Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Priscilla Oliveira da Silva

O cuidado às mulheres em situação de violência sexual: interfaces entre a experiência profissional e a vivência pessoal

Rio de Janeiro
2009

Priscilla Oliveira da Silva

O cuidado às mulheres em situação de violência sexual: interfaces entre a experiência profissional e a vivência pessoal

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

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S586 Silva, Priscilla Oliveira da.
O cuidado às mulheres em situação de violência sexual: interfaces entre a experiência profissional e a vivência pessoal / Priscilla Oliveira da Silva. – 2009.
105f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Violência contra a mulher – Teses. 2. Crime sexual – Teses. 3. Serviços de saúde para mulheres – Teses. 4. Pessoal de saúde. 5. Assistência à saúde. 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.

_____ _____

Assinatura Data

Priscilla Oliveira da Silva

O cuidado às mulheres em situação de violência sexual: interfaces entre a experiência profissional e a vivência pessoal

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

Aprovada em 26 de abril de 2009.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos – orientador
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Fabíola Rohden
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta
Fundação Oswaldo Cruz – EPSJV/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Para minhas avós Beatriz e Euza,
com todo meu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Ruben Mattos, meu orientador, pela generosidade e por partilhar comigo todo o processo de construção da dissertação, sendo uma das minhas mais importantes fontes de apoio intelectual e afetivo.

À Prof.ª Fabíola Rohden, pela leitura atenta do trabalho e pelas contribuições antes mesmo da construção do projeto. Ao professor Kenneth Camargo, pelas valiosas observações para o desenvolvimento da pesquisa e ao professor Gustavo Matta, pela participação na banca examinadora.

Aos meus pais, Dulce e Adelino, que constituem um exemplo de determinação e que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões. E ao meu irmão, Bruno, pela grande paciência e atenção. Amo vocês.

Ao meu amor, amigo e companheiro, Cristiano, que traz mais colorido para minha vida, que teve paciência e sensibilidade para entender minhas angústias e receios, contribuindo para que nada me desviasse do meu caminho.

Aos meus amigos do Mestrado, especialmente Rita, Djynanna, Suely, Kátia e Liliane, pelas inúmeras conversas e pelos trabalhos compartilhados. Um agradecimento especial à amiga Dulce, pelo seu carinho, zelo e disponibilidade.

À Prof.ª Benedita, da Escola de Enfermagem da UERJ, que num momento de grande fragilidade me ajudou a desvencilhar de um enorme peso. À minha cunhada e amiga, Bárbara Bertolossi, que com sua sensibilidade promoveu este “encontro” com a professora Benedita, e a todos que de alguma forma também contribuíram com este momento, o meu agradecimento. É bom saber que “tenho” vocês.

RESUMO

OLIVEIRA, Priscilla Oliveira da. *O cuidado às mulheres em situação de violência sexual:* interfaces entre a experiência profissional e a vivência pessoal. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

A violência sexual demanda dos serviços de saúde um cuidado integral e resolutivo. Temos assistido, ao longo dos anos, à implantação de um número crescente de serviços de atendimento à violência sexual que se estruturam de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde. Por outro lado, a grande maioria dos profissionais neste serviço são mulheres, e a não-atenção para este fato no treinamento e supervisão pode ter consequências danosas, seja para as mulheres usuárias, seja para as profissionais. Sendo assim, os objetivos deste estudo são: identificar possíveis mudanças na trajetória de vida e do entendimento das profissionais sobre a violência contra a mulher, a partir dos atendimentos em violência sexual, e discutir que tipo de relações intersubjetivas são desenvolvidas entre as profissionais de saúde e as mulheres em situação de violência sexual. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva, que foi desenvolvida numa maternidade municipal do Rio de Janeiro de referência para o atendimento na violência sexual contra a mulher. Os sujeitos do estudo foram as profissionais de saúde inseridas na equipe interdisciplinar para atendimento à violência sexual, totalizando três médicas, duas assistentes sociais e uma enfermeira. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista, e para a análise foi empregada a técnica de análise de conteúdo. Com esta pesquisa, conclui-se que o aspecto relacional de gênero interfere na identificação com as mulheres em situação de violência sexual. Essa identificação é benéfica, mas pode gerar sofrimento nas profissionais e comprometer a relação. O atendimento técnico, em alguns casos, é utilizado como ferramenta para superação das dificuldades, mas não garante qualidade, enquanto que as fichas de primeiro atendimento e de acompanhamento da violência sexual são artifícios utilizados para a substituição da fala.

Palavras-chave: Violência sexual. Cuidado em saúde. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Sexual violence demands of health care an integral and decisive attention. We have seen, over the years, the deployment of an increasing number of care services for sexual violence that are structured according to the Technical Norm of the Health Ministry. On the other hand, the vast majority of professionals in this service are women, and non-attention to this fact in the training and supervision can have harmful consequences, both for women users, as for professionals. Therefore, the objectives of this study are to identify possible changes in the lives and understanding of professionals on violence against women, based on attendance in sexual violence, and to discuss what kind of interpersonal relations are developed between health professionals and women in situations of sexual violence. This is a qualitative survey with descriptive approach, which was developed in a maternity hospital in Rio de Janeiro, reference to the care of sexual violence against women. Study subjects were health professionals included in the interdisciplinary team to care for sexual violence, a total of three physicians, two social workers and a nurse. The instrument used for data collection was the interview, and for the analysis it was used the technique of content analysis. With this research, it appears that the relational aspect of gender identification interferes with women in situations of sexual violence. This identification is beneficial, but may cause suffering and undermine the professional relationship. The technical service, in some cases is used as a tool to overcome difficulties, but it does not guarantee quality, while the chips of primary care and monitoring of sexual violence are devices used to replace speech.

Keywords: Sexual violence. Health care. Health professionals.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	9
1	**CONSIDERAÇÕES INICIAIS**	11
2	**MARCO TEÓRICO**	17
2.1	**A violência sexual e a fragmentação do corpo na saúde**	17
2.2	**Gênero na história: situações femininas**	20
2.3	**A trajetória das pesquisas na violência contra a mulher**	24
3	**REFLEXÕES TEÓRICAS**	30
3.1	**Avanços na garantia dos direitos da mulher**	30
3.2	**O cuidado em saúde e as mulheres em situação de violência sexual**	34
3.3	**Aspectos jurídicos**	40
3.4	**Alguns números da violência sexual**	43
4	**PERCURSO METODOLÓGICO**	50
4.1	**O desenho do estudo**	50
4.2	**O trabalho de campo**	51
4.2.1	O espaço da pesquisa	52
4.2.2	Os atores da pesquisa	52
4.2.3	Abordagem técnica	53
4.3	**Organização e análise dos resultados**	55
5	**ANÁLISE DOS RESULTADOS**	56
5.1	**Categoria I – Mulheres em situação de violência sexual: a visão das profissionais**	56
5.2	**Categoria II – Relações Intersubjetivas: revendo o cuidado em saúde**	61
5.3	**Categoria III – Mudanças no cotidiano das profissionais**	68
5.4	**Categoria IV – Reflexões quanto a violência sexual**	72
5.5	**Categoria V – Identificação quanto ao gênero**	78
5.6	**Categoria VI – O serviço de saúde na atenção à violência sexual**	81
5.6.1	Subcategoria I – Como os profissionais avaliam a sua atuação	82
5.6.2	Subcategoria II – A escolha dos profissionais para atuar com violência sexual	85
5.6.3	Subcategoria III – A primeira experiência em violência sexual	87
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	89
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A - Perfil das profissionais de saúde	101
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas	

ANEXO B - Ficha de 1º atendimento - violência sexual 102

ANEXO C - Ficha de acompanhamento - violência sexual 103

APRESENTAÇÃO

A violência sexual é uma forma de violência contra a mulher que se insere no campo de valores ligados à sexualidade e aos aspectos relativos ao gênero. Mulheres que sofreram violência sexual podem culpar-se pela violência, apresentarem medo de julgamentos e desenvolverem transtornos em decorrência dessa agressão.

A violência sexual demanda dos serviços de saúde um cuidado integral e resolutivo. Temos assistido, ao longo dos anos, à implantação de um número crescente de serviços de atendimento à violência sexual, que se estruturam de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Um dos preceitos da norma técnica é a capacitação dos profissionais de saúde.

No entanto, Schraiber et al. (2005) lembram que os profissionais dos serviços de saúde não estão, obviamente, livres de sofrer ou praticar violência. Ressaltam, ainda, que a grande maioria dos profissionais são mulheres, e a não-atenção para este fato no treinamento e supervisão pode ter consequências danosas, seja para as mulheres usuárias, seja para os prestadores de serviço. Assim, faz-se necessário um olhar sobre as experiências das profissionais de saúde nos atendimentos às mulheres em situação de violência sexual, seu reflexo no cuidado em saúde e na trajetória pessoal da profissional, considerando o fato de também serem mulheres.

Para tanto, este estudo possui como objetivos: identificar mudanças na trajetória de vida e do entendimento das profissionais sobre a violência contra a mulher, mediante a experiência dos atendimentos em violência sexual; e discutir que tipo de relações intersubjetivas são desenvolvidas entre profissionais de saúde e mulheres em situação de violência sexual.

Entende-se que as vivências pessoais das profissionais de saúde nos atendimentos devem ser discutidas em espaços de reflexão, podendo representar pontos de partida para uma compreensão sobre novas práticas de atendimento às mulheres. O mergulho em suas próprias experiências enquanto sujeitos, profissionais mulheres, sensuais, em idade reprodutiva ou não, com medos, desejos

e potencialidades, possibilitaria um encontro com suas próprias inexperiências, suas carências, queixas, condições de saúde e relações de gênero. Tal processo atua como um alerta para sua necessidade e a necessidade do outro.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto as respostas das profissionais de saúde nas relações intersubjetivas com mulheres em situação de violência sexual. A violência sexual é entendida por Schraiber et al. (2005, p. 38) “como expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa, toques e carícias não desejados, exibicionismo e voyerismo, prostituição forçada, participação forçada em pornografia e relações sexuais forçadas”.

A violência contra a mulher ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, sendo um fenômeno universal. Pode ocorrer por estranhos ou conhecidos, dentre eles o próprio parceiro da mulher. As mulheres que sofrem violência física por seus parceiros íntimos estão sob o risco de violência sexual. Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos é normalmente acompanhada por abuso psicológico, e um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual. Estima-se que este tipo de violência atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo (BRASIL, 2005).

A violência contra a mulher tem impacto sobre a saúde física, mental e vida social, interferindo no bem-estar da pessoa atingida, assim como de seus filhos e demais membros da família, mas é um tema ainda pouco explorado e de pouca visibilidade. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará / ONU, das quais Brasil é signatário,[1] destaca-se na questão da violência e traz como foco principal o reconhecimento de que a violência doméstica, sexual e ou psicológica contra a mulher é uma violação dos direitos humanos.

Embora a violência sexual seja uma das formas mais hediondas de violência de gênero e violação dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos, e por mais que as pessoas saibam que a violência sexual existe, não falam a respeito e têm enorme dificuldade em ouvir sobre. Mesmo tão presente diretamente e por

[1]“ Os instrumentos promulgados são importantes porque estabelecem marcos legais dentro dos quais se pode avançar na proteção aos sujeitos titulares desses direitos nos países que o ratificam. Eles são mecanismos de pressão. A efetivação dos tratados internacionais depende de ações concretas de ativista, população, políticos, gerentes e profissionais de serviços governamentais e não governamentais ao redor do mundo.” (SCHRAIBER, 2005, p. 113).

meio dos seus impactos sobre a saúde no cotidiano dos serviços, esta é ainda uma questão pouco abordada nos espaços de reflexão teórica sobre saúde coletiva e sobre políticas públicas em saúde (OLIVEIRA, 2007).

A experiência profissional na Gerência do Programa de Saúde da Mulher e numa Maternidade, ambos no município do Rio de Janeiro, permitiu-me avaliar a necessidade de espaços de reflexão, para além das capacitações técnico-científicas, que discutam as relações intersubjetivas e experiências vividas mediante os atendimentos. Ao acompanhar mulheres em situação de violência sexual, os profissionais pareciam manter-se com "olhar" fixo ao protocolo[2] de atendimento (anexo 1), evitando maior proximidade, restritos meramente ao fato ocorrido e sujeitos à necessidade de preenchimento das fichas de primeiro atendimento (anexo 2) e de acompanhamento (anexo 3). Outros profissionais se diziam "incapazes" de realizar os atendimentos, apesar do conhecimento desse protocolo.

As experiências relatadas pelas mulheres pareciam, em alguns casos, angustiantes para as profissionais, e o protocolo era uma forma de proteção aos fatos apresentados. Dejours (2004) refere que o confronto com real, entendido aqui como a prática profissional, se deixa conhecer por sua resistência a se submeter aos conhecimentos (entendimento teórico sobre as relações de gênero e de violência) e às diferentes formas de *saber-fazer* (um *saber fazer* para além do protocolo) que é gerador de sofrimento. Dejours refere ainda que, no sofrimento, são elaborados processos de defesa que podem ser eficazes, dissimulando, com maior ou menor êxito, o sofrimento em questão da própria consciência dos trabalhadores.

O resultado da prática em violência pode trazer diferentes respostas à trajetória dos profissionais e ao cuidado em saúde. Tal fato torna necessário pensar nas questões intersubjetivas que estruturam as relações destes sujeitos e suas experiências neste contexto.

Para o desenvolvimento de relações intersubjetivas, Madeira e Duarte (apud PINHEIRO et al., 2007) referem que a escuta é imprescindível, trazendo como consequência a efetividade do cuidar na perspectiva da integralidade, pois a escuta permite o reconhecimento da subjetividade dos indivíduos possuidores de histórias e

[2] O protocolo de atendimento é uma tradução para os serviços de saúde da Norma Técnica denominada "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adoslecentes", criada em 1998.

vivências singulares, onde, ao se colocarem em posição de escuta, se dispõem a se transformar e a transformar o outro.

Se, entretanto, nos serviços de saúde não houver uma preocupação quanto às vivências das profissionais, a escuta, como referenciado por Madeira e Duarte (apud PINHEIRO et al., 2007), e a relação entre os indivíduos envolvidos, podem ficar comprometidas. Nesse aspecto, poderíamos ter como produto final a reprodução de práticas “restritivas” por uma “dificuldade” de interação com os sujeitos que sofreram desse agravo. No entanto, não devemos perder de vista e questionar se essas práticas não seriam mais uma forma de relação profissional-cliente, cujo foco é o tratamento, em que, como refere Mattos (2006), a falta de capacidade do profissional em estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto favorece o olhar profissional para a doença, neste caso para a violência ou doenças decorrentes dela, subestimando os desejos, aspirações e sonhos. Estas questões podem ser somadas às relações de gênero, com consequente abreviação de um maior envolvimento, em decorrência da herança cultural que solidifica percepções, sentimentos e ações sexistas, reducionistas e preconceituosas contra as mulheres, reproduzindo um padrão hegemônico de relações assimétricas (LIMA, 2007). Mas reduzir a mulher a um objeto e reforçar ações sexistas pode ser estratégico para um menor envolvimento.

É necessário ressaltar que as graves consequências para a saúde e vida dos indivíduos envolvidos numa situação de violência apontam para a importância de intervenções que possam ajudar a reverter este quadro, como a articulação de uma rede de referências (em cuja organização gestores municipais e estaduais possuem papel decisivo), na capacitação dos profissionais da equipe, na provisão de insumos e na divulgação para o público em geral (LIMA, 2007).

Além da articulação de uma rede de referências, é necessário organizar uma equipe interdisciplinar. Os profissionais inseridos nessa equipe são, em sua maioria, constituídos por mulheres, sendo elas profissionais da enfermagem, do serviço social e da psicologia. A equipe também é constituída por profissionais da medicina, que apesar de não ser uma profissão predominantemente feminina, tem grande número de mulheres na Ginecologia e Obstetrícia. Reconhecer suas próprias vivências na história da cliente pode ser algo desfavorável ao atendimento. Mesmo que não tenham vivenciado a mesma forma de agressão, outras formas de relações

de poder nas relações de gênero podem ganhar visibilidade ou proporções maiores a partir da experiência dos atendimentos. Portanto, nessa perspectiva, é impossível não dar ênfase às profissionais mulheres nos atendimentos às mulheres em situação de violência.

As profissionais podem se deparar com seus próprios medos, ou sua sexualidade e relação com o parceiro podem sofrer influência nesse processo. Chauí (1985), referindo-se à violência, informa que é uma relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, como a ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como uma coisa, que pode se encontrar frente a qualquer mulher, pois não é determinada pela classe social em que vive.

Podemos refletir ainda que o julgamento atribuído às mulheres pelas profissionais, obviamente imerso em questões de gênero, pode ser intensificado ou mesmo reforçado, no desejo de não vivenciar o agravo em questão, no sentido de que: “se eu (profissional) não reproduzo as “atitudes” da mulher (em situação de violência sexual), não sofrerei das mesmas consequências”. Esse desejo de não vivenciar a violência sexual pode também moldar o comportamento social e sexual da profissional.

Agrega-se a essas questões a sensação de impotência sentida pelos profissionais, gerando sentimentos como raiva, medo, indignação e um desejo de livrar-se do problema. Palácios (2004) refere que a falta de controle sobre o produto final do trabalho é uma causa de grande sofrimento, assim como o desequilíbrio entre alta demanda da tarefa atribuída ao profissional e os recursos psíquicos que o mesmo possui, uma fonte de *stress*.

Schraiber et al. (2005) informam ainda que a busca do problema da violência entre as usuárias pelos profissionais tem sido, via de regra, pequena, e que o exame dos motivos têm demonstrado que o sentimento de impotência diante dos casos, o medo de ofender a mulher ao perguntar sobre o assunto, a falta de tempo, o receio de identificar-se com a situação e a falta de treinamento têm papel importante nesse processo.

Por outro lado, os atendimentos podem ter desdobramentos positivos para as profissionais, por favorecem a reflexão sobre as questões de gênero, principalmente se mediadas por capacitações. O atendimento na violência sexual contra a mulher

pode contribuir para um novo olhar profissional, não só no cuidado em saúde, mas em sua vida pessoal. A visibilidade nas relações de poder pode possibilitar a sensibilidade para acontecimentos perenes ao cotidiano das mulheres, que desfaz as amarras e permite uma nova visão de mundo. Com isso, ressaltamos que esse processo também pode ser algo emancipador para a profissional, assim como reconhecer suas próprias vivências na história da mulher pode ser algo favorável para o atendimento.

Estas questões perpassam e se inserem no cuidado em saúde e nos convidam a refletir sobre a prática. As relações estabelecidas entre profissionais e usuárias, nestes atendimentos, refletem questões de gênero que podem ser tomadas na própria vivência da profissional, trazendo diferentes respostas a esse cuidado e a trajetória pessoal. Nos atendimentos ambulatoriais em violência sexual, presenciávamos com frequência a angústia das mulheres que se queixavam de dores, mas que ao exame físico não apresentavam indícios físicos que justificassem essas queixas. Como presenciávamos também mulheres com dificuldade de se relacionarem com seus parceiros ou ainda com medo do pré-julgamento que pudessem sofrer. Isso nos mostra a necessidade de um cuidado integral que implica a recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e afirmação da abertura para o diálogo (MATTOS, 2006).

Benevides e Passos (2005) consideram que, no processo de produção da saúde, todos os sujeitos envolvidos devem ser reconhecidos. Assim, devem-se reconhecer as subjetividades de usuários e profissionais e o seu protagonismo na produção dos atos de saúde. Ayres (2004) aponta para a dimensão do cuidado em saúde quando o mesmo se dá a partir do estabelecimento de interações intersubjetivas e por meio de um diálogo, o mais simétrico possível, entre profissionais e usuários, favorecendo uma compreensão mútua entre os envolvidos e permitindo a construção consensual de seus valores e verdades. Logo, conhecer a dimensão cotidiana da violência sexual é central nesse contexto e pode subsidiar ou desencadear uma proposta de reflexão da prática profissional e das experiências vividas pelas profissionais, contribuindo para as intermediações na qualidade dessa prática. Sendo assim, os objetivos desta pesquisa são: identificar mudanças na trajetória de vida e do entendimento das profissionais sobre a violência contra a mulher mediante a experiência dos atendimentos em violência sexual e discutir que

tipo de relações intersubjetivas são desenvolvidas entre profissionais de saúde e mulheres em situação de violência sexual.

O reconhecimento de si mesmo e do outro é uma prerrogativa de bom atendimento nos serviços de saúde. Será difícil conquistar o “tornar-se você mesmo” e colocar seu saber profissional para ajudar o outro se sua sexualidade, suas necessidades de vida, seus desejos e ambiguidades não forem compreendidos. (CARNEIRO; AGOSTINE, 1994).

Em relação ao perfil dos atendimentos, Cavalcanti, Zucco e Silva (2005) referem que existe certo consenso entre as pesquisas quanto a considerar que na maioria das vezes a violência sexual é cometida por indivíduos conhecidos, mas esses casos possuem menor visibilidade nos serviços de saúde. Dados da SMS/RJ, analisados por Lima (2007), demonstram o predomínio de agressores desconhecidos em relação a agressores conhecidos nas violências sexuais cometidas às mulheres. Porém, é necessário ressaltar que normalmente os casos notificados nas unidades de referência são os casos agudos da violência sexual, sobretudo nos casos de estupro e atentado violento ao pudor.

É fato que a violência sexual perpetrada pelo parceiro, ou seja, os casos crônicos, são menos notificados, pois as 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”. (LIMA, 2007, p. 49). Nos casos crônicos, é importante considerar que as mulheres estarão mais vulneráveis, em função do envolvimento emocional, dependência econômica, facilidade de acesso do agressor ou medo.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A violência sexual e a fragmentação do corpo na saúde

No livro *A Sociologia do Corpo*, Le Breton se dedica à compreensão da corporeidade humana como fenômeno cultural e social, motivo simbólico, objeto de representações, e refere um estudo de Robert Hertz (1928) sobre a temática, citando o exemplo da mão esquerda e direita, em que à mão direita associava-se "à força, o benéfico, o nobre" e à esquerda "a fragilidade, falsidade e imperícia", concluindo que destro e canhoto não seriam somente significações funcionais, mas também valores morais. Para o autor, de acordo com as sociedades, um sistema de valores divide os diferentes órgãos e as diferentes funções do corpo humano, no qual:

> O corpo metaforiza o social e o social metaforiza o corpo. No interior do corpo são as possibilidades sociais e culturais que se desenvolvem. Aos órgãos e às funções do corpo humano são atribuídos representações e valores diferentes de uma sociedade para outra. (LE BRETON, 2006, p. 70).

Le Breton nos traz ainda a reflexão de Mary Douglas, segundo a qual:

> O corpo é o modelo por excelência de qualquer sistema finito. Seus limites podem representar as fronteiras ameaçadas ou precárias. Como o corpo tem uma estrutura complexa, as funções das diferentes partes e as relações entre elas podem servir como símbolos e outras estruturas complexas. É impossível interpretar corretamente os ritos que recorrem aos excrementos, à saliva, ao leite materno, etc., se ignorarmos que o corpo é um símbolo da sociedade, que o corpo humano produz em escala reduzidos poderes e os perigos que se atribui à estrutura social. (DOUGLAS, 1973 apud LE BRETON, 2006, p .69).

Quando há "invasão" do corpo para além das questões físicas, um campo mais complexo se apresenta onde o aspecto físico é uma parte. Essa complexidade se dá no valor que o mesmo possui ao indivíduo e perante a sociedade. Le Breton ressalta o comprometimento ao indivíduo quando, assim como o rosto o sexo é atingido, "o rosto é, ao mesmo título que o sexo, o lugar mais valorizado, o mais solidário do EU. O comprometimento pessoal é tão maior quando um ou outro é atingido" (LE BRETON, 2006, p. 69).

Por outro lado, o autor também chama atenção para o crescimento do valor técnico e até mesmo mercante atribuído ao corpo, exemplificado através dos feitos

da medicina e da biologia, como os transplantes, transfusão de sangue, manipulações genéricas, inseminação artificial, que deram ao corpo o valor de um objeto cujo preço é inestimável diante da demanda crescente: “O corpo é assim decomposto em peças, submetidas à razão analítica [...] O corpo humano tende a se tornar um objeto como outros”. (LE BRETON, 2006, p. 69).

Para Bastos (2002), uma das matrizes da medicina ocidental contemporânea é a visão reducionista do corpo humano, descontextualizado social e historicamente, que o esvazia de outras significações que não sejam as da ordem puramente orgânica, levando a um apagamento do sujeito. Esse mesmo sujeito, que evidentemente está presente num corpo que também é biológico, só existe como tal enquanto um produto social-histórico. Nesse sentido, a doença e o sofrimento humanos não podem ser compreendidos sob uma única ótica. A ciência e seus objetos, a existência da prática terapêutica e as ameaças pessoais e sociais que pesar a doença não podem ser apreendidas de um ponto de vista único ou singular.

Ainda para Bastos (2002, p. 20):

> [...] a ação científica desvinculada da subjetividade faz, do conhecimento, um conhecimento absoluto. E o poder do conhecimento absoluto não reconhece as dimensões alteritárias. A medicina ocidental contemporânea, armada pelas biotecnologias, faz sua ação poderosa, mas não potente – na medida em que o poder é sempre domínio sobre algo ou alguém numa relação sujeito/objeto em que não há sensibilidade para com o outro (Lévy, 2001). A sensibilidade para com o outro caracteriza o conhecimento potente cuja ação, ao considerar as diferentes contextualizações e diversidades subjetivas, torna-se ética.

Na busca de uma objetividade que não se consegue alcançar, é produzida a “desumanização” da medicina, que gera consequências éticas. Ao se dirigir à objetividade científica com seu ideal de neutralidade, na transformação da prática clínica em pesquisa científica, deixa-se de lado a permanente tensão existente entre objetividade e subjetividade, em que não é possível reconhecer os híbridos e avançar para outro paradigma que permitiria uma responsabilidade ética para além das regras deontológicas (BASTOS, 2002).

No cuidado às mulheres em situação de violência sexual, é necessária a reflexão sobre estas questões, a julgar o valor social atribuído ao corpo, valores estes, constituintes da subjetividade dos sujeitos, muitas vezes esquecidos em função de uma visão fragmentada e materializada do mesmo, que leva profissionais de saúde a um cuidado igualmente fragmentado e destituído de integralidade.

É necessário refletir que o estupro traz a marca da impureza que se inscreve no corpo e na intimidade da subjetividade, submetendo a mulher, em muitos casos, a rituais de purificação. Ao limpar-se no banho e ao desfazer-se das roupas jogando-as no lixo, a mulher parece estar exercendo um ritual capaz de purificar o corpo e a alma, tornados impuros depois de um abuso sexual imposto. A marca do estupro é uma marca da "pessoa moral" e se situa na interioridade, inscrevendo-se na construção da subjetividade. Muitas mulheres, mesmo sabendo que foram estupradas, deflagram uma batalha interior, questionando-se se não incentivaram, se não seduziram, e sentem-se próximas da figura de prostituta (MACHADO, 1999).

Para Machado (1999), a dicotomia pureza e impureza parece trazer marcas exclusivamente para o corpo feminino. Como a impureza feminina é construída arraigada ao corpo e à moralidade interior, ela é posta como não-restaurável. O corpo feminino, ao ser tocado pelo masculino na relação sexual, deixa de ser puro. Enquanto que, sobre o corpo masculino, pode apenas incidir a impureza de uma exterioridade moral, que desta forma pode ser moralmente restaurada. O feminino, visto da posição exterior, tanto para os olhares masculinos quanto femininos, é transitivo. Ele transita entre a posição de seduzir e a posição de esquiva, entre a posição de feminino sagrado e feminino impuro, construindo uma sexualidade de gênero. "A partir da construção simbólica deste feminino ambivalente, é que as mulheres parecem sempre estar transitando de uma posição para outra, dependendo dos olhares que sobre elas se debruçam". (p. 349)

A autora refere ainda que:

> A marca da impureza do ato do estupro e o fantasma da sedução que aflige o feminino parecem intimamente articulados para comprovar a profecia masculina, de que, afinal, são todas as mulheres confundíveis com o modelo da sedução e da prostituição. Daí a capacidade de transformismo, que assume a noção de estupro: vai de um entendimento de um crime hediondo contra a pessoa, passando por um crime contra os costumes aos atos mais banais e corriqueiros de relações sexuais entre homens e mulheres, quer se deem entre cônjuges, quer com vadias e prostitutas. (MACHADO, 1999, p. 349).

Assim, uma forma de culpabilização da mulher, que possui uma representação social muito ampla, relaciona-se à resistência da mulher ao ato de estupro que caracteriza maior ou menor grau de consentimento para que o agressor prossiga com a violação legitimando que ele a tenha atacado. Essa representação influencia inclusive o aparelho jurídico legal do Estado, em que a maior ou menor

gravidade e validade dos casos de violência sexual tende a ser pautada pelo número e intensidade de agressões físicas e lesões genitais apresentadas pela vítima. (SANTOS, 2008).

A diversidade de questões que se apresentam no plano da subjetividade não permite, portanto, um cuidado em saúde desvinculado da complexidade que se manifesta nos diferentes aspectos da violência sexual, que reafirmam a presença da marca da impureza e da culpa, que dificilmente são restauradas em contrapartida das marcas físicas. Ayres (2004) lembra que, numa posição de demanda de saúde, qualquer indivíduo é um potencial “objeto de conhecimento e intervenção”, mas que nada nem ninguém pode subtrair deste indivíduo, como alguém que busca o bem-estar, a última palavra sobre suas necessidades. Assim, o que se espera não é a negação das necessidades físicas, mas o reconhecimento das necessidades de fórum mais subjetivo.

2.2 Gênero na história: situações femininas

Os valores sociais, como descreve Le Breton (2006), também determinam construções diferenciadas do corpo masculino e do corpo feminino. As características físicas e morais, as qualidades atribuídas ao sexo, dependem das escolhas culturais e sociais e não de um gráfico natural que fixaria ao homem e à mulher um destino biológico. A condição do homem e da mulher não se inscreve em seu estado corporal, mas é construída socialmente, lembrando a célebre frase de Simone de Beauvoir, “não se nasce mulher, torna-se mulher”.

Os valores sociais atribuídos ao corpo feminino e masculino marcam as diferenças no cotidiano de homens e mulheres e escrevem uma história de desigualdades, onde à mulher foram cerceados direitos e expressões de vida. Para os intelectuais que procuravam justificar a ordem social fundada nas desigualdades de gênero, a questão não era atribuída à sociedade, mas às leis inflexíveis da natureza. Para esses intelectuais, as mulheres eram inferiores aos homens porque eram menores, mais frágeis, mais sensíveis e mais sujeitas aos imperativos da sua natureza sexual. Homens e mulheres eram, segundo esta interpretação, radicalmente diferentes em sua natureza sexual (MARTINS, 2004).

Uma imagem do corpo feminino que perdurou até mesmo no século XIX foi a interpretação dada por Aristóteles, em que no ápice da cadeia dos seres vivos estava o homem, por sua natureza quente e seca, seguido da mulher, hierarquicamente inferior por ser considerada mais fria e úmida. O corpo feminino era expressão da imperfeição por possuir seus órgãos sexuais invertidos, em virtude de não apresentar calor suficiente para exteriorizá-lo (MARTINS, 2004).

A criação de conceitos como “amor materno” tinha o propósito de reforçar a ideia de que cabia à mulher o cuidado com filhos, além dos cuidados com o lar. Desta forma, a mulher se mantinha restrita ao ambiente doméstico e sua sexualidade era reprimida. Sobre um quadro de Renoir de 1886, no qual uma mulher amamenta seu filho, Martins (2004, p. 65) refere que o quadro “apresenta uma visão idílica da maternidade, sem nenhuma referência à sexualidade ou aos momentos anteriores ao da gravidez e do parto, associando-a ao “jardins das delícias”, onde mãe e filho gozam da paz e felicidade para o deleite do pai observador”. O quadro foi visto com bons olhos pela medicina e pela religião, pois havia um empenho dos mesmos em separar sexualidade e gravidez.

Rohden (2003) descreve que um apelo à natalidade e à maternidade francesa, no regime de Vichy, reforçava a imagem da maternidade como destino feminino, que era ratificado pelo discurso médico, principalmente de ginecologistas, obstetras e puericultores, que combinavam eugenia e política natalista.

> Uma ideia sempre presente nesse discurso era que a reprodução não pertencia à esfera da vida privada, mas era de interesse nacional. Com base neste interesse era que se devia limitar a educação das meninas, proteger a instituição do casamento e impedir o divórcio.(ROHDEN, 2003, p. 35).

A identificação das mulheres como mais próximas da natureza, pela própria especificidade da fisiologia do corpo feminino e de sua função biológica de procriação, favoreceu ao homem a identificação com a cultura que os libertaria para assumir os esquemas públicos. (SCAVONE, 2004). À mulher foi privado o direito ao voto, o envolvimento político, como também vivenciar sua sexualidade. Configurou-se sua reclusão ao ambiente doméstico, cuidando do lar do marido e dos filhos. Ao alcançar o trabalho no ambiente público, consubstanciou-se a divisão sexual do trabalho, no qual mesmo conquistando a inserção no mercado de trabalho, à mulher foram designados os trabalhos de repetição e de menor remuneração ou associados

ao cuidado. Enquanto isso, aos homens foram designados sobretudo os trabalhos de comando e de produção.

Na atualidade, observam-se transformações significativas nas questões de gênero (feminino) na esfera pública, como educação, trabalho, entre outros. Mas, apesar das inúmeras mudanças, inclusive nas próprias práticas sexuais de mulheres e homens, não parece haver modificação representativa no âmbito das relações sociais de sexualidade. As mulheres, na verdade, vivem uma aparente “liberdade sexual”, já que, com o advento do acesso aos métodos contraceptivos, surgiu a possibilidade do sexo sem gravidez, mas elas parecem ainda não se constituírem como sujeitos de seu desejo. Então, mesmo as mulheres apresentando novos comportamentos sexuais e reprodutivos, alguns homens ainda as veem e tratam como objetos, o que demonstra haver uma lentidão do tempo de gênero, mais especificamente, do gênero masculino (BERGER, 2003).

A sexualidade masculina é naturalizada como algo instintivo, como uma necessidade inerente ao sexo masculino, em oposição à mulher, cuja sexualidade integra a noção de receptividade. O estupro tem para o homem a confirmação de sua virilidade, um comportamento tido como natural heterossexual masculino. A violência sexual pode ser uma forma dos homens se agredirem, pois a posse sexual do corpo de uma mulher incorpora o significado simbólico de humilhação dos homens com quem esta mulher mantém qualquer tipo de relação. (OLIVEIRA, 2007).

Historicamente, o estupro das mulheres tem sido usado em guerras como símbolo de conquista e da barbárie que circunda esse tipo de situação. Apesar de não lutarem nessas guerras, as mulheres estão inseridas entre os que mais sofrem suas consequências. São muitas vezes violentadas por guardas dos campos de refugiados e de patrulhas de segurança. No desenvolver da Segunda Guerra Mundial, milhares de mulheres coreanas, filipinas e indonésias foram forçadas à escravidão sexual por tropas japonesas no Leste e Sudeste da Ásia. Em conflitos mais recentes, como na antiga Iugoslávia e Ruanda, por exemplo, o estupro e a gravidez forçada foram usados como instrumento de guerra (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

O sexo também pode se dar por uma imposição econômica, como acontece na África com colegiais que, para pagar seus estudos, possuem “padrinhos” que lhes fornecem este sustento. O assédio sexual é uma realidade na vida de muitas mulheres, seja no trabalho, na comunidade em que vivem, ou em estabelecimentos institucionais (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

O movimento feminista, nesse sentido, possui uma trajetória de reivindicações, fundamentais para concretização dos direitos da mulher. Fazendo um breve comentário do movimento, Scavone (2004) nos diz que no início as feministas buscaram a participação das mulheres no espaço público, considerada fase das lutas igualitárias. Posteriormente, fizeram reivindicações quanto às questões que as afligiam no espaço privado, o que foi uma fase de lutas pelos direitos específicos ou da afirmação das diferenças. Através da atividade militante, o Movimento Feminista possibilitou a reflexão sobre certas desigualdades sociais, sobre discursos e atitudes estereotipados e sobre as práticas sociais que fazem da mulher um ser frequentemente em exposição diante do homem e a ele subordinado.

Durante a década de 70, os esforços voltavam-se para mostrar que o privado era político e que, portanto, deveria ser objeto de políticas públicas, representando uma revolução conceitual capaz de desmistificar a imagem idealizada da família e do homem cordial brasileiro. O movimento feminista manifestou-se, ainda, contra a absolvição de maridos ou ex-maridos responsáveis pelo homicídio de suas esposas. Desde os anos de 1980, o movimento vem investindo na defesa da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos (SOARES, 2007).

A participação do movimento feminista na introdução da violência de gênero na pauta do setor saúde, no Brasil, teve expressão fundamental na construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 e regulamentado em 1986, para dar assistência à mulher, considerando suas necessidades nos diferentes ciclos de vida. O PAISM trouxe ao cenário a concepção da mulher como sujeito de sua vida e sua sexualidade. Portanto, incorporou a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos, cuja reflexão sobre violência de gênero tem lugar de destaque. O programa considerou a relevância do tema da violência e oficializou um olhar específico para o referido problema em todo o serviço público de saúde (LIMA, 2007).

O movimento feminista contribuiu para mudanças na legislação e para adesão do Brasil aos tratados e convenções internacionais de defesa dos direitos humanos das mulheres, permitindo o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema de saúde pública, derivando em medidas que favorecem o atendimento e a notificação compulsória da violência. Minayo (2007) ressalta que, graças ao movimento feminista, um dos mais importantes movimentos sociais do século XX, as questões relativas ao papel e ao lugar social da mulher na sociedade, à sexualidade feminina, aos problemas relacionais de gênero e à violência ganharam arena pública.

2.3 O cuidado em saúde na violência sexual

O tema violência esteve presente na pauta do setor saúde a partir dos anos 60, inicialmente através de denúncias de profissionais da saúde sobre as consequências físicas e psicológicas dos abusos e maus-tratos na infância (SCHRAIBER et al., 2005). No entanto, a violência contra a mulher não é um problema específico da saúde, já que, por conta de sua magnitude e complexidade, demanda necessidades jurídicas e sociais. Se considerarmos sua gravidade, os riscos de lesões e traumas, sejam de ordem física, mental ou social, imputa-se aos profissionais e ao setor saúde a responsabilidade para com este fenômeno. Ao setor saúde converge mulheres que vivem em situação de violência, causando impactos importantes nas redes de atendimento e demandando redirecionamentos em sua política.

Nos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) mencionaram em seus documentos a relação entre violência e saúde (MINAYO, 1994). Mas durante anos esse fenômeno foi tratado como objeto de exclusividade da instituição jurídica e policial (LIMA, 2007). Desde então, a violência é entendida como um problema também da saúde, o que implica formulação de políticas públicas relativas à violência, sejam elas ações assistenciais, preventivas ou de promoção da saúde.

Para a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2002), que é um instrumento orientador da atuação do setor saúde cujos

princípios básicos incluem a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. O direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde, e a promoção da saúde embasa todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência; o atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde deve contemplar o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma, deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

Em fins de 2002, esse número chegou a 82, sendo o aborto pós-estupro realizado em 44 destas unidades, mantendo-se, porém, maior concentração nas capitais e regiões metropolitanas. Também foram observados maiores investimentos dos gestores na rede, mas apesar dos esforços, a maior parte das mulheres agredidas ainda não teria acesso a esse tipo de atenção (BRASIL, 2004). As ações de saúde para a violência sexual baseiam-se na Norma Técnica do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. (anexo 1).

Bedone e Faúndes (2007) lembram que os primeiros a acolherem as mulheres geralmente são policiais, mas que a orientação principal é a de se priorizar o atendimento de saúde, antes da realização do boletim de ocorrência. O entendimento mais apropriado das várias conotações que envolvem o atendimento e acompanhamento nesta situação só se adquire com a participação desses profissionais, que devem estar dispostos a se reunir periodicamente com o objetivo de discutir e avaliar os diversos aspectos que envolvem o atendimento e para a construção e desenvolvimento de um suporte social que forneça subsídios para manutenção da saúde.

Aos serviços de referência, são necessárias capacitações que considerem as diferentes percepções dos diversos profissionais, de forma a contribuir com o entendimento de cada um sobre a violência sexual. São necessários o fortalecimento e integração das equipes, além da criação de protocolos de atendimento baseados na norma técnica do Ministério da Saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), em 1999, 17 unidades de saúde estavam preparados para atender às mulheres vítimas de estupro, com oferta de atendimento de contracepção de emergência, profilaxia da DSTs/AIDS e interrupção voluntária da gravidez, de acordo com a permissão do artigo 128, II, do Código Penal Brasileiro, em vigor desde 1940.[3]

A organização dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual deve atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para uma abordagem mais integral, é necessária a formação de uma rede integrada que inclua os serviços de saúde, assistência social, delegacias e institutos médicos legais, com mecanismos eficazes de encaminhamento.

Também é necessária a incorporação de uma abordagem de gênero, que implica compreender como as ideias de feminilidade e masculinidade permeiam as práticas sociais, definindo comportamentos, sentimentos e interações humanas, trazendo respostas diferenciadas ao cuidado em saúde. Por outro lado, a característica relacional do gênero, bem como as inter-relações entre gênero, raça/etnia e classe social na produção social da saúde, são aspectos que não podem ser negligenciados. As marcas do gênero organizam o cotidiano de todas as pessoas, mas de forma diferenciada, em virtude dos demais determinantes sociais como classe, raça/etnia, crenças culturais, religiosas e outros (VILLELA; OLIVEIRA, 2007).

A estruturação e manutenção destes serviços e redes não têm sido tarefa simples, exigindo continuados esforços de articulação técnica e política. Desta forma, o número de serviços de saúde capacitados a realizar todos os procedimentos previstos na norma técnica, quando é o caso, é insuficiente para o tamanho do país; mesmo onde há serviços, muitas mulheres ainda encontram dificuldades para serem atendidas (FAÚNDES et al., 2000).

O direito de acesso ao aborto sentimental, humanitário ou ético, por exemplo, ainda está longe de ser uma garantia. No nosso sistema jurídico, ele é absolutamente legal, portanto, não deve ser negado, impondo-a aos riscos de um

[3] De acordo com artigo, o aborto é permitido quando a gravidez é resultado de um estupro, crime tipificado no artigo 213 do código penal. Trata-se do abortamento sentimental, humanitário ou ético. Assim, neste caso, a gestante tem o direito ao aborto. Exige-se o consentimento da gestante, ou quando incapaz, o de seu representante legal. A jurisprudência e a doutrina ensinam que, por analogia, o abortamento também pode ser praticado quando a gravidez resulta de atentado violento ao pudor, que é um crime definido no artigo 214 do Código Penal. (BRASIL, 2005).

abortamento clandestino, marginal e inseguro, praticado muitas vezes sem as condições técnicas necessárias e imprescindíveis, em locais inadequados, em que não há assistência psicológica, acompanhamento profissional e respeito a dignidade e condição humana da mulher.

As avaliações quanto ao desenvolvimento destes serviços de atendimento em violência sexual são muito incipientes. Suas atividades ainda estão aquém do ideário que levou à sua construção e nem sempre atende às expectativas. No entanto, estudos com base qualitativa demonstram que a própria existência de serviços públicos criados especialmente para atender a este problema denota um reconhecimento da questão (SCHRAIBER, 2005) e cria possibilidades de acesso.

Apesar de sua gravidade, a violência sexual ainda é um crime subnotificado e de pouca procura assistencial nos serviços de saúde. Ao analisar os motivos em diversas literaturas, são encontradas várias razões para a não-comunicação do crime e busca por cuidados – uma delas é a desinformação. Faltam informações às mulheres quanto à existência de medidas preventivas contra DST/Aids, hepatite B e contra a gravidez através da anticoncepção de emergência. Muitas mulheres também desconhecem a lei e os demais aspectos inseridos na questão da violência, inclusive o aborto legal.

A proximidade do agressor é uma ameaça que, na maioria das vezes, também garante a impunidade. Muitos crimes sexuais são cometidos por pessoas da convivência das vítimas. Este fato leva as mulheres a ocultarem a agressão com medo de represálias, já que devem voltar ao convívio com seus agressores. Algumas cidades disponibilizam casas-abrigo para receberem essas mulheres, minimizando o problema. Outra causa de não-comunicação destes crimes associa-se à falta de ambiente adequado nas delegacias de polícia e nos institutos médicos legais.

O medo de não acreditarem em sua versão, de serem responsabilizadas pela agressão sexual e de questionarem seu comportamento, fatos que ainda hoje ocorrem nos serviços de saúde e nas delegacias, também tem levado muitas mulheres a não procurarem esses serviços. Contribui ainda para a subnotificação e não procura por assistência, a necessidade de reviver o sofrimento ainda latente, a vergonha de expor algo tão pessoal, como também a exclusão da violência sexual

cometida por parceiros como uma violência, tanto por mulheres quanto por profissionais.

Nas próprias instituições destinadas ao cumprimento de medidas ditas socioeducativas e nas de abrigo e proteção ao adolescente, são encontrados diversos tipos de violência, dentre elas a violência sexual, que em função do caráter subjetivo que permeia o campo dos valores, geram sentimentos de culpa e vergonha em suas vítimas, tornando esta forma de violência de difícil identificação nessas instituições (BASTOS; SILVA, 2007).

É necessário estimular a procura aos serviços de saúde, através de campanhas que trazem informação quanto às medidas que têm que ser tomadas no caso de violência sexual, sobretudo para onde devem se dirigir as vítimas, reforçando a necessidade do atendimento imediato. Para Bedone e Faúndes (2007), a criação de um serviço de disque-denúncia pode ajudar a diminuir a subnotificação, que ocorre, em muitos casos, pelo medo de se expor e o sentimento de vergonha que acomete estas mulheres, e facilitar a criação de um banco de dados que viabilize estratégias mais eficientes na prevenção e combate à violência sexual.

Outra questão importante é que essa violência se tornou a única situação de interface entre saúde e justiça, em que o boletim de ocorrência policial e o exame pericial são colocados à frente da assistência imediata em saúde. Talvez por desconhecimento ou falta de preparo, medidas que buscam provas da violência sexual alegada tornaram-se o principal objetivo no atendimento dessas mulheres, contribuindo para uma desumana e ineficiente inversão de rotas que reproduz a desigualdade de gênero e distancia a mulher de seus direitos fundamentais. (DREZET, 2007).

A primeira edição da norma técnica, publicada em 1998, deixa claro que a comprovação policial não deve ser condição para o atendimento. Na reedição da norma técnica, em 2004, embora mais uma vez tenha ocorrido polêmica, foi vitoriosa a postura de respeito à palavra da mulher. Desde o início do diálogo com o governo e com as instituições médicas e serviços de saúde, o movimento de mulheres utilizou argumentos no sentido da não-exigência de qualquer comprovação policial, já que esta exigência poderia se constituir numa barreira ao atendimento e em mais

um ato de violência e que, portanto, não se devia presumir que a mulher estava mentindo (OLIVEIRA, 2007).

3 REFLEXÕES TEÓRICAS

3.1 A trajetória das pesquisas em violência contra a mulher

Os primeiros estudos internacionais sobre violência foram publicados na década de 1960 e discutiam a “violência intrafamiliar”. Nesses estudos se ressaltava, principalmente, a criança que sofria agressões ou era sexualmente abusada, sendo a mãe, em muitos casos, a agressora. Mas não se fazia uma análise se esta mãe também sofria agressões. Assim, nesses estudos os aspectos relativos ao gênero não eram considerados como base dos conflitos e violências.

A abordagem que visa à mulher e aos aspectos relativos ao gênero iniciou-se nos anos 1970, através do movimento feminista, permitindo a criação da terminologia da “violência contra a mulher”, caracterizando-se por não se restringir ao âmbito familiar, mas também por incorporar o estupro por estranhos, os assédios sexuais no trabalho, o tráfico de mulheres, a prostituição forçada, entre outras. A partir desse momento, a violência ganha visibilidade e começa a ser estudada no campo do direito, em virtude dos apontamentos dos estudos que trazem discussões quanto à violação dos direitos da pessoa (SCHRAIBER et al., 2005).

Nos anos 1980, ocorre a interseção da violência contra a mulher e a violência familiar, entendendo que se a mulher sofre violência em diversos contextos, a familiar é, sem dúvida, dos mais usuais e relevantes. A violência ganha um enfoque no campo da saúde. Os anos 1990 trazem a expressão “violência de gênero”. O que esta expressão vem destacar é que, se a violência é praticada nos limites domésticos e se refere aos conflitos familiares, aquela perpetrada contra a mulher, principalmente nessas circunstancias domésticas, provém de conflitos de gênero e da forma violenta em lidar com eles. “A violência doméstica como violência de gênero representa, assim, a radicalização das desigualdades na relação entre homens e mulheres” (SCHRAIBER et al., 2005, p. 31).

Os estudos dos anos 1990 apontavam os diversos pontos de vista das mulheres. Na atualidade, há investimentos nos estudos dirigidos ao homem e às questões da masculinidade. Schraiber et al. (2005), buscando compreender os

valores que os homens atribuem à violência sexual contra a mulher através de significados que dão a ditos populares, desenvolveram um estudo na cidade de São e na Zona da Mata em Pernambuco, de forma a permitir explorar opiniões de atores que vivem em contextos socioeconômicos e culturais tão diferentes. Através deste estudo, as autoras concluíram, entre outros, que há considerável ligação entre ser homem e violência, ressaltando porém que não associam essa ligação a uma “causa natural” ou como parte da “essência masculina”, mas como uma construção cultural. Assim, não há “homens sempre violentos”, nem os “homens são violentos desde sempre ou serão”. (p. 59).

Outro estudo com homens na faixa etária de 18 a 60 anos, revelou que a grande maioria dos homens apresentava a presença de brigas/discussão em seu último ou mais recente relacionamento de casal, alcançando 77% dos entrevistados. As motivações se caracterizavam de forma diferenciada. Uma considerável parcela (21,7%) referiu que as brigas ocorreram sem motivo aparente. Entretanto, brigas motivadas por ciúmes, tanto em relação ao entrevistado, quanto em relação à companheira, totalizaram 30,2% dos entrevistados. Outros motivos eram originários de problemas relacionados ao dinheiro, aos filhos, a desobediência da mulher, ou então quando “ela fala muito” (SCHRAIBER, 2005).

Mas, próximo à atualidade, alguns autores enfatizam a importância de se estudar a violência entre casais do mesmo sexo. Faleiros (2007) chama atenção para o fato de que muitos estudos sobre a violência de gênero estão centrados na dominação masculina sobre a mulher, e que apesar de essa forma de violência ser mais frequente, os estudos desconsideram a diversidade das formas de expressão sexual (gênero e sexualidade) existentes na natureza, na sociedade e no mercado do sexo. Também desconsideram o fato de estas expressões da sexualidade humana não serem unívocas e singulares, mas diversas e plurais. A autora esclarece que:

> A violência surge quando os gêneros não-masculinos saem dos lugares que lhe são determinados e se tornam subsversivos – quando o poder patriarcal estruturado é contestado e se acha ameaçado. A violência praticada pela sociedade patriarcal se realiza de diversas formas: identitária, física psicológica, sexual, institucional, social e politicamente. Articuladas ela se constituem o arsenal que dispõe o gênero masculino para manter seu poder sobre os outros gêneros. (FALEIROS, 2007, p. 63)

Também ressalta que existem formas de violência mais sutis e destruidoras da identidade dos gêneros não-masculinos, que é a chamada violência identitária.

Nesta não é permitido que as pessoas adotem a identidade, o gênero, o comportamento que julgam o mais próximo de seus desejos e projetos, possibilitando que sejam mais felizes, realizadas e cidadãs.

Analisando estudos que discutem a violência contra mulher, Pazo (2007) descreve duas perspectivas analíticas deste fenômeno. Uma centrada nas teorias acerca do patriarcado, que segundo a autora, corre o risco de engessar posições hierarquizadas para homens e mulheres; e outra, que além de abordar os conflitos identitários de gênero, considera os aspectos subjetivos/idiossincráticos dos sujeitos. Santos e Izumino (s/d) referem ainda uma terceira perspectiva analítica, anterior às duas citadas por Pazo, que teria sua base centrada na dominação masculina, definindo a violência contra as mulheres como expressão de dominação da mulher pelo homem, que teria suas consequências na anulação da autonomia da mulher que seria vista ora como vítima, ora como cúmplice da dominação masculina.

Esta perspectiva analítica caracteriza-se por estudos da década de 1980, cuja principal referência é Marilena Chauí, com seu artigo intitulado “Participando do debate sobre mulher e violência”. Para Gregori e Debert (2008), nesses estudos, a mulher aparece como vítima de uma situação já previamente estabelecida por uma estrutura de dominação, um ser passivo. Nesse sentido, considerando as principais características do perfil dos atores e suas relações, os relacionamentos violentos eram descritos como uma relação típica. Assim, análises sobre fatores socioeconômicos, étnicos, etários, entre outros, não eram realizadas. Conformava-se uma estrutura em que os homens agem, enquanto que as mulheres sentem, reafirmando uma espécie de passividade emocional recoberta pelo medo, pela vergonha e pelo sentimento de culpa. Para Pazo (2007), em função da ênfase nos aspectos da dominação masculina ou na cumplicidade estabelecida entre dominador e dominado, aspectos importantes da conceituação de gênero não foram considerados, mantendo-se aprisionado ao paradigma de papéis sociais rígidos, condicionados culturalmente pelas diferenças biológicas entre o homem e a mulher.

A perspectiva centrada na teoria do patriarcado foi influenciada pelas ideias feministas marxistas e introduzida no Brasil através de Saffioti. A autora refere que a violência é um fenômeno situado aquém da consciência da mulher, excluindo a possibilidade de se pensar em cumplicidade feminina com homens no que “tange ao recurso à violência para a realização do projeto masculino de dominação-exploração

das mulheres” (SAFFIOTI, 2002). Para a autora, apesar de a mulher ser sujeito social autônomo, ela é vítima do poder do homem, e cede à violência por ser portadora de uma consciência de dominada.

A perspectiva que aborda os conflitos identitários de gênero é a mais atual e caracterizada, principalmente pelo trabalho de Gregori em *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*, que, segundo Gregori e Debert (2008), chamou atenção para a imensa limitação de incorrer em uma visão que enfatiza a problemática da violência apenas a partir de convenções explicativas que vão reafirmar, ao invés de questionar, o dualismo entre vítima e algoz, ou que reduzem as representações das mulheres à dicotomia tradicional/moderno. Para as autoras, essas dicotomias não servem como instrumentos de análise porque supõem uma coerência a cada termo da oposição, que inexiste na dinâmica que constitui as representações e as relações sociais. (GREGORI; DEBERT, 2008).

Pazo (2007), baseada em Gregori (1993), entende ainda que ao se estereotipar e caracterizar a mulher numa posição reiterada de vítima em relação ao homem, são reforçadas características de fragilidade e incompetência, contribuindo para a situação opressiva vivida por grande parte das mulheres, buscando não reiterar a imagem presente no imaginário social da mulher-vítima e homem-algoz, circunscrevendo a análise da violência numa miríade de acontecimentos em que o foco não é mais a mulher-vítima, mas a relação conjugal, palco das manifestações violentas. A tentativa é de desnaturalização da categoria “violência contra a mulher”, tendendo a mostrar que a violência não possui o mesmo significado para todas as mulheres. Assim, esta última perspectiva nos faz pensar no aspecto relacional da violência e substituir o termo *mulheres vítimas de violência* por *mulheres em situação de violência*.

Para Minayo (2007), mais do que uma mera mudança de palavras, é uma outra maneira de olhar o objeto. A autora refere que, desconsiderando os casos especiais, ao aprofundarmos os problemas atinentes às várias formas de violência interpessoal, dificilmente há sujeitos totalmente isentos de responsabilidade. Apesar do risco de culpabilização da vítima (sendo necessário estarmos atentos aos graus diferenciados de responsabilidade de quem maltrata, fere ou mata, e partir da análise da realidade concreta e das relações empiricamente estabelecidas), a autora

chama atenção para as possibilidades de reação, em que qualquer decisão tem um cenário de possíveis saídas e que a escolha por determinado rumo não retira o sentido essencial de liberdade das decisões humanas. No campo da Filosofia, “as necessidades básicas não satisfeitas ou as determinações e os constrangimentos que violentam as pessoas são o mesmo chão em que se constroem a liberdade, as possibilidades de reação e as opções”. Mesmo quando não concordamos com uma decisão, ainda assim, o que prevalece é um caminho para a liberdade. (MINAYO, 2007, p. 11)

Portanto para Minayo (2007, p. 12):

> A discussão sobre a subjetividade é um ponto essencial no debate sobre a atuação frente à violência contra a mulher, porque sem ela, e sem acreditar no ato humano de escolha, é absolutamente impossível pensar em qualquer mudança de vida a partir do ator e de seu protagonismo.

Oliveira (2004) baseado em Giddens (1984), lembra ainda que as estruturas sociais não devam ser entendidas, com um caráter fixo e mecânico que se sustentam numa concepção dual entre sujeito e objeto social, em que a estrutura se apresenta de forma externa ao agente, capaz de restringir a ação humana, como uma força contrária à livre iniciativa do agente.

3.2 Avanços na garantia dos direitos da mulher

Na violência contra a mulher, a invisibilidade dessa ação que infringe direitos humanos, constitucionais e traz danos à vida de inúmeras mulheres é uma realidade. Para Schraiber et al. (2005) a raiz desta invisibilidade está na frequência com que a violência contra a mulher ocorre, a ponto de se tornar algo comum e corriqueiro aos olhos da sociedade, e por ser de gênero. Tendo por base a submissão feminina, as situações de violência não são valorizadas como um problema de saúde e social. Seria no máximo um problema individual de cada mulher.

As autoras discutem que na sociedade de forma geral, incluindo profissionais de saúde, familiares e a própria mulher,[4] a violência não é compreendida como uma violação de direitos e algo instaurador de danos à saúde. Assim, esta violência não é considerada uma violência que mereça receber atenção de mesmo porte socioinstitucional que as demais violências, ou ao oposto, mas pelos mesmos motivos, quando compreendida como um problema que vai além do âmbito de cada um, não é entendida como uma específica e particular transgressão aos direitos da mulher. Ela é tomada tal qual uma violência qualquer. A ausência crítica dos aspectos relativos ao gênero reforça a violência vivida por certas mulheres como problemas apenas delas próprias, ou pior, como problema nenhum.

Para as autoras, a visibilidade seria pensar na violência contra a mulher em todos os ângulos, dos interpessoais ou éticos aos políticos, como uma violação dos direitos humanos da mulher. Seria também pensá-la como questão de gênero na sociedade, que se trata de uma perpetuação, em todos os seus matizes, da desigualdade entre homens e mulheres como indivíduos sociais e sujeitos de direitos. “A visibilidade não significa só ver e compreender, mas também fazer ver” (SCHRAIBER et al., 2005, p.36.).

As Convenções Gerais Internacionais de Direitos Humanos constituem um importante instrumento para dar visibilidade à violência e para defesa dos direitos da mulher. Através delas, os Estados se comprometem a tratar e eliminar todas as formas de violência contra as mulheres. Essas convenções são cada vez mais utilizadas para se requerer dos Estados que efetivamente façam cumprir as leis contra as violências as quais as mulheres estão expostas.

Schraiber., et al (2005) referem que o acúmulo de estudos e ativismo em relação às demandas das mulheres serviu de base para diversas convenções e para o reconhecimento de que os direitos humanos das mulheres fazem parte dos direitos universais da humanidade – portanto, o direito à igualdade política, ao exercício dos direitos reprodutivos e a uma vida livre de violência. Os instrumentos anteriores já mencionavam o direito à igualdade política e o direito de não ser submetido a torturas, mas as questões específicas ao feminino permaneciam sem visibilidade. Os

[4] Estudo de Schraiber et al. (2005), desenvolvido em São Paulo, com usuárias de um serviço público de saúde revela que mulheres que viveram diversas formas de agressões e abusos, não entendem estas experiências como uma violência, pois entendem que violência, é aquela agressão ou abuso perpetrado por estranhos, não por familiares ou parceiros íntimos.

direitos reprodutivos, por exemplo, relativos ao direito de se escolher entre ter filhos ou não tê-los, até a década de 90 ainda não haviam sido lembrados.

No ano de 1979, foi aprovada pela ONU a Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) e, em 1994, este instrumento internacional de proteção aos direitos humanos foi ratificado pelo Brasil. Esta convenção explicita que a discriminação de gênero inclui violência contra a mulher, incluindo atos que geram danos ou sofrimento físico, mental; assédio sexual; ameaças; coerção e outras privações de liberdade. Portanto, é explicitado que a violência contra a mulher viola direitos humanos específicos. Ela situa a violência no contexto de saúde das mulheres, ao requerer que os Estados considerem as especificidades das mulheres, diferindo dos homens, agrupando os fatores biológicos, psicossocias e socioeconômicos. Itens da convenção trazem como direitos: a prevenção das DSTs, da gravidez indesejada e a preservação da saúde mental da mulher que sofreu violência sexual (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

Em 1993, foi aprovado pela Organização das Nações Unidas, e ratificado[5] pelo Brasil, o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos em Viena. Essa conferência declara que os direitos humanos da mulher são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais. A violência contra a mulher e todas as formas de assédio e exploração sexual são consideradas incompatíveis com a dignidade e valor da pessoa humana. A conferência acrescenta ainda que os direitos humanos das mulheres devem fazer parte da agenda da ONU, que publica no mesmo ano a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra Mulher (DREZET, 2000).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, foi aprovada pela ONU e ratificada pelo Brasil em 1994. Diversos acordos e compromissos foram firmados sobre a eliminação da violência contra a mulher por diversos países. Essa conferência concedeu validade universal ao conceito de saúde reprodutiva,[6] um dos marcos da história social do século XX e que foi visto

---

[5] De acordo com o parágrafo 2º do artigo 5º da Constituição Federal, os Tratados Internacionais de Direitos Humanos, ratificados pelo Brasil, constituem dogmas constitucionais metidos a rol entre as garantias fundamentais, com natureza de cláusula pétrea, nos termos do artigo 60, parágrafo 4º, inciso IV, da Constituição Federal. (BRASIL, 2005).

[6] Mahmoud F. Fathalla, durante trabalhos desenvolvidos junto à OMS, em 1987, elaborou uma definição de saúde reprodutiva, que acabou sendo publicada em 1988, porém esta definição foi adotada e ampliada no programa de Ação elaborado na CIPD e na Conferência Internacional sobre Mulheres, em Pequim. A definição afirma que: “saúde reprodutiva é um estado de bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de

como um meio de ampliar as visões limitadas dos programas de planejamento familiar (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

Em 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir, e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) foi aprovada pela ONU e em 1995 foi ratificada pelo Brasil. Esta convenção tem o propósito específico do combate à violência contra a mulher e faz parte do sistema norte-americano de proteção aos direitos humanos, possuindo importância especial porque possui força de lei interna à Constituição brasileira. Ela estabelece os direitos necessários a uma vida sem violência para as mulheres e propõe ações para que os países signatários possam buscar erradicar o problema. Ao ratificarem esta convenção, os países signatários se comprometeram a proteger e garantir os direitos referidos e a desenvolver ações efetivas no combate à violência contra a mulher (SCHRAIBER et al., 2005).

Salienta-se ainda, a Conferência Internacional da Mulher em Pequim, em 1995, na qual foi reiterado que a violência constitui um obstáculo para a igualdade, desenvolvimento e paz (DREZET, 2000). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005):

> Tais tratados e convenções internacionais, que têm natureza constitucional no nosso ordenamento jurídico, garantem às mulheres o direito à igualdade e à não discriminação, o direito à autodeterminação, o direito à segurança pessoal, o direito de não ser objeto de ingerências arbitrárias em sua vida pessoal e familiar, o direito de respeito à sua liberdade de pensamento e consciência, o direito de respeito à vida, o direito de que se respeite a sua integridade física, psíquica e moral, o direito ao respeito à sua dignidade, o direito ao acesso a procedimentos jurídicos justos e eficazes quando submetida à violência, o direito de não ser submetida a nenhum tratamento desumano ou cruel, no âmbito físico ou mental, e o direito ao tratamento de sua saúde física e mental.

No Brasil, ao longo desta trajetória de conferências, observamos importantes avanços como a criação das delegacias especiais para atendimento a mulheres em situação de violência, na década de 80. Em São Paulo, essas delegacias são conhecidas por DDMs (Delegacias de Defesa da Mulher) e nas demais localidades do país, por DEAMs (Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher).

---

doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a outros métodos de regulação da fecundidade que sejam de suas escolhas e que não sejam contra a lei, assim como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados e que ofereçam aos casais as melhores chances de terem um filho saudável". (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

As delegacias especiais tiveram seu marco inicial no Brasil, e hoje existem também em outros países do mundo. A primeira foi fundada no Estado de São Paulo, no ano de 1985. Elas foram criadas para dar mais condições de denúncia dos crimes de natureza sexual, uma vez que as mulheres que faziam este tipo de denúncia sofriam outra violência nas delegacias comuns, dada a indiferença e o julgamento dos policias. São compostas por profissionais do sexo feminino, que foram treinadas para atender especialmente a violência contra a mulher. Com o favorecimento das delegacias especiais, o número de denúncias de violência aumentou, porém mesmo com a elevação destes números, ainda se subestima muito a realidade. Além disso, muitos dos atendimentos não se transformam em processos e as punições são mínimas. (SCHRAIBER et al., 2005).

Outro importante avanço, segundo Lima (2007), é que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1997, ao perceber a gravidade da situação da violência não apenas na região das Américas, mas em outras partes do mundo, dedicou prioridade ao tema na Assembleia Mundial de Saúde. Em 2002, ela publicou um informe denominado “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde”, remetendo para a área, uma reflexão sobre sua responsabilidade específica e intersetorialidade.

Em 2004, foi estabelecida a notificação compulsória da violência contra a mulher através da Portaria GM/MS Nº. 2.406, de acordo com a Lei nº 10.778/2003, que estabelece essa forma de registro. Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a série *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos* e em 2006, lançou a “matriz pedagógica” para a formação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (LIMA, 2007).

A Lei Maria da Penha – nº 11.340, que foi sancionada em 7 de agosto de 2006, constitui outro importante avanço, pois confere cumprimento do Brasil às obrigações contraídas ao ratificar a Convenção de Belém do Pará. Ela também implementa uma legislação nacional que tipifica e criminaliza a violência doméstica e familiar contra a mulher, como também propõe medidas que integram a prevenção e a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar (PAZO, 2007).

A lei também altera dispositivos do código penal, de modo a agilizar os tramites legais, necessários para prisão em flagrante do agressor, sua punição, afastamento do lar e separação conjugal; agiliza o acesso aos direitos de pensão,

guarda dos filhos e direitos patrimoniais; orienta trabalhos de sensibilização e educação de gênero para agentes policiais e judiciais; e dispõe sobre a criação de juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, retirando, dessa forma, esses casos da competência dos juizados Especiais Criminais (JECRIM), que é o destino de todos os crimes considerados de menor potencial ofensivo (PAZO, 2007).

De acordo com o artigo 5º desta Lei, configura-se 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". A violência sexual contra a mulher, concebida pela Lei Maria da Penha, é descrita no artigo 7º, inciso III, 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.

A criação da Norma Técnica de Atendimento em Violência Sexual, em 1998, constituiu importante avanço para organização e direcionamento da assistência à violência sexual contra a mulher nos serviços públicos de saúde e para dar visibilidade à questão. A norma técnica descreve a importância de mecanismos de detecção da violência e de referência bem definidos. As ações de saúde devem ser acessíveis a toda a população, devendo as Instituições assegurar acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Para o atendimento, deve-se ter um local específico, tendo cuidado para não se criar situações que favoreçam constrangimento. (BRASIL, 2005)

Segundo a norma técnica, o atendimento em violência sexual requer a sensibilização de todos os funcionários. As equipes devem receber capacitações, como também atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual. As unidades de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento. É importante que a autonomia da mulher seja respeitada e que se contribua para a reestruturação emocional da mulher. O atendimento à mulher deve atender ao registro de alguns dados sugeridos pela norma técnica. Nas unidades de

referência, é necessário que se faça a anticoncepção de emergência, as medidas de prevenção de DSTs, da Hepatite B e do HIV (BRASIL, 2005).

Ainda segundo a norma técnica, a mulher em situação de gravidez decorrente da violência sexual tem o direito de esclarecimentos quanto à possibilidade de interrupção da gravidez,[7] como também serem esclarecidas sobre a possibilidade de manterem a gestação, garantindo-se os cuidados pré-natais. Neste caso, também devem ser esclarecidas quanto às alternativas após o nascimento, que inclui a escolha entre permanecer com a criança, ou proceder com os mecanismos legais de adoção (BRASIL, 2005).

3.3 Aspectos jurídicos

A abordagem utilizada pelos policiais nas delegacias no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual também pode ser uma violência. A própria denúncia de estupro pode ser ignorada partir de determinadas características da vítima. Esta questão nos é evidenciada por Ardaillon e Debert (1987), que mostram que na delegacia ocorriam os primeiros constrangimentos. Delegados e investigadores tendiam a considerar esta denúncia como algo de menor importância ou mesmo duvidar da própria existência do fato. Quando baseado apenas na palavra da mulher, o estupro devia ser provado: tanto a conjunção carnal como a violência deviam ser certificadas.

Havia um enquadramento do acusado num ser anormal, apesar de, na maioria dos casos, o perpetrador de uma violência sexual não ser necessariamente um indivíduo com distúrbios mentais que o incapacitem de avaliar a gravidade de sua conduta. Porém, se esse acusado apresentasse um comportamento dito normal, havia dificuldade em concebê-lo como responsável pelo estupro. Assim, a conduta dos investigadores e delegados de polícia, que tendiam a ver as denúncias de

[7] "É garantido ao(à) médico(a) a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual. No entanto, é dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre seus direitos e, no caso de objeção de consciência, deve garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional e os direitos humanos das mulheres". (BRASIL, 2005).

estupro como uma fantasia de mulheres histéricas e vingativas, advinha em grande parte desse fato (ARDAILLON; DEBERT, 1987).

Essas questões, somadas à falta de ambiente adequado tanto nas delegacias de polícia, quanto nos institutos médicos legais, constituem importante causa de não-comunicação destes crimes. Para mudar esta situação, a criação das Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAM ou DDM) foi uma importante política pública, por criar um espaço diferenciado de atendimento à mulher, fornecendo maior segurança. Mas outro aspecto que também leva à não-comunicação dos crimes sexuais é o descrédito de parcela significativa da população a respeito do nosso sistema judicial. Há um temor pelas mulheres de que os casos de violência sexual não sejam investigados com o rigor que merecem, culminando na não-punição dos responsáveis.

De fato, o medo das mulheres possui fundamentação histórica. Em análise dos autos de julgamentos de estupro, Adaillon e Debert (1987) descrevem que a sexualidade feminina era restrita ao coito vaginal e dizia respeito somente à reprodução. Nos julgamentos, interessava a punição em função da apropriação por um homem, de um bem que não pertencia à vítima, mas sim a outro homem, ou seja, a interferência de um homem na linha sucessória de outro. O que se visava era a preservação da família e não a punição à coação física, que desrespeita um direito fundamental do cidadão. A condenação por crime de estupro não parecia liberar a mulher da discriminação, nem garantir seus direitos de cidadã. Na verdade, ela tendia a aprisionar todas as mulheres a um único estereótipo de expressão do recato e pudor. Tratava-se de avaliar a adequação da mulher, como também a do homem, a uma determinada moral sexual definida por condutas e atributos estereotipados que permitiam decidir se o crime realmente havia ocorrido. A lei punia o homem, mas era ineficaz no sentido de reconhecer o direito da mulher ao domínio do seu próprio corpo e ao livre exercício de sua sexualidade. O que se defendia era uma determinada moral e uma concepção de bons costumes.

Estudo sócio-jurídico de Pimentel et al. (1998) sobre contradições presentes nos processos que envolvem o julgamento de delitos sexuais, algumas pérolas retóricas foram resgatadas, como “falsa virgem”, “mundana”, que desqualificam a palavra da mulher, baseando-se não no código jurídico do que é lícito ou ilícito, mas no que é moral ou imoral (BERGER, 2003). Os mesmos autores referem que:

> Estereótipos, preconceitos e discriminações de gênero estão presentes na nossa cultura e profundamente inculcados nas (in)consciências dos indivíduos; são, portanto, absorvidos também pelos operadores do Direito e refletidos em sua práxis jurídica. Essa absorção, por vezes, implica em uma verdadeira " inversão de atores" nos processos, vale dizer, através dos discursos proferidos pelos operadores do direito, vítimas transformam-se em réus e vice-versa. A mensagem veiculada por esses agentes, muitas vezes, reforça a ideia de que o estupro é crime em que a vítima tem que provar. (Pimental et al., 1998 apud BERGER, 2003).

No período colonial brasileiro, indivíduos que cometiam crimes sexuais eram passíveis de aplicação de pena de morte. Com a promulgação do Código Penal de 1830, esta pena foi eliminada. No entanto, a aplicação das punições neste código estava condicionada ao perfil da vítima, mais especificamente, com a condição de "honestidade" em que vivia, embora a Constituição não tivesse uma definição que a explicitasse. Normalmente, relacionava-se a condição de desonestidade para as mulheres solteiras e não mais virgens, como também para as trabalhadoras do sexo. O segundo Código Penal de 1890 também não definia o conceito de honestidade, mas distinguia as mulheres entre as mulheres "virgens ou não, mas honestas", daquelas consideradas "desonestas" segundo a lei (DREZET, 2000).

O Código Penal de 1940, ainda vigente, suprimiu a referência explícita à honestidade, estabelecendo igualdade de proteção jurídica para todas as mulheres. Atualmente, o estupro e o atentado violento ao pudor agrupam-se na Lei nº 8072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos. Além do aumento da pena, o agressor perde o direito da fiança, liberdade provisória, anistia ou indulto. A pena deve ser cumprida integralmente em regime fechado. Nos casos em que a tentativa do crime não é consumada, há redução da pena básica, de um a dois terços (DREZET, 2000).

Segundo o Artigo 213 do Código Penal de 1940, estupro é "constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça" com pena de reclusão de três a oito anos. É um crime cuja vítima legalmente é sempre uma mulher e o acusado sempre um homem. O atentado violento ao pudor, cujo artigo é o 214 do mesmo Código Penal, é "constranger alguém mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ela se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal". A pena prevista é de dois a sete anos de reclusão. A conjunção carnal tem sido interpretada, de maneira unânime, pela jurisprudência, como coito vaginal, sendo qualquer outro ato sexual classificado como atentado violento ao

pudor, cuja pena é menor (ARDAILLON; DEBERT, 1987). Portanto, pelo Código Penal, estupro só se aplica à mulher.

Entre as disposições gerais, os artigos 223 e 224 qualificam os crimes sexuais segundo o grau de violência utilizada e o tipo da vítima. Uma menor de 14 anos é sempre objeto de violência presumida, ou seja, ela não terá que comprová-la mesmo que não seja portadora de lesões corporais visíveis. O artigo 223 define o aumento da pena em casos específicos. O inciso II, por exemplo, diz que a pena é aumentada de um quarto se o agente é ascendente, pai adotivo, padrasto, irmão, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela, e o inciso III prevê o mesmo aumento de pena se o agente é casado (ARDAILLON; DEBERT, 1987).

O Código Penal Brasileiro classifica os crimes sexuais como crimes contra os costumes, não contra o indivíduo, uma transgressão de um código de moralidade interpessoal baseado na “honra”. A ocorrência de lesões corporais graves ou morte da vítima não dependem exclusivamente da iniciativa da vítima para abertura e mobilização do processo criminal (DREZET, 2000).

Ao investir numa violência sexual, o agressor faz a mulher escolher entre a vida e a relação sexual imposta. Quase sempre, ao menos na contemporaneidade, há uma preferência pela vida, que leva à restrição dos sinais de defesa da vítima. Do ponto de vista da moralidade e da jurisprudência vigente, os sinais de defesa são necessários para caracterizar o não-consentimento da mulher (MACHADO, 1999). Nos casos de violência sexual na relação conjugal, em função de uma obrigatoriedade na execução dos “compromissos matrimoniais”, dentre eles da relação sexual, a recusa da mulher torna-se menos evidente.

No livro *História do estupro*, Vigarello (1998) nos informa que o processo histórico do estupro não poderia ficar limitado à história da violência de uma forma geral, pois há um emaranhado complexo entre o corpo, o olhar, a moral, que essa história vem lembrar. Como exemplo é, citada a vergonha sentida pela vítima, ligada à sua intimidade imposta, à imagem que se oferece dela. Mais profundamente, o julgamento do estupro mobiliza a interrogação sobre o possível consentimento da vítima, a análise de suas decisões, de sua vontade e de sua autonomia.

3.4 Alguns números da violência sexual

A violência sexual é a invasão de algo privativo e, para alguns, o maior bem de um indivíduo. A violência sexual é uma forma de violência física e psicológica especialmente destruidora e humilhante. Neste item serão abordados alguns dados da violência sexual contra a mulher e os impactos desta violência. Diversos estudos científicos têm revelado que a violência sexual traz transtornos diferenciados para a vida da mulher, sejam eles de caráter físico, social ou psicológico. Por outro lado, precisar a frequência com que a violência sexual ocorre é algo complexo, uma vez que a tendência é ocultá-la.

Em algumas poucas comunidades, os crimes sexuais são denunciados com maior frequência, normalmente estimulados por sua cultura e religiosidade. Como exemplo deste caso, podemos citar a comunidade Gussi, no Quênia, cuja denúncia vincula-se à crença de que o crime sexual é um sacrilégio praticado involuntariamente, por alguém motivado por espíritos ancestrais ou por inveja de vizinhos ou inimigos (DREZET, 2000). Portanto, apesar de ser um problema universal, a verdadeira incidência da violência sexual contra a mulher é desconhecida. Acredita-se que ocorra sub-registro em todo o mundo. Estimativas informam que cerca de 12 milhões de pessoas por ano sofrem alguma forma de violência sexual no mundo. Estudos populacionais realizados em diversos países demonstram que 20% das mulheres revelaram terem sido abusadas sexualmente quando crianças. Nos Estados Unidos, as taxas variam de 12,9 a 28%, estimando-se que ocorra uma agressão a cada 6,4 minutos (LOPES et al., 2004). As mulheres que fazem uso de drogas ficam expostas à violência.

Nos Estados Unidos, acredita-se que uma em cada quatro mulheres americanas adultas vivenciaram uma experiência de contato sexual sem o seu consentimento, durante o período da infância ou adolescência. Quando se estende para outros países, essas informações ficam escassas. No Canadá, em torno de 15% das universitárias já sofreram algum tipo de abuso sexual; nas mulheres em idade adulta, este percentual atinge 25%. Na Colômbia, estudo desenvolvido com uma amostra nacional revela que 20% das mulheres são vítimas de agressão sexual (DREZET, 2000).

Na Etiópia, uma pesquisa desenvolvida com 1.401 estudantes secundaristas informa que 5% já tinham sido estupradas, e que 15% sofreram tentativa de estupro sem que tivesse se consumado. Na Malásia, 8,3% das estudantes de medicina sofreram agressão sexual na infância, e na Serra Leoa, um estudo com 144 mulheres revelou que cerca de 50% haviam sido submetidas à violência sexual e mutilação. Na Costa Rica, 41% das queixas de maus-tratos contra a criança referem-se ao abuso sexual. No Brasil, 38% das mulheres referem que foram submetidas a um ato sexual sem o seu consentimento. Mas há necessidade de mais estudos de base tanto qualitativa, quanto quantitativa, para melhor avaliar e dimensionar os crimes sexuais (DREZET, 2000). Pesquisas em vários países do mundo indicam que entre 10% e 20% das mulheres jovens já sofreram estupro. Ao contrário do que se pensa, a maioria foi perpetrado por conhecidos das mulheres e não por estranhos (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

Dados da Gerência do Programa da mulher (GPM), do Município do Rio de Janeiro, entre 2003 e 2005, indicam que as unidades de saúde que mais atendem são as maternidades. Para análise destes dados, que foram retirados a partir das fichas de primeiro atendimento, foi excluída a faixa etária de 0 a 18 anos incompletos. Os dados revelam que a grande concentração de mulheres que sofreram violência sexual está na faixa etária de 18 a 39 anos, demonstrando maior risco de violência sexual entre as mulheres mais jovens. Em relação à variável cor da pele, não houve uma diferença significativa no qual se pudesse afirmar maior risco para violência sexual. Quanto à escolaridade, a maior parte das mulheres possui o ensino médio/superior, estando inseridas também neste grupo as que os estão cursando (LIMA, 2007).

Os dados também revelam que, em relação ao tipo de agressor, foi encontrado percentual maior de agressores desconhecidos em relação aos conhecidos, principalmente se acrescido de parceiros múltiplos. Os agressores conhecidos são parentes, vizinhos, amigos, entre outros. Esta diferença mostra que quando o agressor pertence ao convívio da mulher agredida, ela não solicita apoio aos serviços de saúde. Cabe lembrar que, em relação ao companheiro, muitas vezes a violência sexual não é considerada estupro (LIMA, 2007).

Ainda sobre este estudo, grande parte das mulheres sofreu estupro e a maioria foi exposta a mais de um tipo de violência sexual (estupro, manipulação dos

órgãos genitais, sexo oral e anal). Pode-se observar a ocorrência de vários casos com trauma físico. Ressalta-se que, na maior parte dos atendimentos realizados, as mulheres tiveram acesso às medicações necessárias, como o antirretroviral, e à contracepção de emergência, dentro do período de 72h, que é o indicado (LIMA, 2007).

Em Curitiba, um estudo desenvolvido no ano de 2002 revelou dados semelhantes. Como efeito da estratégia de divulgação dos serviços e da articulação entre os diferentes setores que prestam assistência às vitimas de violência, revelam que a média de atendimentos em Curitiba, nesse ano, passou de 18 casos/mês, no primeiro trimestre, para 48 casos/mês no último trimestre. Foram registrados 455 casos, sendo que 56,51% foram de residentes na capital e 41,88% na região metropolitana. Na maioria dos casos, as vítimas tinham até 29 anos de idade. Entre as crianças agredidas sexualmente com até 12 anos, 83,65% dos agressores eram pais, padrastos, parentes próximos, amigos ou conhecidos. Em maiores de 12 anos, 59,43% das vítimas foram agredidas por desconhecidos. Dos atendimentos, 80% das vítimas chegaram até 72 horas após a violência, permitindo a profilaxia das DST/HIV/ Aids e da gravidez pós-estupro conforme a necessidade e escolha de cada um/a (BRASIL, 2004).

Sobre as consequências da violência sexual para a mulher, Hampton apud Mattar (2007), através de um estudo com mulheres adultas, verificou que 5% das vítimas apresentaram traumas físicos que necessitaram de internação hospitalar, e 1% traumas genitais graves; além de 7% das mortes violentas de mulheres serem acompanhadas de violência sexual (LOPES et al., 2004).

Na violência sexual, como refere Mattar (2007), os sentimentos de medo da morte, sensação de solidão, vergonha e culpa são frequentes. O surgimento de graus variáveis da síndrome do estresse pós-traumático, que pode acarretar consequências imediatas e tardias, como fobia, pânico e depressão, também são comuns. Enquanto isso, aspectos sociais, como abandono de escola, emprego, separações, abandono de lar, prostituição etc., fazem parte dos problemas psicossociais envolvidos com a violência sexual.

Estudo desenvolvido pelo CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli) com adolescentes de uma Escola de Ensino Público

e Particular em São Gonçalo (RJ), sobre a visão que o adolescente tem sobre si, demonstra, entre outros, que entre os adolescentes em situação de violência familiar física, psicológica ou sexual, é mantida *uma visão de si positiva*, mas os atributos negativos são mais presentes (21,1%) do que entre os adolescentes que não sofreram violência (15,1%). Acredita-se que a dinâmica da violência leva a um sentimento de desvalorização e de diminuição da confiança em suas próprias percepções, com consequente sentimento de impotência (ASSIS, 2007).

Os traumas genitais são significativamente maiores entre as mulheres que não haviam iniciado a vida sexual no momento da violência, quando comparados a mulheres que já haviam iniciado a vida sexual (65,2% contra 24,8%). A maioria dos autores acredita que a gravidez em consequência da violência sexual ocorra, no máximo, entre 1 e 5% (DREZET, 2000), acarretando risco de abortamentos clandestinos com consequências físicas variáveis, que vão desde processos anêmicos e infecciosos até perda de órgão ou óbito materno, como também risco gestacional, dentre eles, complicações na gravidez, prematuridade, óbito fetal, anóxia perinatal, abandono de recém-nascidos, infecção puerperal e outras. (MATTAR et al., 2007).

Um estudo de Rossi et al. (1995) apud Drezet (2000), acompanhando 11 gestantes que engravidaram após uma violência sexual, informam que 36% interromperam a gestação, sendo que uma não pode interrompê-la em função da gestação já avançada. Duas doações de recém-nascidos foram feitas; em quatro casos houve a aceitação da criança e uma gestante fez a opção por não abortar temendo a reação do agressor. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres.

A violência sexual também traz como consequência o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV e a hepatite B. Estudos têm esclarecido que entre 16 a 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. A considerarmos as grávidas que sofreram abuso sexual, a prevalência de DST é maior quando comparada com grávidas não expostas a este tipo de violência. Da mesma forma, crianças apresentam maior vulnerabilidade para

às DST, pela imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. Estudos também indicam que a possibilidade de infecção pelo HIV em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7% (BRASIL, 2005).

Faúndes et al. (2000) lembram que, além do risco de trauma físico e psicológico, de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de gravidez indesejada, a violência sexual acarreta consequências ginecológicas a longo prazo, cuja origem permanece oculta porque dificilmente a mulher vai relatar espontaneamente a situação de violência, particularmente se ela ocorre dentro do lar. Além disso, no contexto do casamento ou da união consensual, é frequente que a própria mulher que sofre a violência não se refira a certas ocorrências como formas de violência, considerando-as naturais na vida conjugal.

Um estudo do mesmo autor (FAÚNDES, 2000) sobre a possível associação entre história de violência sexual e algumas das queixas ginecológicas referidas com maior frequência pelas mulheres revelou que a prevalência de falta de libido foi quatro vezes maior entre aquelas com história de estupro, em comparação com mulheres sem história de violência sexual. A anorgasmia apresentou-se com prevalência um pouco menor, mas as diferenças entre os grupos sem violência e os demais (classificados como mulheres que alguma vez tiveram relações contra a sua vontade, mas não se sentiram constrangidas a isto, aquelas que foram constrangidas e as que referiram terem sido obrigadas, por meio de alguma forma de agressão, a manter a relação sexual) se mantiveram proporcionalmente semelhantes.

Nesse estudo, a prevalência de dispareunia foi duas vezes maior entre as mulheres com história de sexo contra a vontade, com e sem constrangimento, e de estupro, respectivamente, em comparação com as mulheres sem história de violência sexual. Aproximadamente uma de cada sete mulheres com história de sexo contra a vontade e uma de cada cinco com história de estupro relataram dispareunia sempre ou quase sempre, ao passo que uma de cada 12 mulheres sem história de violência sexual mencionou esse sintoma. O estudo conclui, portanto, que a maior associação se observa com disfunções sexuais, já que parece plausível supor que o trauma da violência deve repercutir com maior intensidade sobre a capacidade de a mulher manter uma vida sexual satisfatória.

O processo de reabilitação da mulher referente aos aspectos psicológicos é longo e complexo, principalmente se a violência ocorrida foi em decorrência de uma pessoa de confiança, num lugar supostamente seguro. Para essas mulheres, fica difícil sentir que existe um lugar seguro que possa lhe oferecer abrigo. Foi declarado por uma vítima que o corpo logo se recupera, mas as feridas da alma demoram a cicatrizar, e que toda vez que se revive aqueles momentos, as feridas voltam a sangrar (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo é detalhado o desenho metodológico da pesquisa, que, por sua vez, visa a tornar possível uma construção teórica que se aproxime de uma determinada realidade social. A definição de realidade social descrita por Minayo retrata a concepção teórica assumida na trajetória e desenvolvimento desta pesquisa. Assim, a autora a define como sendo:

> [...] a cena e o seio do dinamismo da vida individual e coletiva com toda riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela (MINAYO, 2008, p. 14).

A autora descreve a riqueza da realidade social e como estamos aquém de retratá-la em sua plenitude. Informa, porém, a capacidade das ciências sociais de se avizinharem utilizando instrumentos e teorias que fornecem subsídios, abordando, para isso, “o conjunto de expressões humanas constituintes nas estruturas, nos processos, nas representações sociais, nas expressões da subjetividade, nos símbolos e significados” (MINAYO, 2008, p. 14). Lembra ainda que a metodologia, enquanto conjunto de técnicas, deve ter uma base instrumental clara e coerente, e que o endeusamento das técnicas tem como consequência um formalismo árido ou resposta estereotipada; por outro lado, ignorá-la leva a um empirismo ilusório ou a especulações abstratas e estéreis.

4.1 O desenho do estudo

Este estudo buscou identificar mudanças na trajetória de vida e do entendimento das profissionais sobre a violência contra a mulher, mediante a experiência dos atendimentos em violência sexual, e discutir que tipo de relações intersubjetivas são desenvolvidas entre profissionais de saúde e mulheres em situação de violência sexual. Para tanto, considerou-se relevante buscar as articulações possíveis entre lógica, palavras e conceitos, rompendo com as mutilações decorrentes de articulações insuficientemente trabalhadas (SPINK; LIMA,

2000), explorando um campo mais extenso de questões perenes às relações intersubjetivas entre mulheres e profissionais de saúde.

Para uma maior exploração das respostas e sentidos dessas relações, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, e é entendida por Minayo (2004) como uma abordagem que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado que não é perceptível e captável em equações médias e estatísticas. Na pesquisa qualitativa, não há necessidade de mensuração em grandes grupos, já que busca compreender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim, ela permite a "observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo". Essa abordagem permite a explicação de comportamentos. (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A corrente de pensamento que norteou esta pesquisa tem elementos correspondentes à Sociologia Compreensiva, pois "propõe a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social", cuja preocupação está em: "compreender relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações e a partir desse conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente, compreender e interpretar a realidade." (MINAYO, 2008, p. 24).

4.2 O trabalho de campo

O trabalho de campo permite uma aproximação do pesquisador com a realidade que gerou sua inquietação, como também permite aproximá-lo dos sujeitos que integram aquela realidade e que produzem um conhecimento empírico importante para a pesquisa social (MINAYO, 2008). No campo:

> [...] tudo merece ser entendido como "fenômeno social e historicamente condicionado": o objeto investigado, as pessoas concretas implicadas na atividade, o pesquisador e o seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa e todo conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica. (MINAYO, 2008, p. 75).

Assim, o trabalho de campo nos traz novidade, mas não claramente. São os questionamentos que temos da realidade produzidos através da teoria que

apresentamos e dos conceitos que foram transformados em tópicos de pesquisa que nos fornecerão a grade ou a perspectiva de observação e de compreensão. “Por tudo isso, o trabalho de campo, além de ser uma etapa importantíssima da pesquisa, é o contraponto dialético da teoria social.” (MINAYO, 2008, p. 76).

4.2.1 O espaço da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida numa maternidade municipal do Rio de Janeiro que é uma das referências para atendimento à violência sexual contra a mulher. Nessa instituição de saúde, para a não-exposição da mulher, é acrescido ao prontuário a sigla V.V.S. (vítima de violência sexual). O primeiro atendimento é realizado na emergência pelos médicos do próprio setor. Neste contato inicial, é preenchida a ficha de primeiro atendimento e realizadas as medicações necessárias. São solicitados exames como o VDRL, para diagnóstico de sífilis, sorologias para hepatite B e o Anti-HIV. Há sempre uma enfermeira acompanhando o (a) médico (a), na sala em que a primeira consulta é desenvolvida.

Após a primeira consulta na emergência, as subsequentes serão em torno de sete dias após esse atendimento inicial e ocorrerão no ambulatório. A unidade utiliza como estratégia para garantir o retorno da mulher, a liberação do antirretroviral até o período em que foi marcada a consulta de retorno, para daí então receber o quantitativo restante.

No ambulatório, ela será acompanhada até o final de seis meses após o primeiro atendimento na emergência e realizará exames subsequentes. Também será encaminhada para o Serviço Social e para a Saúde Mental, nos quais não há restrição de tempo. As fichas de primeiro atendimento e de acompanhamento são encaminhadas para a Gerência do Programa da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

4.2.2 Os atores da pesquisa

Este estudo se voltou a ouvir profissionais de saúde mulheres inseridas na equipe interdisciplinar para atendimento à violência sexual, portanto, assistentes sociais e/ou enfermeiras e/ou psicólogas e/ou médicas. O critério para a definição de profissionais mulheres baseou-se no fato de comungarem com as mulheres em situação de violência sexual o fato de serem mulheres, o que possibilita interseções que podem se articular ao cuidado em saúde e aos modos de vida.

A busca inicial seria por profissionais que atendessem numa frequência maior, por possuírem um convívio mais prolongado, o que teoricamente favoreceria maior tempo para o desenvolvimento de relações intersubjetivas e identificações. No entanto, o número de atendimentos na unidade em que foram coletados os dados diminuíram ao longo dos anos, levando as profissionais a igualmente diminuírem o número de seus atendimentos. Além disso, a dificuldade de algumas profissionais em atender acaba fazendo com que uns atendam mais que outros.

Ao final, a coleta de dados foi realizada entre as assistentes sociais, médicas e enfermeiras, totalizando seis profissionais. Entre elas, três médicas, duas assistentes sociais e uma enfermeira. As características das profissionais encontram-se no anexo 4.

4.2.3 Abordagem técnica

O instrumento utilizado para o trabalho de campo foi a entrevista, que possui como matéria-prima a fala de alguns interlocutores (MINAYO, 2008). Ao mesmo tempo em que a entrevista valoriza a presença do investigador, pode oferecer todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Através da entrevista, podem-se conseguir dados mais objetivos e referentes diretamente ao indivíduo entrevistado. Esses dados mais objetivos constituem aqueles que também poderão ser adquiridos por outras fontes, como registros civis, censos, atestados de óbitos, etc. Os dados referentes diretamente aos indivíduos correspondem a suas atitudes, valores e opiniões. Estas “são informações ao nível mais profundo da realidade, que os cientistas sociais costumam denominar de subjetivos” (MINAYO, 2004, p. 108).

A entrevista é um importante instrumento de coleta de dados para as ciências sociais, pois traz a oportunidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos. Ao mesmo tempo, permite a transmissão, através de um porta-voz, das representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicos e culturais específicas (MINAYO, 2004).

Spink e Lima (2000) consideram a entrevista como uma prática discursiva que inclui dois aspectos ao seu conceito:

> Um primeiro aspecto refere-se à ideia de ação claramente introduzida pelo termo prática [...] No relato, está em foco, o que a pessoa traz, os argumentos utilizados e a explicação dada para torná-los plausíveis, ou seja, o que ocorre numa dada situação, dentro de uma sequência de atividades. Outro aspecto a ser considerado relaciona-se às práticas discursivas como conhecimento social [...] As práticas discursivas são atividades cognitivas quando referidas ao conhecimento social entendido como construção da realidade. Esse conhecimento é funcional e permite a produção de sentidos. (SPINK; LIMA, 2000, p. 185).

Ao relacionar práticas discursivas com produção de sentidos, os autores assumem que “os sentidos não estão na linguagem como materialidade, mas no discurso que faz da linguagem a ferramenta para a construção da realidade.” (SPINK; LIMA, 2000, p. 193) E citam Shotter (1993), num discurso sobre a linguagem, nos informando que a mesma é um instrumento ou ferramenta psicológica, através do qual estabelecemos relações diversas com outros e produzimos sentido para nossas circunstâncias. Essas circunstâncias não são totalmente estruturadas, e é o sentido que damos ou emprestamos a elas que dá forma e possibilita a comunicação deste aos que estão ao nosso redor e que falam a mesma linguagem. Portanto, ao considerar a entrevista como prática discursiva, as autoras entendem a entrevista como ação, interação, situada e contextualizada, por meio do qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade.

Para o desenvolvimento das entrevistas, foi utilizado um roteiro de entrevistas que se encontra no anexo 5. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. De forma a garantir o anonimato das profissionais entrevistadas, foram utilizados pseudônimos: para as médicas, utilizou-se o código “Med” e algarismos numéricos para diferenciá-las; para as assistentes sociais utilizou-se o código “Ass. Soc.” e também algarismos numéricos. Como houve somente uma enfermeira, utilizou-se “Enf”. Assim, foram utilizados os seguintes códigos: Med.1, Med.2, Med.3, Ass. Soc.1, Ass. Soc.2 e Enf.

Considerando que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram respeitados os preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos. Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido, que foi entregue às profissionais e, após a leitura e esclarecimentos, estas assinaram o documento, concordando com desenvolvimento da entrevista.

4.3 Organização e análise dos dados

Neste momento são descritos os passos para o desenvolvimento da análise das entrevistas. É importante lembrar que o objetivo da análise é ir além da descrição, fazendo uma decomposição dos dados e buscando estabelecer uma relação entre as partes que foram decompostas, “articulando esse material aos propósitos da pesquisa e a sua fundamentação teórica” (GOMES, 2008, p. 80). A análise objetivou obter a compreensão dos dados coletados, tendo sempre em mente atender aos objetivos da pesquisa.

A interpretação, compreendida por Spink e Lima (2000) como o processo de produção de sentidos, percorreu toda a pesquisa, inclusive o levantamento das informações. Segundo as autoras, durante todo o percurso de uma pesquisa estamos “imersos no processo de interpretação”. Buscou-se garantir o rigor da pesquisa, entendido pelas autoras como a “objetividade possível no âmbito da intersubjetividade.” (p. 105).

Para a análise, foi empregada a técnica de análise de conteúdo. Assim, inicialmente foi feita uma leitura compreensiva do material selecionado, buscando ter uma visão do conjunto e apreender as particularidades do material. Posteriormente, foi desenvolvida a exploração do material, quando foram identificados, organizados e analisados os núcleos de sentidos que construíram a estrutura da análise (GOMES, 2008).

5 RESULTADOS DA PESQUISA

Este estudo possui como objeto as respostas das profissionais de saúde nas relações intersubjetivas com mulheres em situação de violência sexual. Concebe a intersubjetividade conforme a proposição de Ayres (2001), segundo a qual é a partir da relação com o outro que as identidades são reconstruídas.

Para o autor, uma conceituação de subjetividade que associa a ideia de permanência à dimensão identitária deve ser substituída pela ideia de contínua reconstrução de identidades, pois a "identidade subjetiva é da ordem da ipseidade, da identidade/si, isto é, de uma identidade construída a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro." Graças ao outro, reconstruímos nossa identidade e almejamos a individualidade:

> *[...] não existe o sujeito individual***,** ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um "sonho" de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente "o outro de cada um". (AYRES, 2001, p. 78, grifos do autor).

Assim, subjetividade é sempre relação, é intersubjetividade. É necessário que pensemos "muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, *o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*." (AYRES, 2001, p.78). Entende-se, portanto, que a identidade das profissionais pode ser recriada a partir da relação com as mulheres em situação de violência sexual e gerar diferentes respostas ao serviço e à trajetória pessoal.

CATEGORIA I - Mulheres em situação de violência sexual: a visão das profissionais

Nesta categoria, são discutidas as diferentes visões das profissionais em relação às mulheres em situação de violência sexual. Observa-se, através desta, que as experiências vividas pelas profissionais nos atendimentos carregam toda a

trajetória percorrida pelas mulheres desde o primeiro atendimento até a alta, num movimento descontínuo de sentimentos.

Começamos por analisar as considerações de uma profissional que observa que, ao chegar para o primeiro atendimento, não é do conhecimento das mulheres as diversas questões que envolvem este tipo de violência e os serviços ofertados pelas instituições de saúde. No entendimento da profissional, o risco de desenvolver uma doença sexualmente transmissível é o que mais preocupa as mulheres. As consequências que extrapolam os aspectos físicos de uma agressão sexual vão-se desenhando em seu cotidiano, na percepção que passa a ter do próprio corpo, na dificuldade de relação com o companheiro, na culpa. Assim, a mulher, ao chegar ao serviço, parece desconhecer que poderá ter apoio de outros profissionais, além dos médicos para dar o suporte necessário.

> *O que a gente observa é que no começo elas vêm com muito medo, né, ainda, usando até um jargão popular: "a ficha ainda não caiu direito", e elas veem movidas basicamente pelo medo de doenças, tá? Não existe aquela preocupação, a princípio, com as outras coisas que a gente aqui oferece, aqui e qualquer outro setor de saúde, faz parte do programa...aí a gente esclarece exatamente quanto a essas doenças, né, qual é o protocolo de atendimento...se a qualquer instante se houver necessidade ela pode procurar, nos procurar, tanto em relação a parte médica, que aí elas até não sabem que elas podem dispor de outras formas de atendimentos que não apenas médico prescrevendo remédio, né, é... Nós também orientamos em relação aos exames, essa parte técnica, né, e a gente oferece o serviço de saúde mental pra fazer um acompanhamento ou a primeira entrevista, sempre assim: se ela vai aceitar ou perceber a necessidade, de acordo com a necessidade de cada um.* (Med.1).

Um questionamento a se pensar é se as profissionais estão sensibilizadas para reconhecer as demandas que não foram ditas. O que a mulher consegue verbalizar pode não ser propriamente sua maior necessidade e o que a faz procurar o serviço de saúde. Não possuir um reconhecimento dos serviços que são ofertados não significa que inexista um interesse legítimo por estes serviços. Através da fala da profissional, não parece uma rotina da instituição convidar a mulher para atendimentos na Psicologia ou no Serviço Social, a não ser que exponha esta necessidade.

Outra questão que chama atenção é relativa à gravidez indesejada. Parece pouco incomum que a mulher num primeiro momento, além da preocupação com as DSTs também não se preocupe com uma gravidez em decorrência da violência sexual. A Aids, pelos indicadores da doença, assumiu grande relevância e motivo de preocupação pela sociedade, mas a gravidez indesejada ainda é algo preocupante.

Assim, seria de se estranhar que as mulheres vítimas de violência não expressassem, num primeiro momento, o medo de uma gravidez em decorrência de estupro. É claro que muitas mulheres desconhecem o uso da contracepção de emergência, assim como a possibilidade de um aborto, caso seja necessário. Contudo, a não-exposição das profissionais em relação à gravidez indesejada ou ao aborto legal nas entrevistas foi imperativa. Mesmo ao se expressarem sobre os serviços ofertados, a contracepção de emergência foi pouco citada, o aborto legal não foi lembrado. Talvez falar de uma gravidez que pode ter como desdobramento um aborto seja algo ainda polêmico entre as profissionais, por entrar no campo de valores.

Outra fala nos faz lembrar que, após uma violência sexual, as mulheres se sentem fragilizadas, com prioridades de diversas categorias. A denúncia do agressor é secundária e faz reviver a violência sexual, trazendo à tona o sofrimento do momento da agressão. O medo de outro episódio de violência caso denuncie o agressor pode ser paralisante. Conforme a segurança vai-se estabelecendo, as mulheres começam a pensar na denúncia do agressor.

> *Elas vão se tornando mais confiantes, elas vão conhecendo mais a equipe que está acompanhando ela. Eu acho que isso vai dando mais, é... ela vai se sentindo mais segura, né? De que ela está se prevenindo de doenças, que ela tem ali, que as pessoas estão ali para escutarem ela, estão ali para ajudar a ela, então eu acho que ela vai se sentindo mais segura e, muitas vezes segura até para denunciar o abusador, né, no caso*. (Med. 2).

A experiência nos atendimentos permite às profissionais avaliarem que, apesar do medo inicial, a relação estabelecida à base de escuta e de apoio promove maior confiança, favorecendo a reabilitação da mulher.

Outra profissional cita diversas situações que dificultam a denúncia, como não ter o apoio do parceiro, a culpa, a negação da violência, e a dificuldade de reviver sua sexualidade. Estes são sentimentos muito frequentes na violência sexual.

> *Primeiro é uma... uma sensação de muito medo, de muito "que eu tô sozinha". Ai depois aquilo vai mudando para revolta e às vezes durante o decorrer do atendimento elas pedem orientação a respeito de como é que faz pra ir pra delegacia... tem umas que preferem fazer de conta que não aconteceu, outras assumem que aconteceu, mas não querem mexer naquilo, nem todas contam com parceiro sexual, né, e algumas têm uma dificuldade muito grande depois, de retomar a própria sexualidade. Algumas se sentem culpadas, "fui eu que de alguma forma provoquei", né, tipo, eu existo então eu provoquei, de alguma forma, tá? E isso às vezes acontece.* (Med. 1).

A fragilidade do primeiro momento pelo fato recente ganha novos contornos ao longo do tempo. Mesmo que a denúncia não seja precoce, mostra-se cada vez mais frequente. A mudança de atitude das mulheres parece alcançar a máxima de que “na rua ou em casa quando uma mulher diz não é não” e que o corpo a elas pertence, não podendo ser subjugado impunemente. Ressalta-se que, nos casos de mulheres que sofrem violência sexual por conhecidos, a resistência da denúncia está ainda condicionada ao envolvimento de alguém do seu ciclo de convivência que normalmente a ameaça, ou pelo vínculo que possui.

Em seguida, analisando outra fala, podemos observar que a profissional questiona o consentimento ou não da violência nos casos em que a mulher se coloca na situação dita pela profissional, de risco. Esses seriam os casos, por exemplo, de uma mulher que se dirigiu ao carro de um conhecido após uso de bebida alcoólica. Para a profissional, “violência na forma mais plena” é a que se utilizou ameaça ou arma de fogo.

> *A gente pega uns casos meio estranhos. E tem aquelas mulheres também que na realidade, não é que elas provoquem uma situação sexual, né, não. Elas se envolvem com determinadas pessoas e se colocam em situação de risco, tá? É, vai numa festa, bebe um pouco mais e vai pro carro com uma pessoa que ela conhece, mas não tem intimidade, tem o conhecimento eventual, o famoso “conheço de vista”, “trabalha no meu trabalho”, né, e aí fica aquela história, até que ponto foi um ato sexual permitido ou foi uma violência?” Então são várias as situações. E tem as situações realmente da violência na sua forma mais plena, né? Com alguém vítima de vários agressores, com arma de fogo, com arma branca ou por coação ou alguma coisa do tipo “vou fazer mal pra alguém da sua família” e as pessoas ficam muito mexidas.* (Med. 1).

Ao decodificar a fala acima, é possível observar que a profissional estratifica e hierarquiza a violência sexual, agregando grau, não de culpabilidade, mas de agência da mulher. Como se em determinados momentos a mulher permitisse que o desejo tomasse maior proporção que a razão, levando a profissional a não culpar, mas a acreditar na participação e responsabilidade da mulher, questionando se foi um caso consentido ou não.

Para a profissional, a violência sexual mais extrema seria aquela em que a mulher não teria nenhuma alternativa, sendo vítima, por exemplo, de vários agressores. Essa forma de compreensão desencadeia o risco de uma abordagem que atribua um julgamento de coparticipação da mulher, como também de valores de conduta. A expressão: “se colocar em situação de risco”, como dito pela profissional, parece estar condicionada, como refere Suárez et al. (1999) à quebra

das qualidades morais que se espera das mulheres, como por exemplo, neste caso, o uso excessivo do álcool e dirigir-se ao carro de um homem, sozinha. As autoras referem que o próprio Código Brasileiro reforçava esta questão, ao descrever estupro como: [...] ter acesso carnal a *mulher honesta* mediante fraude, não se requerendo uma idade determinada que somente joga como agravante em se tratando de uma *mulher virgem* que tenha entre 14 e 18 anos (SUÁREZ et al.,1999, p. 45).

O livro de Vigarello (1998) sobre a história do estupro informa que na França por volta de 1900, ainda se negava a hipótese de um homem sozinho conseguir agredir sexualmente uma mulher, somente quando uma mulher era violentada por vários homens que se considerava um estupro. “As propriedades estruturais dos sistemas sociais só existem na medida em que formas de conduta social são cronicamente reproduzidas através do tempo e do espaço” (GIDDENS, 1984, p. 17). A estruturação de um olhar que associa culpabilidade e responsabilização feminina ao ato da violência sexual é uma prática social situada numa constituição histórica. Porém, salienta-se que ao criar padrões de risco ligados à conduta da mulher, a profissional elimina seu próprio risco à violência sexual. Ao considerar o contexto geral de suas falas, vê-se que a todo o momento não se reconhece na condição de um dia ser vítima. É necessário pensar sobre os estereótipos determinados por uma necessidade de excluir qualquer possibilidade de veiculação à violência sexual, que trazem a sensação de eliminação do risco e que moldam comportamentos.

Uma última análise da visão das profissionais quanto às mulheres em situação de violência sexual refere-se ao reconhecimento destas quanto aos transtornos que a violência sexual traz para mulher, que, somados a conflitos pessoais anteriores, ganham maior dimensão e geram maior sofrimento. As mulheres se veem sem condições de formar novas estruturas para resolução dos problemas, como podemos observar na fala abaixo:

> *Eu acho que, a mulher se vê em muitos momentos com uma série de questões desmoronando. Ela perde muita referência, ás vezes aquela situação que já era complexa antes do fato se torna dez vezes pior. Exatamente porque ela naquele momento está mais vulnerável, está mais confusa, está mais desprotegida.* (Ass. Soc.1).

Nesse sentido, maior se apresenta a necessidade de uma equipe interdisciplinar que possibilite a construção de novas estruturas que deem suporte à reabilitação da mulher.

CATEGORIA II - Relações Intersubjetivas: revendo o cuidado em saúde

Nas relações desenvolvidas entre profissionais e mulheres, é importante destacar o conflito vivenciado por algumas profissionais sobre “como agir”. De fato, o atendimento na violência sexual é algo complexo, assim como gera consequências e é impulsionada por uma miríade de acontecimentos que se manifestam na dificuldade das profissionais em lidar com essas questões. Todas as profissionais foram capacitadas, mas parece que, em determinados momentos, atributos pessoais acabam impulsionando este “agir”, ou se agregam às capacitações. Através das entrevistas, foi possível observar que para as profissionais mais técnicas, há uma praticidade no atendimento e o que prevalece é a técnica. O mais complicado do atendimento parece ser o preenchimento de “papéis”, que são as fichas de primeiro atendimento ou de acompanhamento ou as solicitações de exames.

> *É o atendimento, é a solicitação de exames, é a marcação de consultas para revisão, para acompanhamento... então a gente se enrola um pouquinho com a parte do papel, a parte do atendimento médico em si não é tão complicada não, é mais a parte de papel, porque sempre fica faltando alguma coisa.* (Med. 3).

Nesse sentido, a profissional parece negar as questões mais subjetivas do atendimento é dá um tom de plenitude à consulta médica, enquanto que o protocolo parece assumir o lugar da relação. Para outra profissional, o atendimento à mulher em situação de violência sexual é um atendimento médico, portanto, técnico. Por isso, não faz distinção entre os diversos acompanhamentos numa maternidade, todos se configuram num só, e o que os distingue é o motivo do acompanhamento.

> *É um atendimento médico, então... um atendimento técnico, obviamente que não é frio, é técnico, mas... não tem muita diferença porque a gente já trabalha com público, né, da mesma forma que tem as pacientes vítimas de violência sexual, tem gestantes, que é uma maternidade, que estão bastante confusas num primeiro momento, então a abordagem em relação à confusão das pacientes é igual, tá, só que os motivos da confusão, obviamente, são diferentes.* (Med. 1).

A profissional parece sair em defesa de uma abordagem única que não difere perante as mulheres. Essa abordagem garante, de certa forma, que ela possa transitar pelos diversos atendimentos sem ter maiores dificuldades em desenvolvê-los. Por outro lado, ao torná-lo único, desconsidera as especificidades presentes a cada indivíduo. As singularidades passam a ser algo descolado do atendimento em saúde.

Uma estratégia de se identificar distintas formas de intervenção profissional, permitindo avaliá-las, pode ocorrer através de categorias criadas por Perdigão (2003). Nestas categorias, podemos observar, por exemplo, o binômio de um interventor com potencialidades que encara o destinatário como parte visivelmente fragilizada e dependente, criando uma relação de assimetria e desequilíbrio assumindo uma posição de poder. Esta é uma perspectiva de cura. O interventor não reconhece suas próprias fragilidades e dificulta seriamente os recursos internos do destinatário.

Outra possibilidade seria o binômio do interventor com potencialidades, que coloca em perspectiva igualmente o destinatário em função de suas potencialidades, correndo o risco de negar as fragilidades do outro. Um terceiro binômio seria aquele em que tanto o interventor quanto o destinatário são encarados a partir unicamente de suas fragilidades. Neste caso, a atuação do interventor é reconhecida como simpática em função da solidariedade, mas é bastante provável que haja um agravamento do sentimento de impotência de ambos os lados. Por último, o binômio ideal seria aquele em que temos um interventor potencializador com fragilidades e um destinatário fragilizado com potencialidades.

No caso das profissionais acima, estas parecem assumir uma postura de interventor com potencialidades, cujo risco está em negar suas próprias fragilidades. Ao unificarem todos os tipos de acompanhamento e suas maiores dificuldades se encontrarem no campo burocrático, desconsideram as fragilidades da mulher em situação de violência sexual.

Ainda sobre a fala da profissional acima, outra questão que chama atenção é a diferenciação que faz do atendimento técnico do atendimento “frio”. Aparentemente, parecem sentir que poderiam julgar que um atendimento técnico envolve frieza. No entanto, isso demarca o limite entre um atendimento mais propenso para a técnica do atendimento dito “frio”. O atendimento técnico envolve a

aplicação de conhecimentos científicos, e Ayres (2004) refere que o modo como aplicamos e construímos conhecimentos científicos limita o que pode ser enxergado como necessidade de saúde, precisando ter clareza de que nem tudo que traz bem pode ser de imediato traduzido e operado como conhecimento científico e que nunca nossa presença perante o outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos.

Assim, é necessária a aplicação do conhecimento técnico em conformação com o reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos, valorizando o contexto por eles vivido. No caso abaixo, a profissional procura unir estes dois preceitos:

> *eu tentava de uma certa maneira conduzir tecnicamente mas sempre pensando no impacto da... na situação vivenciada pela mulher, uma situação realmente de acolhimento dessa mulher, tentando facilitar da melhor maneira possível para que ela pudesse ser acolhida* (Ass. Soc. 2).

A condução técnica do trabalho parece representar uma postura profissional. Mas para melhor acolher a mulher, a profissional procura compreender a situação no qual a mulher se encontra.

Outra profissional reconhece o impacto da violência para a mulher e que não é possível ficar alheia à situação, mas que é necessário ter um “olhar de fora” que permita lidar com a emoção. Segundo a profissional, a teoria vinculada às capacitações proporciona este afastamento e é utilizada como suporte capaz de manter a continuidade do cuidado à mulher. Assim, a teoria favorece a estruturação de suas potencialidades, através do reconhecimento das fragilidades.

> *Eu admito que mexe sempre muito, né? Eu acho que é impossível uma mulher ficar completamente alheia a isso... acho que impossível... Eu acho que o que é que dá esse suporte é a ideia mesmo de você ter clareza que você necessita de algum tipo de distanciamento para conseguir ajudá-la. E aí eu também acho que esse distanciamento, ele só ocorre quando eu sou capacitada. Não dá para eu entrar numa de “a”, não dá!”, porque aí eu acho que sem a teoria eu não consigo me afastar e, se eu não me afastar, eu também não consigo ajudá-la, mas, assim, eu acho que é impossível eu falar que a gente não sai depois do atendimento meia pesada ou... pelo menos pra mim, às vezes eu pego um fôlego primeiro, dependendo, né?...Acho que tudo isso ocorre, mas aí eu me agarro na teoria, dou uma respirada, vou, “peraí”, meio que me concentro mesmo e aí atendo.* (Ass. Soc.1).

Reviver o gestual da profissional supracitada como quem de fato se agarra em algo facilita compreender o valor que a teoria representa. Portanto, é necessário

pensar que teoria é essa que opera um reconhecimento e discernimento dos sentimentos em voga. A teoria citada poderia ser um acúmulo de reflexão sobre a violência contra mulher e das questões que estão em jogo, como o gênero, por exemplo. Consiste num componente externo que pode possibilitar uma interface com a história de cada profissional, representando auxílio. Então, é interessante que os profissionais tenham um momento em que sejam colocados os aspectos teóricos e as reflexões interiores.

Um componente citado como “facilitador” dos atendimentos são os “papéis” a serem preenchidos, como a ficha de primeiro atendimento, que serve de roteiro para a consulta. Por outro lado, eles não garantem acolhimento. A condição de ser mulher, e ao se colocar no lugar do outro assumindo uma postura de alteridade, permite à profissional se sensibilizar, mas também torna o atendimento mais complexo, com consequente movimento inverso que o reduz ao preenchimento das fichas.

> *É aquela coisa, você não sabe o que falar naquela hora para uma paciente dessa, então você acaba... não, vou perguntar o que está aqui no questionário, fica mais fácil, né? Porque é muito difícil, é muito difícil você... acho que você se coloca um pouco no lugar dela, a gente como mulher se coloca um pouco no lugar dela.* (Med. 2).

Enquanto uma profissional faz uso da teoria como propulsor da continuidade de sua ação, a profissional acima se utiliza do preenchimento do “papel” como forma de mediar os diversos conflitos e manter a continuidade. É notório o sentimento de impotência que se apresenta na dificuldade do que será dito quando parece não haver/saber o que dizer; assim, o protocolo preenche o lugar da fala/aproximação e torna a continuidade possível. Para tanto, são necessárias estratégias que permitam à profissional utilizar a sensibilidade como ferramenta para uma postura mais acolhedora.

Na citação abaixo, é reproduzido ainda o receio quanto às palavras e os questionamentos a serem feitos, e a incerteza se vão realmente desencadear um processo que traga conforto.

> *A gente se sente um pouco violentado, acho que chegar na paciente é um pouco difícil, o profissional de saúde é difícil de chegar na paciente, no fundo, no fundo a gente fica meio receoso de como chegar, como falar, o que perguntar. Você sabe que nada que você fale ali vai tranquilizar ela, vai confortar ela, então é complicado, isso de você chegar nessa paciente.* (Med. 2).

A profissional expressa o caráter de comprometimento das relações intersubjetivas que se manifesta na dificuldade de como abordar uma mulher em situação de violência sexual e do receio das consequências desta abordagem. A frase acima traduz o sentimento de impotência da profissional, somada à dificuldade de reconhecer as potencialidades da mulher em sair da situação que se encontra, caracterizando um interventor e um destinatário potencialmente fragilizados, agravando este sentimento de ambos os lados.

Outra questão que se manifesta a diante é o conflito entre os diversos sentimentos que se contrapõem e geram tensões, podendo ser responsáveis, inclusive, pela recusa de algumas profissionais em atender.

> *No fundo a gente fica... Você fica sem graça, fica com... Não é bem sem graça o termo que eu vou usar... Você se coloca no lugar dela, então você fica com pena, você fica com raiva de quem fez, né.. É uma mistura de sentimentos... Por isso acho que as pessoas fogem, porque é uma coisa que você não gosta de vivenciar. Uma coisa é você fazer um parto, é muito bom, né? Gostoso... Um neném nascendo. Outra coisa é você lidar com uma coisa que te incomoda. Então, se incomoda você, prefere não lidar, prefere fingir que não existe...* (Med. 2).

Há uma dificuldade da profissional de dar sentido ao que sente. Ela chega a expressar se sentir “sem graça”, mas então encontra o sentido da pena. Ao assumir esse sentido, assume sua impotência diante da violência sexual, potencializando a raiva do agressor. A presença desses sentidos antagônicos, porém intensos, que entram em conflito, é algo que incomoda, diferente do parto, como bem exemplificado pela profissional. Talvez este seja um dos motivos que levam as profissionais a negarem a responsabilidade dos atendimentos e a “fugirem”. De certa forma, contribuem para a invisibilidade da violência sexual. É necessário que as profissionais aprendam a lidar com estes diversos conflitos, e que as capacitações respondam a essas necessidades.

Mas, apesar do desconforto sentido pelas profissionais, inclusive por uma identificação de gênero, já que ao se colocar no lugar da mulher e sendo mulher, a pluralidade de sentimentos vêm à tona, os atributos pessoais, como a própria empatia, podem direcionar a atuação profissional e favorecer os atendimentos. Características da profissional que facilitam a interação proporcionam maior domínio sobre as dificuldades.

> *É difícil? É! Mas eu tenho uma empatia muito forte, muito grande com a mulher, então eu consigo interagir com ela ali. Eu consegui (atender) sem ficar assim... Você fica horrorizada? Fica! Escandalizada no sentido assim... Não é nem escandalizada, você fica chocada? Fica! Mas você consegue, eu conseguia ultrapassar isso e atender aquela mulher sem tentar deixar ela ainda mais presa, mais assim... Introspectiva, mais fechada do que... Sabe, uma outra pessoa...* (Enf).

Diferentemente da profissional citada antes, esta profissional reconhece o grau de complexidade e de dificuldade de relação com as mulheres, mas tal dificuldade é superada por sua capacidade em lidar com a diversidade de sentimentos. A empatia da profissional permite, neste caso, solidez na relação intersubjetiva.

A profissional também apresenta dificuldade pra dar sentido ao sentimento que quer expressar, supostamente denotando que a violência sexual remete a sentimentos de difícil entendimento pelas profissionais. Isto também pode ser observado na fala abaixo, que ressalta ainda que atributos como sensibilidade e respeito são utilizados na construção das relações intersubjetivas, garantindo um atendimento de melhor qualidade.

> *Olha, a relação era assim, de respeito conforme predispõe através da minha atuação profissional, mas ao mesmo tempo era um atendimento resguardado assim de muita... Como eu poderia te dizer? Sensibilidade, de segurança... A gente (profissionais) tinha característica de respeitabilidade, de sigilo, de ética, de acolhimento.* (Ass. Soc. 2).

A descrição dos significados que podem ser impressos ao que se sente ou aos sentidos que se atribui parece algo complexo, tornando necessário buscar diversas palavras que possam contemplá-los. A violência sexual remete a questões que muitas vezes não são compreensíveis; desta forma, os profissionais procuram usar palavras que sejam mais coerentes com a realidade e que produzem uma análise mais próxima ao que se deseja informar:

> *... As pessoas têm um... Você sente que elas têm um... Não seria um preconceito, mas elas têm... Elas não gostam de atender. Elas... Não sei se aquilo choca elas também, elas no fundo não gostam de atender. Os profissionais de saúde não gostam de atender.* (Med. 2).

A profissional afirma que as profissionais possuem algum tipo de sentimento que as limita a acompanhar uma mulher que sofreu violência sexual, sendo categórica ao afirmar que, de forma geral, as profissionais não gostam de atender.

Outra profissional enfatiza a atuação, por vezes apresentada pelas profissionais, de compaixão, implicando uma postura de pena, que pode fragilizar ainda mais a mulher. Mas apesar de não ser a favor, acaba cedendo à mesma postura, demonstrando o conflito vivido pelas profissionais, que se apoiam em certas convicções, mas que desenvolvem uma prática que pode diferir.

> *Fica todo mundo cheio de dedos para tratar essa paciente. Eu acho que a gente tem que acolher ela, mas não ficar cheia de dedos, porque ela sente que você está diferente com ela. E a gente fica diferente mesmo e, ela percebe óbvio. Ela está ali machucada, mas ela não está inconsciente ela sabe que está todo mundo olhando com peninha dela. Ela não quer peninha, ela quer ser protegida mas sem pena, né? O sentimento de pena não é muito legal, eu não gostaria que ninguém sentisse pena de mim. Eu acho que ela também não quer que sintam pena dela. Ela quer que ajude, mas sem sentir pena... No fundo, está todo mundo com pena mesmo, né? De ela ter passado por aquilo tudo. Saber lidar... Acho que a parte psicológica ajudaria bastante.* (Med. 2).

A atitude “cheia de dedos” traduz proteção a algo sensível e dificuldade de como agir, levando a profissional a sugerir auxílio dos profissionais da psicologia.

Outra questão que se apresenta é o risco de certos julgamentos comprometerem o atendimento, através de rótulos de como a mulher deve se expressar no momento do atendimento, que não caracteriza necessariamente o que a maioria manifesta:

> *A gente também já teve caso aqui de uma adolescente que inventou a história e a gente percebeu logo no primeiro contato que ela estava muito tranquila pra quem tinha sofrido uma violência. Na realidade era uma paixão platônica por um vizinho”... tomou o remédio, tudo... porque a gente tem que acreditar no que o outro diz, não o nosso papel aqui uma função policialesca, não é nem policial, é policialesca... não é nosso papel. A pessoa assumiu que foi vítima de violência sexual, ela vai ser tratada diante do protocolo.* (Med. 1).

É importante destacar que ao profissional compete o cuidado em saúde e não a inspeção da veracidade da história apresentada pela mulher. A desconfiança dificulta uma relação de cumplicidade e compromete o retorno e acompanhamento das mulheres. Padronizar suas respostas à violência sexual é um risco de se estereotipar seu comportamento avaliando a veracidade de cada caso. Mesmo que se mantenha o protocolo, a confiança mútua fica comprometida, pois aquela mulher que não seguir o estereótipo de vítima não terá o envolvimento da profissional.

A desconfiança em relação à mulher também perpassa outros atendimentos, que nos leva a pensar num estigma que associa a mulher que viveu uma violência

sexual à invenção do caso, levando a profissional abaixo a manter uma testemunha no atendimento.

> *... Tem que ser uma situação de privacidade, não pode ser aberta a tanta gente, ao profissional de saúde, médico e enfermeiro, que está sempre presente. Tem que ter sempre uma pessoa do lado, né, porque ela vem com uma história e pode sair dali com outra, a gente vê acontecer isso, tem que sempre ter uma pessoa além da gente, mas não muita gente para não ficar confusão. Já chega tanto papel, tanta medicação, se tiver muita gente você se perde.* (Med. 3).

A profissional refere a importância da privacidade, mas defende a presença de uma "testemunha" no atendimento. Para a profissional, a presença de outros profissionais prejudica o preenchimento dos "papéis" e a conduta quanto à medicação, não a privacidade da mulher. As necessidades da mulher não chegam a ser alvo de reflexão. Assim, avaliar as relações desenvolvidas entre mulheres em situação de violência sexual e as profissionais de saúde permite desvendar as dificuldades e as estratégias utilizadas pelas profissionais para superação dessas dificuldades. Na maioria dos casos, essas dificuldades não se inscrevem nas rotinas ou nos protocolos, mas na relação interpessoal e na identificação de gênero. A sensibilidade, a dor do outro é algo necessário, mas nem sempre aproxima. A técnica garante a atuação profissional, mas nem sempre com eficácia. Portanto, é necessário proporcionar às profissionais o melhor uso destas ferramentas.

CATEGORIA III: Mudanças no cotidiano das profissionais

Nesta categoria se descreveram mudanças identificadas pelas profissionais, geradas a partir das relações intersubjetivas com as mulheres em situação de violência sexual, nas quais foi possível explorar aspectos tanto profissionais quanto pessoais. Ao reconhecer esses aspectos, se observaram potencialidades e questões que precisam ser revisitadas nas capacitações.

Observa-se nesta categoria que o processo de construção da relação com as mulheres e a experiência nos atendimentos traz novos rumos ao cotidiano das profissionais, como por exemplo, na qualidade do atendimento prestado e na redução dos riscos à violência. No entanto, uma profissional referiu possuir

qualidades que não foram incorporadas com a experiência da prática, afirmando, portanto, que não houve muitas mudanças pessoais:

> *... Não tive nenhuma experiência assim, que tenha sido parecida com essas pessoas que eu atendi. Então, para mim ainda não (houve mudanças), eu tenho meus cuidados que eu sempre tive com a minha filha, com as pessoas que andam próximo a 'ela. Não estar sozinha, evitar... Sozinha não porque tem quatro anos, mas não ir em lugares com qualquer pessoa. Ela também não vai, isso já é dela, então, como eu já sou bem desconfiada..., não mudou muita coisa não, continua da mesma maneira.* (Med. 3).

Observa-se que, em função da vulnerabilidade feminina para a violência sexual, a profissional prepara sua filha para ter cuidados reproduzidos pelas mulheres, "não ficar sozinha" ou "não ir a lugares com qualquer pessoa". Logo abaixo, a mesma profissional já expressa mudanças quanto à agilidade no trabalho:

> *Eu não vejo tanta mudança não, mais assim na parte de você ser mais rápida, de você se acostumar com aquilo, de você seguir. Conforme segundo, terceiro, quarto você já não se perde em matéria de papel, você já prioriza algumas coisas. Pessoal não tem tanta mudança, não*. (Med. 3).

Através do acúmulo de experiência, a profissional refere que desenvolveu mais habilidade no preenchimento das fichas de acompanhamento e de solicitação de exames. Porém, mais habilidade não garante qualidade no atendimento, se este ocorre em detrimento dos aspectos subjetivos.

Para outra profissional, a violência, inclusive num contexto geral, é algo que sensibiliza, principalmente uma violência; para ela, a mulher mais se expõe em comparação as outras formas de violência. A expressão "se expõe" pode relacionar-se à maior vulnerabilidade, ou vincular-se a uma questão de quebra dos padrões predeterminados da sexualidade feminina, que no momento da violência sexual são expostos.

O ato do estupro marca o feminino e não o masculino com a impureza, pois é posto como signo da masculinidade e em nome do artifício da "fraqueza masculina", que são derivados. Então as mulheres buscam rituais de purificação, enquanto que os homens seguem as atividades cotidianas (MACHADO, 1999). Desta forma, a profissional refere que a experiência nos atendimentos trouxe mudanças.

> *Sem dúvidas (percebe mudanças em si), porque a gente fica bastante é... bastante... Mexida com essa situação. A gente fica mexida, porque você começa a ver uma realidade, que na realidade tem o costume de ver isso nas estatísticas, e você de repente, não é que você vá se envolver, mas você fica bastante, é... Como vou*

> *dizer? Mexe com você, é difícil dizer que não. Qualquer tipo de violência, particularmente pra mim qualquer tipo, né, é uma coisa que me irrita bastante, que mexe comigo, e a questão de estar cuidando de uma vítima de qualquer tipo de violência, no caso sexual, onde a mulher mais se expõe, é muito complicado.* (Med. 1).

A profissional enfatiza ainda uma diferenciação entre “se envolver” e se sensibilizar, que parece indicar que, ao não “se envolver”, mantém-se “protegida”. Mas é importante compreender e decodificar o que traduz “se envolver”, pois pode conferir um fator de distanciamento na relação com a mulher. A fala abaixo representa a resposta da mesma profissional quanto a mudanças pessoais, em que refere ter uma história de vida diferente das mulheres que acompanha:

> *Eh... num aspecto mais amplo sim (houve mudanças pessoais)...é que...na realidade a minha situação, né, é uma situação bem tranquila, eu tenho um poder de decisão sobre quando, com quem, né, eu não consigo me imaginar numa cena no caso de violência doméstica, ser, talvez, vítima de violência sexual na rua... Eu não consigo me imaginar numa situação dessas, até por uns treinamentos que a gente tem. Eu sou militar também... No começo quando eu me tornei militar eu tinha uma convivência com subalternos do sexo masculino que eram complicadas... Mas também tinha um outro lado, tinham os superiores, que também estavam acostumados com o tipo de relacionamento do tipo eu mando e você obedece, porque era assim em casa, aí, aquilo me chocou muito, que não era também minha realidade de criação, de tudo mais*. (Med. 1).

A falta de identificação com a história das mulheres que acompanha, inclusive de mulheres em situação de violência doméstica, parece não estimular novas trajetórias. O estímulo para reflexão quanto às questões relativas ao gênero e que podem sugerir mudanças parece ter seu marco inicial numa experiência anterior de hierarquia militar, onde exerce autoridade em relação aos homens de uma patente inferior, caracterizando a troca de papéis femininos e masculinos.

Ayres (2004) lembra que as identidades são construídas no e pelo ato de viver, de se movimentar pelo mundo, e que não são construções a princípio inscritas inexoravelmente à nossa biografia no momento em que nascemos. A forma como a profissional se movimentou pelo mundo permitiu a constante construção de sua identidade, fugindo do que está instituído socialmente para a mulher. Mas não se descarta a possibilidade da não-identificação, perpassar por uma questão que implica assumir os riscos de uma violência sexual.

A relação que se estabelece com a mulher também beneficia construções críticas sobre a violência sexual e um olhar diferenciado sobre esta questão, por mais que o percurso social seja outro:

> *Acho que na minha vida não, mas em mim sim (trouxe mudanças). você começa a ter uma visão diferenciada, ter menos preconceitos. Eu acho que até de lidar com esse tipo de acontecimento, de saber lidar melhor com esse tipo de acontecimento, tentar ajudar, você saber ajudar melhor o paciente. Acho que muda um pouco a nossa forma de ver as coisas. Porque a gente no fundo é criado de que a mulher tá se oferecendo, né? E no fundo a gente quando é mais jovem às vezes pensa "mas também aquela moça com aquela saia curta". Ela tem direito de usar a saia curta, ele não tem direito de abusar dela. Mas no fundo a gente quando não trabalha com esse tipo de paciente, no fundinho, no fundinho a gente pensa "mas também ela estava abusando." E não é assim, a gente depois vê que aquilo não tem nada a ver, cada um tem a sua liberdade e tem que ser respeitada independente de ser mulher, de ser homem, criança, todos têm de ser respeitados. Acho que muda um pouquinho a visão da gente*. (Med. 2).

A ruptura dos padrões morais atribuídos à mulher e a naturalização do impulso sexual masculino são fatores que favorecem um olhar preconceituoso e de corresponsabilização da mulher. Santos (2008), citando Gagnon (2006), ressalta um *status* associado a mulheres vitimadas que corresponderia a serem ou não "protegidas". As mulheres "desprotegidas" seriam aquelas que possuem atributos e ou frequentam lugares que as definiriam como acessíveis sexualmente. Estas mulheres seriam mais passíveis de serem responsabilizadas pela violência.

Desprender-se destas classificações instituídas é se permitir uma nova leitura da violência sexual e de quem sofre esta violência, como também de aceitação de direitos individuais. Ter a experiência de reconhecer nos atendimentos e na relação com a mulher as diversas incoerências que são socialmente impostas pode ampliar a capacidade de reflexão e de não-restrição ao protocolo de atendimento:

> *Hoje eu já atendo melhor, acho que ainda podia atender melhor, mas eu acho que já melhorei, porque é difícil, é o tipo do paciente... Não só violência sexual, violência doméstica, você pega paciente que chega aqui toda agredida, cheia de mancha roxa, você quer falar com ela, você quer orientar ela, procurar alguém e, às vezes você está de mãos atadas e ela "não, eu não posso porque eu dependo daquela pessoa". Então depende, apanha, mas continua com a pessoa. É violentada pelo marido, mas continua com ele, porque depende, porque ele é um traficante, porque ele pode matar ela, ela não pode sair de casa... É complicado*. (Med. 2).

Portanto, a prática parece promover maior qualidade no acompanhamento às mulheres e gera mudanças contínuas. Mas, acompanhadas das experiências vividas na prática devem vir as capacitações, pois observam-se no discurso da profissional a sensação de impotência e o sentimento de permanência da condição da mulher de vítima e de dependência do sexo masculino.

Outra profissional de saúde lembra que as mudanças vão ocorrendo de forma gradual:

> *Eu acho que a mudança não ocorre, ou para mim, não ocorreu por causa de um caso, acho que é o somatório. Eu acho que a gente vai se modificando a cada atendimento, é... Tanto pessoalmente como para profissionalmente, é... Eu acho que não existem mudanças radicais, assim "ih, eu atendi, me marcou e eu mudei!", não consigo ver essa coisa tão rápida assim, eu acho que é um somatório, é... Eu acho que ocorre na vida pessoal e profissional...* (Ass. Soc. 1).

A profissional frisa o processo gradativo de mudanças tanto no âmbito pessoal quanto profissional, que vão se somando ao longo da experiência e contato com a mulher. Na fala acima, a profissional faz uma colocação coerente, mas que não solidifica e qualifica as mudanças que ocorreram. Parece haver algum constrangimento em abordar esta questão ou uma dificuldade de leitura interior identificando essas mudanças.

CATEGORIA IV - Reflexões quanto à violência sexual

Nesta categoria, são discutidas as reflexões das profissionais produzidas pelas profissionais produzidas a partir das relações construídas com mulheres em situação de violência sexual. Encontram-se muito presentes aqui o abalo na confiança e o risco de superestimar determinadas relações a relações de violência, tornando necessário reafirmar as capacitações como intermediadoras destas questões. Reflexões sobre gênero, sexualidade e violência contra a mulher também marcam a fala das entrevistadas. Identificam-se, ainda, mudanças na forma de viver das profissionais que não foram apresentadas na categoria anterior. A profissional abaixo, por exemplo, refere que deixou de utilizar determinados itinerários e começou a se questionar quem realmente se conhece:

> *A maioria são pacientes que a violência vem de pessoas conhecidas, que acaba você sempre quer saber alguma coisa. Às vezes a gente fica pensando "não vou perguntar porque é ruim, é uma situação ruim...", mas às vezes ela mesmo quer falar. Então, você até tem uns questionários, se a pessoa é conhecida. Acho que 80% das vezes que eu fiz eram sempre um conhecido, era padrasto, já fiz muito de criança fora daqui. Então, era sempre alguém conhecido. Então você fica pensando, caramba, você está com alguém em casa que você sabe quem é, mas não sabe ao mesmo tempo. Quem tem filho pequeno, eu tenho uma filha pequena, já fica pensado na rua não vai com ninguém, anda sempre com alguém conhecido do lado, da babá... Você fica com medo, porque você vê acontecer com o dos outros, né? Em todos os níveis, você vê acontecer na favela, vê acontecer em casa de classe média, em pacientes estudadas, orientadas, que fazem faculdade, que estão vindo de faculdade, que passam por lugares... Você pensa "ah, por esse lugar eu não vou passar", então, você começa a priorizar algumas coisas sim, você muda, sim.* (Med. 3).

Desta forma, ter contato com a violência sexual parece desvendar mitos que as restringem à classe social mais pobre. Refletir sobre seu caráter indiscriminado pode gerar medidas pessoais de prevenção. Por outro lado, pode ainda gerar desconfiança excessiva e prejudicial, que abala relações de convívio. É importante encontrar estratégias mediadoras que evitem complicações futuras. Outra questão é que o medo ou curiosidade quanto à violência sexual não devem motivar perguntas desnecessárias com um propósito mais íntimo do que de contribuição para o cuidado às mulheres. Observa-se também que quando se trabalha com violência sexual, pode-se criar uma linha tênue entre o que é uma relação afetiva e uma relação de violência:

> *Quando você fala de uma violência sexual contra uma criança, casos que a gente é acostumado a pegar, eu acho que é tão natural na prática um avô colocar uma menina no colo ou um menino no colo, mas quando essa coisa começa a se exacerbar é que você percebe que aquela intenção inicial estava condicionada com ação de violência que viria futuramente*. (Ass. Soc. 2).

O que antes se via como uma relação natural de carinho pode-se apresentar, aos olhos do profissional, como uma violência sexual ou algo que pode vir a ser, pois os pequenos indícios e a própria violência ganham maior visibilidade. Esta visibilidade é importante, mas deve-se estar atento a um risco de não reconhecer os limites entre um e outro, tornando diversos tipos de relações, relações potenciais de violência. A mesma profissional refere abaixo que certas atitudes do cotidiano ganham proporções de violência a partir da prática, já que se aguça a percepção para a violência.

> *Quando a gente teoriza, ou seja, quando a gente está assim no lado de estudar, a coisa não é concebida da maneira como ela realmente se apresenta. Na prática, essa violência, até as mínimas coisas que no nosso trato diário a gente não entende como violência sexual, a partir dessa vivência no cotidiano, na prática a gente vivendo com essas mulheres essas situações, parece que se cria assim um amplo espectro em relação à violência, até o que não nos parecia violência antes ela passa a ser.* (Ass. Soc. 2).

As experiências vividas no cotidiano de profissionais que acompanham mulheres em situação de violência sexual projetam percepções que vão se constituindo ao longo dos atendimentos. Apesar do ganho quanto à visibilidade aos diversos modos de violência contra a mulher, acentua-se o risco de superestimar

determinadas atitudes a violência sexual, negando seu aspecto relacional. O que antes não “parecia violência”, como dito pela profissional, talvez não fosse de fato violência. As dinâmicas afetivas possuem diversos modos de conjugação que não permitem, numa forma mais específica, classificá-las e enquadrá-las a um ato violento ou não, sem que se avalie o contexto. Na fala abaixo, a profissional exemplifica o jogo de sedução como um possível dispositivo para a violência.

> *Poderia até dizer assim, hoje em dia a questão sexual ela é tão banalizada que você acha tudo comum. Ao passo que quando você começa a dividir na realidade a questão da violência com essas mulheres, que você vê que não é uma coisa tão banal. Então poderia até ser, suponhamos, um jogo de sedução entre um homem e uma mulher, isso já passa a ter um caráter de violência, quando antigamente isso não se pareceria, assim... É uma coisa comum entre um homem e uma mulher, mas na maneira, assim, quando tem um antecedente ao caso, uns antecedentes do caso de violência, você já começa... Não estou assim estereotipando, mas isso já começa a se imprimir em caráter de violência.* (Ass. Soc. 2).

Berger (2003), através de um estudo de Suaréz e Bandeira (1999) com homens estupradores denunciados e apenados, refere a presença e a ação de alguns de estereótipos que naturalizam a sexualidade masculina, associando-a a atividade e agressividade e a sexualidade feminina à passividade, em que o apoderar-se do corpo da mulher e o esquivar-se das investidas sexuais é o que se espera, respectivamente, de homens e mulheres no jogo sexual. Desta forma, a iniciativa faria parte da sexualidade masculina, e a recusa, parte da sexualidade feminina no jogo sexual, confundindo assim estupro com o jogo normal das relações sexuais.

Assim, as práticas sexuais que perpassam o não-consentimento, mas que são atribuídas socialmente a um jogo de sedução, ganham nova versão de ser na verdade uma violência. Determinadas atitudes do dia a dia de aproximação entre um homem e uma mulher consideradas comuns e corriqueiras, que eram anteriormente naturalizadas e banalizadas, passam a ter visibilidade.

Por outro lado, através de uma pesquisa desenvolvida por Santos (2008), enfocando o tema coerção sexual a partir da análise de narrativas de jovens de 18 a 24 anos residentes em três capitais brasileiras (Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador), acerca de experiências envolvendo sexo por constrangimento ou forçado, evidencia-se o caráter relacional e contextual das interações afetivosexuais entre os gêneros e do que se pode qualificar como violência. Em determinadas condições, certos modos de constrangimento são considerados como constitutivos dos jogos de

sedução, conduzindo-se ao questionamento acerca da positividade atribuída a certas atitudes e comportamentos sexuais categorizados como violentos por diversos estudos dedicados ao tema. Desta forma, determinados julgamentos à violência sexual pelas profissionais podem ter implicações em sua própria sexualidade.

Ao naturalizar determinadas atitudes, corre-se o risco de não-reconhecimento da violência, mas é importante chamar atenção também para o risco de comprometimento nas relações afetivo-sexuais das profissionais.

A experiência no acompanhamento às mulheres em situação de violência sexual também traz reflexões quanto às relações assimétricas de gênero, permitindo à profissional reconhecer suas próprias vivências e desenvolver um padrão contra-hegemônico às relações assimétricas, como também avaliar as diversas formas de violência às quais estão expostas as mulheres, como por exemplo, a impunidade do crime de violência sexual:

> *Da impunidade, mais a impunidade, né? Na sociedade é visto como uma coisa normal, né? Como elas têm vergonha de procurar a delegacia, como elas têm medo, muitas vezes são casadas e têm medo, porque vão dizer que ela que é culpada, que o cara violentou porque ela se ofereceu, tem muito esse preconceito, acho que a sociedade é muito machista, tem muito preconceito. Fala em violência sexual, "mas ela estava se oferecendo, estava com uma saia curta, uma blusa curta", você ainda escuta isso e às vezes de pessoas, não de baixa renda não, você escuta de pessoas formadas, pessoas com poder aquisitivo alto. Você fica perplexa, ainda pensam assim, né, "a mulher estava se esfregando, se oferecendo, por isso que o cara foi lá.* (Med. 2).

Ao desencadear esses questionamentos, a profissional explora um campo que pode ser promissor na construção da relação que se estabelece com a mulher em situação de violência sexual. Para outra profissional, em virtude das conquistas femininas, os homens procuram manter a dominação sobre a mulher através da relação sexual, principalmente na área rural, onde, para ela, se exacerbam os papéis femininos e masculinos.

> *Isso sem dúvida, eu acho que a gente garantiu uma emancipação, mas ao mesmo tempo o que nos restou está sendo sucateada pelo sexo oposto, que é o homem. o homem. Como a gente assumiu determinadas coisas, como a gente se emancipou, eles de certa forma querem ferir a mulher, eu acho que, na sua parte mais frágil. Através da sua sexualidade, não sei... Esta é uma opinião minha, mas procuro perceber por aí em função de muitas coisas, principalmente lá, não sei muito por aqui na área mais urbana, mas na área considerada mais é... Na área mais rural, a mulher ainda é um produto assim da... Do meio que foi condicionada, a viver no seio da família, para procriar, para manter a casa, para fazer trabalhos domésticos... E há uma contradição no momento em que ela se emancipa, que ela quer uma garantia de direitos pra ir à luta. O homem não aceita isso de maneira nenhuma, então ela vai*

> *para o lado mais frágil, que é a sexualidade. Ela é obrigada a ter relações sexuais. Ele ataca a mulher, joga ela pra lá, e transar com a mulher independente da vontade, sabe? Uma série de coisas.* (Ass. Soc. 2).

Assim, a violência sexual é percebida como prática orientada para reafirmação do valor masculino, ou, dito de outra forma, como uma reação dos homens à incompatibilidade entre a realidade vivida e o imaginário que sustenta as identidades masculinas e femininas (SUÁREZ et al., 1999). Guiddens (2000) acredita que a violência praticada por homens contra a mulher não seja apenas a persistência do velho sistema, mas a incapacidade ou recusa de adaptar-se ao novo.

Outra questão é que a profissional caracteriza a sexualidade feminina como a parte mais frágil da mulher, talvez porque o uso de força e poder do homem sobre a mulher fiquem mais evidentes na violência sexual ou pela moral associada à sexualidade feminina. A profissional também identifica a existência de outras fragilidades, seguindo o pressuposto de que as mulheres são seres frágeis e as condicionando à condição de vítimas potenciais. Essa dinâmica pode-se dar de forma mais acentuada, sobretudo na relação com a mulher da área rural, onde, para ela, as relações assimétricas são mais marcantes.

Os atendimentos levam ainda à reflexão sobre o agir em saúde, permitindo avaliar a atuação de outros profissionais que por vezes não estabelecem uma relação de respeito com a mulher, utilizando uma linguagem que não é adequada e que, ao serem contestados, justificam sua atitude no baixo salário.

> *Sim, lógico que sim, é impossível não te levar (à reflexão). Uma, se fosse com a gente, como é que você faria? o que eu sentiria? Por isso é que eu me coloco muito no lugar da mulher, que eu sou mulher, né? Então eu fico às vezes... Por mais que você lide, quando você pensa "e se fosse comigo, o que eu ia fazer?" E a violência, né, sexual, nem sempre ela é com estranhos... Chegou aqui, "ah, porque foi meu marido, meu irmão, foi meu padrasto, foi meu isso, meu aquilo... o que eu faria?" teve até agora do filho, que foi o filho que violentou a mãe... o que faria se fosse comigo? E até leva a reflexão o agir das outras pessoas. Por que esse cara está agindo assim com ela que já sofreu isso tudo? Será que se fosse com alguém da família dele seria diferente? Isso são reflexões não só no atendimento à violência sexual, eu acho que no atendimento todo. Quando você vê o linguajar médico com as pacientes, o atendimento médico, o atendimento do próprio enfermeiro. Aí você vai falar alguma coisa, é sempre aquele mesmo... "Ah, eu ganho pouco!". Ganha pouco, todo mundo quando fez o concurso sabia o quanto ia ganhar. Então por que tem que agir assim*? (Enf.).

Esse reconhecimento é importante, pois atua como um direcionador das ações desenvolvidas pela profissional, permitindo uma autoavaliação, como também

sua crítica pode levar à reflexão de outros profissionais. Outra questão que pode ser identificada é novamente a confiança referente aos indivíduos que são de seu convívio, que fica comprometida.

Um traço positivo que pode ser observado abaixo é que a reflexão sobre os casos atendidos, principalmente aqueles em que a profissional teve um envolvimento maior, constituem estímulo para a qualificação. Esses casos mobilizam de forma positiva as profissionais, pela capacidade de superação da vítima, e as motivam a desenvolver um trabalho ainda melhor, que consiga ser resolutivo nas demandas da mulher.

> *Eu acho que, talvez a sensação que eu tenha, é sempre: "você tem que estudar para conseguir sempre suprir esse atendimento", porque eu acho que ele é um atendimento pesado. Claro, tem atendimentos, sem sombra de dúvida, que te mexem mais. Essa adolescente (que teve sua primeira relação sexual em decorrência de um estupro por estranho) mexeu muito comigo... Mas ela mexeu comigo até do lado positivo, da capacidade que ela teve de falar daquilo naquele momento e depois o encantamento que eu tive com ela, da capacidade que ela teve de superação... Eu me lembro que foi um atendimento que eu tive que me segurar um pouco porque me deu vontade de chorar com ela... Porque ela se juntou com a mãe, umas situações...e aí a forma como ela falou da mãe... Falei "meu Deus..." aí eu falava com a médica: "você viu, você viu como ela está linda!!!" e até hoje eu percebo que eu me emociono quando eu falo dela, acho que foi um atendimento que mexeu muito no sentido positivo e, aí quando mexe dessa forma, eu me sinto com maior compromisso de tentar então no próximo atendimento, estar melhorando*. (Ass. Soc. 1).

Observa-se que a capacidade de falar sobre a violência sexual e de superação da adolescente gera maior responsabilidade na profissional em também ter maior capacidade de superação nos atendimentos subsequentes. Porém, deve-se estar atento em reconhecer as individualidades e não se exigir de outras mulheres a mesma capacidade. Como também não se pode negar que, ainda que adolescente tenha lidado com violência sexual de forma peculiar, isso não representa que não há necessidade de apoio.

CATEGORIA V: Identificações das profissionais em relação ao gênero

Nesta categoria, buscou-se discutir se há um reconhecimento na história pessoal da profissional na história vivida pela mulher, que não se caracteriza necessariamente pelo ato do estupro, mas nas diversas situações de vida das

mulheres. Nesse contexto, podemos observar as reflexões das profissionais quanto suas próprias vivências e medos, e aos aspectos relativos ao gênero. Minayo (2007, p. 11) lembra que o “tema da violência contra a mulher deve se posicionar agregando os eixos que na atualidade sabidamente estruturam esta problemática: a classe social, o gênero, a idade e a etnia”.

A maioria das profissionais referiu não se identificar, mesmo que minimamente, com a história das mulheres atendidas. Na fala de uma das profissionais, parece que a diferença social dificulta o olhar para as questões que podem possuir certa compatibilidade:

> *Não. É claro que você fica... Porque a minha realidade não é exatamente a realidade dessas pessoas, tá? Então, quer dizer, os locais onde essas pessoas moram, né, porque eu não peguei ninguém que morasse numa região assim, mais é povoada. São locais normalmente ermos, ou então alguém que estava de passagem de um local para outro a pé, num horário complicado, já escuro ou então muito cedo, de manhã*. (Med. 1).

O aspecto relacional se apresenta na diferenciação que a profissional estabelece entre sua realidade e a realidade da mulher, que parece afastá-la de uma possibilidade de identificação. Outro aspecto é que, ao demarcar estas diferenças e afastar qualquer possibilidade de identificação, a profissional cria uma barreira daquilo que, por vezes, pode ser de difícil aceitação. Reconhecer em suas próprias vivências assimetrias com base no gênero pode não ser uma tarefa simples. Esta profissional não se imagina, inclusive, sendo vítima de violência sexual por desconhecidos. Em sua experiência, refere ter acompanhado casos de violência sexual que em sua maioria ocorreram em locais que não frequenta.

> *... Me imaginar como uma vítima de violência, não. Na realidade, a maioria das pacientes que eu atendi aqui, exceto umas duas, que foi uma questão muito especial, muito especial, de uma festa na empresa que bebeu um pouco mais. Aí até que ponto, aquilo que eu comentei anteriormente, o que foi realmente uma violência sexual ou foi um ato impensado que depois a própria pessoa não quis transformar como violência, né? Seria talvez uma situação que pudesse acontecer comigo, acho difícil, porém... Agora, a maioria dos outros casos, né, é... Eram locais ermos, é... Locais complexos, locais onde não havia pessoas em volta, umas situações de risco numa cidade violenta como nós vivemos.* (Med. 1).

Como a profissional não se imagina numa condição de violência sexual por estranhos, assume que talvez pudesse ocorrer uma violência sexual por um conhecido após ingestão de bebida alcoólica, ainda que não caracterize esse ato como violência.

Outra profissional também afirma não haver uma identificação, porém, ainda que não se identifique, expressa o receio de um dia vivenciar a mesma situação.

> *Não, acho que não. De repente de viver, dá o azar de vivenciar a mesma história, que a gente não está livre de amanhã estar passando numa rua e acontecer uma coisa dessas de você tá passando por uma rua e de repente um sequestro relâmpago, acho que, o receio de vivenciar uma história parecida. Não que eu tenha me identificado com alguma história, mas o receio é de passar pelo o que ela passou.* (Med. 2).

Neste caso, o aspecto relacional parece não interferir no reconhecimento de que a violência sexual independe da classe social e remonta ao medo de um dia ter a mesma experiência, que é algo marcante na fala da profissional, já que, apesar de não haver uma identificação com a história da mulher, há uma identificação em ser mulher. O mesmo ocorre no caso abaixo:

> *A gente sempre se identifica, por ser mulher, porque eu acho que se você não se identificar, você não vai conseguir, não é nem vivenciar, mas ter um pinguinho de humanidade, de coisa, carinho pra atender aquela mulher. Eu acho que você se identifica sim, pelo gênero, porque você é mulher que nem ela, né?* (Enf.).

A identificação em ser mulher pode ser algo favorável para o cuidado, porém também pode ser penoso para as profissionais e afastá-las dos atendimentos. Algo que traz preocupação, por exemplo, é o medo de um dia sofrer uma agressão sexual e não imaginar qual será a sua resposta à violência.

> *Acho que por isso que a gente não gosta de atender, você se coloca no lugar dela e não imagina como... Você imagina como ela está se sentindo, mas você não imagina qual seria a sua reação. Se eu tivesse passado por isso, como eu estaria? não sei! Eu estaria calma? Estaria chorando? Estaria desesperada? Não sei! A gente não sabe como iria reagir, né? É aquela coisa do assalto, você sabe que não deve reagir, mas na hora de ser assaltada você reage e muitas vezes leva um tiro por causa disso. você sabe o que você deve fazer, mas nunca faz.* (Med. 2).

Assim, a profissional atribui ao fato de as profissionais não gostarem de atender, o medo e a incerteza de sua reação. Parece mais assustador o momento posterior à violência que a própria violência sexual em si. Ela faz uma analogia ao assalto em que você sabe o que deve ser feito, mas não o faz. Como se a profissional interpretasse que é necessária a superação da violência sexual, mas questiona sua capacidade para colocá-la em prática. Logo abaixo, observa-se que outra profissional, ao relatar o caso de uma mulher cujo marido lhe ateou fogo,

deixando sequelas irreparáveis, também se questionou quanto a sua reação e a capacidade de superação:

> *Naquele dia, naquele dia me deu uma comoção muito grande quando ela foi embora e, aí imediatamente, por mais que você não queira, você se coloca no lugar do outro. E eu imaginei se naquela situação eu teria o suporte que aquela mulher teve para estar ao longo desses anos lutando. Então não tem como você não se transportar*. (Ass. Soc. 2).

Novamente observa-se que, ao se colocar no lugar do outro, o medo maior é o momento posterior à violência. Assim, o medo de ambas as profissionais parece ser quanto à capacidade de superação. Entretanto, para outra profissional, o medo existe, mas não é algo que a impede de acompanhar as mulheres em situação de violência sexual:

> *Eu acho que é um medo que é impossível da gente não sentir. Eu acho que, assim, o que vai diferenciar é o maior ou menor grau desse medo. Não é o medo que me embota, tipo "ai, meu deus, eu não quero nem saber da notícia, eu não quero nem atender", não, isso não! Não é um medo que me impossibilita, mas eu acho difícil não se colocar no lugar. Eu acho que a diferença é essa possibilidade do medo te embotar, ao ponto de você nem querer atender, nem querer ouvir, porque: "aí, meu deus, não gosto nem de pensar nisso", é aquele medo quase meio de sobrevivência, tipo, está ali no cantinho*. (Ass. Soc. 1).

Contextualizando os relatos desta profissional, verifica-se que ela desenvolveu uma habilidade para lidar com os sentimentos evocados pela experiência em acompanhar mulheres em situação de violência sexual, ao mesmo tempo em que mantém uma relação de proximidade com as mulheres.

Mesmo sendo uma minoria, outras profissionais referiram se identificar de alguma forma com a história da mulher. A profissional abaixo, por exemplo, reconhece em suas próprias vivências atitudes de familiares que para ela configuram um ato de violência. Um grito do marido ou uma cobrança do filho, por exemplo. Também chama atenção para a ideia de que toda mulher, de uma forma ou de outra, já viveu alguma forma de violência.

> *... Toda mulher, acho que ela, assim, mesmo que queira criar uma sustentação "ah, comigo não acontece, nunca aconteceu", acho que cada um de nós, na nossa história de vida sempre carrega alguma coisa que você vá se identificar, histórias do cotidiano da gente. É um grito mais alto, tipo: "Mulher...", não é verdade? Um filho mesmo "oh mãe, cadê minha camisa?", sabe? Tudo isso acaba gerando uma questão de violência, seja ela de que forma, de que maneira for*. (Ass. Soc. 2).

A profissional consegue fazer uma leitura mais aprofundada, reconhecendo em ambas as histórias uma relação de poder. Esta profissional busca nos detalhes da vida, do cotidiano, identificações com a história da mulher e cita alguns fatores que atribui à violência. De alguma forma, são fatores que a incomodam, talvez por remeter à interpretação sugestiva do grito do marido como uma hierarquia de poder e a solicitação da camisa pelo filho como uma cobrança dada à obrigação atribuída à mulher de zelo pela casa e família. Saffioti (2002) nos lembra que a própria dominação, por si só, constitui uma violência.

Esta profissional, em particular, antes de atuar em violência sexual na maternidade onde o estudo foi desenvolvido, atuou durante determinado período em uma unidade que era referência para a violência doméstica. Então, observa-se que todo o contexto das falas desta profissional sugere que a violência contra a mulher assumiu um sentido que trouxe visibilidade quanto às questões relativas ao gênero, o que é extremamente positivo, mas deve-se estar atento a uma vulnerabilidade excessiva de atribuição da violência. Assim, novamente citamos as capacitações ou os espaços de reflexão como intermediadores desta questão.

Considerando as entrevistas de uma forma geral e o seu contexto, verifica-se que as profissionais que menos se identificam com a história da mulher ou que não se imaginam vivendo a mesma história, principalmente pelo aspecto relacional de gênero, são as que constroem um vínculo menor com essas mulheres. O medo de sua resposta após uma violência sexual também pode ser um fator limitante.

CATEGORIA VI: O serviço de saúde na atenção à violência sexual

Nesta categoria, são discutidos o que as profissionais avaliam como necessário para maior qualidade dos seus atendimentos às mulheres em situação de violência sexual. Essa autoavaliação é essencial para mudança de práticas restritivas com uma abordagem mais técnica, e também porque permite à profissional compreender suas próprias necessidades e limites. Ao relatarem o que é necessário para melhora da qualidade dos seus atendimentos, as profissionais buscam recursos que são importantes, mas que não produzem mudanças diretamente na sua própria atuação e na totalidade de elementos que constituem um

atendimento. Também se discute nesta categoria como as profissionais foram trabalhar com a violência sexual e as diversas experiências nos atendimentos. Para tanto, foram construídas três subcategorias.

Subcategoria I - Como os profissionais avaliam a sua atuação

Como forma de proporcionar maior qualidade dos atendimentos, é citada a necessidade de que os profissionais de saúde tenham um acompanhamento psicológico que forneça bases para a atuação em violência sexual. O acompanhamento psicológico poderia inclusive fazer o profissional refletir por que a recusa em atender, e caso já tenha vivenciado algum tipo de violência, ter um apoio psicológico.

> *Eu acho que um trabalho, talvez, da parte psicológica, né? Do profissional mesmo, para você se preparar psicologicamente para atender esse tipo de paciente. Você sabe a parte médica, né, a parte clínica. Então vou lá, vou passar um remédio pro HIV, vou prevenir as DST's, vou prevenir a gravidez indesejada, mas eu não sei como me coloca diante dela. Aí eu acho que o profissional precisaria passar por um trabalho psicológico, não só com a paciente, mas com ele, para ele saber como agir. Porque é muito diferente, você não sabe como vai agir, o que você vai falar, como você deve se comportar e, até você fazer uma avaliação "por quê será que isso me incomoda tanto assim? por que incomoda?" Tem algumas pessoas que não querem atender e não atendem. Por que incomoda tanto aquela pessoa? Será que ela já passou por uma situação parecida? Isso tem que consertar nela, né? Às vezes, têm uma causa associada, às vezes foi molestado por parente ou foi... Às vezes passou por alguma coisa e não... por isso não gosta de atender o paciente. Eu acho que trabalho psicológico, uma preparação psicológica do profissional de saúde seria importante, não só do médico, mas... Eu sinto isso também na enfermagem, eu sinto isso também na assistência social*. (Med. 2).

Ao chamar atenção para o apoio psicológico, a profissional reconhece dificuldades na abordagem e a recusa em atender como fator limitante para a qualidade do atendimento. Compreender a recusa de certos profissionais em atuar na violência sexual pode ser a resposta para uma inversão desta realidade. O apoio psicológico pode favorecer a abordagem a ser utilizada com a mulher, como também pode evitar interferências na sexualidade das profissionais, uma superestimação de determinados atitudes a atos de violência e uma desconfiança extrema quanto aos indivíduos de seu convívio, entre outros. Espaços integrados de reflexão para todas as áreas referentes às experiências nos atendimentos também pode ser uma estratégia bem-sucedida, como refere a profissional abaixo:

> *... A nossa gerente na época, que era a (nome da gerente), ela promovia centro de estudos muito interessantes em todas as áreas. Eu acho que uma programação interna, mais do que nunca, deveria ser isso, com várias temáticas, centro de estudos mesmo, para que a pessoa que tenha experiência de prática, que não fique só na "logorreia" do falar, falar... Tenha realmente que acrescentar alguma coisa.* (Ass. Soc. 2).

A profissional traz como exemplo uma experiência vivida que solidificou a atual proposição. Outro exemplo da relevância de um momento de reflexão apresenta-se na fala abaixo, cuja profissional refere também ter vivenciado esta experiência.

> *Quando a gente começou, eu fui uma que peguei... A gente fazia tipo um grupo de estudos, com a saúde mental, junto com os funcionários, era só para os funcionários... Então a gente falava a vivência, o que a gente estava passando com as pacientes aqui, casos de agressão, a gente discutia: a paciente chegava agressiva ou não chegava... A gente tinha isso aqui, mas no geral, não em termos dos pacientes de violência sexual, que é uma coisa mais agressiva, né? Você fica mais é... bloqueado... Não sei se... Você constrói uma barreira mais fácil, para você não passar, não vivenciar aquilo da mulher, então você constrói um bloqueio maior.* (Enf.).

Vale destacar nesta fala o comprometimento da relação que se estabelece com a mulher por uma barreira criada como forma de proteção, que pode ser superada através destes espaços de reflexão.

Outra profissional também traz como contribuição para a qualidade do seu acompanhamento uma permanente capacitação que não traga somente questões técnicas e numéricas, mas que discuta gênero e violência contra a mulher, já que, depois da experiência complexa em violência sexual, não é satisfatório ter capacitações que deem conta somente do protocolo.

> *Ah, eu acho que é a permanente capacitação, não tem muito jeito não. Parece uma frase meio de "ah, todo mundo fala isso", mas é verdade, entendeu? Não tem muito como escapar disso não, e aí, talvez, eu gostaria de ter leituras, assim, desses treinamentos. Eu acho que eles diferenciam um pouco porque tem uma coisa que é meio de praxe, aquela coisa da profilaxia,... E de uma forma ou de outra já está até meio incorporado. Não que eu saiba de cor não, não é nesse sentido, mas eu acho que a própria qualificação deveria dar um salto qualitativo na questão do gênero, nessa questão do profissional de lidar com isso, é... Outros temas que seriam relevantes para a participação e que eu percebo no meu próprio atendimento, não me satisfaz passar do atendimento de violência e depois pegar um treinamento que fale só dessa profilaxia ou dessa porcentagem ou...* (Ass. Soc. 1).

O conteúdo a ser trabalhado nas capacitações é essencial para superar as dificuldades encontradas pelas profissionais no cotidiano dos atendimentos, e permite ainda reflexões sobre a qualidade desses atendimentos. Apesar de trazer

contribuições significativas, as demais profissionais fizeram uma avaliação do serviço como um todo, mas não fizeram uma avaliação pessoal. Elas trazem como exemplo a necessidade de ampliação dos serviços de atendimento e de mais capacitações para os profissionais que vão atuar com violência sexual.

> *Eu acho que teria que se ampliar as unidades que desenvolvessem esse tipo de trabalho. Eu acho que deveria ter uma capacitação das pessoas para trabalhar com esse tipo de coisa. Eu acho que aquelas pessoas que não pudessem ser treinadas, que não tivessem uma formação anterior, elas deveriam pelo menos receber pelo menos uma ambientação antes de ingressar em um programa desse*. (Ass. Soc. 2).

Outra profissional também trouxe como contribuição a necessidade de se ter um fluxo mais ordenado, com maior divulgação sobre os cuidados em saúde na violência sexual. Também referiram a importância de que se informe à mulher sobre a priorização de se buscar um serviço de saúde e não uma delegacia após a violência sexual. Na experiência das profissionais, as mulheres primeiramente procuram as delegacias para depois buscarem as instituições de saúde, lembrando que o período para o uso de antirretroviral e da contracepção de emergência é de até 72h.

> *Eu acho que teria que ter uma melhor dinâmica nessa... Nesse direcionamento, da onde que ela vai, pro onde que ela vai, aonde ela vai ser atendida e até uma maior divulgação. Porque a mulher, quando ela é agredida sexualmente, ela só pensa em ir pra delegacia, ela não pensa em chegar num hospital primeiro. Ela acha que primeiro tem que ir pra delegacia, e não é, o certo seria ela vir para o hospital*. (Enf.).

De fato, é necessário que se tenha maior divulgação sobre a violência sexual para a população. Para outra profissional, é importante a construção de políticas públicas de saúde que possam dar conta de um melhor acolhimento à mulher pela sociedade. Ela ressalta a informação como estratégia para sensibilizar a população quanto à questão da violência e para essa abordagem mais acolhedora. Estas informações poderiam ser divulgadas nas escolas e nas igrejas. Como observado abaixo:

> *Eu acho que deveria ter políticas mais sérias ligadas à saúde, na assistência no sentido de melhor acolher essas pessoas vítimas de violência bem como a gente criar, mecanismos no sentido realmente de educação, a educação mais abalizada. Até no setor mesmo educacional, nas escolas, nos seguimentos que tem na rede de ensino até o nível médio, no sentido de que as pessoas pudessem criar uma sensibilidade maior. De repente, não sei, diversos credos, diversas igrejas estarem adotando posturas mais assim, de recepção das pessoas, para que essas pessoas possam ser mais fraternas eu vejo por aí.* (Ass. Soc. 2).

Para a profissional, esta seria uma estratégia que poderia trazer benefícios para mudança do entendimento quanto aos aspectos da violência contra a mulher e para uma postura mais receptiva da sociedade.

Subcategoria II – A escolha dos profissionais para atuar em violência sexual

Nesta categoria, podemos compreender como se dá a dinâmica para a determinação dos profissionais que irão acompanhar as mulheres em situação de violência sexual. Um dos apontamentos analisados indica que não há uma "seleção" que avalie os profissionais que possuem perfil para os atendimentos. Assim, um grupo de profissionais, normalmente da emergência ou do ambulatório, é capacitado e considerado apto por suas instituições, porém, como alguns profissionais se recusam a atender, aquele profissional que mais atende ou que exerce cargo de chefia acaba cedendo à "pressão" dos demais e se tornando referência. Na fala abaixo, a profissional explicita como surgiu sua experiência em violência sexual.

> *Eu era chefe do ambulatório até dois anos atrás e aí, quando esse programa foi implantado eu puxei pra mim, né? E depois ... que eu pedi afastamento da chefia... aí,. tentaram redistribuir, mas acaba sempre caindo pra mim. ... enquanto estava na chefia sim (assumiu a responsabilidade dos atendimentos), agora não, agora vem no tempo (os atendimentos).* (Med. 1).

A complexidade do atendimento em violência sexual parece induzir a profissional a uma grande responsabilidade que deve ser exercida pelo cargo de chefia. Assim, como era chefe do ambulatório, assumiu os atendimentos, porém ao solicitar afastamento do cargo, permaneceu como referência para o atendimento, mesmo com a tentativa da instituição de redistribuição dos casos. Observa-se a dificuldade de alguns profissionais em assumirem tal responsabilidade. Na fala de outra profissional, a mesma questão pode ser evidenciada:

> *... Você sente que as pessoas fogem. Você sente na hora que a vítima de violência chega e você tem que atender e tem um plantão com 5, 6 pessoas e fica todo mundo assim "não vai você", "ah, vai você" e eu acabo indo, porque a sou chefe de plantão, acaba sobrando para o chefe de plantão... Todos os plantões são obrigados a atender caso chegue uma vítima, mas acaba aquilo que eu te falei, o chefe de plantão acaba atendendo porque todo mundo foge.* (Med. 2).

Neste caso, novamente a chefe de plantão assume a responsabilidade dos atendimentos, porém não por considerar que é uma responsabilidade somente da chefia, mas por uma necessidade de suprir esta demanda da emergência. Como refere a profissional, os demais profissionais “fogem” dos atendimentos mesmo que se tenha um número significativo que possa atender, ou ainda se estabelece um jogo em que a responsabilidade dos atendimentos é repassada de profissional em profissional até que um aceite. Assim, em muitos casos, não se considera a escolha do profissional:

> *De repente, pela minha desenvoltura no atendimento, fui colocada pra atender, talvez por ter unido bagagem. Por ter trabalhado em um programa de adolescente anteriormente na prefeitura, lidava muito com a questão da sexualidade. Não foi uma escolha, praticamente eu fui colocada.* (Ass. Soc. 2).

Por possuir experiência prévia ou por unir habilidades importantes, a profissional foi designada para o cargo sem que se avaliasse sua escolha para a efetivação dos atendimentos. Para outra profissional, por se desdobrar em várias para dar conta da maioria das demandas ofertadas pelos serviços ou ainda por se encontrar todos os dias na unidade, foi designada para os atendimentos em violência sexual.

> *... Eu trabalhava em ambulatório, era a faz tudo do ambulatório. Planejamento familiar, primeiro atendimento a gestante que ainda tinha dúvidas, grupo de TIG, seria o grupo de TIG em ambulatório, em posto de saúde. Eu fazia aqui atendimento individualizado. Então eu fazia planejamento familiar, fazia o atendimento domiciliar, fazia vacina... Aí pediram que eu fizesse o treinamento de VVS, porque eu estava todos os dias aqui no ambulatório, então seria uma pessoa que estaria aqui todos os dias.* (Enf.).

Desta forma, podemos concluir que aquelas profissionais que por escolha ou não são designadas para atender, ficam com uma sobrecarga de trabalho, sobretudo quando se considera toda a complexidade dos atendimentos apresentadas nas demais categorias. É necessário rever os critérios de seleção e de permanência dos profissionais, para se evitar sobrecarga.

Subcategoria III: A primeira experiência em violência sexual

A primeira experiência nos atendimentos à violência sexual é um tanto complexa para as profissionais. No primeiro contato, evidencia-se uma realidade que até então só era reconhecida através das capacitações. A proximidade com a violência desperta diversos tipos de sentimentos que vão trazer diferentes respostas ao atendimento, principalmente na relação estabelecida com a mulher. No contato inicial, os diversos fatores envolvidos na violência se apresentam de forma exacerbada, como pode ser observado na fala abaixo:

> *... As mulheres assim, elas têm uma dificuldade muito grande de se colocar, elas chegam assim é... Muito abaladas, geralmente elas vêm encaminhadas pela delegacia da área até chegar ao centro, então elas vem bastante debilitadas e isso acaba assim, trazendo um certo, como é que se diz? Um certo constrangimento. No contato inicial parece que a situação fica mais agressiva ainda do que ela realmente é.* (Ass. Soc. 2).

Assim, o itinerário percorrido antes de chegar ao serviço de saúde, que normalmente são as delegacias, traz mais sofrimento para a mulher e maior dificuldade para o profissional. O uso da palavra “agressiva” para classificar o contato inicial com a mulher expressa a intensidade desse contato, que é a mesma palavra, inclusive, que marca a violência, indicando o quanto pode ser sofrido também para a profissional. Desta forma, o primeiro atendimento pode ser bem impessoal, pela dificuldade de um contato inicial.

Outra questão é que, de uma forma geral, mesmo com experiência nos atendimentos, as profissionais têm dificuldades de abordar a mulher. Nos primeiros atendimentos, tal dificuldade, obviamente, é ainda maior; a profissional acaba estabelecendo uma relação bem distante e o protocolo de atendimento é novamente uma forma de manter este distanciamento.

> *Pra mim foi péssimo (a primeira vez) porque eu não sabia o que perguntar, eu não sabia como agir. A primeira, acho que foi pior, né? Porque você fica apavorada e não sabe o que falar o que vai perguntar... Aí eu fui me seguindo pelo “manualzinho” e foi uma coisa bem impessoal. Eu acho que eu fui muito impessoal no primeiro atendimento por medo de não saber como abordar o paciente, aí eu acabei indo muito pela aquela regra, leia, siga e vá preenchendo. Eu acho, pra mim, o primeiro atendimento foi ruim.* (Med. 2).

Ao retratar a experiência do primeiro atendimento, esta profissional refere o sentimento de pavor sentido no contato com a mulher – outra expressão que tem forte relação com a própria violência. Assim, na primeira experiência, sentimentos

análogos à violência parecem ser despertados nas profissionais, mesmo que em intensidade diferente.

Porém, também foi possível identificar que, para outra profissional, a maior dificuldade no primeiro atendimento foi quanto à rotina e não na relação com a mulher.

> *A primeira experiência é bem enrolada quanto à papelada, porque o que te dificulta é muito papel. Os kits de medicação aqui são separados, identificados pela enfermagem, mas na primeira vez você se enrola com a quantidade de papel que é.* (Med. 3).

Para esta profissional, a maior dificuldade foi o preenchimento das fichas de atendimento. Desta forma, pareceu priorizar a sequência do protocolo em detrimento do acolhimento da mulher.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou a análise de questões que se apresentam na prática profissional e que precisavam ser discutidas, de forma a ganhar maior evidência. A experiência nos atendimentos traz maior visibilidade à violência contra a mulher, porém deve-se dar atenção especial à saúde das profissionais.

Nos atendimentos às mulheres em situação de violência sexual, é necessário o reconhecimento das diversas demandas de saúde que podem ser por elas relatadas ou não. Ainda que num primeiro momento a demanda seja para a prevenção das DSTs, limitada por uma vinculação do serviço de saúde à medicalização, as bases centrais dessa demanda podem se configurar, na verdade, num plano subjetivo. Da mesma forma, a própria prática profissional com foco no tratamento pode garantir maior visibilidade àquilo que o profissional considera de sua competência, delegando às demais categorias profissionais a leitura de outras necessidades que se apresentam. Além disso, os serviços de saúde operam uma rede de atendimento à violência sexual, com relativa garantia de diversos serviços preconizados pela Norma Técnica de Atendimento à Violência Sexual, que pouco ou praticamente não é divulgado para a população em geral, comprometendo subsídios que viabilizem sua busca. Portanto, é necessário que o profissional esteja “disponível” para identificação e avaliação dos sinais emitidos pelas mulheres.

Deve-se haver também um cuidado que considere as especificidades quanto à violência sexual perpetrada por um conhecido (que pode ser inclusive o próprio companheiro) ou por um desconhecido, pois merecem abordagens diferenciadas. A centralidade na própria violência sexual ou na prevenção das doenças pode dificultar a percepção da diversidade dos casos. O silêncio que perpassa todas as entrevistas quanto ao aborto legal sugere sua ainda difícil abordagem. Este é um tema polêmico que divide opiniões e que, mesmo não sendo mencionado, não pode ser desconsiderado.

A quebra das qualidades morais atribuídas ao sexo feminino ainda situa o pensamento e julgamento de corresponsabilidade da mulher à violência sexual e leva um questionamento quanto ao consentimento, que pode refletir no próprio

cuidado em saúde. Mas este também pode ser contextualizado em relação à criação de um comportamento padrão que “elimina” qualquer possibilidade de risco, moldando a forma de viver das profissionais.

A experiência nos atendimentos gera mudanças na trajetória de vida, que podem ser percebidas ou não pelas profissionais e que agregam diversos aspectos tanto no âmbito profissional quanto pessoal. Entre as mudanças declaradas pelas profissionais, o predomínio refere-se ao aspecto profissional. A maternidade também parece ganhar maior visibilidade em relação ao sujeito feminino, sustentado em maiores cuidados maternos, cuja vulnerabilidade das mulheres para a violência sexual leva à reprodução de ensinamentos sobre os modos de prevenção. A maioria das mudanças pessoais não foi citada, mas identificada mediante análise das entrevistas. Entende-se que talvez a não-identificação quanto às mudanças pessoais caracterizam uma dificuldade de leitura e reconhecimento interior sobre os aspectos relativos ao gênero, ou ainda um constrangimento em abordá-las.

Dentre as mudanças que incorporam um aspecto positivo, encontramos a possibilidade de um novo olhar que refuta culpabilidade à mulher, desprendendo-se de estereótipos e favorecendo uma nova prática em saúde. Mas as capacitações são importantes, pois ainda vigora uma visão que coloca a mulher numa permanente condição de vítima. Um aspecto preocupante é o *status* que o preenchimento das fichas de atendimento ganha em detrimento da relação.

Entre as mudanças na trajetória das profissionais que não foram por elas exemplificadas, mas identificadas na análise, podemos encontrar o abalo na confiança, que pode prejudicar relações de convívio e gerar uma desconfiança excessiva. Outra questão é que, a partir da vivência em violência sexual, pode-se criar uma linha tênue entre uma relação afetiva e uma relação de violência, que dificulta discerni-las, gerando sofrimento e impasses para a profissional. É necessário que compreendam que a dinamicidade das relações afetivas se apresenta de forma diversificada, sendo necessário considerar o contexto dessas relações para se identificar a violência sexual. Nas interações afetivo-sexuais, certas atitudes são constitutivas dos jogos de sedução, e negá-las pode gerar implicações na própria sexualidade das profissionais.

Mas apesar de trazer relativo risco de comprometer sua sexualidade e do abalo na confiança, a experiência no acompanhamento às mulheres em situação de

violência sexual gera reflexões quanto às relações assimétricas de gênero e desconstrói alguns estereótipos predeterminados, que trazem motivação para um trabalho de maior qualidade, como também traz maior visibilidade para a questão da violência contra a mulher.

Em termos de identificação com a história das mulheres em situação de violência sexual, observou-se que a diferença social exerce forte influência nesse processo, afastando possibilidades de localização de situações de vida em comum. Mas, em alguns casos, mesmo que não haja identificação com a história, existe uma identificação em ser mulher. Esta identificação pode ser inclusive um dos motivos da recusa das profissionais em atender, mas também pode potencializar maior qualidade para prática profissional. Um medo e questionamento que se apresenta recorrente entre estas profissionais é o de não-superação dos efeitos de uma violência sexual, caso venha a ocorrer. Elas propõem um acompanhamento psicológico para melhor lidar com os medos, em decorrência das experiências em violência sexual.

Para a profissional que reconheceu semelhanças entre seu cotidiano de vida com a história das mulheres que atende, a experiência assumiu um sentido que trouxe visibilidade quanto às questões relativas ao gênero, mas deixou instabilidade no julgamento de determinados atitudes ao ato da violência. Assim, novamente ressalta-se a estratégia de grupos de reflexão, como também de capacitações, que além de uma abordagem técnica, como sugerido pelas profissionais, discutam os aspectos de gênero e da violência contra a mulher, pois amenizam o sofrimento das profissionais e beneficiam a continuidade dos acompanhamentos.

A própria dinâmica para determinação dos profissionais que vão atuar com violência sexual vai refletir no cuidado, pois ocorre tendo por base os profissionais que trabalham na emergência e no ambulatório, sem que se avalie o perfil desses profissionais. Assim, enquanto alguns “fogem” dos atendimentos, outros profissionais ficam sobrecarregados, e estes são em sua maioria os que exercem cargos de chefia.

Nas relações desenvolvidas entre profissionais e mulheres, é real o conflito do “como agir”. Em alguns casos, atributos pessoais acabam por guiar as profissionais, definindo sua forma de atuação. As entrevistas sugerem que, entre as profissionais mais técnicas, há maior praticidade em atender, tornando-as capazes de transitar

entre os diversos atendimentos com certa facilidade. Nestes casos, a maior dificuldade fica a cargo do preenchimento das fichas de primeiro atendimento e de acompanhamento, negando as questões mais subjetivas, como a relação estabelecida com a mulher, que é assumida pelo protocolo de atendimento.

Na dificuldade do que dizer, as fichas de acompanhamento e de primeiro atendimento substituem a fala das profissionais, que se restringem às perguntas desses formulários. O sentimento de impotência de algumas profissionais nega as potencialidades da mulher e reforça suas fragilidades. Ao se colocar no lugar da mulher, as profissionais também vivenciam conflitos que tornam o trabalho mais penoso, porém certas características das profissionais, como a própria empatia, podem trazer benefícios.

Uma questão importante, que compromete a qualidade das relações intersubjetivas, é o estereótipo criado da “mulher vítima de violência sexual”, que “exige” que todas tenham a mesma postura; caso contrário, geram suspeitas entre as profissionais. A desconfiança da mulher também deixa sua marca, na necessidade de uma testemunha no momento da consulta que dê respaldo a profissional.

Desta forma, conclui-se que as maiores dificuldades das profissionais encontram-se na relação interpessoal. A identificação com a mulher traz benefícios para o cuidado em saúde, mas pode gerar sofrimento nas profissionais, comprometendo o vínculo e levando-as a negarem atendimento, assim como a sensibilidade quanto à dor do outro é algo necessário, mas nem sempre aproxima. A técnica, em alguns casos, é utilizada como ferramenta que iguala todos os atendimentos e facilita o acompanhamento, mas não garante qualidade, enquanto que as fichas utilizadas para descrição dos casos de violência sexual são muitas vezes utilizadas como artifício que garante o diálogo caso a profissional não saiba o que dizer.

As vivências pessoais das profissionais de saúde mediante os atendimentos devem ser discutidas em espaços de reflexão, podendo representar pontos de partida para uma compreensão sobre novas práticas de atendimento às mulheres. O mergulho em suas próprias experiências enquanto sujeitos profissionais mulheres, sensuais, em idade reprodutiva ou não, com medos, desejos e potencialidades, possibilitará às profissionais um encontro com suas próprias inexperiências, suas

carências, suas queixas, suas condições de saúde e relações de gênero. Tal processo atua como um alerta para sua necessidade e a necessidade do outro.

REFERÊNCIAS

ARDAILLON, D.; DEBERT, G. G. *Quando a vítima é mulher:* análise de julgamentos de crimes de estupro, espancamento e homicídio. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1987. 96p.

ASSIS, S. G. A adolescente e a violência. In: TAQUETTE, S. R. (Org.). *Violência contra a mulher adolescente-jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p. p. 25-30.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educ*., v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.

BARKER, S. L; SANT'ANNA, F. C. R. Violência e trabalho na adolescência. In: TAQUETTE, S. R. (Org.). *Violência contra a mulher adolescente-jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p. p. 173-180.

BARSTED, L. L. A violência contra a mulher na perspectiva dos direitos humanos. In: PITANGUY, J.; MESQUITA, R. (Org.). *Cadernos Cepia*. Gênero, corpo e enfermagem. Rio de Janeiro: Gráfica JB, 2002. 104p. p.93-104.

BASTOS, F. G; SILVA, M. N. Violência institucional contra a mulher adolescente e jovem: da inadequação ao acolhimento. In: TAQUETTE, S. R. (Org*.). Violência contra a mulher adolescente-jovem.* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p. p. 23-132.

BASTOS, L. A. M. *Corpo e sibjetividade na Medicina: impasses e paradoxos*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BEDONE, J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde*. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes*: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.

CARNEIRO, F.; AGOSTINI, M. Oficinas de Reflexão Espaços de Liberdade e Saúde. In: AGOSTINI, M. (Org.). *Trabalho Feminino e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P.; SILVA, M. M. V. A. A extensão universitária na prevenção da violência sexual. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 6, n. 2, p. 23-28, jun. 2005.

CHAUÍ, M.; PAOLI, M. C. (Org.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

COOK, R. J; DICKENS, B. M; FATHALLA, M. F.; *Saúde reprodutiva e direitos humanos:* integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

DEBERT, G. G.; Gregori, M. F.; Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas *Rev. Bras. Ciênc. Soc*., São Paulo, v. 23, n. 66, fev. 2008.

DEJOURS, C. *Da Psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DREZETT, J. *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.

DREZETT, J. Violência sexual como problema de saúde pública. In: TAQUETTE, S. R. (Org.). *Violência contra a mulher adolescente-jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p. p. 81-90.

FALEIROS, E. Violência de gênero. In: TAQUETTE, S. R. (Org.). *Violência contra a mulher adolescente-jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p. p. 61-66.

FAÚNDES, A. et al. O risco para queixas ginecológicas disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*., Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, abr. 2000.

GARDEY, D. Perspectivas históricas. In: HIRATA, H; KERGOAT, D. (Org.). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho.* São Paulo: Senac. 2003. p. 37-54.

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIDDENS, A. *Estado-Nação e a violência*. São Paulo: Unesp, 2000.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S. F; GOMES, R. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2008. p.79-108.

HIRATA, H; KERGOAT, D. A divisão sexual do trabalho revisitada. In: _____ (Org.). *As novas fronteiras da desigualdade*: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Senac, 2003.

HUNT, M. R. Sexo bom, sexo justo: catolicismo feminista e direitos humanos. *Cadernos – Católicas pelo direito de decidir,* São Paulo, n. 7, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de Metodologia Científica.* 4º ed. São Paulo: Atlas, 2001. 188 p.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo.* Petrópolis: Vozes, 2006.

LEVY, A. Violência, mudança e desconstrução. In: _____. (Org.). *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta, 2001, p. 75-89.

LIMA, J. S. *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 (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LOPES, I. M. R. S. et al. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, mar. 2004.

MACHADO, L. Z. Sexo, estupro e purificação. In: SUAREZ, M.; BANDEIRA, L. (Org.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Paralelo 15, 1999. 536p.

PINHEIRO, R. et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

MARCONDES, W. B. et al. O peso do trabalho “leve” feminino à saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-101, 2003.

MARTINS, A. P.V.; *Visões do feminino:* A medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MASCARENHAS, M. D. M. et. al. Atendimentos de emergência por acidentes na rede de vigilância de violências e acidentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em www.cienciaesaudecoletiva.com.br Acesso em: jul 2008.

MATTAR, R. et al. *Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual:* a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459, fev. 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em Redes:* tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MINAYO, M.C. de S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 132p.

MINAYO, M.C. de S; DESLANDES, S. F; GOMES, R. (Org.). *Pesquisa social:* teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. *A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. São Paulo Perspec*., São Paulo, v. 17, n. 1, jan-mar. 2003.

OLIVEIRA, E. M. Fórum: Violência sexual e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.

OLIVEIRA, L. H. *Cidadãos peregrinos*: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004, 219f.

PALACIOS, M. Violência nos ambientes de trabalho em saúde*. Cadernos da ABEM*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 53-55, 2004.

PAZO, C. G. *Enfrentando a violência contra a mulher*: uma experiência pioneira no interior do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 151f.

PERDIGÃO, A. C. A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: os pressupostos filosóficos. *Revista Análise Psicológica*, v. 4, n. XXI, p. 485-497, 2003.

PINHEIRO, O. G. Entrevista*:* uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:* aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. p. 183-293.

RICHARD, A. M. Qualificações e representações sociais. In: HIRATA, H.; KERGOAT, D. (Org.). *As novas fronteiras da desigualdade*: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: SENAC. 2003. p. 65-76.

RICHARDSON, R.J. *Pesquisa social:* métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, J. C. *o corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 198p.

ROHDEN, F. *A arte de enganar a natureza*: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 248p.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Revista labrys. *Estudos Feministas*, n. 1-2, jul-dez 2002.

SANTOS, F. C. M. *Negociando significados*: coerção sexual em narrativas de jovens brasileiros. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. 134f.

SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida:* feminismo e ciências sociais. São Paulo: UNESP, 2004.

SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência dói e não é direito:* a violência contra a mulher, saúde e direitos humanos. São Paulo: Unesp, 2005.

SÃO PAULO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Reunião sobre ética na pesquisa qualitativa em saúde:* relatório. São Paulo: SMS-SP, 2007.

SOARES, B. M. Enfrentamento da violência contra mulheres: impasses e desafios. p. 73-80. In: TAQUETTE, S. R. (Org.). *Violência contra a mulher adolescente-jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p. p. 73-80.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. *Rigor e visibilidade:* a explicitação dos Passos da Interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:* aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. p.93-122.

SUAREZ, M.; BANDEIRA, L. Introdução ao gênero, violência e crime no Distrito Federal. In: _____. (Org.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Paralelo 15, 1999. 536p. p.13-28.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa Qualitativa em saúde*: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

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

VILLELA, W. V.; OLIVEIRA, E. M. Gênero, saúde da mulher e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p.24-30.

APÊNDICE A – PERFIL DAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1) MED.1
Idade: 43 anos
Situação conjugal: Casada
Formação Profissional: Médica
Tempo de formação: 20 anos

2) ASS.SOC.1
Idade: 43 anos
Situação conjugal: Solteira
Formação Profissional: Assistente social
Tempo de formação: 20 anos

3) ASS.SOC.2
Idade: 56 anos
Situação conjugal: Casada
Formação Profissional: Assistente social
Tempo de formação: 4 anos

4) MED.2
Idade: 42 anos
Situação conjugal: Solteira
Formação Profissional: Médica
Tempo de formação: 17 anos

5) MED.3
Idade: 39 anos
Situação conjugal: Solteira
Formação Profissional: Médica
Tempo de formação: 16 anos

6) ENFe
Idade: 49 anos
Situação conjugal: Casada
Formação Profissional: Enfermeira
Tempo de formação: 26 anos

APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data:
Tempo de duração:

Dados de identificação

Idade
Situação conjugal
Formação profissional
Tempo de formação

Atualmente, como tem sido a experiência de acompanhar mulheres em situação de violência sexual?

Como é a relação estabelecida entre você e as mulheres?

Como é que você chegou a trabalhar com a violência sexual?

Como foi a primeira experiência de atendimento a mulheres vítima de violência sexual?

Ao longo dos acompanhamentos, você percebe mudanças nas mulheres? Quais? E em você?

Os atendimentos em violência sexual te levam a algumas reflexões?

Você já se imaginou como vítima de violência sexual?

Você acha que os atendimentos provocaram ou provocam alguma mudança em você?

Você poderia falar um pouco sobre isso?

Você considera que a experiência dos atendimentos trouxe algumas mudanças para sua vida?

ANEXO A - 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 providencias 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 adoslescentes:
- 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

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ANEXO B - 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: ___ ºC 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:_____

FONTE: Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Superintendência de Saúde Coletiva
Coordenação de Programas de Atenção integral à Saúde

ANEXO C - 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:
Contracepção de emergência: sim não Qual: _____
DST não virais: sim não
Hepatite B: Imunoglobulina (IGHAHB) sim não
Vacina (1ªdose) data:
___/___/____
Vacina (2ªdose) data:
___/___/____
Vacina (3ªdose) 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

FONTE: Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Superintendência de Saúde Coletiva
Coordenação de Programas de Atenção integral à Saúde