe, irmãos, quem quer que seja que possa está junto dessa mulher pra poder dá o apoio, dá o alento e a psicologia que eu acho fundamental. (AS 1)

Violência contra a mulher na comunidade

Algumas profissionais apontaram que as mulheres que residem em comunidades estão mais expostas à violência sexual e doméstica.

Em alguns casos de violência sexual ela até diz quem foi, porque na comunidade ela sabe quem foi o agressor, ela diz foi o meu vizinho assim, assim, assim que fez (...), então em algumas comunidades é comum a mulher ser vítima de violência sexual, aqui a gente vê muito isso, ah mas lá todo mundo faz assim, ele é o chefe da boca, ele tem a mulher que ele quiser, se a gente não ceder eles fazem a força. Então é muito comum a gente vê esse tipo de passividade das mulheres, mas é de acordo com a realidade social delas, elas vivem naquele meio e infelizmente, sofrem esse tipo de agressão. A gente até pode orientar, a gente orienta, fala aquilo tudo, mas também a gente não tem como agir, como vai tirar aquelas mulheres daquele meio, ali é a vida delas, não tem como mudar dali e ir para algum outro lugar, a gente entende, compreende, mas a gente pode fazer muito pouco pelas mulheres vítimas de agressão sexual, de comunidade. A gente entende, orienta, mas a ajuda mesmo palpável é pouca. (Enfa)

Agora tem sim as pessoas que vem pra cá de comunidade e elas que tratam essa questão da violência sexual de uma maneira totalmente diferente, é chocante e tal, mas é comum, é comum é como eu já vi isso com a minha vizinha, isso aconteceu semana passada lá com uma pessoa, porque a auto estima, a percepção do corpo, importância social dessas pessoas ela é muito prejudicada, então a percepção da violência sexual passa, é melhor omitir do que ir as últimas conseqüências. (Psi 2)

Uma profissional avaliou ainda que as mulheres estão mais prejudicadas em conseqüência da violência imposta pelo tráfico e, conseqüentemente, se vêem cerceadas na busca por seus direitos:

Mas se ela mora numa comunidade, eu acho que isso dificulta o que fazer, dessa mulher ir em busca dos seus direitos, são as áreas de risco que elas moram e o poder paralelo, ditam regras dentro das comunidades, então se essa mulher denúncia esse homem é como se ela tivesse denunciado todo um poder paralelo do espaço onde ela mora, então isso é muito complicado, é uma queixa que elas trazem e essa senhora de quem eu estou falando justamente ela trouxe essa demanda, de um homem extremamente violento, do local onde ela

mora ser dominado pelo tráfico e que se ela fosse fazer uma denúncia, ir a polícia ou alguém fosse dentro da comunidade pra abordar esse homem ela poderia até sofrer alguma represália e ela estava temendo pela sua própria vida. (AS 1)

Observou-se que as profissionais estão com um olhar enviesado sobre a violência contra a mulher, pelo fato da população menos favorecida utilizar com maior frequência as unidades de saúde pública. Corrobora-se, nesse sentido, o investimento em informações e pesquisas que desmistifiquem que as “mulheres de comunidades” estão mais expostas à violência.

5.3 SENTIDOS ATRIBUÍDOS À PRÁTICA PROFISSIONAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Vale destacar que o entendimento da violência sexual e o sentido que a profissional atribui a esses casos irá repercutir diretamente no atendimento prestado às mulheres. Parte-se da compreensão apontada por Spink (2000) que reconhece o sentido como:

Uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (SPINK, 2000:41)

Portanto, o sentido e o peso que a profissional atribui ao caso perpassam pela identificação sobre o tema, pela história de vida, pelo caráter profissional, o arcabouço teórico, sendo necessário, como apontado por uma profissional, o suporte por parte da instituição para os profissionais que atendem as mulheres que sofreram violência sexual:

Eu acho que no meu caso pelo menos porque eu sou uma pessoa muito de momento, eu acho que a gente deveria ter uma psicóloga pra gente, pra sentar, pra conversar com a gente, pra explicar pra gente, pra gente não se envolver tanto, porque ai a gente acaba se envolvendo e acaba falando milhões de coisas, as vezes ajuda e as vezes atrapalha porque você não sabe qual o grau de temor que ela está. (AE)

Nota-se, na fala acima, que o preparo dos profissionais não se restringe apenas às noções teórica, mas inclui suporte para o profissional refletir suas próprias questões e, até mesmo, rever o perfil e a pré-disponibilidade em lidar com a violência sexual. Muitas profissionais podem ter vivenciado, ou vivenciam, a violência de gênero e se “mostrem” resistentes a esta questão. Para algumas profissionais pode ser doloroso, ou talvez insuportável, trazer sua história de vida à tona pelos relatos das mulheres atendidas. Faz-se necessário que a equipe de saúde possa trabalhar de forma integrada e reconhecer os limites dos profissionais diante dos casos atendidos, conforme ilustra a seguinte fala:

Olha, a questão do limite pra mim, eu acho que assim, eu não posso dizer a você assim que eu atendo de maneira tranqüila, cada caso é um caso, eu atendi um caso onde foi bastante difícil, onde eu comecei a perceber o meu limite enquanto profissional, naquele momento eu queria ter uma intervenção melhor, eu queria poder intervir melhor, só que depois você começa a analisar que naquele momento você vai agir de acordo com a situação, de acordo como a usuária se mostra pra você. (AS 2)

As profissionais indicaram a importância da abordagem adequada pela equipe multiprofissional e um tempo necessário para que as mulheres possam falar sobre suas necessidades. Este tempo não se restringe aos casos de violência sexual, mas a todos aqueles que demandam uma atenção diferenciada.

Questões subjetivas presentes no atendimento à violência sexual

Notou-se que a abordagem do tema violência sexual causou um certo incômodo entre as profissionais. Durante as entrevistas foi comum ouvir de algumas entrevistadas o sentimento de pena ao ver a mulher violentada:

A violência sexual não tenho nem o que dizer, eu não tenho nem o que falar pra você é muito ruim, muito ruim mesmo (...) Eu tenho pena porque uma pessoa ter passado por uma situação dessas e não poder fazer nada, ser obrigada a fazer coisas que você não quer com uma pessoa que você não quer. (TE)

A gente se sente penalizada com a pessoa e tentando resolver, fazer o melhor deixar a pessoa ficar a vontade, a gente se sente muito agredida de ver que existe isso. (MA 1)

Uma profissional informou que a equipe trabalha no sentido de ajudar a amenizar o sofrimento da pessoa.

Tenta amenizar o sofrimento da pessoa, porque é uma coisa muito ruim, é uma revolta é de todos, todos tentam ajudar a pessoa mesmo (...) os profissionais de um modo geral lidam da mesma, os médicos ficam todos muito sensibilizados, tanto o homem como a mulher, as mulheres ficam revoltadas. (TE)

Violência sexual também foi apontada como algo incompreensível:

Pra mim é uma coisa incompreensível, eu não consigo imaginar alguém suportar isso, acho que se eu passar por essa situação seria muito difícil pra mim, muito complicado. (Psi 2)

Nos casos de violência sexual cometidos por estranhos, observou-se uma identificação com as mulheres que sofreram este tipo de agressão. Nesse sentido, há uma solidariedade entre as profissionais e as vítimas da violência sexual pelo fato de serem mulheres:

(...) Mas enquanto mulher e me colocando na condição dessa mulher vitimizada, eu acho que deve ser uma coisa muito repugnante, estarrecedora, difícil, constrangedora. (AS 1)

Eu vejo como uma solidária, eu vejo ela assim, ela poderia ser eu, que estivesse ali nessa situação, eu vejo ela com carinho, com respeito mas eu vejo uma mulher sofredora, passando por uma situação difícil, que busca ajuda, se não for uma ajuda pelo menos uma solidariedade pra que alguém entenda o que ela está passando naquele momento. (Enfa)

(...) Fica assim preocupada com uma de nós, com os nossos filhos, preocupante, é uma situação preocupante. (MA 2)

Uma identificação por ser mulher, eu acho que isso é ser natural, mas assim a gente tenta, não é sentar do lado da mulher e chorar com ela, eu acho que a gente tem toda uma identificação pela questão do feminino, do gênero, na questão desse feminino que foi violado, desse feminino que sofreu uma agressão. (Psi 1)

Questões técnicas presentes no atendimento à violência sexual

Observou-se que mesmo sensibilizadas com a situação das mulheres, as profissionais apontaram respostas diferentes ao lidar com a violência. Algumas ressaltaram a necessidade de não perder de vista o seu propósito diante dos casos de violência sexual, ou seja, a dimensão técnica do atendimento.

As pessoas têm pena, pena eu acho que não é um sentimento bom, você não deve ter pena de ninguém, você tem que ter alguma coisa pra dar, quando você tem pena você não pode fazer nada. (MA 1)

A gente procura tentar dar esse acolhimento melhor possível, tentando separar um pouco a emoção, quer dizer não é separar a emoção, mas tentando que isso seja produtivo pra ela, que esse atendimento possa trazer pra ela mesmo um encorajamento ou que possa trazer pra ela um desejo de se cuidar, de se tratar e de entender que isso é importante e que tenha um depois, não só um trabalho aqui na emergência médico, um suporte básico profissional da saúde mental vai ser necessário, que ela possa ter um espaço pra falar disso no pós alta ou na emergência. (Psi 1)

Você vai fazer o acolhimento, vai deixar ela falar se foi o mais indicado, então assim olhando pra isso, que eu trabalhe a questão da violência contra mulher de maneira muito fácil, que eu domine o conteúdo, não tem como prever, cada caso é um caso, depende de como essa pessoa chega pra você. (AS 2)

O acolhimento foi apontado por várias profissionais como um “requisito” essencial para o atendimento prestado à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento prestado no primeiro atendimento à violência sexual será fundamental para acompanhamento dos casos realizados. Dependendo da atenção prestada, haverá reprodução de efeitos diferenciados. Se o acolhimento for bem feito, a mulher tem motivação para dar continuidade ao tratamento. Caso contrário, a mulher não retorna para o seguimento, ou porque não entendeu a importância de dar continuidade ao tratamento, ou porque foi mal atendida, dentre outros motivos.

(...) Então dependendo dessa primeira abordagem vai depender, vai demandar um sucesso pra esse usuário deslanchar ou não, então a acolhida é essencial. Os profissionais, respeitar essa mulher que tá chegando, conversar pausadamente, tranquilizá-la, esclarecer sobre os possíveis riscos em função do ato. (AS 1)

Nota-se ainda que o acolhimento referido pelas entrevistadas envolve uma relação intersubjetiva, ouvir o que não está sendo dito. As profissionais, ao falarem de acolhimento não se respaldaram no modelo previsto na Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde, que o compreende como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade (Brasil, 2004). No entanto, as entrevistadas trouxeram elementos como saber ouvir e dar respostas de acordo com as demandas da população, conforme ilustra a seguinte fala:

Tem a abordagem inicial, o acolhimento, a escuta qualificada do caso pra que a gente possa dar um encaminhamento melhor do caso. (AS 2)

Nesta perspectiva o acolhimento “é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários” (Brasil; 2004:05).

Algumas profissionais apontaram que se sentem capacitadas, “habilitadas” para o atendimento à mulher em situação de violência sexual.

Me sinto capacitada pra entender essa mulher, pra conversar com ela, deixando ela bem a vontade, não insistir se ela não quiser falar, ela não precisa falar, fala em outro momento mas eu sempre sou solidária e tento acolher a mulher da melhor forma possível mas fico muito entristecida com o fato, sempre deixando a mulher bem a vontade se ela não quiser falar comigo preferir falar com outra pessoa, eu deixo ela falar com outra pessoa. (Enfa)

Algumas profissionais apontaram que não existe uma “fórmula” para o atendimento, mas existem alguns “cuidados técnicos” que devem ser preservados como, por exemplo, a necessidade de respeitar o “tempo” da mulher que sofreu a violência, o limite dos profissionais que estão envolvidos diretamente no atendimento.

Observou-se que as questões subjetivas, evidenciadas no item anterior, por parte de algumas profissionais tem relação direta com o conhecimento restrito à prática. Nesse sentido, as profissionais vão lançar mão do que elas podem proporcionar, gerando, em alguns casos, posturas valorativas e moralizantes. Diferentemente de outras profissionais que, mesmo sensibilizadas com a situação das mulheres, buscaram de alguma forma o respaldo teórico para sua intervenção.

5.4 ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Os esforços para o reconhecimento da prevalência da violência contra a mulher, sua caracterização como fenômeno social e magnitude, vêm aumentando e requisitando desafios a todos que lidam com a problemática. Por sua complexidade, a resposta à violência contra a mulher exige a integração dos diversos setores da sociedade e da contribuição de diferentes profissionais.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção/Área Técnica de Saúde da Mulher, vem atuando em duas estratégias: capacitar e equipar os serviços para diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, além de ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra a Mulher vem atender a estes objetivos. A atualização das condutas e indicações apontam para a valorização do acolhimento com vistas ao estabelecimento de vínculos com os serviços de saúde.

A garantia do atendimento nos serviços de saúde à mulher em situação de violência sexual permite a redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. Portanto, a oferta e o acesso imediato aos cuidados de saúde possibilitam prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada. A implementação desse atendimento nos estados e municípios brasileiros vai requisitar um processo de discussão intersetorial que contribua para dar maior visibilidade ao problema e o estabelecimento de estratégias de enfrentamento da violência contra a mulher (Brasil, 2005b).

5.4.1 A ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO SETOR DE EMERGÊNCIA

A rede hospitalar brasileira demonstra que 80% dos hospitais têm convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), para o sul do Brasil esta média chega a 91,2%. Constata-se ainda que a região sudeste concentra o maior número de hospitais com mais de 500 leitos (O'DWYER, 2006). Em relação ao tipo de oferta de serviço de saúde, a rede pública é composta por unidade de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%).

No Brasil, é possível observar que há grande inversão no processo de atendimento médico. Grande parte da população que poderia ser atendida nos postos e centros de saúde recorre ao setor terciário, especialmente para os serviços de emergência hospitalar, que funcionam 24 horas por dia, com várias especialidades médicas e relativa autonomia, disponibilizando exames e medicamentos. Nos hospitais gerais, o atendimento às emergências vem ganhando prioridade em relação ao atendimento ambulatorial que, por várias limitações, transfere sua demanda aos serviços de emergência (DESLANDES, 2002).

Nota-se ainda que nas últimas décadas houve um aumento constante na utilização dos serviços hospitalares de emergência pela população. Entretanto esses serviços funcionam acima de sua capacidade, com déficit de recursos humanos e profissionais, em sua grande maioria, sem treinamento ou reciclagem, com excesso de demanda, com orçamento insuficiente, com gerenciamento precário de recursos e com deficiência no planejamento efetivo. Este contexto é agravado devido ao déficit de estrutura e de organização da rede assistencial. Em geral, a rede de atenção à saúde

carece de um sistema integrado de informação e os registros nos pronto-atendimentos não estão disponíveis para dar continuidade à assistência. Além da constatação da pouca articulação entre o atendimento prestado na emergência e o atendimento possível na rede (O'DWYER, 2006).

Observa-se, ainda, que a intensificação da violência no país agravou as condições já precárias das emergências. Conforme destaca Deslandes (2002: 22):

A enorme demanda com a necessidade real de cuidados médicos emergenciais vem se juntar a uma clientela oriunda dos ambulatórios. Muitas vezes, essa clientela é constituída por pessoas desprovidas das mais elementares condições de vida, tendo que, por isso, permanecer nas emergências por mais tempo do que o necessário por não terem para onde ir. Isto tem interferido diretamente no acesso aos já precários leitos emergências.

Nesse sentido a situação da assistência às emergências é bastante complexa, tendo em vista os diversos fatores envolvidos, tais como: a necessidade de assistência para os casos de violência e acidentes nos grandes centros urbanos; a difusão dos serviços de pronto-atendimento; o processo de transferência da gestão do sistema público de saúde para os municípios; os interesses das prestadoras de serviço; as expectativas de assistência por parte da população. Portanto, “independente da dificuldade de abordar uma questão tão complexa, a principal justificativa para o investimento nos serviços de emergência é que são altamente rentáveis em termos de benefícios sociais, isto é, a redução de morbimortalidade” (O'DWYER, 2006:09).

O serviço de emergência, no qual se insere o HMSF, possui normas e registros próprios voltados às mulheres que sofreram violência sexual na emergência. Os

procedimentos recomendados pela SMS/RJ, através da GPM, para serem viabilizados nas emergências, respeitando-se a história clínica caso a caso, são:

- abertura de boletim de emergência, incluindo o registro da história da agressão na ficha de primeiro atendimento à mulher vítima de violência sexual narrada pela mulher, parentes e/ou acompanhantes;
- exames de sorologia para sífilis e oferecimento de sorologia anti-HIV e teste imunológico de gravidez (TIG) instantâneo;
- contracepção de emergência;
- profilaxia de hepatite B, HIV e outras DST's;
- “oferecimento” de atendimento em Saúde Mental;
- atendimento pelo Serviço Social para prestação de orientação e encaminhamentos legais necessários (por exemplo: o conselho tutelar, nos casos específicos para crianças e adolescentes; as delegacias, especialmente as DEAMs para as mulheres que desejam estabelecer o processo de responsabilização do agressor);
- encaminhamento para rede de atenção à saúde.

Dentre outras rotinas de saúde voltadas para a população, alguns profissionais de saúde do HMSF participaram dos treinamentos de capacitação promovidos pela GPM no ano de 2004. Nas entrevistas foi relatado pelas profissionais que não existe uma equipe única de referência, definida para o atendimento de violência sexual na emergência, de acordo com o depoimento abaixo:

Aí quer dizer no caso que eu estava presente, no meu dia de trabalho, então vai ali com a médica tal que ela vai te atender, me

passa e depois eu continuo o trabalho (você é referência?) não é que seja referência é porque quem sabe, na época que era outro coordenador, ele falava isso, vai ali com a médica tal que ela sabe tudo pra saber o que tratar com a vítima. (MA 2)

Uma questão apontada por várias profissionais, em diferentes momentos, diz respeito à emergência como um espaço que demanda rapidez na resolução dos problemas e o fato de que a situação de violência sexual requer um pouco mais de tempo, até que as mulheres se sintam seguras para verbalizar a violência sofrida. Este tempo limitado acaba repercutindo na qualidade do vínculo estabelecido, na escuta e nos encaminhamentos realizados.

Eu não atendi muitas, mas assim, até você conseguir que a mulher fale disso, as vezes você precisa ali ter um tempo grande que as vezes a emergência não te dá, tempo maior para você ir decantando essa demanda, pra você ir tentando ter uma escuta das sutilezas, de algo que as vezes precisa ficar ali velado por conta de uma situação social, por conta de manter, não conseguir romper, por uma série de situações, isso eu estou falando no sentido assim, de quando as mulheres são violentadas pelos próprios parceiros, ou são violentadas por pessoas conhecidas, do conhecimento delas. (Psi 1)

Entretanto, algumas profissionais apontaram que a emergência é um espaço privilegiado, justamente, pela rapidez e resolutividade do atendimento e, nesse sentido, a mulher que sofreu violência sexual buscará a emergência e sua demanda será resolvida. O problema, talvez, não esteja na rapidez do atendimento, mas no preparo da equipe em compreender e lidar com o fenômeno da violência sexual, estabelecendo ações e diretrizes de acordo com cada caso.

Emergência pra mim é o momento, eu acho perfeito, ele resolve, ele consegue dá conta do que tem que fazer, agora eu não sei o que acontece pra abranger o problema, aquilo que eu te falei, a gente consegue resolver, a gente tenta tirar a paciente daqui da melhor

*maneira possível, tenta encaminhar com toda a medicação na mão.
(MA 2)*

De um modo geral as profissionais descreveram o atendimento à mulher em situação de violência sexual no setor de emergência, destacando os procedimentos realizados pela equipe multiprofissional, tais como: o acolhimento, a anamnese/entrevista social, os exames necessários, a prescrição da medicação. Verificase, ainda, a preocupação com a violência sexual associada a outros tipos de agressões, para um atendimento de acordo com a necessidade de cada caso. Além dos encaminhamentos internos, para o Serviço Social e a Psicologia e, os externos, para o seguimento e outros necessários.

O atendimento é em primeiro lugar a gente tenta colher uma pequena história pra ver o que que aconteceu e se tiver algum problema de agressão física, a paciente tem que passar por um cirurgião, porque você na emergência você não tem ginecologista de plantão, tem que passar por um médico cirurgião pra ter um preparo melhor, para fazer os exames, para ver as lesões, para saber quais seriam as necessidades de tratamento naquele momento, que vai desde não ter que fazer absolutamente nada, só encaminhar ou como muitas vezes entrar no centro cirúrgico para terminar suturas e observação (...) Aqui a pessoa já sai com o primeiro atendimento, com a primeira medicação, é sempre aqui dentro, a gente faz é uma série, eu não sei de cabeça mas, tem uma série, desde o antiretroviral, desde o antibiótico, desde a pilula do dia seguinte, tem uma seqüência ali que você deve saber, que eu não sei de cabeça, então a gente faz aquilo naquele dia, daquele momento e no dia seguinte a pessoa vai procurar o serviço de referência pra dar continuidade ao atendimento. (MA 1)

*Primeiramente a gente lá atende a pessoa, vê se está muito machucada, chama o laboratório pra fazer o exame de sangue. A psicóloga, a assistente social pra dá um apoio psicológico pro paciente e vê o que o médico tem a fazer, passar alguma medicação, fazer alguma medicação, um calmante porque a pessoa chega muito nervosa. A assistente social e a psicóloga que trabalha mais em cima dessas pessoas e nós somos só para administrar a medicação.
(TE)*

Primeiro os cuidados são médicos, lógico, tem uma série de procedimentos que são feitos, de remédios que a pessoa precisa tomar, se a pessoa é desconhecida, eu não sei se até com o parceiro como acontece. Eu acho que os procedimentos são os mesmos, mas eu acredito, eu estou falando isso por um caso que eu acompanhei, que tem uma série de medicações que a pessoa precisa tomar, enfim, então tem uma intervenção primeira que é médica. (Psi 1)

As profissionais ao descreverem o atendimento na emergência deram mais ênfase ao que é mais pertinente ao seu objeto de intervenção profissional. Nesse sentido, as médicas e a equipe de enfermagem não esqueceram de mencionar o protocolo, destacando a quimioprofilaxia. As psicólogas e as assistentes sociais estavam cientes do protocolo, mas deram mais ênfase ao acolhimento.

De acordo com a fala de uma profissional, diante da rotina intensa de atendimento na emergência, os casos mais graves são priorizados em detrimento da mulher que sofreu violência sexual, esta conduta compromete o acolhimento e pode suscitar a possibilidade de violência institucional, como também, uma forma de punição por presumir que a mulher possa ter provocado a violência.

Na emergência eu acho muito sufocante, eu acho que não suporta não, eu acho que é tanta coisa que você atende, é tanta coisa que você não tem aquele tempo hábil entendeu, de dar mais atenção, por isso que eu estou falando pra você o envolvimento, quer dizer o médico está atendendo aqui uma pessoa que sofreu violência sexual, daqui a pouco chega um baleado aí ela já larga aqui e vai pra lá, então só aí já acabou a atenção dele, aí o auxiliar que vai lá punccionar a veia, fazer a medicação é que conversa, quando tem tempo, quando não tem faz a mesma coisa, já larga aqui e vai atender lá, porque aquele lá é mais importante que é um baleado, um esfaqueado, é um atropelado, então o dela já não é tanto, o machucado dela, as feridas dela serão mais internas do que propriamente externas, então quer dizer, um acha que a emergência tem essa estrutura pra isso. Então por isso eu acho que o psicólogo tem que está sempre presente. (AE)

Em contraste com a fala acima, as profissionais que foram sensibilizadas apontaram que a mulher que sofreu a violência sexual é atendida com a prioridade necessária e isto se refere a todos os outros atendimentos, conforme indica a seguinte fala:

Toda a equipe acolha muito bem essa paciente e dá todo o apoio, não deixa ela pra depois ah tem um paciente com risco de vida vamos deixar pra depois ah porque ela não está morrendo, não a gente atende no tempo certo, dando prioridade a ela também porque ela merece prioridade. A gente atende ela, você vem faz tudo e fica aqui aguardando os exames. A gente conversa, chama o psicólogo, chama a assistente social dando prioridade a ela também, apesar de não ser risco de vida, a gente dá prioridade também, todos os profissionais aqui agem assim. (Enfa)

Um dado importante apontado pelas profissionais diz respeito à questão dos recursos humanos insuficientes para a prestação dos serviços de saúde da forma adequada. Esta questão vai repercutir diretamente na assistência como um todo.

Eu acho que o número de funcionários aqui é muito pouco, a gente poderia até cuidar melhor se tivesse maior número de profissionais, mas o atendimento aqui é muito grande, então a gente não tem um tempo hábil, um tempo necessário para dar mais atenção a esse tipo de paciente. Se tivesse talvez um maior número de médicos, de clínicos a gente daria um atendimento bem melhor. A própria enfermagem, a psicologia, só tem uma assistente social pra atender a emergência toda, então fica difícil se deter ao tempo necessário pra cuidar da paciente...cada dia é uma (...), que tem que ver alta, transferência, óbito, ela tem que ver tudo, então fica difícil para ela dar uma continuidade, dar orientações necessárias no ramo dela, porque ela é sozinha, é muita coisa. (Enfa)

A gente tenta fazer o melhor possível do que a gente consegue né, sempre nos lugares todo, por exemplo, não só na violência, mas no próprio hospital há muito o atendimento geralmente poucos médicos para ajudar, pra atender aí você vê que fica aquela confusão não sabe pra onde vai e cada vez mais, não só na questão da violência, mas no geral. (Psi 1)

As falas acima reforçam a necessidade de investir na otimização de recursos humanos, na contratação de profissionais, bem como na sua capacitação. Portanto, para pensar em políticas específicas é necessário que a saúde pública funcione de maneira adequada e resolutiva.

5.4.2 INSTALAÇÃO E ÁREA FÍSICA

Observou-se nas falas, as limitações do setor de emergência no atendimento à mulher em situação de violência sexual. Nesse sentido, foi apontado por algumas profissionais que o setor de emergência não apresenta condições adequadas que contemplem a privacidade e o sigilo necessários nesses casos. Estas questões repercutem negativamente no processo de acolhimento. Conforme ilustra a fala abaixo:

A emergência como você já teve a oportunidade de circular, é um local muito aberto, não existe uma sala individualizada pra atendimento e quando essa mulher chega ela vai pra um setor, que com certeza existem outras pessoas sendo atendidas por uma situação qualquer, que envolva risco de vida, por isso que é uma emergência porque envolve uma urgência clínica imediata, por isso que está aqui no hospital, então essa mulher as vezes tem que colocar pra equipe toda essa história na frente de outras pessoas, então a questão da privacidade compromete muito. O colocar dessa mulher pra equipe, como foi, de estar dialogando, de estar passando dados mais específicos. (AS 1)

As instalações e a área física eram uma preocupação bastante recorrente na fala das profissionais. As entrevistadas apontaram algumas alternativas para contornar as limitações da estrutura hospitalar, como por exemplo, a utilização de biombos.

A gente atende a mulher que sofreu violência tentando assim manter a privacidade dela, a gente fala assim, não fica aqui nesse meio não, a gente tenta manter o isolamento para que outros pacientes não

fiquem fazendo perguntas e para que ela não se sinta constrangida, então a gente coloca um biombo ou coloca em outro local, onde ela possa vista pela equipe toda e ela tenha assim um pouco mais de privacidade pra conversar, para não tornar pública a situação dela. (Enfa)

As falas demonstram que o atendimento à violência sexual deve ser pensado a partir do que é preconizado pela Norma Técnica. Para tanto é necessário um local específico, no sentido de garantir a privacidade necessária. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo-se um ambiente de confiança e respeito. Em contrapartida, deve-se evitar a criação de situações que favoreçam o constrangimento ou estigma em relação à violência sexual contra a mulher, como por exemplo, a identificação nominal do setor ou de salas destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro (Brasil, 2005b).

5.4.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL

As profissionais apontaram o despreparo da equipe no atendimento à mulher em situação de violência sexual, reproduzindo, em muitos casos, leituras superficiais sobre o problema, onde a curiosidade vai ser priorizada ao invés de uma conduta baseada no respeito e na confiança.

Outra coisa também, como a emergência ela é composta por vários profissionais que vai desde a administração, até o pessoal da limpeza, então quando entra uma mulher na situação que chame a atenção de profissionais que não sejam os profissionais que vão atender diretamente essa mulher, buscam uma justificativa pra está ali na hora, limpando a sala entendeu, pra está escutando o que está se colocando e eu acho que isso inibe muito a pessoa que já está ali já fragilizada pela situação e tendo que partilhar a sua vida não só

com uma equipe de atendimento da emergência mas com outras pessoas. (AS 1)

Nota-se ainda que as profissionais relataram que boa parte dos médicos não está preparada para lidar com a questão da violência contra mulher, dificultando a troca de informação e a discussão dos casos, conforme ilustra a fala abaixo:

Falta formação do médico, eu falo médico porque é fundamentalmente ele quem dita as regras, é claro que um hospital sem enfermagem não existe, o enfermeiro ele é muito importante, os cuidados com o paciente, mas o médico é quem dá alta, é quem verifica, é quem diagnostica, eu acho que qualquer profissional ele tem que ter uma visão holística, ele tem que ter uma cultura, ele tem que considerar a origem daquele paciente, porque uma violência sexual em que um médico, um enfermeiro, enfim, o psicólogo a gente sabe no que ele pode ajudar, mas em que o médico pode efetivamente contribuir. Porque alguém que sofre a violência sexual, tudo que ela quer é ser acolhida, o médico ele não tem essa formação, ele vai dá o coquetel, ele vai explicar o que ela deve fazer, isso aplaca um pouco a ansiedade, ele vai dizer que não necessariamente ela vai contrair a AIDS, que aplaca a ansiedade, mas o ideal é que esse médico pudesse tocar nessa paciente, pudesse se preocupar de uma forma mais clara pela paciente, mas pra isso ele tem que ter uma formação (...), eu acho que a formação profissional [do médico] que é muito precária no aspecto da concepção de ser humano, é uma formação feita para enxergar apenas orgânico. (Psi 2)

De acordo com a fala acima suscitam-se duas questões: a primeira corresponde à importância de trazer a reflexão sobre o saber hegemônico dos médicos na unidade de saúde e como este remete para a organização do trabalho nas unidades de saúde; a segunda diz respeito à crítica ao atendimento restrito à aplicação do protocolo. Nesse sentido, os treinamentos promovidos pela SMS/RJ, através da GPM, devem considerar a complexidade do fenômeno da violência contra a mulher e a conduta da equipe multiprofissional diante dos casos atendidos.

Uma questão ressaltada por algumas profissionais diz respeito à banalização do atendimento à mulher em situação de violência sexual contra.

Eu acho que banalizar a violência sexual é brincadeira, eu acho que ninguém gostaria de está na situação dessa mulher, então o atendimento, qualidade com respeito é base pra você dar um encaminhamento pra essa mulher. (AS 1)

As profissionais, de um modo geral, apontaram que a violência sexual possibilita a atuação do assistente social e da psicóloga, uma vez que estes profissionais estariam mais preparados para lidar com esta questão:

Sabe o que que acontece na emergência, a emergência é, ela ainda é uma coisa muito apartada da humanização, então é um organismo que fica tratado, a diferença está no assistente social, está no psicólogo que está lá, fazendo um chamamento para esse contexto, você não está recebendo um organismo, você está recebendo uma pessoa, mas isso já mudou muito aqui em função da existência de psicólogos. (Psi 2)

Porque eu já tive a oportunidade de atender casos de violência aonde tinha uma enfermeira como chefe altamente interessada, sabia exatamente qual era a dinâmica da coisa e também já peguei enfermeiras que, eu sou enfermeira, isso não é a minha área, isso não compete a mim, a questão de violência é um atributo da psicologia e do serviço social, eu estou aqui apenas para fazer o meu procedimento, a coisa é meramente burocrática, é tarefeiro não é nem burocrático, é tarefeiro. Você percebe muito isso e isso traz consequências, é quando você pega uma equipe com esse porte aí o atendimento é péssimo, péssimo pro usuário. (AS 2)

Uma profissional apontou que as condições de atendimento na emergência eram boas em função do atendimento realizado pela equipe multiprofissional, especialmente devido ao Serviço Social e à Psicologia, diferentemente de outras unidades que não apresentam estas “especialidades” no setor de emergência.

A emergência aqui a preparação é uma muito boa, porque a gente tem o serviço social, o serviço psicológico, da psicologia, então aqui ta muito bom porque logo que acontece esses casos assim a gente

chama logo eles, eles vêm, toda hora vem conversa com a pessoa, com a família da pessoa. (TE)

Algumas profissionais relataram que cada profissional lida com os casos de violência sexual contra a mulher de uma forma diferenciada, dependendo, inclusive, do acúmulo de experiência e história de vida deste profissional e do conhecimento produzido nestes casos.

Ah pra cada um ela bate de um jeito diferente, nem todo mundo pensa igual, acha digamos assim que foi por acaso, acha que muitas vezes a culpa é dela, que a culpa é dele, enfim nem todo mundo pensa igual, uns tem pena outros não tem pena, uns dão apoio outros não dão apoio. (AE)

Em contrapartida, uma profissional verbalizou que não existe diferenciação, nota-se que o olhar da profissional se restringiu à rotina dos casos de violência sexual, neste sentido, na prescrição do protocolo da violência sexual.

Natural do jeito de todos os outros atendimentos não tem diferenciação [Algum profissional tem mais dificuldade, tem menos dificuldade de lidar?] Acho que não porque é plantão cada dia tem um, cada doze horas é um grupo que tem que está atuando e é de cada pessoa... e não vejo problema em lidar. (MA 2)

Outras profissionais percebem mudanças em trazer a discussão para o âmbito da emergência e, conseqüentemente, um repensar sobre o redirecionamento da intervenção profissional:

Estou assim bastante feliz porque agora surgiu um curso pela secretaria de saúde, onde ele vem disponibilizando a equipe que eles querem participando desse evento que vai acontecer agora (...)então foram 2 vagas destinadas ao serviço social, 2 vagas destinado a médicos, e isso de uma certa forma dá uma pressionada pra que ele participe, se envolva, vê qual é a discussão que tá tendo, o cuidado que tem que ter na intervenção. (AS 2)

De acordo com a Norma Técnica, ainda que cada um dos profissionais cumpra um papel específico no atendimento à mulher, todos, sem exceção, devem estar sensibilizados para as questões de violência de gênero, e capacitados para acolher e oferecer suporte às principais demandas das mulheres (Brasil, 2005b).

As profissionais, de um modo geral, apontaram a necessidade permanente de investimento na capacitação dos profissionais de saúde. Além de criar espaços para discussão de casos atendidos na emergência.

Precisam falar mais sobre isso, não tem espaço de discussão mesmo, até tem, acredito até que tem em outros locais, mas eu acho que a gente precisa aqui no hospital falar mais sobre isso, ter espaços pra gente poder discutir mais isso, que é tudo muito corrido, outros espaços fora do hospital eu vou participar essa semana de um seminário falando sobre isso, o serviço social eu acredito que participe também, mas a gente nunca teve a chance de sentar, eu na minha experiência aqui no hospital, acho que falta isso, falta a gente falar mais sobre isso, entender essa questão que é muito grave. Eu acho que a gente precisa discutir mais isso, entender mais a fundo o que que significa a questão da violência, o porque que a mulher acaba sendo o foco dessa violência, porque a mulher acaba sendo o foco as vezes dessa violência, muitas vezes, entender como que a gente deve atuar num caso desse. Às vezes a gente fica sem suporte mais teórico e não só teórico mas enfim de troca de experiências. Às vezes isso falta, o hospital de emergência é tudo muito corrido, às vezes a gente acaba atendendo mesmo na intuição, intuitivamente da forma como uma pessoa sofreu a violência deve ser cuidada, o cuidado que deve ser tratado esse assunto, mas eu acho é que as vezes falta uma discussão mais ampla sobre isso. (Psi 1)

A discussão/supervisão dos casos atendidos permite refletir sobre os diversos aspectos que envolvem a violência sexual contra a mulher, promover a integração dos profissionais e serviços e estabelecer fluxos de acordo com a demanda. Todas essas ações vão repercutir na qualificação do atendimento oferecido às mulheres. De acordo com a fala das profissionais, são alternativas possíveis de serem estabelecidas na

emergência, cabendo aos profissionais de saúde/ equipe a iniciativa e o compromisso com o atendimento oferecido.

Eu acho que é necessário, possível e necessário. É claro que às vezes a emergência faz com que você acabe atuando automaticamente, você vai mesmo no automático, você liga ali e vai, então assim o humano as vezes fica, a humanização, o acolhimento fica um pouco diluído no atendimento que você precisa fazer rápido, emergencial, então eu acho que o tempo de discussão que é necessário, importante pra gente entender naquele momento que a gente precisou fazer tudo um pouco mais rápido entender o que foi aquilo ali, eu acho que falta um pouco aqui. (Psi 1)

Eu acho assim, que tem que ta se propondo cursos, tem que ta se propondo estudos de casos, as pessoas têm que estar discutindo, o médico tem o momento de estudo, vamos lá, vamos pegar esse caso e ta discutindo de que maneira afeta a intervenção, o serviço social tem que trazer isso pra discussão sim, a psicologia tem que trazer isso pra discussão, isso é uma coisa que não devia ser comum mas acontece muito dentro de serviço de emergência, onde a gente não pode banalizar, aí eu não falar assim do serviço de emergência eu vou falar serviço de saúde, unidade de saúde essa mulher dá entrada num serviço de emergência, essa mulher dá entrada num serviço de saúde e não tem como eu fazer vistas grossas, você tem que discutir o tema, você tem que aprofundar o tema, pra que pelo menos você possa ter um agir melhor, mais atencioso e mais humanizado. (AS 2)

5.4.4 A INFORMAÇÃO E OS REGISTROS DE DADOS

Notou-se a preocupação das profissionais com os registros dos dados, especialmente com o registro no prontuário e com a ficha de primeiro atendimento nos casos de violência sexual contra mulher. Esta é encaminhada a SMS com o propósito de monitorar a aplicação do protocolo nas unidades de saúde. Veja-se, por exemplo, as seguintes falas:

Gente tenta colocar num espaço mais tranquilo pra conversar, pra explicar, pra contar tudo que aconteceu, pra fazer justamente ter um

relato de uma ficha de notificação que vai pra secretaria, (...) mas não tem um setor separado. (ME 1)

Descobri que agora a notificação é compulsória, você tem que informar eu acho que é a secretaria de saúde, tem alguma coisa aí tramitando que a gente tem que encaminhar, tem que preencher a ficha de notificação e encaminhar pra algum lugar, a gente só não sabe pra onde encaminhar, então o que que a gente tem feito, (...) se você atende e se você faz o encaminhamento você tem que relatar isso em prontuário, então já que a gente sabe que tem que fazer uma ficha de notificação, mas não sabemos pra onde encaminhar e quem preenche a ficha de notificação é o médico, o serviço social vai ter que ter um cuidado muito maior no preenchimento desses relatos em prontuários, inclusive estar colocando os encaminhamentos que vai fazendo, o local que está encaminhando. (AS 2)

Entretanto, a ficha de primeiro atendimento nos casos de violência sexual ainda provoca um certo equívoco, por parte de alguns profissionais, por acharem que a mesma também serve para notificação compulsória nos casos de violência sexual contra a mulher, criança ou adolescente. Tal questão demonstra a importância de esclarecer o propósito de cada formulário e utilizá-los, de fato, como instrumentos de monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Vale ressaltar que a ficha de notificação compulsória de violência contra mulher ainda não foi implementada na rede pública de saúde. Nota-se que a falta de informação ainda é um grande problema para a rede de saúde, requisitando a necessidade de elaboração de fluxos de informação mais adequados e que respondam às necessidades dos serviços.

Uma médica relatou um caso que atendeu no setor de emergência, onde foi cumprido todo o protocolo sugerido pela SMS. No entanto, a mulher não conseguiu atendimento na unidade de referência mais próxima de sua residência, para o acompanhamento subsequente. Por sorte, a usuária acabou retornando à emergência.

A gente tenta dar uma boa acolhida pra ela não se senti pior da situação, e tem todo aquele protocolo (...) a gente tenta, amenizar a situação, confortar a pessoa e aí fazer toda a rotina, dos medicamentos necessários, orientar depois, aí teve umas situações assim que, por exemplo, lá na prefeitura já fizeram programas, recebemos até ah, se ela é mulher manda pra tal localidade próxima da residência dela, assim teve uma ocasião que uma que ela morava perto de Madureira e eu direcionei pra Herculanó Pinheiro e ela teve lá para fazer o seguimento, aí não tinha a medicação aí volta ela (...), ela deveria conseguir a medicação, aí tem umas confusões assim porque tem gente que não compra quanto também o programa do anticoncepcional, da pilula do dia seguinte já teve umas três vezes que eu comprei, você quer não tem, então está bem eu compro porque chega na unidade vai ter não tem entendeu....na hora você não tem a família não dinheiro pra comprar a medicação, você quer eu vou lá toma. (MA 2)

A fala acima demonstra que a GPM deve reforçar os fluxos de atendimento junto às unidades para garantir que, de fato, as mulheres possam ter acesso ao protocolo recomendado pelo MS. Além de garantir que este atendimento seja realizado próximo à residência das mulheres, obedecendo aos princípios de regionalidade prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde.

O caso relatado acima é emblemático no sentido de mostrar que essa mulher entendeu a importância do acompanhamento e retornou para o acesso ao mesmo. E quantas outras não retornaram aos serviços de saúde ou, se quer, chegaram a acionar os serviços de saúde por desconhecerem as ações oferecidas para a assistência à violência sexual?

5. 5 CONSEQÜÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL PARA AS MULHERES

De acordo com as falas das profissionais foram apontadas diversas conseqüências da violência sexual, que perpassam por questões de ordem

clínica/médica, social, psicológica, além de considerar o aspecto ético e legal que envolve este tipo de atenção. Vale ressaltar que as conseqüências da violência sexual não são pensadas isoladamente, no entanto, ao longo das falas foram apresentadas em destaque visando problematizar alguns fragmentos destas falas.

As conseqüências são várias, vai desde o psicológico até as doenças que você pode está adquirindo em função do ato, a questão do HIV, da Hepatite C. (AS 1)

As profissionais apontaram que as conseqüências são as mais dramáticas, tais como a gravidez indesejada e a possibilidade de realização do aborto, tendo um peso diferente na juventude em função do início da vida sexual:

As conseqüências vão ser as mais drásticas possíveis, porque geralmente são jovens, meninas novas, que muitas vezes engravidam e que acabam ficando transtornadas e muitas vezes é permitido que abortem, mas é uma coisa que não passa pela minha cabeça, mesmo sendo por violência eu acho que não deve abortar, eu acho que se a criança veio daquele jeito é pra ser, você não deve intervir nessa gravidez, mas eu não discuto porque a cabeça é de cada um e tem que definir, nem sempre é a cabeça existe aí uma interferência muito grande da família. (MA 1)

De acordo com a fala acima o aborto ainda é um tema polêmico para a sociedade. Nesse sentido, a atenção a este tipo de serviço requer abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso a assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos nacional e internacional de direitos humanos (Brasil, 2005a).

A violência sexual também traz conseqüências para a mulher e o seu relacionamento conjugal. De acordo com algumas falas os companheiros nem sempre demonstram compreensão diante do estupro. Este “comportamento” é fruto das relações sociais, que demarcam diferenças assimétricas entre homens e mulheres.

As conseqüências da violência sexual para a família também foram apontadas, sendo necessário um trabalho de apoio.

As conseqüências dela, da forma que ela vai se ver depois disso e a questão da família também, enfrentar essas conseqüências todas, de tudo que um ato desse traz para a vida e para o social próximo dessa pessoa, então acho todos ficam seqüelados também, as pessoas que são próximas, que tem um vínculo afetivo importante também ficam, não pode comparar a seqüela de uma mulher que sofreu a violência tem , que passa a ter. Acredito que os familiares são bastante afetados também com esta violência. (Psi 1)

No entanto, não foi apontado pelas profissionais o apoio e acompanhamento das famílias, quando a violência ocorre no seu interior, demonstrando que estas famílias também devem ser alvo de atenção.

É preciso olhar a família no seu movimento (...) Este movimento de organização-reorganização torna visível a conversão de arranjos familiares entre si, bem como reforça a necessidade de se acabar com qualquer estigma sobre as formas familiares diferenciadas. (CARVALHO; 2000:14)

Em relação às conseqüências psicológicas, a violência sexual na mulher tem sido associada à desordem do estresse pós-traumático, com sintomas que englobam angústia, medo, vergonha, ansiedade, depressão e tentativas de suicídio (DREZETT, 2003). Conforme ilustra a fala a seguir:

Elas ficam deprimidas, elas começam a ter distúrbios de comportamento, começam a evitar o sexo masculino, começam a ter

algumas síndromes, alguns pânico, porque não tem um tratamento, não tem um acompanhamento, então elas se fecham, evitam sair de casa, tem vários tipos de problemas, até mesmo quando vem ser atendida por outro tipo de problema ela já evita o toque, evita o contato humano, vai pegar, vai dar uma injeção, botar a mão no braço ela já se retrai com medo de que alguma coisa possa acontecer com ela aqui dentro. (Enfa)

A rede de serviços de apoio psicológico, social e jurídico é extremamente necessária e inclui desde os serviços de saúde mental até os “lúdicos” socializantes, de ampliação do universo informacional e de oportunidades de trocas culturais. Neste rol incluem-se os serviços advocatícios e de defesa dos direitos para atender às múltiplas e cotidianas demandas de justiça.

Foram considerados pelas profissionais os efeitos colaterais da quimioprofilaxia, podendo repercutir no abandono do tratamento. Portanto, é necessário um trabalho mais cuidadoso, não reduzindo a atuação profissional à prescrição da medicação, considerando todos os aspectos que podem interferir no tratamento dessas mulheres.

Até porque você já viu a quantidade de medicamento que elas recebem é algo absurdo, é algo absurdo e se você não tiver uma equipe de enfermagem explicando o que vai acontecer, que vai ser ruim, mas que vai ser bom entendeu, na verdade você está precisando de fazer uso dessa medicação para se evitar uma série de coisas e aí entra a parte da enfermagem, que eu acho que é extremamente importante para está orientado nisso, a coisa se perde, entendeu a coisa se perde. (AS 2)

Nota-se que algumas profissionais apontaram que as conseqüências também são percebidas de acordo com o entendimento sobre o tema e o compromisso do profissional com a demanda da mulher. Nesse sentido, existem profissionais interessados, onde o protocolo vai ser cumprido, com todos os requisitos, e outros que

acabam por banalizar a violência contra a mulher ou, até mesmo, reduzir a atuação meramente à prescrição da medicação.

As conseqüências na emergência acho que eu já ouvi assim, olha senta ali, bate um papinho com a psicóloga, não é motivo pra você ta assim, entendeu com a sobrecarga não dá pra você ter esse nível de preocupação, você se preocupa com o orgânico, o médico que é a figura de maior poder dentro de uma emergência, ele está preocupado com o orgânico, salvo algumas exceções ele precisa salvar vidas, ele precisa liberar espaços pra outras pessoas, enfim ele tem uma rotina que não permite que ele pense. A rotina já é feita pra não pensar. (Psi 2)

5.6 ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER APONTADAS PELAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As profissionais, de um modo geral, não souberam informar o que aconteceu com os encaminhamentos realizados, especialmente no que diz respeito àqueles para as unidades de seguimento, demonstrando que a rede de saúde ainda apresenta fragilidade na referência e contra-referência.

Eu não tenho retorno, a gente não sabe depois o que aconteceu, sabe pela saúde mental que eles mandam procurar um psicólogo, ter um acompanhamento, se é psiquiátrico, mas a gente não sabe depois o que aconteceu com a pessoa. (TE)

Eu não tenho a mínima idéia, não tenho retorno, é o que frustra a gente entendeu, um pouquinho, porque a gente dá os encaminhamentos, mas a gente não sabe se essa mulher realmente foi em busca de sua garantia de direitos, de um modo geral, ou se ela se tornou mais uma vez vítima da violência e foi para um outro hospital. (AS 1)

A gente encaminha para os postos de saúde da região para fazer o acompanhamento psicológico, o acompanhamento clínico, o acompanhamento ginecológico para ela ta sempre atualizada no que possa acontecer depois, prevenir as doenças, as DST's que

possam ocorrer, então a gente encaminha para os postos de saúde porque aqui não tem ambulatório, então a gente tem sempre que encaminhar para algum local e que também é cheio, nunca tem agenda aberta nenhum tipo de ... ah não tem ginecologia, não tem isso, não tem aquilo. (Enfa)

Também foram apontadas hipóteses sobre o que pode ter acontecido com as mulheres:

Olha eu acredito que com as mudanças nesse olhar, nesse foco que a mulher sofreu violência sexual eu acredito que por elas terem encontrado locais para acolher isso, acolher essa demanda. Eu acho que muitas conseguiram entender que elas não foram culpadas, acredito que muitas tenham tido a chance de fazer um tratamento, ter um acolhimento, mas acredito que muitas tenham ficado com traumas emocionais, traumas psicológicos consideráveis. Eu acho que as que tiveram chance de se tratar eu acredito que tenham se beneficiado e possam ter levado, possam levar uma vida, entendendo que aquilo foi algo que aconteceu, enfim que não foi culpa delas e que elas podem levar uma vida, que elas não tiveram culpa e que elas podem levar uma vida mesmo, entendendo o porque que aquilo aconteceu, como isso aconteceu e poderem caminhar e levar a vida delas. Eu acredito que muitas tenham tido acesso a tratamento e que outras, enfim, trabalham mesmo se resignando e achando que aquilo ali foi por conta da ignorância e que aquilo ali, foi um mal que aconteceu por culpa delas. (Psi 1)

Além da capacitação permanente e da discussão dos casos, as profissionais apontaram a importância de um trabalho conjunto com os outros setores da sociedade de atendimento à violência contra a mulher. De acordo com as seguintes falas:

O papel da saúde, fundamental, prioridade. Além da parte jurídica eu acho que é toda uma transversalidade, essa mulher tem que passar por vários setores no atendimento, ela tem que ser digamos assim abraçada por todo um... aí Meu Deus está me fugindo as palavras, mas na parte da saúde...É intersetorialidade jurídica, é a saúde, quer dizer não tem como. O papel da saúde é primordial no sentido de ta dando os encaminhamentos necessários, privilegiando a saúde dessa cidadã. (AS 1)

Fundamental, mas ele não atua sozinho, ele não deve atuar sozinho, acho que os setores precisam interagir nessa abordagem, numa abordagem complexa, tem múltiplas possibilidades de ter um olhar, de ter uma atuação mas a saúde tem uma atuação essencial no sentido dos procedimentos, no estilo mesmo desse acolhimento também, dessa possibilidade de entender isso como uma questão de saúde pública, mas não só de saúde pública, acho que isso aí entra, acredito que os outros setores entrem com muita força porque é uma questão de saúde pública, mas a saúde pública ela precisa ter, a gente não pode abordar o ser humano do ponto de vista de uma visão só, ele é pluri, ele é multideterminado, a saúde é fundamental o olhar da saúde, eu acho que a saúde do município ela tá tendo uma atuação grande inclusive por conta desse evento que a gente vai participar, acho que vai ser muito importante acho que gente vai ter o primeiro. (Psi 1)

Portanto, a assistência à mulher em situação de violência sexual deve se dar de forma interdisciplinar e intersetorial, buscando uma articulação do setor saúde com as áreas jurídicas e de segurança, desde os programas de atenção básica, onde se inclui o de Saúde da Família, até os serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado contribui para a reflexão sobre a assistência à mulher em situação de violência sexual a partir da percepção das profissionais de saúde que atuam no setor de emergência. Constitui-se também, em um instrumento de reflexão para a equipe multiprofissional, que partilha das orientações contidas no conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, os serviços de saúde e a ação de seus agentes constituem a materialização de qualquer política de saúde.

Em relação à temática da violência sexual, o estudo demonstrou que para a maioria das profissionais de saúde entrevistadas o conhecimento produzido acerca do referido fenômeno parte dos casos atendidos no cotidiano da emergência. Nesse sentido, a herança cultural solidifica percepções, sentimentos e ações sexistas, reducionistas e preconceituosas contra as mulheres, reproduzindo um padrão hegemônico de relações assimétricas. A percepção da violência sexual identificadas nos discursos profissionais estão relacionadas às desigualdades de gênero, assim como ao senso comum.

Notou-se que a violência contra a mulher e sua reincidência, sobretudo a violência sexual, tem incomodado as profissionais a ponto de desenvolverem vários sentimentos como impotência, raiva, medo, indignação e um desejo de livrar-se do problema por não o perceberem como um problema pertinente a seu campo de atuação profissional. Ou então, ao contrário, a vontade de ter uma resposta mais rápida e adequada, saber para onde encaminhar e o que fazer.

Pelo exposto ao longo deste estudo, as capacitações dos profissionais de saúde dirigidas para a prevenção e assistência à violência sexual vêm assumindo, ainda que de

modo limitado, um papel importante, sendo necessário um investimento de forma permanente e que contemple a violência sexual contra a mulher como uma violência de gênero. Vale ressaltar que a “fórmula” das capacitações não será suficiente, a menos que haja um debate consistente sobre a atuação da saúde, nas suas diferentes modalidades de atendimento, seus limites e, sobretudo, na perspectiva de cidadania que hoje se impõe e que é almejada. Não pode ser esquecida a contribuição das universidades. Neste sentido, o tema da violência e suas expressões culturais devem ser introduzidos nos currículos de formação dos profissionais de saúde.

A incorporação da perspectiva de gênero constitui elemento básico para a construção de uma ordem societária mais justa e igualitária. A adoção da categoria gênero pelos/as profissionais poderia, portanto, resultar em uma compreensão mais crítica da violência sexual contra a mulher, vinculando-a à relação desigual de poder e às relações assimétricas que se estabelecem entre homens e mulheres, proporcionando respostas mais adequadas à realidade desta população.

Ainda que este estudo apresente limites, de diferentes ordens, os resultados obtidos apontam que o setor de emergência pode se configurar em um espaço privilegiado para pensar ações de prevenção e assistência à mulher em situação de violência e suas especificidades. Entretanto, este fenômeno ainda exige leituras que incorporem a complexidade do tema.

Medicalizar a violência ou ignorá-la, tratando-a como um problema externo, que não pertence ao campo da saúde, deixando-a, portanto, à margem das discussões e do planejamento das ações – este tem sido o tratamento dado à violência no cotidiano da maioria dos serviços de saúde. (DESLANDES, 2002: 154)

Nesse sentido, corrobora-se a necessidade, como foi apontado pelas profissionais, de discutir no cotidiano dos serviços de emergência a violência, tal como outros assuntos assistenciais. Lidar com o problema da violência sexual, em sua totalidade, implica em dar visibilidade aos casos, acolhê-los e oferecer a assistência, produzindo respostas possíveis para cada situação. Tomando-se como base as contribuições de Mattos (2001) ao adotar a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, têm-se que “a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

A mulher que sofreu ou sofre a violência sexual não se reduz a um trauma que, neste momento, lhe provoca sofrimento. Tampouco se reduz a um corpo com possíveis lesões silenciadas, escondidas à espera de um olhar do profissional astuto que as descubram. Os profissionais devem buscar sistematizar suas ações e escapar dos reducionismos que são “impostos” rotineiramente nos serviços de emergência.

Observou-se que o acolhimento, por sua vez, acontece dependendo da disponibilidade de cada profissional que se depara com a questão e não se traduz em uma política pública determinada para o funcionamento dos serviços de saúde. A resolutividade, quase que inexistente e, quando ocorre, é totalmente dependente de esforços individuais e disponibilidades pessoais para a busca de assistência nos serviços de referência ou mesmo de algum tipo de atendimento interno.

As situações de violência sexual que chegam ao setor de emergência, geralmente, são as que apresentam lesões físicas (traumas genitais ou extravaginais) que, de algum modo, facilitam a busca por serviços nesta área, não sendo, no entanto, a maioria das situações. Os casos em que a violência sexual é cronicada,

especificamente na violência sexual conjugal, podem chegar às emergências atrelados à violência doméstica, mas dificilmente serão identificados pelos profissionais de saúde, o que aponta para uma complexidade que precisa ser mais bem compreendida e que é fundamental para a definição e o enfrentamento do problema.

Diante do exposto, ainda há muito que se trabalhar com a percepção dos profissionais de saúde, sensibilizando-os para a dimensão da construção social de gênero, conhecendo e refletindo sobre a dinâmica da violência contra a mulher e despertando-os para uma perspectiva de identificação e apoio.

A violência sexual deve envolver também a formulação de políticas públicas e ações de diferentes áreas, tais como a justiça, a segurança, a saúde, os movimentos sociais de forma integrada, pois as iniciativas isoladas não permitirão um impacto positivo na vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

- ARÁN, Márcia. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. **Estudos Feministas**, Florianópolis: UFSC, 2003, pg. 399-421.
- ASSIS, Simone de. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 126-134, 1994.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROSO, Carmem. Impacto da educação no empoderamento das mulheres. **Cadernos de Pesquisa**. V.34, n. 123, 2004.
- BARSTED, Leila de Andrade Linhares. **Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas**. Cadernos Cepia; Rio de Janeiro, 1994.
- BERGER, Sônia Maria Dantas. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, Rio de Janeiro, 2003.
- BRANDÃO, Elaine Reis. **Nos corredores de uma delegacia da mulher: Um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- BRASIL. Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e Adolescente**. Brasília: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Lei nº. 11.340 de 07 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Brasília: Presidência da República, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: Matriz Pedagógica para a Formação de Redes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- _____. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.
- _____. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.
- _____. **Cartilha da Política Nacional de Humanização – Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Assistência Integral à Saúde da Mulher.** Base de ação programática. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1994.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARDOSO, Ruth; CHAUI, Marilena; PAOLI, Maria Célia (orgs). **Perspectivas antropológicas da mulher.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org). **A família contemporânea em Debate.** São Paulo: Educ/Cortez, 2000a.

_____. O lugar da família na política social. In: _____ (Org). **A família contemporânea em Debate.** São Paulo: Educ/Cortez, 2000b. p. 13-21.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representação e práticas dos profissionais de saúde.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CEPIA. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero n. 1: Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos. Rio de Janeiro: Cepia, 2001.

_____. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero n. 3: As mulheres e os direitos civis. Rio de Janeiro: Cepia, 1999.

CHAUI, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, Ruth; CHAUI, Marilena; PAOLI, Maria Célia (orgs). **Perspectivas antropológicas da mulher.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985. p. 23-62.

DESLANDES, Sueli Ferreira. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

_____. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, p. 81-94, 1999.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; LIMA, Jeanne de Souza; VIEIRA, Márcia Soares. **A atenção às mulheres vítimas de violência sexual no município do Rio de Janeiro.** Violência de gênero e Políticas Públicas, s/d, no prelo.

DINIZ, Simone. **A violência de gênero como questão de saúde.** 2000. Disponível em: < <http://www.url.violenciadegenero.htm> >. Acesso em: 12 dez. 2006.

DREZETT, Jéferson. **Manejo integral da violência sexual pelos serviços públicos de saúde.** 2003. Disponível em: < <http://ipas.org.br/arquivos/jefferson/CLAE.doc> >. Acesso em: 12 dez. 2005.

_____. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres.** 2000. Tese (Doutorado em Ginecologia) - Centro de

Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000.

FAÚNDES, Aníbal; ROSAS, Cristiano Fernando; BEDONE, Aloísio José; OROZCO, Luis Távora. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2006; 28 (2): 126-135.

FAÚNDES, Aníbal. Assistência integral à mulher vítima de violência sexual. **Jornal da Febrasgo**, 4:4-5, 2000.

FAÚNDES, Aníbal; LEOCÁDIO, Eucylene; ANDALAF NETO, Jorge. Relatório Final: VII Fórum Interprofissional para Atendimento Integral da Mulher Vítima de Violência Sexual (Campinas; 1996).

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

GIFFIN, Karen. Corpo e Conhecimento na Saúde Sexual: Uma visão Sociológica. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pg. 79-91.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: vozes, 1994, pg. 67-80.

GREGORI, Maria Filomena. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: ANPOCS, 1993.

HEILBORN, Maria Luiza. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.). **Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999, p. 40-58.

_____. Gênero, sexualidade e saúde. In: SILVA, Dayse de Paula Marques (org.). **Saúde, sexualidade e reprodução – compartilhando responsabilidades**. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. p. 101-110.

_____. Violência e mulher. In: VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (orgs.). **Cidadania e violência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Editora FGV, 1996, pg. 89-98.

HEISE, Lori. Gender-based abuse: The global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**: 10 (1): 135-145, 1994.

LIMA, Jeanne de Souza; DIAS, Simone Monteiro. **Mulher: As determinações do seu acesso às ações do PAISM. 1999**. Monografia de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben (org.). **Construção da**

integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003, pg. 45-59.

_____. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001, pg. 39-64.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 07-18, 1994a.

_____. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994b.

_____. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: _____(org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994c.

_____. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1999, 4:7-23.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, pg. 51-66

O'DWYER, Gisele. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência para a vigilância sanitária do Estado do Rio de Janeiro – Um estudo exploratório. 2006, mimeo.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo; 2005, 39 (3):376-382.

OLIVEIRA, Francisco. Vulnerabilidade Social e Carência de Direitos. **Cadernos ABONG I**, 1995.

OMS (Organização Mundial de Saúde)/OPS (Organização Panamericana de Saúde), 1998. **Violência contra la mujer: um tema de salud prioritário.** Disponível em: < http://www.who.int/entity/gender/violence/violencia_infopack1.pdf > Acessado em: 17 out. 2006.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

_____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth; ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de Gênero: Poder e Impotência.** Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1995.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero e patriarcado: violência contra mulheres. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Cecília MacDowell & IZUMINO, Wânia Pasinato. **Violência contra as mulheres e violência de Gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil.** S/d. Disponível em: < http://www.tau.ac.il/eial/XVI_1/mcDowell.html >. Acessado em: 01 jun. 2006.

SEGATO, Regina. A estrutura de gênero e a injunção do estupro. In: SUÁREZ, Mireya; BANDEIRA, Lourdes (orgs.). **Violência, gênero e crime no Distrito Federal.** Brasília: Paralelo 15, Editora Universidade de Brasília, 1999.

SOARES, Bárbara. **Mulheres invisíveis: violência conjugal e as novas políticas de segurança.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, Cecília de Mello; ADESSE, Leila. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios.** Rio de Janeiro: Lidador, 2005.

SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 2000.

SPINK, Mary Jane. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 2000. 41-92.

SUÁREZ, Mireya; BANDEIRA, Lourdes (orgs.). **Violência, gênero e crime no Distrito Federal.** Brasília: Paralelo 15, Editora Universidade de Brasília, 1999.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 172 p.

VARGAS, Joana, Domingues. **Crimes sexuais e sistema de justiça.** São Paulo: IBCCrim, 2000.

VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (org). **Cidadania e Violência.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Editora FGV, 1996.

VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004.

VIANNA, Adriana; LACERDA, Paula. **Direitos e políticas sexuais no Brasil: mapeamento e diagnóstico.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

VÍCTORA, Ceres Gomes, KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIGARELLO, Georges. **História do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women.** Geneva: World Health Organization, 2002.

ZUCCO, Luciana Patrícia. **Mulher Maravilha: Sexualidade feminina em discursos nas revistas "Claudia" e "Mulher Dia- a-Dia.** 2007. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

ANEXOS

ANEXO 01



PREFEITURA

SAÚDE

Superintendência de Saúde Coletiva

Coordenação de Programas de Atenção integral à Saúde

FICHA DE 1º ATENDIMENTO - VIOLÊNCIA SEXUAL

Unidade de atendimento: _____

Data do atendimento: ___/___/___ Hora: _____ h boletim de emergência: _____

Nome: _____

Idade: _____ Ocupação: _____

Residência: _____

Situação conjugal: _____ Escolaridade: _____ Cor: _____

Data da violência: ___/___/___ Hora: _____ h

Local: residência rua outro _____

Agressor: conhecido desconhecido múltiplos

Parente: sim não Grau de parentesco: _____ Cor do agressor: _____ Sexo: _____

Tipos de relação entre vítima e agressor: vaginal oral anal

Traumas físicos: não sim tipo: _____

Breve história da ocorrência:

Uso regular de contracepção antes da ocorrência: não sim tipo: _____

Uso de medicação após a violência: não sim tipo: _____

A paciente já mantinha atividade sexual: não sim

Data aproximada do último contato sexual antes da violência: ___/___/___

Data da última menstruação: ___/___/___

Exame físico: PA: ___x___ mmHg PR: ___ bpm Tax: ___ °C Peso: ___ Kg Altura: ___ m

Lesões: equimoses arranhaduras esganadura outras: _____

Conteúdo vaginal presente?: sim não . Colhido conteúdo vaginal?: sim não

Presença de sangue ou sêmen nas vestes: sim não . Coletado amostra?: sim não

Presença de sangue ou sêmen na genitália: sim não

Presença de lacerações ou roturas genitais: sim não . Se sim, perineal perianal

Condutas adotadas:

Contracepção de emergência: sim não tipo: _____

Profilaxia para DST não virais: sim não - Quais: azitromicina ciprofloxacina (adultos)
 ceftriaxone (crianças) penicilina benzatina metronidazol

Profilaxia da hepatite B: sim não - Quais: vacina imunoglobulina

Para imunoglobulina: HM Jesus (CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – 24 horas).

Profilaxia do tétano: sim não

Profilaxia do HIV: sim não - Qual: AZT/3TC/nelfinavir AZT/3TC/indinavir/r

Encaminhada á unidade de referência: sim não Sim, qual: _____

Solicitação de exames iniciais: Atenção – Coleta será realizada nas unidades de referência

VDRL anti-HIV HbsAg anti-HBc IgM anti-HVC

Hemograma TGO TGP Médico que

atendeu: _____ CRM: _____

Atenção: Enviar esta ficha por fax para a S/SSC/CPS – 2273-4240/2503-2209

ANEXO 02

RIO



PREFEITURA

SAÚDE

Superintendência de Saúde Coletiva

Coordenação de Programas de Atenção Integral à Saúde

FICHA DE ACOMPANHAMENTO - VIOLÊNCIA SEXUAL

Nome: _____ Prontuário: _____

Data do 1º atendimento: ___/___/___ Unidade do 1º atendimento: _____

Data do 2º atendimento: ___/___/___ Unidade de seguimento: _____

Informações complementares:

Agressor: conhecido desconhecido múltiplos

Parente: sim não Grau de parentesco _____ Cor do agressor: _____ Sexo: _____

Tipos de relação entre vítima e agressor: vaginal oral anal

Intimidação: arma _____ Força física Ameaça

Realização de profilaxias:Contraceção de emergência: sim não Qual: _____DST não virais: sim não Hepatite B: Imunoglobulina (IGHAIB) sim não Vacina (1ª dose) data: _____

_____/_____/_____

Vacina (2ª dose) data: _____

_____/_____/_____

Vacina (3ª dose) data: _____

_____/_____/_____

Tétano: sim não Vacina: ___ dose data: ___/___/___HIV: sim não Se sim: AZT/3TC/Nelfinavir ou AZT/3TC/Indinavir/Adesão ao tratamento: sim não . Se não, por que? _____Efeitos colaterais: sim não . Se sim, quais: _____**Resultados de exames**

1ª coleta (iniciais) data: ___/___/___

VDRL: ___ anti-HIV: ___ HbsAg: ___ anti-HBc IgM: ___ anti-HVC: ___

2ª coleta (6 semanas) data: ___/___/___

VDRL: ___ anti-HIV: ___ TGP: ___

3ª coleta (3 meses) data: ___/___/___

VDRL: ___ anti-HIV: ___


4ª coleta (6 meses) data: ___/___/___


VDRL: ___ anti-HIV: ___ HbsAg: ___ anti-HBc IgM: ___ anti-HVC: ___

Finalização do caso:Evidência clínica de DST não viral: sim não Resultou em gestação: sim não Soroconversão para sífilis: sim não Interrupção de gestação: sim não Soroconversão para Hepatite B: sim não Soroconversão para Hepatite C: sim não Soroconversão para HIV: sim não **Acompanhamentos:** Saúde mental: sim não Serviço Social: sim não **Abandono:** sim não . (Considerar abandono se não for finalizado o acompanhamento de 6 meses.)

Atenção: Ao final do seguimento enviar esta ficha por fax para S/SSC/CPS: 2502-3392

ANEXO 3 e 4

 **PREFEITURA**
SAÚDE



VIOLÊNCIA SEXUAL

AO ATENDER, ACOLHA, APÓIE E PRESCREVA

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA – ATÉ 72 HORAS

LEVONORGESTREL 1,5mg – Pozzato®, Postinor 2®, Norlevo® e Pilem®
Posologia: 2 comprimidos via oral (VO) em dose única ou 1 comprimido VO de 12 em 12 horas, por 1 dia

OU

MÉTODO DE YUZPE: ESTROGÊNIO + PROGESTOGÊNIO

Evanor® ou **Neovlar®** – 2 comprimidos VO de 12 em 12 horas, por 1 dia
Microvlar®, Nordette®, Levordiol® ou **Ciclo 21®** – 4 comprimidos VO de 12 em 12 horas, por 1 dia
Mercilon® ou **Femina®** – 5 comprimidos VO de 12 em 12 horas, por 1 dia

PROFILAXIAS APÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL

HEPATITE B (não-imunizadas ou com esquema incompleto)
Vacina anti-hepatite B + Imunoglobulina humana anti-hepatite B
(encaminhar para realização no Hospital Municipal Jesus – CRIE)


DSTs NÃO VIRAIS (adultos e adolescentes com mais de 45kg)
Penicilina Benzatina 2.400.000 UI intramuscular (IM) +
Azitromicina 1g VO + Ciprofloxacina 500mg VO +
Metronidazol 2g VO


HIV (até 72 horas)
AZT + 3TC 1 comprimido de 12/12 horas por 28 dias +
Nelfinavir 5 cápsulas de 12/12 horas por 28 dias


OU

AZT + 3TC 1 comprimido de 12/12 horas por 28 dias +
Indinavir 2 cápsulas + **Ritonavir** 1 cápsula de 12/12 horas, por 28 dias

AVALIE A PRESCRIÇÃO DE ANTIEMÉTICOS

 **PREFEITURA**
SAÚDE

 **cepia**
Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

ANEXO 3 e 4

ATENDIMENTO À CRIANÇA/ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

PROFILAXIA PARA HIV

 Em caso de:

EXPOSIÇÃO sexo vaginal, sexo anal e sexo oral
EXPOSIÇÃO OCORRIDA < 72 horas

Drogas utilizadas por 4 semanas

AZT (Zidovudina) 240mg / m2 / dose de 12/12 horas
dose máxima 600mg /dia (1 comprimido = 100mg e 1ml = 10mg)

$$m2 = \frac{\text{peso (kg)} \times 4 + 7}{\text{peso (kg)} + 90} \quad \text{Peso em kg} = 2 \times \text{idade} + 8$$

+

3TC (Lamivudina) 4mg / kg / dose de 12/12 horas
Dose máxima 150mg 12/12 horas

Adolescente < 50kg 2mg / kg de 12/12 horas
(1 comprimido = 150mg e 1ml = 10mg)

+

NFV (Nelfinavir) 10mg / kg / dose de 12/12 horas
dose máxima 1.250mg 12/12 horas
(1 comprimido = 250mg e pó para suspensão 1 medida = 50mg)

PROFILAXIA DA HEPATITE B

NÃO IMUNIZADOS OU COM ESQUEMA VACINAL INCOMPLETO

Crianças com menos de 3 doses de vacina anti-hepatite B - HB:

Vacina HB (completar esquema posteriormente) + **Imunoglobulina humana anti-hepatite B** (encaminhar para Hospital Municipal Jesus – CRIE: Rua Oito de dezembro 717 Vila Isabel)

PROFILAXIA DE OUTRAS DST

SÍFILIS Penicilina benzatina IM dose única

Até 10kg 300.000UI; > 10kg e < 25kg 600.000UI; > 25kg 1.200.000UI

GONORRÉIA Ceftriaxone <45kg 125mg; >45kg 250mg IM dose única

CLAMÍDIA Azitromicina 20mg/kg VO dose única. Dose máxima 1g

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

 Indicada se

já tiver ocorrido menarca, ou próximo a ela até 72 horas após a exposição:

Levonorgestrel 0,75mg – 1 comprimido VO de 12/12 horas por 1 dia

◆ PREENCHER FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE MAUS TRATOS

Encaminhar para o **Conselho Tutelar** da área de residência da criança, com cópia para a **Secretaria Municipal de Saúde**.

◆ ENCAMINHAR A CRIANÇA COM O “CARTÃO DE ENCAMINHAMENTO”

para a **Unidade de Referência** nos próximos dias, para coleta de exames e realização do acompanhamento necessário.

ANEXO 5

OUTROS LOCAIS PARA ATENDIMENTO SÃO AS EMERGÊNCIAS DOS HOSPITAIS MUNICIPAIS

DR. JÚLIO SANDERSON DE QUEIROZ (ANDARAÍ)
Rua Leopoldo 280 Andaraí
Tels 2575-7000 / 2288-3640 / 2572-5827

LOURENÇO JORGE
Av. Ayrton Senna 2.000 Barra da Tijuca
Tels 3111-4600 / 3111-4603 / 3111-4607

MIGUEL COUTO
Rua Mário Ribeiro 117 Gávea
Tels 3111-3800 / 3111-3711 / 3111-3712

PAULINO WERNECK
Estrada do Cacuia 745 Ilha do Governador
Tels 3111-7700 / 3111-7705

SALGADO FILHO
Rua Arquivos Cordeiro 370 Méier
Tels 3111-4100 / 3111-4101

SOUZA AGUIAR
Praça da República 111 Centro
Tels 3111-2630 / 3111-2601

NÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Este folheto foi produzido em parceria com a Cepia e com o apoio do Proshare e Fundação MacArthur.

RJ **PREFEITURA**
SAÚDE

cepia
Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

PROSHARE
PROGRAMA DE APOIO À PREVENÇÃO DA INFANTILIDADE E DA OBESIDADE REPRODUTIVA

FUNDAÇÃO MACARTHUR

RJ **PREFEITURA**
SAÚDE

ATENDIMENTO EM SAÚDE ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Esperamos que você ou qualquer pessoa de sua família não necessite de nossos serviços.
Mas, se precisar, nossos profissionais estão preparados para acolher, ajudar e tratar.

ANEXO 5

O QUE LHE OFERECEMOS

- ◆ Funcionamento 24 horas por dia;
- ◆ Atendimento inteiramente gratuito;
- ◆ Atendimento a pessoas de qualquer idade e sexo;
- ◆ Contracepção de emergência para as mulheres (medicação para evitar a gravidez);
- ◆ Prevenção contra a hepatite B, Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis.
- ◆ Realização de exames;
- ◆ Acompanhamento por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

ATENÇÃO – Crianças não costumam inventar histórias sobre violência sexual e muitas não contam que foram abusadas por medo de serem castigadas ou de não serem acreditadas. Valorize as informações ou mudanças de comportamento apresentadas pelas crianças.

LEMBRE-SE

É importante que você faça o registro policial da ocorrência, mas seu atendimento nas unidades de saúde está garantido, mesmo que você resolva não fazê-lo.

Todas as medicações receitadas são importantes para a sua saúde. Não deixe de tomá-las sem antes consultar um médico.

Você precisa continuar em acompanhamento. Não deixe de marcar sua consulta de retorno.

Em caso de gravidez decorrente de estupro, existe uma Lei que concede à mulher o direito de realizar o aborto. Caso esta seja sua intenção, informe-se com os profissionais de saúde.

Não se culpe! A violência contra a mulher é sempre um crime!

LOCAIS ONDE VOCÊ PODE BUSCAR ATENDIMENTO

Hospital Maternidade ALEXANDER FLEMING

Rua Jorge Schimdt 331 Marechal Hermes
Tel 2450-2580 / 2450-2007

Hospital Maternidade CARMELA DUTRA

Rua Aquidabã 1.037 Lins e Vasconcelos
Tel 2597-3552 / 2269-5446

Instituto Municipal da Mulher

FERNANDO MAGALHÃES

Rua General José Cristino 87 São Cristóvão
Tel 2580-8343 ramal 231 / 2580-1132

Unidade Integrada de Saúde

HERCULANO PINHEIRO

Av. Ministro Edgard Romero 276 Madureira
Tel 3390-0180 / 3390-8374

Maternidade LEILA DINIZ

Estrada de Curicica 2.000 Curicica
Tel 2445-2264 / 2441-4177

Hospital Maternidade

OSWALDO NAZARETH

Praça XV de Novembro 4 fundos Centro
Tel 2507-6001 / 2224-3875

Hospital Estadual PEDRO II

Rua do Prado 325 Santa Cruz
Tel 3395-0123 ramal SOS 220 / 3395-4266

VOCÊ TEM O DIREITO DE SER BEM ATENDIDA!

ANEXO 6



PREFEITURA

SAÚDE

Superintendência de Saúde Coletiva

Coordenação de Programas de Atenção integral à Saúde

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Protocolo de atendimento de emergência nas Maternidades ou Hospitais de Emergência:

- 1 . Realizar o atendimento médico, adotando-se as providências necessárias tais como suturas, medicações analgésicas, imagens e etc...;
- 2 . Fazer a profilaxia das DSTs/AIDS de acordo com o protocolo;
- 3 . Fazer a contracepção de emergência quando for o caso;
- 4 . Solicitar os exames laboratoriais de acordo com o protocolo (coleta na unidade de referência);
- 5 . Referenciar a pessoa para a unidade que fará o acompanhamento, no menor prazo possível, para que ela possa coletar sangue para os exames iniciais em tempo hábil;
- 6 . Orientar e informar a mulher sobre os aspectos legais;
- 7.Fazer notificação de maus tratos/abuso sexual para crianças e adolescentes;
- 8.Encaminhar uma cópia da ficha de notificação de maus tratos/ abuso sexual para o Conselho Tutelar em caso de menores de idade
- 9.Preencher a ficha de 1º atendimento da pessoa em situação de violência sexual.
10. Encaminhar a ficha de 1º atendimento para a Direção da Unidade, que deve enviá-la por fax para a Gerência do Programa da Mulher

Unidades que realizam o atendimento de emergência(adultos, adolescentes e crianças):

- **Maternidades:** Inst. Municipal da Mulher Fernando de Magalhães, Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro e Hospital Maternidade Carmela Dutra.
- **Emergências:** Hospital Municipal Souza Aguiar, Hospital Municipal Miguel Couto, Hospital Municipal Salgado Filho, Hospital Municipal Lourenço Jorge e Hospital Municipal do Andaraí, Hospital Municipal Paulino Werneck, Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, Hospital Estadual Getúlio Vargas, Hospital Estadual Carlos Chagas, Hospital Estadual Albert Schwertzer, Hospital Estadual Rocha Faria e Hospital Estadual Pedro II.

Pólos de seguimento para as mulheres e as adolescentes:

- **Maternidades:** IMM Fernando de Magalhães, HM Alexander Fleming, HM Oswaldo Nazareth, UIS Herculano Pinheiro, H Maternidade Carmela Dutra e Hospital Estadual Pedro II (SOS Mulher).

Pólos de seguimento para as crianças(até 12 anos):

- HM Jesus(ambulatório de DIP, 4º andar-Aux. Enf.Marize; Projeto Bem Receber)
- Hospital, Municipal Raphael de Paula Souza (Hospital-dia).

Pólos de seguimento para os casais sorodiscordantes, homens e os adolescentes do sexo masculino:

- Unidades que prestam atendimento ao portador de HIV/AIDS.

Protocolo de acompanhamento nas unidades de referência:

1. A pessoa em situação de violência é acolhida e recebe um número de matrícula;
2. Colhe os exames laboratoriais;
3. É agendada uma consulta com o profissional que fará o seguimento;
4. Nos pólos de seguimento, é preenchida a ficha de acompanhamento, são solicitados os exames, avaliados os resultados e, ao final do acompanhamento, a mesma deve ser enviada por fax para o GPM

ANEXO 07

O quadro abaixo se refere às categorias profissionais que participaram da pesquisa, as abreviações e o tempo de duração das entrevistas, totalizando 06:01:49.

Profissional	Abreviações	Tempo de duração
Médica 1	MA 1	00:26:56
Técnica de Enfermagem	TE	00:15:31
Assistente social 1	AS 1	00:48:04
Médica 2	MA 2	00:25:58
Psicóloga 1	Psi 1	00:51:19
Auxiliar de enfermagem	AE	00:31:28
Psicóloga 2	Psi 2	01:12:48
Assistente social 2	AS 2	00:54:05
Enfermeira	Enfa	00:35:40

Média das entrevistas – 00:40:12 = 40 minutos

Características das entrevistadas

MA 1 – 56 anos, parda, divorciada, médica, formada há 29 anos. Atua na emergência aproximadamente há 14 anos.

TE – 39 anos, parda/preta, separada, mas tem um namorado, técnica de enfermagem, formada há 22 anos.

AS 1 – 44 anos, morena, casada, assistente social 1, formada há 19 anos. Atua na emergência há 2 anos.

MA 2 – 53 anos, morena, casada, médica, formada há 26 anos, lotada na emergência há 12 anos.

Psi 1 – 36 anos, branca, casada, tem duas pós-graduações na área de saúde mental, tem 12 anos de formada, atua na emergência há aproximadamente 1 ano.

AE – 47 anos, negra, separada, mas tem um namorado, auxiliar de enfermagem, tem 24 anos de profissão, atua no município há 19 anos.

Psi 2 – 40 anos, morena, solteira, psicóloga, formada há 16 anos, possui pós-graduação em psicanálise e em gestão pela qualidade total.

AS 2 – 40 anos, negra, solteira tem namorado, assistente social, formada há 14 anos. Possui pós-graduação na área de violência doméstica, atuou na emergência por 2 anos.

Enfa – 47 anos, negra, separada, enfermeira, formada há 20 anos.

ANEXO 08**Roteiro de entrevista**

Data

Tempo de duração

Dados de identificação

Nome

Idade

Cor

Situação conjugal

Formação profissional

Tempo de formação

Participação em cursos

Interesse na temática de violência sexual

Percepção sobre a assistência a violência sexual

Percepção sobre violência sexual contra a mulher

Como você vê a mulher que sofreu violência sexual

Como é atender as mulheres que sofreram violência sexual

Como se dá o atendimento à violência sexual contra a mulher no setor de emergência

Como os profissionais de saúde estão lidando com a questão da violência sexual contra a mulher

Como você se sente ao atender uma mulher que sofreu violência sexual

Como os profissionais percebem as conseqüências da violência sexual contra a mulher



O que você acha que os profissionais devem apresentar como requisitos no atendimento a violência sexual contra a mulher

Como você vê a capacidade do setor de emergência em responder a violência sexual

Como você observa o papel da saúde na atenção à violência sexual

O que você acha que aconteceu com as mulheres que sofreram violência sexual

ANEXO 09

	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro	
---	---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO

Pesquisa: A assistência à violência sexual contra a mulher no município do Rio de Janeiro

Prezado(a) profissional

Este documento lhe dará informações e solicitará o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida no âmbito do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva na área de concentração Política, Planejamento e Administração, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Considerando a relevância que o tema da violência sexual assume para as mulheres e, conseqüentemente para os serviços de saúde que as atendem, o presente estudo pretende analisar a assistência à violência sexual contra a mulher no hospital de emergência na percepção dos profissionais de saúde envolvidos nesta atenção. Além de identificar a concepção sobre violência sexual e suas conseqüências. O estudo objetiva, ainda, identificar a atuação dos profissionais de saúde diante da violência sexual e o papel da saúde na atenção à violência sexual.

A pesquisa será conduzida através de entrevistas semi-estruturada sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência a violência sexual contra a mulher.

Você tem todo o direito de pedir outros esclarecimentos antes e durante o desenvolvimento da pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Será garantido o sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, cujos resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas, por acaso, referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo.

As entrevistas serão gravadas, com a autorização dos profissionais de saúde, estudadas e, posteriormente, será realizada a transcrição das mesmas. As observações serão registradas em diário de campo. Os dados coletados na pesquisa contribuirão para a elaboração da dissertação de mestrado, bem como para artigos científicos e de trabalhos a serem apresentados em mesas redondas, congressos, seminários, entre outros, com vistas a uma maior divulgação dos resultados.

Eu, _____ abaixo assinada concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada *A assistência à violência sexual contra a mulher no município do Rio de Janeiro*, desenvolvida pela pesquisadora Jeanne de Souza Lima, orientada pelo Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos, a qual poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário por meio do telefone (21) 2587-7303 ramal 210.

Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela pesquisadora.

Estou ciente de que em caso de dúvida, ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou seu orientador, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Rio de Janeiro situado à Rua Afonso Cavalcanti 455 sala 601 Cidade Nova Rio de Janeiro (RJ) tel. 2293-5549..

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Nome da pesquisadora_____
Assinatura

Data ___/___/___

Nome da entrevistada_____
Assinatura do(a) participante

Data ___/___/___

Jeanne de Souza Lima

Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, Blocos D e E, CEP 20559-900, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), telefones (21) 2587-7303/7540/7422/7572 e fax (21)22641142. Cel. 8898-2710

Email: jeanne.lima@terra.com.br