

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCIANA DE AMORIM BARROS

**VIVÊNCIA DE ACOLHIMENTO POR MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO QUE
BUSCAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Maceió
2014

LUCIANA DE AMORIM BARROS

**VIVÊNCIA DE ACOLHIMENTO POR MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO QUE
BUSCAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

Maceió
2014

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão De Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecária Responsável: Maria Helena Mendes Lessa.

1.1 B277v Barros, Luciana de Amorim.
Vivência de acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde / Luciana de Amorim Barros. – Maceió, 2014.
109 f.

Orientadora: Maria Cicera dos Santos Albuquerque.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Maceió, 2014.

Bibliografia: f. 90-98.
Apêndices: f. 99.106.
Anexos: f. 107-109.

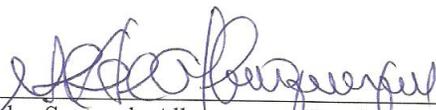
1. Estupro. 2. Acolhimento. 3. Saúde da mulher. 4. Cuidados de enfermagem.
5. Acesso aos cuidados de saúde. I. Título.

CDU: 616-083:343.541

LUCIANA DE AMORIM BARROS

(Vivência de acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde /
Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas)

Dissertação submetida ao Programa de Pós
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Alagoas e aprovada em 19 de
março de 2014.

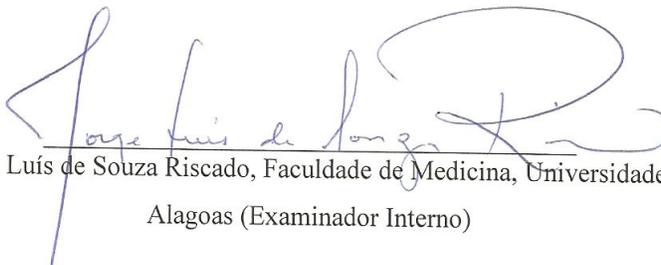


Profª Drª Maria Cicera dos Santos de Albuquerque, Escola de Enfermagem e Farmácia,
Universidade Federal de Alagoas (Orientadora)

Banca Examinadora:



Profª Drª Nadirlene Pereira Gomes, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia
(Examinadora Externa)



Profª. Dr. Jorge Luis de Souza Riscado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Alagoas (Examinador Interno)

Dedico este estudo às 11 mulheres vítimas de estupro, que mesmo num momento de dor, contribuíram com sua vivência para que ele pudesse ser realizado!

Dedico-o ainda a tantas outras mulheres que a cada instante são violentadas em qualquer parte deste país.

A vocês, mulheres vitimadas por esta violência, a quem tributo todo o meu respeito, todas as minhas horas de estudo, reflexão e dedicação: dias inteiros, madrugadas adentro, vencendo o cansaço e enfrentando os desafios desta longa jornada, na esperança de que um dia viveremos uma realidade diferente, ou, quem sabe, num mundo sem violências!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em seu infinito amor esteve presente em todos os momentos, desde o planejamento da ideia até a concretização deste estudo; por não ter permitido que eu fraquejasse, estimulando-me a prosseguir, agradeço pelos instantes em que diante de Ti me ajoelhei, pedindo forças. Meu Deus, sem tua ajuda espiritual, eu jamais conseguiria.

Aos meus pais, João Barros e Maria Celeste, meu agradecimento especial, pessoas ímpares em minha vida, que me ensinaram os valores desta vida. Exemplos de honestidade e integridade.

À minha querida tia Creusa, que sempre contribuiu para a minha formação educacional. Tia, se eu cheguei até aqui, foi porque um dia a senhora me ajudou e acreditou que eu sou capaz.

Ao meu amor, namorado, amigo e fiel companheiro, João Paulo. Seu amor, carinho, cuidado e proteção foram fundamentais em meu caminho trilhado para a execução deste trabalho. Desculpe-me, meu amor, por neste período ter tido uma namorada pela metade, pois a minha outra metade foi dedicada a este estudo. Sei que me compreenderá.

Às minhas lindas e amadas irmãs Taciana, Adriana e Mônica: vocês são o meu porto seguro, a quem recorro nos instantes de alegria e de tristeza, e me abasteço de amor e ternura que só uma irmã pode dar.

Aos meus sobrinhos Caio Victor, Mickael, Vanessa e Victória. Obrigada por existirem em minha vida. Vocês são luz, fonte de amor e alegria da tia.

À minha doce orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Cicera dos Santos de Albuquerque, agradeço por todos os momentos compartilhados, aos ensinamentos a mim dispensados. Saiba que hoje carrego um pouco de você dentro de mim e isto se reflete no meu dia a dia enquanto enfermeira, nos cuidados dispensados ao outro, no saber ouvir, tocar, sentir e acolher, os quais reaprendi com você. Obrigada pelo carinho e confiança.

À querida Prof.^a Dr.^a Nadirlene Pereira Gomes, que não mediu esforços em contribuir com toda sua experiência e vivência na luta contra a violência da mulher. Você foi um anjo que Deus colocou no meu caminho, num momento tão especial da minha vida. Muito obrigada por tudo.

Ao Centro de Referência e Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica Dr.^a Terezinha Ramires, a toda a equipe que constitui este Centro e, em especial, à assistente

social Andreia Cristina Barboza da Silva Morais. O trabalho de vocês fez nascer em mim a ânsia de lutar contra a violência da mulher e me fez despertar para a realização deste estudo.

À amiga Ana Cristina Costa, pela amizade construída, pelo apoio imensurável, pela luta, garra e exemplo de ser humano, de mãe e de mulher.

Aos professores Dr.^a Mércia Zeviani e Dr. Jorge Luís Riscado, por todas as contribuições dispensadas a este estudo. Vocês foram peças-chave que fizeram despertar em mim um novo olhar na construção deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, pela oportunidade em cursar este mestrado, e aos professores do programa, o meu agradecimento pelo saber adquirido e compartilhado nestes dois anos.

Às amigas e amigos mestrados, que compartilharam as angústias e a alegria de sermos mestrados. Em particular, às amigas Fernanda Monteiro, Ana Carolina e Janine Melo: juntas, formamos o quarteto fantástico. Agradeço pela amizade, carinho e força. Foi uma vivência inesquecível.

Ao Núcleo Docente Assistencial (GDA) da MESM, pelo apoio para a execução deste estudo. Às amigas enfermeiras da MESM, que me ajudaram nas infinitas trocas de plantão para que eu conseguisse um pouco mais de tempo para estudar.

Às adoráveis amigas e companheiras de disciplina e de vida, Cíntia Bastos, Cristiane Araújo, Nirliane Ribeiro e Sandra Taveiros. Agradeço, meninas, a vocês por toda a ajuda que me proporcionaram. Vocês foram incríveis, amigas de verdade e companheiras. Vocês foram parte do meu sustento.

À coordenação e ao corpo docente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca, agradeço por toda a compreensão.

Agradeço à Universidade Integrada Tiradentes pelo auxílio dispensado nestes dois anos de mestrado, bem como à coordenação de enfermagem, Prof.^a Alba Maria, por toda a contribuição neste período.

A uma amiga, filha do coração, Bárbara Oliveira, pela sua cumplicidade e disponibilidade para refletir junto comigo sobre esta tão dura temática da violência; pela amizade, carinho e aconchego, agradeço a contribuição prestada.

A mãe do coração, Bibi, que tanto cuidou de mim quando era criança. Aos amigos (as), peço desculpas pelas ausências. Vocês todos moram em meu coração.

Muito Obrigada!!!

“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens.”

O EU PROFUNDO, de Fernando Pessoa

RESUMO

O presente estudo tem como objeto **o acolhimento à mulher vítima de estupro nos serviços de saúde**. A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, com raízes na desigualdade de gênero, e apresenta repercussões na vida de quem a vivencia, constituindo um problema de saúde com prevalência e incidência relevantes. A violência sexual é uma das expressões da violência contra a mulher, e envolve o estupro, a violação sexual mediante fraude e o assédio sexual. É este um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que tem como objetivo compreender a vivência de mulheres vítimas de estupro na busca por cuidado à saúde na rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual. Foram entrevistadas 11 mulheres, maiores de 18 anos, com história de estupro, acompanhadas no ambulatório de uma maternidade que é referência ao atendimento da mulher em situação de violência sexual em Maceió, Alagoas, Brasil. Foram respeitados os aspectos éticos baseados na Resolução 196/96 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o nº 16313413.9.0000.5013, a coleta dos dados se deu nos meses de julho a novembro de 2013. Os dados foram sistematizados com respaldo na análise de conteúdo de Minayo, acerca das seguintes categorias: (Des) Caminhos para o atendimento de saúde; (Des) Acolhimento nos serviços de saúde; Implicações do estupro para a saúde das mulheres. Embora as entrevistadas tenham declarado terem sido bem acolhidas nos espaços da saúde, especialmente pela atenção recebida dos profissionais médicos e enfermeiros, o estudo revelou um fluxo desordenado, que desencadeia buscas invertidas aos serviços e deslocamentos desnecessários. Chama atenção que profissionais de serviços de referência desconheçam o fluxo para atendimento à mulher em situação de violência sexual e associem inadequadamente o Boletim de Ocorrência aos cuidados de saúde, situações que prolongam o acesso das mulheres às intervenções de saúde. Sobre os espaços de saúde considerados referência no atendimento à mulher em situação de violência sexual, as mulheres queixam-se da demora em atendimento no serviço emergencial e da falta de privacidade nesse momento; e ressaltam a violência institucional e a necessidade de melhor preparo dos funcionários dos serviços para acolhimento à mulher vítima de estupro. O estudo desvela que a vivência de mulheres que sofrem o estupro e buscam o atendimento nos serviços de saúde é marcada por muitos desafios, desde o longo caminhar solitário trilhado para se chegar até os serviços de referência, passando pela fragmentação dos serviços, pelo sofrimento por conta dos efeitos colaterais da medicação e pela dor associada à violência sofrida. Toda essa vivência favorece um processo de revitimização desta mulher, que já carrega os traumas provenientes do estupro. Acredita-se que o estudo em tela traz contribuições ao meio científico, acadêmico, político e social, pois fornece subsídios importantes para a produção do conhecimento sobre a temática e possibilita repensar o cuidado às mulheres em situação de violência sexual, especialmente as vítimas de estupro.

Palavras-chave: Estupro. Acolhimento. Saúde da mulher. Cuidados de enfermagem. Acesso aos cuidados de saúde.

ABSTRACT

The following study has as its object the refuge to women victims of rape in the health services. Violence against women is a complex phenomenon with roots in inequality of gender, showing repercussion on the lives of those who has experienced it, making it a health problem with substantial prevalence and incidence. Sexual violence is one of the expressions of violence against women, and it involves rape, sexual violation by fraud and sexual harassment. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach that aims to understand the experience of female rape victims in search for health care in the network that assists women in situation of sexual violence. 11 women, aged over 18 years were interviewed, with rape report, assisted in the clinic of a maternity-hospital, reference to support women in situation of sexual violence in Maceió, Alagoas, Brazil. Ethical aspects were respected, based on Resolution 196/96 and 466 /2012 of the Brazilian Health Council approved by the Research Ethics Committee from Federal University of Alagoas under No. 16313413.9.0000.5013, the data collection was held between the months of July and November in 2013. The data were organized with support of Minayo's content analysis, based on the following categories: (De) Access to health care, (De) Home in health services; Rape implications in women's health. Although the respondents declared they have been well received in healthcare centers, especially for the attention given by doctors and nurses, the study revealed a disordered flow, triggering inverted services and unnecessary movement. It draws attention to the fact that professional referral services are unaware of the flowing treatment of women in situation of sexual violence and improperly associate the Police Report to health care situations, prolonging women's access to health interventions. Concerning spaces of health care in reference to women in situations of sexual violence, women complain of delay in emergency care service and the lack of privacy at that point, and highlights the institutional violence and the need for better preparation of the staff in charge of the service. The study reveals that the experience of women who suffer rape and seek care in health services is marked by many challenges, from the long lonely way to reach the referenced services, until the assistance's fragmentation, the suffering related to the side effects of medication and the ache associated to the violence. This whole experience favors a re-victimization process of the woman, who already carries the rape trauma. We believe that this study provides contributions to scientific, academic, political and social environment, because it gives important information to produce subsidies on the theme and allows redefinition in the assistance for women in situation of sexual violence, especially rape victims.

Key Words: Rape. Embracement. Women's health. Nursing care. Health services accessibility.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	Antirretroviral
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BO	Boletim de Ocorrência
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Conjunto Hospitalar de Sorocaba
CIAM	Centro Integrado de Atendimento à Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPMIVCM	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra a Mulher
DEDDM	Delegacia de Defesa dos Direitos das Mulheres
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde
ECMAL	Escola de Ciências Médicas de Alagoas
ESENFAR	Escola de Enfermagem e Farmácia
EUA	Estados Unidos da América
FAL	Faculdade de Alagoas
FEJAL	Fundação Educacional Jaime de Altavila
FUCS	Fundação Universidade de Caxias do Sul
FUNGLAF	Fundação de Saúde de Alagoas Governador Lamenha Filho
GDA	Gerência Docente Assistencial
HG	Hospital Geral
HGE	Hospital Geral do Estado

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IML	Instituto Médico Legal
LACOLHE	Laboratório de Acolhimento e Relações Interpessoais
MEC	Ministério da Educação
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MATERNIDADE	Maternidade Escola Santa Mônica
MS	Ministério da Saúde
NUDEM	Núcleo de Defesa da Mulher
NUDEMP	Núcleo de Defesa da Mulher do Ministério Público
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAM	Posto de Atendimento Médico
PAVVIS	Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PRAVIVIS	Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUBMED	<i>Public Medline</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMVVIS	Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual
SAVAS	Serviço de Atendimento à Vítima de Abuso Sexual
SESAU	Secretaria Executiva da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
UNEAL	Universidade Estadual de Alagoas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VS	Violência Sexual
VVS	Vítima de Violência Sexual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	18
2.1	Violência contra a mulher	18
2.2	O estupro como expressão da violência sexual	25
2.3	O contexto social da pesquisa	33
2.3.1	Configuração do estado de Alagoas, Brasil	33
2.3.2	Configuração das unidades de saúde referência no estado ao atendimento da pessoa vítima de estupro	38
3	METODOLOGIA	40
3.1	Tipo de pesquisa	40
3.2	O cenário de investigação	41
3.2.1	Entrada no cenário de investigação.....	41
3.3	Sujeitos do estudo	42
3.4	Princípios éticos da pesquisa	43
3.5	Processo de coleta de dados	45
3.6	Sistematização e análise dos dados	48
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
4.1	Caracterização da amostra	49
4.1.1	Caracterização dos sujeitos.....	49
4.1.2	Caracterização do estupro e o atendimento recebido no serviço de saúde.....	51
4.1.3	Histórias das mulheres.....	53
4.2	Apresentação e discussão dos resultados	55
4.2.1	(Des) caminhos para o atendimento de saúde.....	56
4.2.2	(Des) acolhimento nos serviços de saúde.....	66
4.2.3	Implicações do estupro para a saúde das mulheres	78
5	CONSIDERAÇÕES	87
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	99
	ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto o **acolhimento à mulher vítima de estupro nos serviços de saúde**. O interesse pela temática surgiu ao conhecer o Centro de Referência e Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica Dr.^a Terezinha Ramires, situado no Posto de Atendimento Médico (PAM Salgadinho), na cidade de Maceió-AL, Brasil, e conhecer o trabalho realizado pelos profissionais que ali atuam em prol da luta contra a Violência da Mulher. A partir desse momento, passei a imergir nessa temática de forma mais intensa. Foi esse despertar que me fez observar a qualidade do acolhimento prestado a mulheres vítimas de estupro no cotidiano de trabalho enquanto enfermeira obstetra numa maternidade que é referência para o atendimento à mulher em situação de violência sexual e para a gestação de alto risco no estado de Alagoas.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (MS) caracteriza como violência sexual toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas (WAISELFISZ, 2012). Percebe-se, pois, que violência sexual consiste num termo amplo, podendo este incluir o estupro, toque genital indesejado, e até mesmo a visualização forçada ou envolvimento em pornografia. Vale referir que o estupro é um termo legal e nos Estados Unidos refere-se a qualquer penetração de um orifício do corpo (boca, vagina ou ânus), envolvendo força, ameaça ou incapacidade (associada à idade jovem ou avançada, com deficiência cognitiva ou física, drogas ou intoxicação alcoólica) e o não consentimento (LINDEN, 2011).

Em 2011, foram atendidas mais de 13 mil mulheres brasileiras em situação de violência sexual, que ocupa a terceira colocação entre os tipos de violência sofrido pelas mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (WAISELFISZ, 2012). Esse tipo de violência adoece não só as mulheres, como também toda a família, resultando em sérias implicações no processo de desenvolvimento psicossocial e no aumento da demanda nos serviços de saúde (GOMES et al., 2012; BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

Iniciada através de serviços sentinela, a vigilância contínua capta dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde, sendo gradualmente universalizada. Essa vigilância tem como instrumento a ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no SINAN Net. Contudo, embora a lei de notificação compulsória da violência contra a mulher (Lei nº 10.778) tenha sido criada desde 2003, exigindo a notificação no território nacional de todos os casos,

inclusive os suspeitos, atendidos em serviços de saúde, públicos e privados (BRASIL, 2003), somente a partir de 2009 a maternidade sentinela do Estado inclui os casos de violência contra mulher no SINAN Net – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, atendendo a todos os casos de Alagoas.

Segundo informações disponibilizadas no SINAN Net, a maternidade de referência ao atendimento das vítimas registrou, em 2013, 91 atendimentos de violência sexual, incluindo o estupro. A série histórica dos anos anteriores é a seguinte: 43 atendimentos (2009), 53 (2010), 81 (2011) e 95 (2012). No entanto, os números parecem apresentar uma realidade de casos que não chegam até o atendimento da maternidade, pois, segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2013), só em 2012 as autoridades policiais do estado de Alagoas registraram 458 casos de estupro; isso indica que a maternidade, apesar de ser referência no atendimento, atende apenas a cerca de 20 a 21% dos casos de estupro do estado.

Conforme dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2013), que correspondem ao volume de ocorrências policiais registradas, foram registrados em Alagoas 458 casos de estupro em 2012, enquanto no mesmo ano foram notificadas ao SINAN 118 situações, o que corresponde a 25% dos casos registrados pelas autoridades policiais. Tal fato nos leva a questionar: os outros 75% dos casos são atendidos nos serviços de saúde e subnotificados? Ou ainda, o que é pior: esses 75% dos casos não buscaram atendimento nos serviços de saúde? É preciso salientar ainda que o número de casos apontados pelas autoridades policiais pode não corresponder ao total de casos de estupros do Estado, pois, conforme apontado nos estudos de Heise, Ellsberg e Gottmoeller (2002), estima-se que menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento das autoridades. Estudo internacional sobre violência sexual aponta que apenas 8 a 10% das vítimas reportam os crimes à polícia, sendo ainda menor a taxa entre adolescentes (BELKNAP, 2010).

Pesquisa com 687 mulheres que sofreram violência sexual mostra que pouco mais da metade das vítimas realizou boletim de ocorrência. A baixa notificação policial pode contribuir para uma distorção da realidade no que concerne à real magnitude do problema e à estruturação e implementação adequada de políticas públicas, tanto para prevenção quanto para assistência (FACURI, 2013). Estudo transversal descritivo comparativo realizado com grávidas atendidas no pré-natal de gestação de baixo risco em um hospital-escola e em uma maternidade que atendia majoritariamente mulheres de baixa renda em São Paulo, Brasil, entre 2006 e 2007 evidenciou que entre as 70 mulheres com antecedentes de violência sexual, apenas uma procurou o serviço especializado para ser assistida adequadamente e prestar queixa (AQUINO et al., 2009).

Em virtude dos alarmantes índices de violência no Estado, evidenciados pelo Mapa da Violência (2012), Alagoas recebeu a visita da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra Mulher (CPMIVCM) do Senado Federal, nos dias 31 de maio e 1º de junho de 2012, com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no estado e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência, além de proceder a uma análise mais acurada e traçar um diagnóstico da situação da violência contra a mulher no estado de Alagoas. A intenção era entender como a política pública estava sendo desenvolvida no estado, como se achava a articulação dos entes e, por fim, compreender como as mulheres, na ponta, estavam sendo atendidas (CPMIVCM, 2012).

No relatório da CPMIVCM (2012) consta que:

As mulheres vítimas de violência sexual não recebem atendimento satisfatório no Estado, principalmente pelos equipamentos¹ referenciados não terem estrutura adequada, o que torna a situação mais grave. Além disso, nos preocupa a baixa articulação da saúde com a segurança pública, que coloca em risco os procedimentos preventivos em casos de violência sexual (p. 165).

Apesar da magnitude do problema, são escassos os estudos na literatura científica que tratam especificamente do estupro, principalmente quando as vítimas são mulheres adultas, uma vez que estudos envolvendo o estupro de crianças e adolescentes são encontrados em maior quantidade. Segundo pesquisa realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), no ano de 2011, foram encontrados 233 estudos utilizando-se o descritor **estupro** para a busca. Porém, quando envolvem estupro de mulheres, utilizando-se para busca os descritores **estupro** e **mulheres** e operador booleano AND, esse número cai para 28. E cruzando-se os descritores **estupro** e **acolhimento** com o operador booleano AND, sem filtrar por ano, o resultado da busca mostra apenas um estudo. Considerando o mesmo ano (2011), as buscas feitas na *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED) referem 376 estudos que utilizam o termo *Mesh Rape*. Porém, cruzando-se o termo *Mesh Rape*² com o *Mesh Women*³, são encontrados 133 estudos; já ao cruzar os termos *Mesh Rape* com a palavra *Embracement*⁴, não se encontram estudos disponíveis. Neste sentido, considera-se necessária a existência de mais estudos que envolvam tais questões.

¹ A CPMIVCM diz respeito a *equipamentos* para hospitais e órgãos.

² *Rape*, palavra em inglês que na tradução para o português significa estupro.

³ *Women*, palavra em inglês que na tradução para o português significa mulheres.

⁴ *Embracement*, palavra em inglês que na tradução para o português significa acolhimento.

Diante do exposto, este estudo justifica-se pela lacuna de estudos, dados e informações que permitam estimar a dimensão e extensão do problema da violência sexual, como alerta a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2011b). E ainda, pelos elevados índices de violência contra a mulher no Brasil, em especial no estado de Alagoas. No cotidiano profissional, atuando no cuidado às mulheres em situação de violência sexual, venho me inquietando com a qualidade do acolhimento disponibilizado e percebendo a necessidade de fortalecimento dos serviços de saúde e das ações intersetoriais no sentido de apoiar estas mulheres. Assim, foi constatada a necessidade de se escutar as mulheres que vivenciaram o estupro e o funcionamento da rede de serviços de saúde na busca por atendimento após o estupro sofrido.

Devido à complexidade desse fenômeno, faz-se necessária a constituição de serviços de saúde que acolham numa perspectiva integrada e humanizada de atenção, como forma de atingir a ampliação do acesso e qualidade nos serviços do SUS, buscando a integralidade necessária (BRASIL, 2012b; REIS et al., 2010). Independentemente da porta de entrada, a articulação com outros serviços é indispensável para o trabalho em rede, uma vez que é preciso garantir atendimento às diversas demandas desta mulher, sobretudo no campo social, de saúde, no policial e no jurídico (GOMES et al., 2012).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que ligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria nº 4.279, de 30/12/2010) (BRASIL, 2012b). Com as mudanças no paradigma da atenção à saúde iniciou-se a busca por estratégias direcionadas à atenção integral e às ações coletivas. Uma dessas estratégias é o acolhimento, uma forma de organização e uma ferramenta para garantir o atendimento de qualidade e humanizado à população (LUZ et al., 2013).

O acolhimento se expressa como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS: ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro; estética porque traz, às relações e encontros diários, estratégias que contribuem para a dignificação da vida; e política porque implica o compromisso coletivo, potencializando protagonismos (BRASIL, 2010). De acordo com Ferreira (1975) *apud* BRASIL (2010, p. 6), “acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender”.

Como dispositivo tecnoassistencial, o acolhimento é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as ações clínicas no trabalho em

saúde, a gestão e as relações de acessibilidade (CECÍLIO; MERHY, 2003). No âmbito das mudanças, no modo de operar a assistência, pode-se localizar a escuta qualificada do usuário, principal ferramenta do acolhimento (BRASIL, 2010). O ato de escuta, por sua vez, é um momento de construção, no qual o profissional buscará construir respostas para as necessidades identificadas a partir do seu conhecimento. Para realizar esta construção faz-se necessário o envolvimento de toda a equipe disponível na instituição de saúde (LUZ et al., 2013).

Segundo Mattar et al. (2007), o acolhimento pela equipe multiprofissional garante a adesão do paciente ao serviço. Como parte da equipe multidisciplinar, a Enfermagem tem se esforçado na busca de alternativas que qualifiquem suas práticas de acolhimento, pois na evolução de sua prática ainda tem prevalecido o cuidado técnico, resultando no distanciamento do indivíduo. Infelizmente, é nos serviços de saúde que as histórias das mulheres desvelam as discriminações, frustrações e violações de direitos vivenciados (BRASIL, 2011b).

Dessa problemática, associada à vivência prática, emergem diversas inquietações que levam a buscar, de forma compartilhada com estudiosos da área e com os sujeitos da pesquisa, as oportunidades de refletir e construir referenciais teóricos e metodológicos que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada às mulheres vítimas de estupro. Dessa forma, o presente estudo tem o seguinte questionamento: **como mulheres vítimas de estupro vivenciam a busca por cuidado à saúde na rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual?**

Pensa-se, como pressuposto deste estudo, que existam importantes lacunas que inviabilizam o acolhimento à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde, tais como fragilidade na rede de atendimento e o despreparo dos profissionais de saúde em prestar o acolhimento à mulher vítima de estupro.

Diante do exposto, a pesquisa teve como **objetivo geral:** compreender a vivência de mulheres vítimas de estupro na busca por cuidado à saúde na rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual. E como **objetivos específicos:** conhecer os caminhos percorridos por mulheres vítimas de estupro na busca por cuidados à saúde na rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual; conhecer a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde que integram a rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual; conhecer as implicações do estupro para as mulheres que buscam o cuidado à saúde na rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 Violência contra a mulher

Escrever sobre a violência contra a mulher não é tarefa fácil, por sua manifestação cruenta e ao mesmo tempo banalizada; por vezes, a realidade é tão dura e preconceituosa que chega a “sangrar” dentro de nós. Santos, Magalhães, Campos (2012), em seu artigo, ilustra muito bem uma passagem da peça *Otelo* de William Shakespeare, onde na fala do personagem Iago, este diz: “Vocês mulheres são todas iguais. Lindas quando estão fora, mas barulhentas em casa; gatos selvagens na cozinha, santas quando reclamam, mentirosas quando estão em casa, assanhadas na cama” (SHAKESPEARE, 2008 *apud* SANTOS; MAGALHÃES; CAMPOS, 2012).

Esses são exemplos que ilustram os paradigmas de um feminismo com base numa cultura patriarcal e de dominação do “ser mulher”. Santos, Magalhães, Campos (2012) acrescenta que embora a fala do personagem na ilustração acima possa chocar, ela remete a um assunto delicado e que, ao mesmo tempo, ostenta certa complexidade: a representação do estereótipo feminino. O feminino ideal como imagem socialmente construída em oposição à necessidade de afirmação da mulher enquanto ser desvinculado de tais arquétipos.

Bourdieu (2002), em seu livro *A dominação masculina*, diz que sempre via na dominação masculina, e no modo como esta é imposta e vivenciada, o exemplo por excelência desta submissão paradoxal, resultante daquilo que ele denominava de violência simbólica, violência suave, insensível, invisível às suas próprias vítimas; esta é exercida essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento, ou, em última instância, do sentimento.

E de onde vem essa submissão da mulher?

A desigualdade entre homens e mulheres não é natural, mas construída pela sociedade, ou seja, pelas forças sociais que a compõem: sua natureza, seus interesses, sua ideologia, as personalidades que articularam suas aspirações. A opressão da mulher é determinada pela localização da mulher no sistema de produção e reprodução da vida, em determinadas sociedades. A sociedade humana é histórica, muda conforme o padrão de desenvolvimento da produção, dos valores e normas sociais. Assim, desde que o homem começou a produzir seus alimentos, nas sociedades agrícolas do período neolítico (entre 8.000 e 4.000 anos atrás), começaram a definir papéis para os homens e para as mulheres (MESQUITA; BRANDÃO, 2012, p. 6).

Para Beauvoir (1970, p. 9), “ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume o seio da sociedade”; para a autora, é o conjunto da civilização que elabora esse produto que qualifica como feminino. Existem outros casos em que, durante um tempo mais ou menos longo, uma categoria conseguiu dominar totalmente a outra, a partir da desigualdade numérica que por muitas vezes conferiu este privilégio: “a maioria impõe sua lei à minoria ou a persegue. Mas as mulheres não são como os negros nos EUA ou os Judeus, uma minoria; há tantos homens quantas mulheres na Terra” (BEAUVOIR, 1970, p. 13).

Intrigante é perceber que na atualidade, segundo dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), as mulheres são maioria no total da população brasileira:

O Censo Demográfico 2010 evidenciou, para o total do País, uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, como resultado de um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens. Com este resultado, acentuou-se a tendência histórica de predominância feminina na composição por sexo da população do Brasil, já que em 2000 esse indicador era de 96,9 homens para cada 100 mulheres (p. 50).

Alagoas segue a mesma tendência nacional, com uma população feminina expressiva, segundo dados do IBGE (Censo 2010), correspondente a 51,66% da população geral do estado, o que indica uma proporção de 94 homens para cada 100 mulheres.

Enquanto isso, a violência contra a mulher no Brasil se faz de forma marcante mesmo numa população em que a mulher é maioria. Os dados internacionais permitem obter uma visão comparativa dos níveis de violência existentes no país. Com uma taxa de 4,4 homicídios em 100 mil mulheres, o Brasil ocupa a sétima posição no contexto dos 84 países do mundo com dados homogêneos da Organização Mundial de Saúde (OMS), compreendidos entre 2006 e 2010 (WAISELFISZ, 2012).

Ao tratar diretamente da violência contra a mulher, considera-se que esta questão, antes vista como uma questão localizada na esfera privada, começa a ser apreendida com maior complexidade enquanto problema social e cada vez mais urbano; é fruto de trabalhos feministas na luta pelo reconhecimento da necessidade de criação de mais serviços especializados de atendimento às vítimas da violência, somando-se ainda a isso um tratamento legal ao assunto (PRIORI, 2003).

A violência contra a mulher é uma expressão introduzida nos anos 80 pelo movimento social feminista. Diz respeito a sofrimentos e agressões que são impostos às mulheres pelo fato de serem mulheres (SCHRAIBER, 2007). Manifesta-se de várias formas que vão

desde a agressão verbal e outras formas de abuso emocional que caracterizam a violência psicológica, até a violência física, sexual e patrimonial e moral. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), as mulheres que sofrem violência são afetadas por uma série de problemas de saúde que interferem diretamente na sua capacidade de influenciar na vida pública, prejudicando famílias, comunidades e gerações, além de reforçar outros tipos de violências sociais (ONU, 2013; GARCIA et al., 2013).

Compreender esse fenômeno do ponto de vista da saúde pública oferece caminhos para captar as múltiplas dimensões que a violência assume, no sentido de reconhecer seus aspectos sociais, epidemiológicos, psicológicos, jurídicos, e a necessidade de respostas multissetoriais. A violência no Brasil tem alcançado índices significativos de óbitos, constituindo, junto às causas externas, a segunda maior causa de morte. Com isto, torna-se de fato um problema de saúde pública, devido ao elevado número de indivíduos que atinge e, conseqüentemente, pelos impactos sociais, econômicos e individuais que produz; além de gerar perdas significativas na saúde e qualidade de vida da mulher (JONG; SADALA; TANAKA, 2008; TAQUETTE, 2007).

A violência contra a mulher, com ênfase na violência intrafamiliar, gera na mulher, alterações psicológicas decorrentes do trauma, como ansiedade, medo e confusão, fobias, pesadelos, insônia, autorreprovação, sentimentos de inferioridade, fracasso, insegurança ou culpa, entre outros. A repercussão social dessas manifestações pode incluir isolamento por medo que os outros descubram o acontecimento, medo que se repita, mudanças frequentes de emprego ou moradia (BRASIL, 2002). São fatores que contribuem para o silêncio, o que faz com que muitas mulheres não revelem a violência sofrida.

As implicações são tão severas, que mulheres em situação de violência têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde e as emergências. Quase 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, reduzindo seus ganhos financeiros em até 20%. Filhos de mães que sofrem violência têm riscos três vezes maiores de adoecer, e cerca de 60% dessas crianças repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade (BRASIL, 2002).

Há indicadores acerca da significativa carga da violência sobre os sistemas de saúde e sobre a produtividade econômica. O impacto da violência sobrecarrega o sistema de saúde tanto em termos de recursos econômicos e humanos, em custos sociais, e como decorrência de produtividade perdida para a sociedade em geral. Segundo estimativas, o Brasil perde 11% do seu Produto Interno Bruto (PIB) em razão da violência, e o SUS gasta anualmente entre 8% e

11% do Teto Bruto com as diversas formas de atenção à violência e aos acidentes (BRASIL, 2011a).

Apesar da amplitude de debates consolidados, pode-se ainda afirmar que existe um mundo de violências não declaradas (GARCIA et al., 2013), fato que ainda torna deficiente o reconhecimento da magnitude do impacto destas. Para Bourdieu (2002), o que mais o surpreende são que condições de existência as mais intoleráveis possam permanentemente ser vistas como aceitáveis ou até mesmo como naturais.

Não obstante, entender o que são e como ocorrem as violências contra a mulher requer inicialmente a compreensão do que vêm a ser as relações de gênero e como estas são determinantes para a perpetuação dessa representação. Assim, a violência contra a mulher manifesta-se, antes de tudo, como uma violência de gênero. A discussão de gênero demonstra que os papéis atribuídos a homens e mulheres são reforçados pela ideologia e consolidados ao longo do tempo.

O conceito de gênero surge primeiramente entre o movimento feminista americano, num momento de crescimento político e acadêmico, que procurou ressaltar a qualidade fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo, indicando uma rejeição ao determinismo biológico, além de definir aspectos relacionais normativos de feminilidade. Sendo assim, corresponde à designação das relações sociais entre os sexos, rejeitando a ideia de natureza dominadora que explicaria a subordinação da mulher ao homem; engloba as “construções sociais”, a criação social das ideias de definição dos papéis categorizados aos homens e os próprios às mulheres, conformando-se como uma categoria imposta a um corpo sexuado (SCOTT, 1988).

Assim, define-se violência de gênero como uma categoria de violência que “visa à preservação da organização social de gênero fundada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuais que subalternizam o gênero feminino” (SAFFIOTI, 1996, p. 159).

Sobre a prática da violência de gênero, Priori (2003) ressalta condições preexistentes para a sua presença:

A violência de gênero, termo que consideramos mais adequado para analisar as relações violentas de gênero, é praticada geralmente por aquele que possui maior parcela de poder numa relação e resulta da dita superioridade masculina transmitida pela cultura sexista de nossa sociedade, que apregoa estereótipos de força, virilidade e potência. É um tipo específico de violência que vai além das agressões físicas e da fragilização moral e limita a ação feminina. É muito mais complexa do que a violência doméstica, pois não acontece somente entre quatro paredes, mas se faz presente em todos os lugares, por alegações aparentemente fúteis. Carrega uma carga de preconceitos sociais, disputas, discriminação, competições profissionais,

herança cultural machista, revelando-se sobre o outro através de várias faces: física, moral, psicológica, sexual ou simbólica (PRIORI, 2003, p. 1).

A atuação dos movimentos de mulheres foi fundamental para garantir, na Constituição brasileira de 1988, a igualdade entre os sexos, no inciso I do artigo 5º – “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”, e a inclusão do § 8º no artigo 226: “O Estado assegurará assistência à família (...) criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”.

Outro avanço no tocante à violência contra a mulher foi a sua inclusão na lista dos agravos de notificação compulsória do SINAN/MS. Desta forma, obriga os serviços de saúde, no âmbito público e privado, a notificarem os casos atendidos de violência contra a mulher, por meio da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais. É composta por um conjunto de variáveis que permitem retratar o perfil das violências perpetradas contra as mulheres e os adolescentes, a caracterização das pessoas que sofrem violências e dos(as) prováveis autores(as) da agressão, e desta forma contribuir com indicadores para o País (BRASIL, 2011a).

A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, “Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados”. Para os efeitos desta Lei, com redação retificada pela Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial,

entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado (art. 1º).

Esta lei foi regulamentada em 2004, pelo Decreto-Lei nº 5.099, de 3/6/2004. Foi normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, através de Portaria MS/GM nº 2.406, de 5 de novembro, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação nos serviços de saúde, regulamenta em específico e para todo o território nacional a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, e atribui ao MS a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela.

Um pouco antes, ainda em 2004, foi proposta a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, mediante a Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio, visando à implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local, voltados para o atendimento, a articulação intrasetorial

e intersetorial prevista na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Em meados de 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela. O objetivo foi conhecer a magnitude e a gravidade das causas externas e efetivar ações de prevenção de violência e de promoção da cultura de paz e, conseqüentemente, diminuir o impacto das violências e dos acidentes no perfil de morbimortalidade da população (BRASIL, 2011a).

No dia 7 de agosto de 2006, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Esta lei entrou em vigor em 22 de setembro de 2006, representando um avanço no combate à impunidade da violência contra a mulher e obriga o Estado a desenvolver políticas de proteção e prevenção às mulheres em situação de violência. Esta lei, em seu art. 1º,

cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha visa proteger a integridade física e moral das mulheres, por meio da garantia de uma série de medidas legais, a fim de evitar ou minimizar os traumas sofridos pelas mulheres, como: afastamento do lar ou do local de convivência com o agressor, proibição de contato do agressor com a vítima, restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores (se houver), prestação de pensão alimentícia provisória, suspensão da posse ou restrição de portes de armas, entre outras (Decreto-Lei nº 11.340, 2006). No entanto, muitas mulheres ainda desconhecem a Lei Maria da Penha; outras conhecem, porém não sabem os direitos que essa lei assegura (OSHIKATA, 2011).

A atenção à violência contra a mulher e o adolescente é condição que requer abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, com importante interface no tocante às questões de direitos humanos, questões policiais, de segurança pública e justiça. (BRASIL, 2011a). Algumas informações são imprescindíveis para os (as) profissionais de saúde, tais como: o conhecimento da Lei Maria da Penha e a Lei de notificação dos casos de violência contra a mulher.

Consta nos Dispositivos Finais, Título VII, art. 35 da Lei Maria da Penha, que a União, o Distrito Federal, os Estados e os municípios poderão criar e prover, no limite das respectivas competências, à mulher e seus dependentes em situação de violência doméstica e familiar: centros de atendimento integral e multidisciplinar; casas-abrigo para mulheres e respectivos dependentes menores; delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e centros de perícia médico-legal especializados no atendimento à mulher em situação de violência; programas e campanhas de enfrentamento da violência; e centros de educação e de reabilitação para os agressores.

Faz-se valioso, também, o adequado registro em prontuário por parte dos profissionais dos serviços de saúde durante atendimento à mulher em situação de violência, uma vez que, conforme disposto na Lei Maria da Penha, Capítulo III, Parágrafo 3º: “Serão admitidos como meios de provas os laudos ou prontuários médicos fornecidos por hospitais e postos de saúde”. Entretanto, resultados de um estudo qualitativo realizado numa Unidade Básica de Saúde que opera sob a Estratégia Saúde da Família em São Paulo (SP), com profissionais de saúde e mulheres usuárias do serviço que vivenciaram situações de violência de gênero, revelaram que embora se conheça a obrigatoriedade da notificação da violência, o serviço não a notifica nem a registra. Isso assinala um forte determinante da invisibilidade da violência como problema de saúde no cenário (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Ainda em consideração ao estudo mencionado acima, os relatos apontam que o reconhecimento da violência como problema de saúde acaba por se traduzir em intervenções sobre as alterações físicas relacionadas. Desse modo, a violência em si é desqualificada como problema, quando não passível de classificação no cardápio de necessidades oferecido pelos serviços que operam sob a racionalidade biomédica em que a doença constitui o objeto das ações (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Os serviços de saúde configuram-se como o lugar para a identificação da violência e o acolhimento de suas demandas. Porém, nem sempre oferecem uma resposta satisfatória para o problema, o qual acaba se agravando, sem que sejam realizadas práticas de enfrentamento e prevenção desses agravos (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008; VIEIRA; PADOIN; PAULA, 2010). É fundamental, portanto, que existam mecanismos bem definidos de detecção dos tipos de violência e uma adequada articulação intersetorial e em rede.

Nessa perspectiva, a enfermagem como integrante da equipe multidisciplinar em saúde deve incorporar, em suas práticas de cuidado, ações de enfrentamento e prevenção dos agravos nas situações de violência às mulheres, dada a magnitude da problemática. A enfermagem como prática social possui valores e responsabilidades no que concerne as

questões técnicas, políticas e sociais, de modo que a partir das necessidades dessas mulheres é que são determinados os cuidados de enfermagem de que necessitam; assim é percebida a importância de captar a realidade social e as necessidades de cada indivíduo, entendendo sua atitude natural e realidade (VIEIRA et al., 2011).

O primeiro contato dessa mulher no atendimento ao serviço de saúde deve ocorrer com os profissionais de enfermagem, proporcionando-lhe um acolhimento humanizado e estabelecendo um relacionamento que garanta a aderência ao atendimento e a outros cuidados prestados à saúde, como a realização da anamnese, de exames complementares, agendamento e medicações (MATTAR et al., 2007). É também atribuição da(o) enfermeira(o) a articulação com outros serviços, buscando uma atuação em rede.

2.2 O estupro como expressão da violência sexual

Neste estudo, aborda-se o estupro como expressão da violência sexual. Todavia, por haver carência de estudos que especifiquem o estupro, principalmente em mulheres adultas, em alguns momentos neste texto, enfoca-se a violência sexual, na qual encontra implícito o estupro. Outro aspecto que merece esclarecimento é que os sujeitos serão tratados como vítimas de estupro, devido ao fato de que as colaboradoras deste estudo foram mulheres vitimadas por agressores desconhecidos, com agressão única, em via pública ou ambiente doméstico, contudo por agressor não familiar; não tiveram a mínima chance de defesa, e por isso, são caracterizadas como mulheres **vítimas de estupro**, e não mulheres em situação de violência sexual, uma vez que este último termo melhor se ajusta àquelas mulheres que vivenciam o estupro praticado por parceiro íntimo, no espaço doméstico.

A violência sexual é uma das manifestações da violência contra a mulher e reflete as relações de gênero, expressão das relações de poder e dominação entre os sexos; assume caráter pandêmico e características universais persistentes, pois atravessa a história e sobrevive até os dias de hoje, atingindo mulheres de todas as idades e em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico. É um tipo de violência que produz grandes vulnerabilidades e colabora com a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal, gerando nas vítimas uma sensação de constante insegurança (BRASIL, 2012a).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006) define a violência sexual no contexto da violência contra a mulher, sendo esta

entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Cap. III, art. 7º).

Em acordo aos ditames legais, entende-se ser a violência sexual um crime contra a dignidade e a liberdade sexual. Estes crimes ao longo da história da legislação penal brasileira sofreram alterações em sua redação, sendo ampliadas cada vez mais suas definições. A mais atual lei do Código Penal Brasileiro que tipifica e define os crimes contra a dignidade sexual, é a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Esta nova lei altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal. E, entre as novas atualizações, no art. 2º desta nova Lei, o Título VI passa a vigorar com nova redação: “*dos crimes contra a dignidade sexual*”, onde anteriormente este título se referia aos “*crimes contra os costumes*”.

Este nome mais adequado foi outra conquista dos movimentos feministas, que não aceitavam que os crimes sexuais fossem ditados por uma ideologia patriarcal de dominação; masculina. Tal ideologia estabelecia um comportamento de acordo com padrões machistas, portanto, não deveriam ser considerados “crimes contra os costumes”. Esta nova redação, atenta para os ditames regidos pelos direitos humanos sexuais e reprodutivos, que considera a sexualidade uma expressão da dignidade das pessoas e, em especial, das mulheres (BRASIL, 2011a).

Na atual Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, no Título VI “Dos crimes contra a dignidade sexual”, organizado em sete capítulos, o capítulo I, que trata “Dos crimes contra a liberdade sexual”, tipifica os crimes contra a liberdade sexual em três casos: (1) Estupro; (2) Violação sexual mediante fraude; (3) Assédio Sexual. **Portanto, todos os crimes previsto no Título VI podem ser considerados, de uma forma ampla, como “violência sexual”.**

No art. 213 desta nova lei, define-se o estupro como: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Pena – reclusão, de seis meses a dez anos. Anteriormente à lei, o estupro era definido como: “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Pena – reclusão, de seis meses a dez anos. Entende-se por violência e grave ameaça a violência física e a violência psicológica, respectivamente.

Era, portanto, um crime contra a liberdade sexual da mulher; ou seja, apenas a mulher poderia sofrer estupro e somente se houvesse conjunção carnal (penetração do pênis na vagina). Percebe-se, contudo, uma ampliação das definições legais, pois hoje qualquer pessoa, homem ou mulher, pode ser vítima de estupro.

Como repercussão, a mulher vítima de estupro está sujeita a problemas de saúde, podendo vir a sofrer consequências traumáticas e permanentes, tanto imediatamente após o evento como a médio e longo prazo, que comprometem sua vida pessoal, profissional e afetiva, resultando em sequelas físicas e psicológicas. Entre as consequências físicas imediatas da violência para a saúde das mulheres estão o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo HIV, e a chance de gravidez (VILLELA; LAGO, 2007).

As consequências psíquicas, também chamadas de traumas psicológicos, são aquelas relacionadas à forma de agir e se comportar, como, por exemplo, os transtornos sexuais, depressão, transtornos de estresse pós-traumático, uso de álcool, tabaco e outras drogas, ansiedade, tentativas de suicídio, distúrbios do sono ou distúrbios alimentares, fobias, entre muitas outras. Esses traumas podem influenciar na vida profissional, sexual, afetiva e social das vítimas (OLIVEIRA et al., 2005; OMS, 2012).

São expressos ainda sentimentos negativos como o medo da morte, solidão, vergonha, e até uma sensação de culpa, podendo evoluir para outros transtornos psíquicos como a síndrome do pânico. Outros aspectos sociais que as mulheres vítimas de estupro podem apresentar são: o abandono da escola, do emprego e do lar, separação, prostituição etc. (VILLELA; LAGO, 2007).

Em um estudo fenomenológico cujo objetivo foi desvelar o significado da violência sexual na manifestação da corporeidade, realizado em um ambulatório de atendimento às vítimas de violência sexual de um Hospital Universitário na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil, com nove mulheres vítimas deste tipo de violência, constatou-se que o medo foi um sentimento presente e marcante que afetou o seu processo de coexistência na vida profissional e social gerou insegurança para sair do mundo privado e circular em espaços públicos à noite, afetou o seu ser e estar no mundo e influenciou sua vida social. No entanto, conclui que por se tratar de sentimento, de emoção, os efeitos e as relações dependem da singularidade de cada pessoa, de sua bagagem cultural e histórica armazenada em seu corpo, bem como de suas experiências (LABROCINI; FEGADOLI; CORREA, 2010).

Importante considerar que a violência sexual traz consigo outras formas de violência, expressas pela violência física e psicológica – não de forma isolada, mas conjugadas. Outro

agravante da violência sexual dá-se quando o estupro é praticado por parceiro íntimo, incluindo familiares ou pessoas próximas; nestes casos, faz-se importante considerar que as vítimas poderão estar mais vulneráveis, seja pelo envolvimento emocional ou dependência econômica, seja pela facilidade de acesso do autor da violência em relação à vítima (BRASIL, 2012a).

Outro autor assevera que muitas mulheres em situação de violência sexual, incluindo o estupro, perpetrada por parceiros, tendem a silenciar sobre o assunto, por ser o autor um familiar ou conhecido. Isso gera o medo de represália, vergonha e/ou culpa, já que ainda persiste no imaginário social a ideia de que a mulher é culpada pela violência sofrida, pois com muita frequência os autores são os parceiros, maridos ou namorados (VILELLA; LAGO, 2007). São fatores que contribuem para a não notificação deste tipo de crime.

Apesar da sua gravidade, o estupro é um crime subnotificado. Acredita-se que o número estimado de casos não notificados de mulheres em situação de violência sexual (estupro) praticados por parceiro íntimo seja muito alto, pois fatores como medo do agressor e vergonha da sociedade fazem com que estas mulheres não denunciem seus companheiros. Soma-se a isto o fato de muitas mulheres em situação de violência sexual conjugal, não reconhecerem a situação vivida (SCHRAIBER et al., 2007).

Outra causa da subnotificação desse crime de estupro é a desinformação, pois faltam informações às mulheres sobre medidas preventivas, como a anticoncepção de emergência e a prevenção contra DST/AIDS e hepatite B (SOUZA; ADESSE, 2005). Muitas mulheres também desconhecem a lei e os demais aspectos que envolvem esta questão, inclusive sobre a legalidade do aborto decorrente do estupro. A proximidade do agressor é uma ameaça que, na maioria das vezes, garante a impunidade (BEDONDE; FAUNDES, 2007).

Além de contribuir para a subnotificação, a desinformação quanto à profilaxia das doenças é um provável fator que contribui para que a mulher vítima de estupro, na busca aos serviços, procure primeiramente a delegacia e o Instituto Médico Legal (IML), desconsiderando assim o cuidado à saúde, sobretudo emocional. Um estudo epidemiológico realizado no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS) do Hospital Geral da Fundação Universidade de Caxias do Sul, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com 243 vítimas de violência sexual (deste total, 228 foram vítimas de estupro, os demais casos foram de tentativa de estupro), revelou que mais da metade das vítimas de estupro, antes de chegarem ao PRAVIVIS, estiveram na delegacia de polícia (MADI et al., 2010).

Além da mulher vítima de estupro, a mulher que vive situação de violência conjugal, onde se inclui o estupro como forma de violência sexual, também busca a delegacia primeiramente. Em uma pesquisa Ibope, Themis, 2008, com apoio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Governo Federal, realizada com homens e mulheres, quanto ao item indagado se a mulher em situação de violência conjugal costuma procurar algum serviço ou apoio, e em caso afirmativo, qual tipo de serviço ou apoio ela costuma procurar, constatou-se: em 42% das respostas a mulher não costuma procurar serviço ou apoio; em 52% das respostas as mulheres procuram apoio; destas, apenas 2% referiram que as mulheres buscam apoio em postos de saúde e hospitais, ao contrário de 47% das respostas que diziam que a mulher busca a delegacia, sendo esta geral (19%) ou específica da mulher (38%).

É preocupante a busca num primeiro momento por serviços que não sejam do âmbito da saúde, uma vez que o estupro traz consequências imediatas para suas vítimas, o risco de contaminação por DST e pode resultar em graves sequelas físicas e emocionais. Esse risco de infecção por DST pode ser elevado, porém isso depende de diversas variáveis, como o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), ocorrências de traumatismos genitais, idade e susceptibilidade da mulher. Grande parte das infecções genitais pode ser prevenida com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia, o que é uma medida fundamental para proteger a saúde sexual das mulheres e os severos impactos da violência sexual (BRASIL, 2012a).

A vulnerabilidade específica das mulheres ao HIV resulta de uma combinação de fatores biológicos e iniquidades de gênero. Estigma, violência pelos parceiros íntimos e violência sexual ampliam mais ainda a vulnerabilidade das mulheres (OMS, 2011). Todavia, proteger as vítimas da VS do impacto físico e emocional que sofrem é responsabilidade inegável dos serviços de saúde (MADI et al., 2010).

O Ministério da Saúde (MS), atento a estas repercussões na saúde física e psíquica da mulher vítima de estupro, elaborou uma Norma Técnica intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”. Esta Norma Técnica encontra-se atualmente na 4ª edição, correspondente ao ano de 2012, e versa sobre medidas de apoio psicológico e social às vítimas e profilaxia contra doenças.

De acordo com esta Norma Técnica (2012), constituem medidas profiláticas de prevenção dos agravos resultantes do estupro: (1) administração de anticoncepção de emergência, quando necessário, para prevenção da gravidez indesejada; (2) profilaxia das DST não virais, sendo adotado o seguinte esquema medicamentoso: penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina. (3) profilaxia contra hepatite B, sendo oferecida a imunoglobulina

humana anti-hepatite B + vacina, a depender da situação vacinal pregressa da mulher; (4) quimioprofilaxia contra infecção pelo HIV, conforme esquema medicamentoso de 1ª escolha composto por: zidovudina (AZT) + lamivudina + lopinavir/ritonavir; (5) realização de exames laboratoriais, pois a coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizadas no momento de admissão da vítima de violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite prévias à violência sexual. (6) quando a vítima apresentar ferimentos é recomendável avaliar a necessidade de administrar a vacinação antitetânica (BRASIL, 2012a).

Tais medidas são necessárias, uma vez que parcela significativa das infecções genitais decorrentes do estupro pode ser evitada. Doenças como gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos do estupro. Algumas DST virais como as infecções por herpes simples e pelo papilomavírus humano (HPV) ainda não possuem profilaxias para situações de violência. Importante lembrar, no caso em que a violência ocorre com crianças, gestantes e pessoas com hipersensibilidade a determinadas drogas, que o esquema profilático pode sofrer alterações na dosagem e na escolha das drogas (BRASIL, 2012a).

O apoio laboratorial é fundamental para auxiliar no diagnóstico e na investigação das DST/HIV/hepatites. A realização de hemograma e dosagem de transaminases é necessária somente para mulheres que iniciem a profilaxia com antirretrovirais, devendo ser solicitados no primeiro atendimento e repetidos após duas semanas de uso da profilaxia antirretroviral e a critério clínico. A avaliação do conteúdo vaginal compreende a coleta de material para a realização de exame bacterioscópico e de cultura da secreção vaginal (BRASIL, 2012a).

A quimioprofilaxia antirretroviral não é indicada em todos os casos de violência sexual, uma vez que não sendo necessária, seus efeitos colaterais não superam os benefícios. Por isso, a quimioprofilaxia antirretroviral é recomendada nos casos de estupro com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas, inclusive se o *status* sorológico do agressor for desconhecido. É não recomendada nos casos de penetração oral sem ejaculação, uso de preservativo durante toda a agressão, agressor sabidamente HIV negativo, violência sofrida há mais de 72 horas e abuso crônico pelo mesmo agressor. Nos casos de penetração oral sem ejaculação, deve ser feita uma avaliação individualizada. (BRASIL, 2012a).

Em situações de exposição envolvendo sexo oral exclusivo, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral, a transmissão do HIV é rara, mas já foi descrita na literatura. Porém, como não existem evidências científicas definitivas que asseguraram a indicação profilática dos antirretrovirais nestes casos, a relação risco benefício deve ser cuidadosamente considerada e a decisão individualizada. Deve-se sempre levar em consideração o desejo da vítima em realizar a profilaxia, a presença de lesões na cavidade oral e o conhecimento do *status* sorológico do agressor (BRASIL, 2012a).

Importante considerar que a profilaxia antirretroviral (ARV) do HIV deve ser iniciada até, no máximo, 72 horas da violência sexual; após esse período, não existem evidências que atestem sua indicação, já que os riscos potenciais (seleção de variantes resistentes, caso a transmissão já tenha ocorrido, toxicidade medicamentosa, dentre outros) superam os benefícios. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas (BRASIL, 2012a).

No entanto, para o estabelecimento de todas essas medidas, deverão ser avaliadas as peculiaridades para a indicação de uso do esquema ARV, uma vez que o risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as DST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se: os tipos de exposição sexual: se anal, vaginal e/ou oral; violência crônica pelo mesmo agressor ou aguda; o número de agressores; se o agressor é conhecido ou não; uso de preservativo pelo agressor; a susceptibilidade da mulher; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital; a carga viral do agressor; e o início precoce da profilaxia ARV, quando indicada (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, é reconhecida a relevância e magnitude do problema deste tipo de violência, principalmente por ser prioridade na agenda de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, anteriormente com enfoque apenas nas fases do ciclo gravídico puerperal. São, portanto, objetivos específicos e estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS; promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011b).

Esta política pretende, portanto, expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual. Dessa forma, cumpre auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no

desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime (BRASIL, 2012a).

É notória a importância da rede de serviços no processo de empoderamento das mulheres para o enfrentamento da violência, visto que esta articulação possibilita uma atenção integral (GOMES et al., 2012). A mulher que sofre estupro necessita de acolhimento, de um atendimento imediato e especializado, que busque sempre uma assistência à saúde de forma humanizada (HIGA et al., 2008). Portanto, é necessária a participação de diversos profissionais para entender o fenômeno da violência sexual e atuar sobre suas consequências.

Assim, como exemplo da importância de uma assistência multiprofissional às vítimas de estupro, para redução dos agravos físicos, psíquicos e sociais, a casa da Mulher Professor Domingos Delascio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), conta com uma equipe constituída por médicos tocoginecologistas, enfermeiras, psicólogas, psiquiatra, assistente social, socióloga/sanitarista e advogado. E tem em seu protocolo de atendimentos o pressuposto de uma assistência personalizada, pois os mesmos profissionais que atendem a mulher na primeira consulta acompanham o caso até o final (MATTAR et al., 2007).

A enfermagem é parte atuante da equipe multiprofissional ao atendimento da mulher vítima de estupro. Estudos sugerem a utilização de um Protocolo de Assistência de Enfermagem às mulheres vítimas de estupro que sigam as etapas do processo de enfermagem (HIGA et al., 2008). Esta dinâmica de trabalho contribui para uma sistematização da assistência de enfermagem às vítimas.

O conhecimento do fenômeno e do cuidado a ele prestado é parte constituinte da atuação do enfermeiro(a) e de todos os demais profissionais que integram o atendimento. Porém, outros estudos revelam que enfermeiros desconhecem o seu papel em face do atendimento à mulher nesta situação. Em estudo realizado num Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual (SAMVVIS), de uma maternidade pública em Teresina, Piauí, Brasil, cujo objetivo foi fazer um levantamento do conhecimento dos enfermeiros sobre o SAMVVIS, os resultados mostraram que 25 (40,98%) dos entrevistados afirmaram conhecer o SAMVVIS, mas ao investigar se esses profissionais sabem qual é o papel da enfermeira na equipe, 55,74% responderam que não sabiam e apenas a minoria (44,26%) afirmou conhecer (MONTEIRO et al., 2008).

Além do desconhecimento, enfermeiros sentem dificuldades em lidar com a mulher vítima de estupro. Um estudo exploratório e descritivo, de natureza bibliográfica, revelou que a dificuldade do profissional de enfermagem na abordagem, identificação e diagnóstico da

violência sexual, mostrou-se como o principal fator de agravamento do problema, cuja demanda nem sempre é explícita. Desta forma, fica clara a necessidade de investimento em pesquisas que indiquem as dificuldades e limitações vivenciadas por estes profissionais, buscando formas de aprimorar o processo de formação profissional, além da capacitação permanente daqueles em atuação (COUTO et al., 2011).

Contudo, para enfrentar a violência sexual, e de gênero como um todo, não basta normatizar procedimentos (BRASIL, 2012a). Faz-se necessário um cuidado pautado pelo saber técnico, devendo ser observados os princípios da humanização e do acolhimento como estratégias. Agrega-se a estas demandas a importância de os profissionais conhecerem os serviços que integram a rede de atendimento à mulher vítima de violência sexual.

A partir desta discussão, resta clara a relevância de capacitação dos profissionais da área da saúde para aquisição de conhecimentos das teorias de abuso de gênero e de poder, bem como deve ser a prática profissional nesses casos de estupro, e no cotidiano das vítimas com quem vai interagir (VIEIRA; PADOIN; PAULA, 2010).

2.3 O Contexto Social da Pesquisa

2.3.1 Configuração do estado de Alagoas, Brasil

Alagoas é uma das 27 unidades federativas do Brasil e está situado ao leste da região Nordeste, tendo como capital a cidade de Maceió. Tem como limites os estados: ao norte e nordeste, Pernambuco; ao sul, Sergipe; ao oeste e sudeste, Bahia; e ao leste, o mar do oceano Atlântico. Ocupa uma área de 27.778,56 km², que representa 0,32% do território brasileiro. É o penúltimo Estado brasileiro em área (mais extenso apenas que Sergipe), 16º em população e 4º em densidade demográfica, atrás apenas do Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo. Possui uma densidade demográfica de 112,33 hab/km² (IBGE, Censo 2010; ALAGOAS, 2012).

Segundo o último censo realizado em 2010, pelo IBGE, o estado de Alagoas tem uma população de 3.120.494 habitantes: 1.511.947 de homens e 1.608.975 de mulheres, perfazendo um percentual de 51,66% do sexo feminino e 48,44% do sexo masculino. A urbanização constitui uma das características marcantes do estado: 2.298.091 habitantes totalizam a população urbana, ou seja, 74%; já 822.831 habitantes totalizam a população rural, que equivale a 26% (IBGE, Censo 2010; ALAGOAS, 2012).

O estado é formado por 102 municípios; os mais populosos são Maceió (932.748 hab.), Arapiraca (214.006 hab.), Palmeira dos Índios (70.368 hab.), Rio Largo (68.481 hab.), União dos Palmares (62.358 hab.), Penedo (60.378 hab.), São Miguel dos Campos (54.577 hab.), Coruripe (52.130 hab.) e Campo Alegre (50.816). Os demais municípios que compõem o Estado, 93 (91,2%), possuem população inferior a 50.000 habitantes (ALAGOAS, 2012).

A organização espacial do Estado, desenhada no último Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde de Alagoas (PDR-AL), graduando os níveis de complexidade das ações e serviços de saúde, agrupou os 102 municípios em duas Macrorregiões e dez Regiões de Saúde. O município sede da primeira macrorregião é Maceió, e o da segunda macrorregião é Arapiraca. São os municípios geograficamente mais bem situados e possuem serviços de saúde de maior complexidade, servindo de referência para os demais municípios do Estado (ALAGOAS, 2012).

Quanto aos fatores socioeconômicos, alguns indicadores chamam a atenção. Alagoas detém a maior taxa de analfabetismo da região Nordeste e do Brasil, a maior proporção de pobres e registra ainda alta taxa de trabalho infantil. Destaca-se, ainda, o PIB *per capita* de Alagoas, com valor de R\$ 6.227,50, menor que a média do Nordeste (R\$ 7.487,55) e menos da metade do valor nacional (R\$ 15.989,75). Valores muito baixos assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida, situação que se confirma ao se observar a proporção de pobres do estado: 59% da população têm renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo (ALAGOAS, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado é o último colocado no *ranking*, entre todas as 27 Unidades da Federação, com o IDH de 0,677. Mesmo tendo uma discreta melhora no índice desde 2000, quando o IDH era 0,649, a posição não se modificou. O IDH de Alagoas é inferior ao encontrado em países africanos como o Egito, por exemplo. Já com relação ao PIB, Alagoas ocupa a 20ª posição entre todas as Unidades da Federação e vem alcançando variações positivas significativas (CPMIVCM, 2012).

A taxa bruta padronizada de natalidade de 24,1/1.000 habitantes é a mais alta da região Nordeste e está associada às condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população. As condições de saúde e doença da população não acontecem casualmente. São determinadas por fatores relacionados com a qualidade de vida. Em decorrência de condições sanitárias e sociais desiguais, algumas doenças transmissíveis antigas ressurgem, outras persistem, e outras doenças e agravos incorporam-se ao cenário epidemiológico (ALAGOAS, 2012).

As doenças mais frequentes em Alagoas têm sido dengue, tuberculose, hanseníase, hepatites virais e AIDS, respectivamente; além de uma elevada frequência de sífilis congênita, que é um dado preocupante e reflete a qualidade da assistência pré-natal. Em relação à mortalidade em Alagoas, no ano de 2010 foram registrados 18.024 óbitos, dos quais 59,29% de indivíduos do sexo masculino. A taxa bruta de mortalidade para Alagoas em 2010 foi de 10/1.000 hab., sendo tal taxa o dobro da observada em 2009, a qual foi de 5,3/1.000 habitantes (ALAGOAS, 2012).

O estado de Alagoas, conhecido por apresentar significativas diferenças locais e de concentração e renda, possui uma população beneficiária exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondente a 92% do total de habitantes. Possui uma rede assistencial heterogênea de serviços de saúde, com maior concentração na 1ª macrorregião de saúde, que concentra 52,9% dos municípios alagoanos e 66,6% da população residente. Dentre suas conquistas no setor saúde, observa-se a expansão da atenção básica, o controle de algumas das principais doenças infectocontagiosas de grande impacto para a população e importante redução na mortalidade infantil (ALAGOAS, 2012).

Considerando a violência no estado, segundo dados do Mapa da Violência, Alagoas ocupa a 2ª colocação das unidades federativas do Brasil. Apresenta os maiores índices de homicídios femininos, com uma taxa de 8,3 homicídios em cada 100 mil mulheres, praticamente o dobro da média nacional, que é de 4,6, ficando atrás apenas do estado do Espírito Santo, que apresenta uma taxa de 9,8 (WAISELFISZ, 2012).

Na sua capital este índice é ainda mais elevado. Maceió ocupa a 3ª colocação entre as capitais com maiores índices de homicídios femininos, com uma taxa de 11,9 homicídios para cada 100 mil mulheres, atingindo mais que o dobro da média das capitais brasileiras, que é de 5,4, ficando atrás apenas da cidade de Vitória (13,2) e João Pessoa (12,4). Taxa sete vezes maior que a cidade de Palmas, que apresenta o menor índice entre as capitais (1,7) (WAISELFISZ, 2012).

Entre os municípios com maiores índices de homicídios femininos, destaca-se o município de Arapiraca, com uma taxa de 21,4 homicídios para cada 100 mil mulheres, ocupando assim a 5ª colocação. Para este dado, foram estimadas as taxas de 577 municípios que, segundo o Censo de 2010, contavam com mais de 26 mil mulheres. Portanto, dentre 577 municípios do Brasil, Arapiraca ocupa colocação de destaque (WAISELFISZ, 2012). Esta cidade situa-se na região central do Estado, no Agreste alagoano.

Em virtude dos alarmantes índices de violência contra a mulher em todo o estado, em 2012 Alagoas recebeu a visita de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMIVCM)

do Governo Federal, que buscou apurar o funcionamento dos órgãos e instituições que atuam no enfrentamento da violência contra a mulher no Estado. Para tal, realizou visitas a diversos órgãos e instituições, e por fim elaborou um relatório da visita. Consta neste relatório que o Tribunal de Justiça do Estado não concede estrutura necessária para o 4º Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; é, na realidade, o único Juizado deste tipo no estado, dificultando sobremaneira o acesso à Justiça por parte das mulheres em situação de violência. A existência de apenas um juizado em todo o estado é um grave indício de descaso do Poder Judiciário para o enfrentamento à violência contra a mulher (CPMIVCM, 2012).

Em Alagoas existe um Núcleo de Defesa da Mulher – NUDEM, Seção Especial de Defesa dos Direitos da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar da Defensoria Pública do Estado. Instalado nas dependências do 4º Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, funciona com uma defensora pública, duas assistentes sociais e duas psicólogas. O atendimento é diário, no período matutino. Segundo relatório da CPMIVCM (2012), a estrutura disponível está concentrada na capital, mas a interiorização do serviço é primordial. A existência de uma única defensora para as mulheres também é preocupante, por não ser possível prover atendimento satisfatório, visto que o número de processos na vara é muito superior ao número de atendimentos realizados pelo núcleo.

O estado possui três Delegacias de Defesa dos Direitos das Mulheres (DEDDM), sendo duas em Maceió e uma em Arapiraca. Na Capital funciona o Núcleo de Defesa da Mulher do Ministério Público do Estado de Alagoas – NUDEMP/AL. Na Defensoria Pública Estadual encontra-se o Núcleo Especial de Defesa e Direitos da Mulher da Defensoria Pública de Alagoas – NUDEM/AL, situado em Maceió. Há em funcionamento dois IML(s), sendo um em Maceió e o outro em Arapiraca (CPMIVCM, 2012).

Consta nos autos do relatório o observado na visita à DEDDM I:

O primeiro equipamento visitado foi a Delegacia Especializada de Defesa dos Direitos das Mulheres, onde foi recebida pela Delegada. Neste dia a Delegacia não estava em funcionamento, em razão de a DEDDM I ter participado do plantão, e os funcionários estavam de folga por este motivo; deste modo a delegacia não estava recebendo denúncias. Ao chegar, a CPMI constatou atendimento insatisfatório a uma usuária do serviço, por parte do agente que se encontrava na recepção. Este não a acolheu nem a encaminhou para atendimento adequado em um serviço em funcionamento, restringindo-se a dizer que ela não poderia registrar denúncia naquela delegacia por conta da folga dos agentes; isto é, a mulher que lá buscou auxílio não encontrou por não haver expediente, nem foi orientada corretamente onde buscar ajuda. Além do problema no atendimento, a estrutura da DEDDM I é inadequada, com as instalações deterioradas, desconfortáveis e devassadas, sendo possível aos transeuntes reconhecerem quem está na delegacia (CPMIVCM, 2012, p. 176).

Este relatório, com relação à DEDDM, concluiu que o número de funcionários é insuficiente e que não há equipe multidisciplinar. Segundo informações da delegada, apenas duas escrivãs atuam na delegacia, o que gera problemas para a tomada de depoimentos, sendo necessário após a queixa agendar a tomada do depoimento da vítima. É exigida a presença de testemunha para que o inquérito seja instaurado (CPMIVCM, 2012).

Segundo o relatório da CPMIVCM, em visita ao IML de Maceió:

Estão em funcionamento no Estado dois IML(s). Os servidores não recebem capacitação ofertada pelo Estado há pelo menos dez anos, segundo os próprios peritos que se encontravam no local. O órgão inspecionado tem sobre sua abrangência 45 municípios. São seis viaturas à disposição do instituto, porém apenas uma funciona. As instalações físicas são precárias, começando na recepção, cuja mesa da atendente é suportada por uma pedra. Os equipamentos de informática são ultrapassados, as instalações inadequadas e em péssimas condições. **A saleta em que se realizam exames de crimes sexuais é separada da recepção e da sala onde ficam os cadáveres que chegam por apenas uma divisória, em local pouco acolhedor** (p. 178, grifo nosso).

Ainda em visita ao IML, foram encontrados “freezers para acondicionamento de material genético com a porta aberta, resultando em perda de praticamente todos os materiais ali presentes” (CPMIVCM, 2012, p. 178). No que tange à visita ao IML, o relatório conclui que: “[...] Em resumo, o IML de Maceió não tem condições de permanecer em funcionamento” (p. 182).

Entre os principais obstáculos ao enfrentamento à violência contra as mulheres, o relatório aponta:

[...] De modo geral não há equipamentos suficientes no Estado para atender à demanda. ... As Delegacias Especializadas na Defesa dos Direitos das Mulheres não possuem estrutura física adequada, são instaladas em prédios antigos e pouco acolhedores. Inexistência de equipe multidisciplinar e efetivo em número inferior ao necessário (CPMIVCM, 2012, p. 181).

No que tange às Instituições de Ensino Superior, o estado de Alagoas alberga três universidades públicas: a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), a Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL) e a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), sendo esta última contemplada com hospitais-escolas referências para o atendimento da pessoa vítima de estupro.

2.3.2 Configuração das unidades de saúde referência no estado ao atendimento da pessoa vítima de estupro

A partir de informações públicas, contidas em páginas eletrônicas, foi possível identificar dados de funcionamento destas e assim compreender a sua configuração. A seguir, delinea-se como se configuram estas instituições, como elas se relacionam entre si e qual a sua atuação no cuidado dispensado à mulher vítima de estupro.

Há atualmente no estado de Alagoas uma única maternidade que é referência no atendimento das vítimas de estupro. Esta maternidade contempla a oferta de um serviço ambulatorial de ginecologia, obstetrícia e pediatria, ampliando assim o atendimento às gestantes, parturientes e recém-nascidos. É neste ambulatório que hoje funciona o Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVVIS).

A referida maternidade é um hospital terciário, inserido no SUS; todo o atendimento é gratuito e disponibilizado para toda a população; funciona 24 horas por dia e compõe a rede Estadual de Urgência e Emergência, no atendimento especializado às Urgências Obstétricas e Neonatais e da pessoa vítima de estupro, com realização do aborto, como prevê a lei.

Em acordo à Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012a) do MS, esta maternidade realiza atendimento multiprofissional às vítimas de estupro. Conta com uma equipe composta por assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos para a realização do acolhimento em saúde e realização de procedimentos técnicos para prevenção de doenças e gravidez indesejada.

Ainda de acordo com a Norma Técnica mencionada acima, a maternidade realiza exames laboratoriais de rotina que incluem hemograma com contagem de plaquetas, VDRL (sorologia para sífilis), Elisa anti-HIV 1 e 2 (sorologia para o vírus do HIV), HbsAg (sorologia para o vírus hepatite B) e Anti-HbcIgM e Anti-HCV (sorologias para o vírus da hepatite C), além de anticoncepção de emergência e profilaxia das DSTs (BRASIL, 2012a).

Para anticoncepção é oferecido Levonorgestrel 0,75 mg, dois comprimidos, via oral, em dose única. O tratamento da sífilis é feito com o uso de Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI intramuscular em dose única. Para a prevenção das DSTs bacterianas são administradas Azitromicina 1g via oral dose única e Ofloxacina 400 mg VO, também em dose única. Para a prevenção da tricomoníase é administrado Metronidazol 2g, via oral, dose única. Para prevenção da hepatite B: imunoglobulina hiperimune, e quando a mulher não tem esquema de vacinação comprovada, inicia-se a vacina contra hepatite B. e a depender do caso, a vacina

antitetânica. Todos esses tratamentos medicamentosos mencionados seguem protocolo especial no caso de a mulher estar gestante ou ser criança (BRASIL, 2012a).

Quando há indicação de profilaxia antirretroviral, os pacientes são encaminhados da maternidade de referência para outra unidade hospitalar, nos casos de estupros ocorridos em até 72 horas, onde a pessoa receberá a quimioprofilaxia para o vírus do HIV, sendo o tratamento de prevenção adotado por quatro semanas. Este segundo hospital atua como referência para o tratamento profilático antirretroviral às vítimas de estupro. O uso de drogas ARV segue esquema específico, incluindo em adultos o esquema I: Zidovudine (AZT) 100mg, dois comprimidos, via oral, de 8 em 8 horas, e Lamivudine (3TC) 150mg, um comprimido, via oral, de 12 em 12 horas. Esquema II: Zidovudine (AZT) 100mg, dois comprimidos, via oral, de 8 em 8 horas, Lamivudine (3TC) 150mg, um comprimido, via oral, de 12 em 12 horas, Indinavir 100mg, um comprimido, via oral, de 12 em 12 horas e Ritonavir 100 mg, via oral, de 12 em 12 horas (BRASIL, 2012a).

3 METODOLOGIA

Neste momento, dá-se início ao percurso metodológico adotado para este estudo, em consonância com os objetivos e os pressupostos da investigação. Para Minayo (2010, p. 44), “discutir metodologia é entrar num forte debate de ideias, de opções e de práticas”. A autora considera o conceito de Metodologia de forma abrangente:

como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o objeto de investigação requer; (b) como a apresentação adequada e justificada dos *métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos* [grifo da autora] que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; (c) e como o que denomina “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas (MINAYO, 2010, p. 44).

Em acordo com a teoria do pensamento de Johannes Hessen (2000, p.14), toma-se “como objeto de uma investigação crítica, os axiomas e conceitos fundamentais em que se exprime a referência de nosso pensamento aos objetos”; assim, delinea-se para este estudo o “caminho do pensamento” como o construto do saber da experiência do acolhimento vivenciada por mulheres vítimas de estupro na busca pelos serviços de saúde, o que para o alcance deste fenômeno exige um método qualitativo descritivo e exploratório.

Essa corrente de pensamento não se preocupa com os processos de quantificação, mas em explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional. O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que a vivenciam (MINAYO, 2010, p. 24).

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, tendo o acolhimento como eixo norteador. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (MINAYO, 2010).

Neste estudo, buscou-se compreender a vivência de mulheres vítimas de estupro na busca por cuidado à saúde na rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual.

Neste sentido, a pesquisa qualitativa amolda-se ao estudo, pois este método desvela a complexidade de subjetivações, o que só pode ser percebido e revelado na vivência da realidade e na convivência com as pessoas. O estudo qualitativo ajuda a formar as percepções a respeito de um problema ou situação, conceituações de potenciais soluções e a compreensão das experiências e das preocupações de pessoas que procuram os serviços de saúde (POLIT; BECK, 2011).

3.2 O cenário de investigação

Campo, na pesquisa qualitativa, refere-se ao “recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2010, p. 201). O campo ou cenário de investigação selecionado para a realização do presente estudo foi o ambulatório de uma maternidade referência para o atendimento às vítimas de estupro, localizada na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil.

No ambulatório da maternidade, as mulheres vítimas de estupro são acompanhadas por um período médio de seis meses, após terem sido atendidas no serviço de emergência da maternidade. Lá funciona o PAVVIS. A equipe atualmente responsável pelo acompanhamento ambulatorial é composta por uma médica ginecologista, uma assistente social e uma psicóloga. No momento, não há enfermeira(o) integrando a equipe.

3.2.1 A entrada no cenário de investigação

Pesquisadores qualitativos precisam planejar uma série de circunstâncias. As decisões sobre o modo de lidar com elas têm de ser tomadas quando houver maior conhecimento sobre o contexto social de tempo, local e interações humanas. O planejamento antecipado é especialmente útil quando inclui, entre outros fatores, selecionar o local do estudo e identificar ambientes apropriados (POLIT; BECK, 2011).

Inicialmente, o projeto desta pesquisa foi apresentado ao setor de Gerência Docente Assistencial (GDA) da maternidade, para apreciação e solicitação de autorização. Foi feita uma autorização parcial para fins de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Somente após a aprovação do CEP, o GDA emitiu a autorização (ANEXO A) de liberação para coleta dos dados.

De posse das autorizações do CEP e GDA, foi feita uma visita ao ambulatório da maternidade, para um maior conhecimento do funcionamento do PAVVIS, deixando as cópias das respectivas autorizações. Nesta ocasião, foi deixada também uma cópia do projeto de pesquisa para a apreciação da equipe. Na semana seguinte à entrega das documentações, passou-se a frequentar o ambulatório por um período de cinco meses, sempre às quintas-feiras, sendo recebida pela equipe multiprofissional, composta por psicóloga, assistente social e médica, que realizam acompanhamento às vítimas de estupro.

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram mulheres que vivenciaram o estupro. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos e estar em acompanhamento no ambulatório da maternidade. As condições emocionais e psíquicas que desfavoreciam a coleta de informações, tais como extrema labilidade emocional, choro profuso, dificuldade em verbalizar, déficit cognitivo, presença de transtorno mental grave, foram consideradas como critério de exclusão.

O processo de aproximação com as mulheres se deu no espaço físico do ambulatório, em dias de atendimento à pessoa vítima de estupro sob acompanhamento pela equipe do PAVVIS. Previamente, eu consultava o agendamento do dia e verificava a idade da mulher, selecionando aquelas maiores de 18 anos. As mulheres eram abordadas diretamente por mim na sala de espera, enquanto aguardavam pelo atendimento dos profissionais da equipe de saúde (médica, psicóloga e assistente social) do referido local. No primeiro momento, apresentei-me às mulheres como enfermeira do serviço e, a fim de garantir sua privacidade, as convidei para uma das salas do consultório, na qual apresentei a pesquisa.

Não houve recusa por parte das mulheres convidadas a participar do estudo. No entanto, houve algumas situações que se enquadraram no critério de exclusão, a saber: em duas situações, a mulher com que conversei mostrou-se extremamente fragilizada e chorando muito, certamente reflexo da violência sofrida, não apresentando, portanto, naquele momento, condições emocionais para uma entrevista, sendo encaminhada para o atendimento com a psicóloga do serviço. Houve mais uma exclusão pelo fato de a paciente ser portadora de distúrbio mental, com história de internamento em hospital psiquiátrico (local onde, segundo esta mulher, houve o estupro). Posteriormente, pôde-se verificar em seu prontuário o

diagnóstico médico de déficit cognitivo, embotamento intelectual, ideação suicida, labilidade emocional, produção delirante alucinatória (auditiva e visual) e hipomania.

Vale referir que algumas mulheres que atendiam aos critérios de inclusão não participaram do estudo. Em alguns casos, ao final do atendimento pelos profissionais, já era tarde para as mulheres permanecerem no ambulatório. Cabe lembrar que a maioria delas, neste estudo, era oriunda de cidades localizadas no interior do estado e muitas dependiam de transporte do município, o que inviabilizava a entrevista. Houve ainda dias em que se compareceu ao ambulatório e não foi oportuna a realização de entrevistas, tendo em vista o fato de as mulheres serem de menor idade.

O número de sujeitos definiu-se a partir dos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência, percebidos no processo de sistematização e análise dos dados, de modo que a 11ª entrevista evidenciou a saturação dos dados. “Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo” (MINAYO, 2010, p. 197).

3.4 Princípios éticos da pesquisa

Este estudo atendeu aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, e a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo respeitados os princípios da bioética que contemplam a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

As mulheres foram convidadas a participar do estudo de forma voluntária e gratuita, não havendo obrigatoriedade em sua participação, sendo esclarecidos em linguagem clara e acessível os objetivos, justificativa e relevância do estudo, procedimentos utilizados, possíveis desconfortos e riscos, bem como benefícios. Foram esclarecidas ainda de que poderiam desistir da sua participação no estudo, em qualquer fase, sem que tal decisão gerasse prejuízo no seu atendimento no ambulatório. Foi disponibilizado número de telefone e endereço da pesquisadora para contato, possibilitando acesso nos casos de eventuais dúvidas ou comunicação de desistência.

Com a preocupação em haver comodidade e não causar despesas aos sujeitos com a pesquisa, a coleta dos dados aconteceu em dias já agendados ao atendimento da mulher no ambulatório da maternidade, com exceção de apenas um caso; neste, houve agendamento para

outra data, por falha do equipamento de registro do áudio. Como o deslocamento da entrevistada se deu única e exclusivamente para a pesquisa, foi oferecido transporte para o traslado de vinda e ida.

Atendendo ao princípio da não maleficência, foi definido que, para este estudo, a coleta dos dados aconteceria já no ambulatório da maternidade e não no atendimento emergencial, por se entender o atendimento emergencial como um momento ainda de grande fragilidade emocional; portanto, não caberia o estudo nesta ocasião. Das 11 mulheres entrevistadas, o comparecimento ao ambulatório se deu em uma média correspondente a 23 dias da data em que a mulher foi atendida na emergência.

No cuidado para minimização dos desconfortos e riscos, como método terapêutico alternativo, foi garantido às mulheres sujeitos deste estudo o acompanhamento psicológico particular custeado pelas pesquisadoras, já que este estudo foi autofinanciado. Cabe ressaltar que no ambulatório da maternidade já existe o acompanhamento com o profissional psicólogo, no entanto houve uma preocupação em disponibilizar um outro profissional, a fim de garantir à mulher tal apoio, caso houvesse uma necessidade em decorrência da pesquisa, conforme declaração do profissional psicólogo em anexo (ANEXO B).

Das 11 mulheres entrevistadas, apenas uma delas necessitou do acompanhamento terapêutico psicológico oferecido pela pesquisa, por haver apresentado uma maior fragilidade emocional ao expressar sua vivência no momento da coleta dos dados. Vale salientar que a mulher em questão, até a presente data encontra-se em acompanhamento psicológico.

Para assegurar a privacidade das mulheres entrevistadas e a confidencialidade das informações em todas as fases da pesquisa, resguardando-se os preceitos éticos e legais, as mulheres foram identificadas por nomes fictícios de flores. A escolha por nome de flores se deu com o intuito de conferir leveza a uma situação tão complexa vivenciada por elas e como forma de homenageá-las com a identificação de um símbolo de beleza e de paz.

Os registros de áudio serão apagados após a defesa deste estudo, e as transcrições serão mantidas por um período de cinco anos, arquivadas nas dependências da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, especificamente no Laboratório de Acolhimento e Relações Interpessoais (LACOLHE), sendo incineradas após este período.

De acordo com as Resoluções 196 e 466 do CNS, “o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”. Nesta perspectiva, foi elaborado pelas pesquisadoras, em duas vias, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), o qual foi

lido às mulheres, sendo informadas do direito de anular o consentimento em qualquer fase da pesquisa, com a garantia de não haver nenhum tipo de ônus. Todas as participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE, no qual se encontram registrados os aspectos éticos já mencionados. Uma via assinada do Termo ficava com a entrevistada e outro com a pesquisadora, sendo esta cópia também arquivada por cinco anos.

Para manter o sigilo e assim preservar a identidade das instituições, optou-se por não mencionar neste estudo os nomes das unidades hospitalares que as mulheres vítimas de estupro percorreram em busca do cuidado à sua saúde, tendo em vista alguns resultados serem reveladores de falhas na rede de atendimento à violência sexual no estado. Desta forma, atribui-se apenas o nome de “maternidade” à primeira instituição onde a pessoa que sofreu o estupro deve ser referenciada no estado de Alagoas, para recebimento dos cuidados de saúde; e denomina-se apenas de “hospital” à segunda instituição, para a qual deverá seguir a vítima após receber o primeiro atendimento na maternidade, local onde é feita a quimioprofilaxia antirretroviral para o HIV.

Vale salientar que o estudo foi apreciado e aprovado pelo CEP/UFAL em 5/7/2013, sob o nº 16313413.9.0000.5013 (ANEXO C), e pelo GDA da maternidade (ANEXO A), autorizando assim o processo de coleta de dados.

3.5 Processo de coleta de dados

Para a apreensão do fenômeno do estudo, optou-se como técnica de coleta de dados pela entrevista. Para Minayo (2010),

Entrevista, tomada no sentido amplo da comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes, tendo em vista este objetivo (p. 261).

Assim, seleciona-se a entrevista enquanto técnica de coleta, pois esta possibilita discorrer sobre fatos não previamente estabelecidos, permitindo a apreensão do fenômeno. Segundo Minayo (2010), a entrevista favorece o acesso a informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada, a que os cientistas sociais costumam denominar de dados “subjetivos”, e que só podem ser conseguidos com a contribuição da

pessoa, sendo, portanto, uma técnica adequada ao objeto de estudo proposto: o acolhimento à mulher vítima de estupro nos serviços de saúde.

Quando há questões amplas que precisam ser abordadas durante a obtenção das informações, os pesquisadores usam um guia de tópicos, também conhecido como guia de entrevista ou roteiro de entrevista. A esta estratégia de se garantir que sejam contempladas todas as áreas que perpassam o objeto de estudo denomina-se entrevista semiestruturada (POLIT; BECK, 2011). Assim, o roteiro semiestruturado, como foi denominado neste estudo, foi elaborado contendo questões sobre a experiência do acolhimento vivenciado pela mulher vítima de estupro nos serviços de saúde. O roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) foi criado na fase de elaboração do projeto de pesquisa, sendo na ocasião apreciado pelo CEP.

O roteiro constitui-se de duas partes: a primeira continha questões relacionadas à caracterização dos sujeitos, do estupro e do atendimento recebido no serviço de saúde; e a segunda parte continha questões abertas. As questões abertas permitiram à entrevistada falar livremente, e ao mesmo tempo direcionaram a entrevista aos aspectos da experiência vivenciada no acolhimento dos serviços de saúde. Cabe salientar que algumas vezes foi necessário recorrer ao prontuário da mulher, quando informações de caracterização dos sujeitos não foram plenamente expressas nas falas.

Após o consentimento das mulheres, as entrevistas foram gravadas, com a utilização do gravador disponível no aparelho celular, sem que se tivesse percebido qualquer tipo de constrangimento por parte das mulheres. Vale salientar que neste estudo, inicialmente, foi proposta a gravação de áudio e videofilmagem, para que pudesse haver uma posterior análise de gestos, atitudes e comportamentos. Na ocasião, a proposta foi aprovada pelo CEP e pela GDA da instituição local do estudo, sendo solicitada ainda à entrevistada a doação da imagem ao Laboratório (LACOLHE), da ESENFAR/UFAL, para futuros estudos. Para tal autorização, o CEP solicitou a elaboração de um instrumento de consentimento de doação de imagem, que deveria ser assinado pelas pesquisadoras e pela entrevistada.

No entanto, tal iniciativa de gravação de imagem, ainda que aprovada pelos CEP e GDA, não foi aceita pelos profissionais que atendem à mulher vítima de estupro em acompanhamento ambulatorial na maternidade. Estes alegaram tratar-se de uma situação emblemática e difícil para a mulher, pois a imagem poderia ser utilizada por terceiros como contraprova por meio de medida judicial. Vale salientar que

Dentre os instrumentos de garantia da fidedignidade, o mais usual é a gravação da conversa. Ou, ainda, quando existe possibilidade técnica e

abertura do grupo pesquisado, podem ser utilizados outros recursos, como filmagens. É necessário ressaltar que qualquer tentativa de assegurar o registro em toda a sua integridade precisa do consentimento do interlocutor. Em geral, o pesquisador de campo não costuma ter dificuldade na apresentação desses instrumentos e na consecução da licença dos entrevistados para utilizá-los. Ocorrem restrições e oposições, no entanto, quando o tema da fala é espinhoso, controverso ou polêmico e põe em risco o desempenho ou a reputação da pessoa que continuará fazendo parte de seu grupo depois que o pesquisador tiver saído de campo (MINAYO, 2010, p. 272-273).

Considerando a complexidade do tema, “espinhoso” e “polêmico”, para usar a linguagem de Minayo (2010), entende-se a preocupação dos profissionais e se acata o posicionamento do grupo, de modo que todas as entrevistas foram apenas gravadas em áudio. Foram realizadas seis entrevistas com imagens gravadas, antes de os profissionais do ambulatório se manifestarem contrariamente a esta tecnologia de coleta de dados, as quais foram logo destruídas pelas pesquisadoras.

A entrevista foi realizada individualmente com 11 mulheres que aceitaram participar do estudo, no espaço físico do ambulatório da maternidade, em sala fechada de consultório, garantindo-se a privacidade e o sigilo das informações durante a coleta dos dados.

As entrevistas aconteceram no período de julho a novembro de 2013, às quintas-feiras, no turno vespertino, dia de atendimento a estas mulheres no ambulatório da maternidade. O atendimento no ambulatório corresponde ao PAVVIS e é prestado por uma equipe multiprofissional, todavia não há enfermeira(o) na composição do quadro de profissionais.

Houve um encontro com cada entrevistada, exceto apenas quanto à primeira colaboradora, pois no momento da entrevista aconteceu uma falha técnica e o gravador de áudio não fez o registro das falas. Com o consentimento da entrevistada, foi agendada outra entrevista com ela. A média do tempo de duração foi de aproximadamente 30 minutos, sofrendo variação de 20 minutos a 1 hora e 20 minutos. Esse intervalo guarda relação com o fato de que as mulheres deste estudo mostraram-se disponíveis a contribuir com a pesquisa, em graus variados. Algumas se mostraram mais introspectivas, com respostas mais objetivas, enquanto outras se mostraram mais fluentes em discorrer sobre suas vivências, o que corrobora o dinamismo próprio da vida individual e da singularidade de cada sujeito.

As 11 entrevistas foram transcritas na íntegra, com apoio do programa *Word*. Para Minayo,

O registro fidedigno, e se possível *ipsis litteris*⁵, de entrevistas e outras modalidades de coleta de dados que tem na fala sua matéria-prima é crucial

⁵ *Ipsis litteris* é uma expressão de origem latina que significa “pelas mesmas letras”, “literalmente” ou “nas mesmas palavras”. Utiliza-se para indicar que um texto foi transcrito fielmente.

para uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada (2010, p. 272-273).

3.6 Sistematização e análise dos dados

Com vistas à sistematização e análise das entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo, que, segundo Minayo (2010), consiste na técnica mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. No entanto, a expressão significa mais que um procedimento técnico; faz parte de uma histórica de busca teórica e prática no campo das investigações sociais. É importante salientar, entretanto, que as ciências sociais têm abordagem essencialmente qualitativa, valorizando a riqueza de significados e subjetividades que envolvem a realidade social (MINAYO, 2010).

Entre as modalidades de Análise de Conteúdo foi adotada a técnica de *Análise Temática*. Esta, para Minayo (2010),

consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* [grifo da autora] signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (p. 316).

Neste contexto, embora com raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional, a Análise Temática não se limita a abordagens estatísticas, sendo também utilizada para a busca de significados (MINAYO, 2010), possibilitando a identificação de valores, opiniões, crenças e posturas dos sujeitos em relação ao objeto de pesquisa (SAKATA, 2009).

Seguindo os pressupostos definidos por Minayo, realizou-se primeiramente uma pré-análise, a partir de leitura flutuante do material e constituição do *corpus*. Em seguida, foi realizada a exploração do material através de uma leitura exaustiva dos depoimentos, para o delineamento das unidades de sentido, identificadas a partir da organização das expressões ou de palavras significativas por semelhança de conteúdo (MINAYO, 2010). Essa etapa consiste essencialmente numa operação classificatória, permitindo que surjam categorias e subcategorias.

Na última fase da Análise Temática, denominada tratamento dos dados, estes foram interpretados e respaldados com base em referencial teórico sobre a temática. Foi necessário recorrer à análise teórico-epistemológica da violência contra a mulher, com enfoque no estupro como expressão da violência sexual e da política de acolhimento em seu contexto geral para direcionar um olhar crítico e científico ao objeto de estudo.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Antes da apresentação das categorias relacionadas, (Des) caminhos para o atendimento de saúde, (Des) acolhimento nos serviços de saúde e Implicações do estupro para a saúde das mulheres, expõe-se a caracterização da amostra e os dados que retratam os estupros ocorridos, segundo as falas das mulheres que contribuíram com esta pesquisa. Só então, a partir dessa dinamicidade, compreende-se o contexto das relações de vida e como estas mulheres vivenciaram e significaram, na condição de vítimas do estupro, marcadas por vulnerabilidades e complexidades, o acolhimento nos serviços de saúde.

4.1 Caracterização da amostra

Para melhor compreender o fenômeno estudado, inicia-se com a apresentação dos dados sociodemográficos a respeito das mulheres investigadas, necessários para a caracterização da amostra. Também é delineada a situação do estupro e o atendimento recebido nos serviços que procuram, e se tece uma breve apresentação de cada uma em quadro síntese (Quadro 1), contemplando estas informações. Em seguida, dar-se-á um mergulho nas categorias que emergiram das entrevistas.

4.1.1 Caracterização dos sujeitos

Aqui estão apresentadas as características sociodemográficas relacionadas às mulheres vítimas de estupro, no que tange à idade, estado civil, número de filhos, cor, escolaridade e ocupação.

A idade das 11 mulheres entrevistadas variou de 18 a 45 anos, com média de 27 anos. O estudo sinaliza, portanto, que as mulheres que sofreram estupro são jovens e se encontram em idade reprodutiva, preconizada pela OMS como aquela compreendida de 15 a 44 anos. A faixa de idade das mulheres do estudo encontra ressonância com os dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais notificados na MATERNIDADE nos anos de 2012 e 2013. Das 186 notificações, 94% correspondiam a mulheres com idade entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2014). Corroborando a vulnerabilidade dessa faixa etária, a ONU (2013) refere que, de acordo com dados do Banco Mundial, as mulheres de 15 a 44 anos correm mais risco de sofrer estupro e violência doméstica do que de câncer, acidentes de carro, guerra e malária.

Com relação à situação conjugal, sete mulheres são solteiras, três são casadas e uma referiu ser divorciada. Seis mulheres relataram não ter filhos; uma delas estava grávida no momento do estupro e as outras quatro possuem de dois a três filhos.

No tocante à cor, oito mulheres se autodeclararam pardas e três, brancas. Nenhuma mulher se autodeclarou preta. Considerando as orientações do IBGE, a raça negra integra as cores preta e parda, de modo que, no primeiro momento, o estudo sugere uma maior vulnerabilidade de mulheres negras para o estupro. No entanto, conforme o último Censo, as negras são maioria em Alagoas. O estado possui uma população estimada de 30,4% da raça branca, 0,4% da raça amarela e 69,2% na raça negra, sendo 3,0% pretos e 66,2% pardos (IBGE, Censo 2010). Nesse contexto, os achados não possibilitam associar a raça negra à vivência de estupro, podendo os dados estar simplesmente refletindo a característica de raça/cor da população.

No que diz respeito aos anos de estudo, percebe-se que a maioria tem pelo menos ensino médio completo: uma mulher tem nível superior completo, duas cursam o ensino superior e quatro possuem ensino médio completo. Entre as quatro restantes, uma tem ensino fundamental incompleto, duas, o fundamental incompleto e uma delas não foi alfabetizada. A partir da distribuição não uniforme da escolaridade entre os sujeitos da pesquisa, confirma-se que a vulnerabilidade para o estupro independe da escolaridade da mulher. Resultados semelhantes foram apresentados em um estudo realizado num serviço universitário de referência no estado de São Paulo, Brasil, que objetivou caracterizar a população de 687 mulheres que sofreram violência sexual e demonstrou, para a categoria *escolaridade*, uma predominância de 42,4% em mulheres com oito ou menos anos de estudos e de 40,8% em mulheres entre 8 e 11 anos de estudo (FACURI et al., 2013).

Entre as entrevistadas, duas dependem da renda do esposo, duas vivem com os pais e sete trabalham, sendo que duas são vendedoras e as demais: economista, atendente de loja de conveniência, auxiliar de contabilidade, auxiliar de saúde bucal e agricultora.

Curioso e preocupante é o fato de que das sete mulheres que trabalham, três referiram que foram estupradas na saída do trabalho. Uma delas referiu ter sido demitida dias após a ocorrência do estupro. As outras duas, não se sabe. Das oito mulheres que sofreram a violência urbana, três mencionaram relação entre o estupro e o emprego e cinco entrevistadas não aludiram a tal relação, tampouco sobre o fato de terem sido demitidas. Assim, não se sabe ao certo quantas das entrevistadas sofreram estupro no contexto trabalhista. Todavia, a norma técnica sobre “Prevenção e Tratamentos dos Agravos Resultantes de Violência Doméstica e Sexual contra Mulheres e Adolescentes” do Ministério da Saúde adverte que:

Segundo a lei trabalhista, nos casos em que a violência sexual ocorra durante o percurso do trabalho, a mulher deve ser orientada sobre a importância de se realizar a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), havendo ou não a necessidade de afastamento do trabalho. O cadastramento do CAT garante direitos para mulher trabalhadora em situação de violência sexual que assegura, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde. (BRASIL, 2011a, p. 28).

O estudo revela ainda a violação dos direitos das mulheres vítimas de estupro. Vale salientar que estas questões relacionadas ao vínculo trabalhista não contemplavam o instrumento de coleta e que somente após a conclusão das entrevistas, as pesquisadoras se deram conta de tal importância. Também não foi objeto do estudo conhecer as condutas adotadas pelas empresas diante do estupro, inclusive com relação ao acompanhamento à saúde, física e mental, de seus funcionários. Porém, desveladas no estudo, estas questões direcionam para a necessidade de novas pesquisas no sentido de oferecer mais elementos para a compreensão deste problema.

4.1.2 Caracterização do estupro e o atendimento recebido no serviço de saúde

O estudo mostra que o estupro ocorreu no município onde a mulher reside, dentro e fora de sua residência, sendo praticado, na sua maioria, por desconhecidos, em horário compreendido entre 18h e 7h (APÊNDICE C). Mostra ainda que o atendimento emergencial se deu em outro município, dentro das primeiras 24 horas após o estupro, e o acompanhamento ambulatorial, em média, 23 dias após o ocorrido (APÊNDICE D).

Quanto ao local onde ocorreu o estupro, em todos os casos a violência se deu no município de procedência da mulher: quatro delas residem na capital, enquanto as outras sete residem no interior do estado. Esse expressivo número de mulheres vítimas de estupro provenientes do interior em busca de atendimento de saúde na capital leva a questionar a rede de atendimento a essas mulheres, as quais, após vivenciarem o estupro, nem sequer têm direito de acolhimento na sua cidade. Essa situação evidencia a necessidade de maior investimento político neste âmbito, sobretudo a fim de favorecer a descentralização dos serviços de atenção à mulher em situação de violência sexual. O relatório da CMPIVCM (2012) já reconhece tal problema, quando menciona a inadequada articulação da rede e a inexistência de serviços nas cidades do interior, além de apontar para o deficitário atendimento na capital e para a falta de estrutura e de recursos humanos dos serviços.

O estudo revela ainda que as mulheres encontram-se expostas ao estupro dentro ou fora de casa. A maior parte das agressões ocorreu em via pública (oito casos), alertando para a

realidade da violência urbana. Em três casos o estupro se deu dentro do próprio domicílio da mulher, porém os autores não são familiares. Apenas uma das mulheres declarou conhecer “de vista” o agressor. Vale refletir, contudo, que grande parte dos estupros no âmbito do doméstico, por envolver familiares, principalmente pessoas de confiança da mulher, tende a não ser revelada, mascarando a realidade da violência sexual doméstica e intrafamiliar.

Chamam atenção a invisibilidade e a banalização da violência sexual perpetrada por parceiro íntimo. Um estudo qualitativo realizado com nove mulheres atendidas num Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), localizado no estado do Rio de Janeiro, Brasil, e que denunciaram a violência conjugal, revelou que o sexo forçado na relação de conjugalidade muito poucas vezes foi significado para estas mulheres como violência (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005). Nos achados de um estudo qualitativo fenomenológico realizado na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, com oito mulheres que vivenciaram a violência doméstica por seus parceiros íntimos, foram identificados fortes componentes relacionados à decisão da mulher de não denunciar a agressão abusiva, dentre os quais: o amor que, frequentemente, nutrem pelo companheiro e a ameaça, que se desvela enquanto forma de intimidar as mulheres para que não efetuem a denúncia (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011).

No que tange ao horário de ocorrência da violência, absolutamente todas as mulheres desta pesquisa foram violentadas no horário entre 18h e 7h da manhã, o que revela a maior exposição das mulheres quando os homens não se encontram nas ocupações profissionais, significando, portanto, um horário de maior vulnerabilidade. Chama atenção ainda que o horário de ocorrência dos estupros corresponda justamente ao intervalo de tempo em que a DEDDM encontra-se fechada, uma vez que estas funcionam em horário comercial. Pesquisa realizada em Teresina, Piauí, Brasil, com 102 mulheres vítimas de violência sexual, também revela maior ocorrência entre 18h e 5h da manhã (64,7%), enquanto as ocorrências matutinas (6h às 12h), horário de maior atividade no mercado de trabalho, somavam apenas 6,9% (LOPES et al., 2004).

Outro estudo realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), estado de São Paulo, Brasil, também evidencia o horário de maior ocorrência: de 18h a 6h da manhã, sendo ainda nesta mesma instituição a maior parte dos atendimentos (61,5%) realizada durante o dia, o que torna provável que a mulher só procure ajuda pela manhã (OSHIKATA; BEDONE; FAUNDES, 2005; REIS et al., 2010). Já um estudo com 642 mulheres que sofreram violência sexual

também identificou que, apesar de ocorrerem casos no período diurno, a maioria das ocorrências de violência sexual se dá no período noturno (OSHIKATA, 2011).

A maioria das mulheres, sujeitos deste estudo, compareceu ao atendimento emergencial na maternidade nas primeiras 24 horas após o estupro. Vale lembrar que nesse serviço é oferecido atendimento multiprofissional, incluindo atendimento médico, de enfermagem, psicológico e social, além das medidas profiláticas tais como: contracepção de emergência, medicamentos para prevenção de DSTs, imunoglobulina e vacina para hepatite B, realização de exames laboratoriais e encaminhamento para profilaxia antirretroviral no segundo hospital. Ainda no atendimento emergencial, é agendado na mesma semana o atendimento ambulatorial, onde a mulher é novamente atendida por equipe multiprofissional, composta por assistente social, psicóloga e médica ginecologista, sendo oferecido acompanhamento por um período médio de seis meses, ocasião em que são realizados novos exames laboratoriais e ginecológicos. Todavia, o estudo revela que as entrevistadas compareceram em média 23 dias para acompanhamento ambulatorial no serviço da MESM, ultrapassando o período estipulado pelo PAVVIS da maternidade.

Conforme rotina institucional, a primeira consulta de acompanhamento especializado deverá ser agendada para o menor prazo possível, geralmente nos primeiros dois a cinco dias após o atendimento de emergência. Entretanto, não se pode afirmar que as mulheres foram agendadas inadequadamente, podendo ter sido agendadas corretamente, mas não comparecido, uma vez que esta informação não foi investigada pela pesquisa. Se assim for, tal fato reflete a falta de busca ativa do serviço. Uma das entrevistadas referiu ter comparecido ao ambulatório quase quatro meses após o estupro e que nesse período não houve ligação por parte de qualquer funcionário da unidade. De acordo com o Ministério da Saúde, a qualidade do serviço, incluindo o atendimento imediato, tem influência na adesão ao acompanhamento e tratamento proposto. Outros estudos referem que o contato pessoal ou telefônico, tão cedo quanto possível, é fundamental para o acolhimento e envolvimento da pessoa atendida na adesão às terapias propostas (BRASIL, 2002; CAMPOS, 2006).

4.1.3 As histórias das mulheres

O quadro a seguir apresenta as mulheres sujeitos do estudo, bem como uma síntese de sua história, permitindo melhor se conhecer a situação na qual foram vitimizadas.

Quadro 1 – Codinome e Síntese da caracterização das entrevistadas, a situação do estupro e o atendimento recebido nos serviços em que procurou

(Continua)

CODINOME	SÍNTESE
Margarida	37 anos, ensino superior completo, economista, três filhos, casada, de cor parda, residente na capital. Estuprada por desconhecido, em local próximo à sua residência, às 18h, na saída do trabalho. No dia seguinte, deu entrada às 12h na maternidade, onde permaneceu por 2h30min aproximadamente. Buscou a maternidade e o hospital, retornando à sua residência por volta das 17h. No mesmo dia tentou buscar a DEAM, porém, por ser um dia feriado, encontrava-se fechada. Depois, não buscou mais a delegacia.
Violeta	24 anos, ensino médio completo, auxiliar de saúde bucal, sem filhos, solteira, de cor parda, procedente do interior. Estuprada por desconhecido, tinha ido à farmácia e retornava para sua casa, às 21h. Foi estuprada ao mesmo tempo que sua sobrinha menor de idade. Às 24h30min deu entrada na maternidade, onde permaneceu por 2h30min aproximadamente. Buscou a maternidade e o hospital, retornando à sua residência por volta das 5h da madrugada. Dez dias depois foi a uma delegacia geral fazer o B.O.
Azaleia	28 anos, ensino médio completo, vendedora, dois filhos, divorciada, de cor branca, procedente do interior. Estuprada por desconhecido, às 21h, na saída do trabalho. No dia seguinte, buscou uma delegacia geral para fazer o B.O. e às 18h deu entrada na maternidade, onde permaneceu por seis horas aproximadamente; em seguida foi ao hospital, retornando após à sua residência.
Gardênia	23 anos, ensino superior incompleto, auxiliar de contabilidade, sem filhos, solteira, de cor parda, procedente do interior. Estuprada por desconhecido, por volta das 23h50min. Às 02h25min deu entrada na maternidade, onde permaneceu por 2h30min aproximadamente; em seguida foi ao hospital. Dois dias após foi à delegacia e ao IML, pois no mesmo dia que buscou os serviços de saúde, passou no IML e estava fechado, e a delegacia na capital informou não poder fazer seu B.O. por ela ser de outro município.
Rosa	45 anos, sem escolaridade, do lar, três filhos, casada, de cor parda, procedente do interior. Estuprada por desconhecido às 7h numa casa em uma fazenda onde seu esposo trabalha. A agressão aconteceu a ela e sua nora simultaneamente e pelo mesmo agressor. No mesmo dia, buscou atendimento num posto de saúde próximo à região, foi à delegacia e às 17h35min deu entrada na maternidade, onde permaneceu por 4h30min aproximadamente. Foi ao hospital e só chegou à sua casa por volta das 2h da madrugada.

Quadro 1 – Codinome e Síntese da caracterização das entrevistadas, a situação do estupro e o atendimento recebido nos serviços em que procurou

(Conclusão)

CODINOME	SÍNTESE
Íris	20 anos, ensino médio completo, do lar, sem filhos, solteira, de cor parda, procedente do interior. Estuprada por desconhecido às 23h. No dia seguinte, buscou uma delegacia geral, foi ao IML, e às 15h25min deu entrada na maternidade, onde permaneceu por quatro horas. Cinco dias após ter sido atendida na maternidade, recebeu em sua casa uma ligação da maternidade, solicitando que retornasse para ser encaminhada ao hospital.
Girassol	19 anos, ensino superior incompleto, estudante, sem filhos, solteira, de cor branca, residente na capital. Estuprada por desconhecido às 23h, na volta da faculdade, indo para casa. Foi primeiramente ao HGE e às 23h50min deu entrada na maternidade, onde permaneceu por sete horas. Chegou à sua casa por volta das 8h e só no dia seguinte foi ao hospital, delegacia e IML.
Jasmim	32 anos, ensino fundamental completo, agricultora, três filhos, casada, de cor branca, procedente do interior. Estuprada por conhecido à uma hora da madrugada e em sua residência; seu esposo não estava em casa. Aguardou o dia amanhecer e buscou ajuda na Secretaria Municipal de Saúde, sendo encaminhada ao hospital da cidade, e posteriormente para a maternidade. Durante este trajeto, foi à delegacia e ao IML. Às 20h deu entrada na maternidade, onde permaneceu por três horas; em seguida foi ao hospital.
Angélica	22 anos, ensino fundamental incompleto, vendedora, gestante, já tem um filho, solteira, de cor parda, residente na capital. Estuprada por desconhecido, já gestante na ocasião, às 18h30min. Encontrada por policiais próximo ao local da violência, sendo levada para a sua residência. No dia seguinte, buscou atendimento no PAM-Salgadinho, onde foi encaminhada à maternidade. Às 11h deu entrada na maternidade, onde permaneceu por oito horas. Não foi à delegacia nem ao IML.
Lírio	18 anos, ensino médio incompleto, estudante e atendente de loja de conveniência em posto de gasolina, sem filhos, solteira, de cor parda e residente na capital. Estuprada por desconhecido, às 22h15min, no ponto de ônibus, na saída do trabalho. Às 2h50min deu entrada na maternidade, onde permaneceu por 3h e 20min; em seguida foi ao hospital e ao IML.

Fonte: Autora, 2013.

4.2 Apresentação e discussão dos resultados

O estudo possibilitou compreender o acolhimento experienciado por mulheres vítimas de estupro na busca por atendimento nos serviços de saúde. As categorias e subcategorias apresentadas no Quadro 2, e discutidas a seguir, permitem elucidar a vivência das

entrevistadas no percurso da rede, o acolhimento recebido nos espaços da saúde e desvelam o sofrimento da mulher que sofre estupro.

Quadro 2 - Categorias e Subcategorias

(DES)CAMINHOS PARA O ATENDIMENTO DE SAÚDE
Desconhece a necessidade do cuidado de saúde
Fluxo desordenado
Dificuldades para acesso a serviços da rede
O caminhar solitário
(DES) ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
O fluxo na saúde
Recursos humanos insuficientes
Atendimento demorado
Desorganização para o acolhimento à mulher vítima de estupro
Estrutura física inadequada
Elogios ao acolhimento
IMPLICAÇÕES DO ESTUPRO PARA A SAÚDE DAS MULHERES
O sofrimento relacionado à fragmentação dos serviços para atendimento
O sofrimento relacionado ao tratamento agressivo
O sofrimento relacionado aos danos para saúde mental

Fonte: Autora, 2013.

4.2.1 (Des) caminhos para o atendimento de saúde

Esta categoria apresenta as dificuldades enfrentadas por mulheres que vivenciaram estupro, quando na busca por cuidado à saúde. As subcategorias desvelam, além do desconhecimento da necessidade de atendimento pelos serviços de saúde, os caminhos e descaminhos percorridos pelas entrevistadas nessa trajetória.

✓ **Desconhece a necessidade do cuidado de saúde**

As mulheres entrevistadas desconheciam a necessidade de cuidado à saúde após estupro, sendo informadas por conhecidos ou profissionais que atuam em serviços que integram a rede de atendimento à pessoa em situação de violência sexual, conforme ilustram as falas a seguir:

Eu fiquei sabendo pelo gerente de lá do trabalho, porque houve uma moça de lá que foi violentada e ele tratou de tudo... e ele falou com meu marido: “ela tem que ir na maternidade buscar atendimento” [...] E uma menina que trabalhava lá também, que ela levou uma moça lá na maternidade, ela disse também ao meu marido que era lá que eu tinha que ir a primeira vez e ir no mesmo dia que foi ocorrido. [...] Lá foi um serviço que tratou para eu não engravidar, eu não pegar doença. (Margarida)

[...] eu estava com minha sobrinha. [...] coincidência, a gente já tava na rua de uma amiga da gente que trabalha na maternidade, é enfermeira de lá, aí fomos pedir socorro a ela. [...] Se a gente tivesse sozinha, a gente não sabia nem como agir, mas parece foi uma coisa, uma coincidência mesmo assim, de Deus ter deixado a gente na rua dela. (Azaleia)

[...] quem me falou para ir à maternidade foi lá na Delegacia. [...] Se eu soubesse que tinha que tomar o medicamento, teria até ido na mesma hora [...]. Eu não sabia de jeito nenhum. (Violeta)

[...] o IML me indicou a maternidade. (Íris)

✓ **Fluxo desordenado**

Além de ignorar que precisam recorrer a serviços de saúde após a ocorrência do estupro, as entrevistadas desconhecem o fluxo existente para o atendimento à mulher em situação de violência sexual. É grave o fato de que os profissionais de diversos serviços na capital e no interior também desconhecem tal fluxo. O fluxo desordenado percorrido pelas mulheres pode ser observado a partir das seguintes falas:

Quando cheguei na delegacia (no interior), dei queixa. Depois fui para a Secretaria de Saúde, e o carro veio me trazer para o hospital (ainda no interior). No hospital, a assistente social encaminhou para a maternidade (na capital). [...] Mas, antes de vir para a maternidade, passaram logo para fazer o corpo de delito. (Jasmim)

[...] a gente foi primeiro para o hospital. Lá disseram: “Não é aqui. Primeiro tem que passar na maternidade”. (Rosa)

[...] no posto de saúde lá do interior, a médica encaminhou para o hospital; chegou lá, deram a informação de que seria na maternidade. (Lilac)

[...] eu não gostei que a gente teve que andar do lado para o outro. [...] indo e voltando. (Íris)

[...] ela (a médica do interior) nem olhou para mim e disse: “Tem que ir para Maceió, não posso resolver o problema dela aqui”. [...] A gente veio para o IML, mas estava fechado. A gente lembrou do hospital, mas disseram que primeiro tem que passar na maternidade. [...] Na maternidade é que me explicaram: “Daqui você vai no hospital, do hospital você vai na delegacia, da delegacia vai para o IML”. (Gardênia)

Vale salientar que o fluxo desordenado para o atendimento à saúde é alimentado por profissionais de serviços que integram a rede, conforme as falas das mulheres que revelam a exigência do Boletim de Ocorrência (B.O.) enquanto condição para atendimento nos serviços de saúde:

[...] só faz a medicação, as coisa, tudo, se tiver o B.O. Só faz se for assim, que a maternidade mesmo exige. E exigiu. Tem que ter, senão como é que se vai ter a prova? (Rosa)

[...] se a gente não tivesse ido, a maternidade não teria atendido. [...] Na maternidade, o rapaz do atendimento, na hora de fazer a ficha, disse: “E o boletim?”. Aí eu mostrei [...] Porque sem isso, eu não poderia ser atendida. (Lilac)

Todavia, tal exigência inadequada não é compartilhada por todos os profissionais que atuam na maternidade, o que pode ser evidenciado na fala a seguir:

[...] ele (namorado) ligou para outro amigo dele policial, civil também, aí ele disse: “Não, você só pode dar entrada no hospital se tiver o B.O.”. Só que não era isso; quando eu cheguei na maternidade a médica falou que não precisava do B.O. para eu tomar o medicamento. (Violeta)

✓ **Dificuldade para acesso a serviços da rede**

A busca pela mulher vítima de estupro aos serviços intersetoriais que integram a rede de atendimentos é marcada por dificuldades no acesso a tais serviços. As falas das entrevistadas permitem melhor esclarecer as dificuldades:

[...] foi “um ano” na delegacia para eles atenderem. Aí eu disse: “Vamos tentar ver se consegue fazer no IML sem a guia”. Voltei para o IML, mas mesmo assim estava fechado. (Gardênia)

A gente esperou muito no IML, muito mesmo. A gente chegou aqui de manhã e teve que esperar [...] Por volta de duas horas da tarde é que abriu o IML. (Íris)

A gente procurou, procurou e não achou qualquer delegacia aberta. Isso já era acho que meia-noite, quase uma hora. (Lilac)

Como que fecha uma delegacia? Tem Delegacia da Mulher para quê, então? Para que precisa ter, se vai fechar no feriado? E disse que parece que ela é fechada no final de semana, que ela não abre no final de semana. O que é isto? Que país é este, gente? Eu vivenciei de novo a violência. (Margarida)

✓ O caminhar solitário

O estudo revela que as mulheres entrevistadas perfazem o caminho em busca de atendimento à saúde sem nenhum acompanhamento profissional, às vezes apenas com o motorista da ambulância, o que denota um caminhar solitário, em um momento tão difícil, como é a vivência do estupro:

[...] eu vim sozinha (do interior para capital) na ambulância. (Jasmim)

[...] o carro não podia ficar esperando pela gente (Rosa e a nora Lilac foram estupradas) porque tinha os outros pacientes. [...] nós duas sozinhas sem ninguém acompanhar. [...] todo mundo olhava para mim: “Menina, aconteceu tudo isso e você está desse jeito?” Fazer o quê? Eu tinha que enfrentar. (Rosa)

[...] eu estava desesperada, chorando [...] colocaram na ambulância com o motorista e a gente veio para Maceió. (Gardênia)

A partir da análise das falas, organizadas nas subcategorias mencionadas, pode-se perceber que as mulheres entrevistadas desconhecem o funcionamento dos serviços de atenção à mulher vítima de estupro. Estas mulheres não conheciam o fluxo, nem mesmo sobre a existência da maternidade, sendo informadas por profissionais que atuam nos serviços que integram a rede ou por conhecidos, muitos dos quais sabiam justamente porque em algum momento da vida prestaram apoio a outras vítimas. Estudo realizado em Fortaleza, Brasil, com 20 profissionais que atendem mulheres em situação de violência, aborda a desinformação da vítima como um fator que dificulta seu cuidado (COSTA et al., 2013).

Relato de experiência vivenciada no Grupo de Assistência à Vítima de Violência Sexual (GAVVIS), um Projeto de Extensão da Universidade de Taubaté (UNITAU) criado em 2004, também ressalta que, entre as diversas dificuldades encontradas na operacionalização do serviço, especialmente no que se refere à pouca procura do serviço pelas vítimas, destacam-se o desconhecimento, o medo e a vergonha (FARIA; ARAÚJO; BAPTISTA, 2008). Tais achados denotam o quão insuficientes, ou inexistentes, são os mecanismos de divulgação para a sociedade sobre os serviços para atendimento nos casos de violência sexual, bem como o fluxo existente entre os serviços.

Cabe ressaltar que a Saúde Coletiva, por sua interface com o social e sua base interdisciplinar, constitui o campo da área da saúde que mais se aplica ao problema da violência; cabe a ela o desafio da construção de conhecimentos produtores de tecnologias para a prevenção e o enfrentamento da violência de gênero (GUEDES; FONSECA; EGRY,

2013). Possibilitar a abertura da discussão de violência no âmbito dos serviços da saúde é viabilizar a promoção dos direitos da mulher e estabelecer relações horizontais de gênero (PEDROSA; SPINK, 2011).

Chama atenção o fato de que muitos profissionais, que atendem nos espaços da saúde, como também àqueles que atuam nos demais serviços da rede, desconhecem o fluxo dos serviços na rede de atenção à mulher em situação de violência sexual. Considera-se que o desconhecimento da rede pelas mulheres e/ou profissionais compromete significativamente o recebimento, no tempo adequado, de cuidados à saúde, de que necessitam. Além disso, provoca buscas invertidas aos serviços e deslocamentos desnecessários. Desse modo, identifica-se o (des)acolhimento presente no caminhar da mulher em busca de cuidado de saúde.

São muitos os estudos que corroboram o desconhecimento dos serviços pelos profissionais. Estudo qualitativo realizado em um Distrito Sanitário de um município de Santa Catarina, Brasil, com 52 profissionais de saúde atuantes nas Equipes de Saúde da Família, corrobora o desconhecimento por parte dos profissionais acerca dos serviços para apoio à mulher, bem como seu funcionamento e a articulação com eles (GOMES et al., 2012). Estudo qualitativo realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, com 12 profissionais, mostrou que parte dos entrevistados desconhece o funcionamento da rede de serviços de referência para mulheres em situação de violência (LIMA, 2013).

Pesquisa realizada em 17 serviços vinculados à atenção à saúde na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, encontra ressonância com esses achados, quando revela que diversos profissionais desconhecem os serviços que podem auxiliar as mulheres no enfrentamento da violência, bem como a importância da articulação destes em rede (GOMES et al., 2012). Pesquisa realizada com profissionais de saúde que atendem mulheres em situação de violência também aborda o desconhecimento da rede pelo profissional de saúde (COSTA et al., 2013).

Também convergindo com este estudo, pesquisa quantitativa realizada em uma maternidade pública de Teresina, Piauí, Brasil, por meio da aplicação de um questionário a 61 enfermeiros atuantes neste serviço, mostra que a maioria dos pesquisados conhece o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, mas os percentuais afirmativos vão decrescendo à medida que respondem sobre o conhecimento do funcionamento, os objetivos, o papel do enfermeiro na equipe e a proposta de organização (MONTEIRO et al., 2008).

Outra situação de desconhecimento das entrevistadas e dos profissionais, e que merece destaque, é a errônea concepção quanto à obrigatoriedade na realização do B.O. O estudo

mostrou que alguns profissionais dos serviços de saúde, inclusive na própria MESM, serviço de referência, exigem inadvertidamente o B.O.

Pesquisa qualitativa realizada na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, através da aplicação de entrevistas em profundidade a 21 mulheres em situação de violência e 25 operadores das áreas jurídica, policial, de ação social, saúde e organizações não governamentais, confirma que os serviços de saúde ainda não constituem uma porta de entrada efetiva para os casos de violência (MENEGHEL et al., 2011).

Muitas mulheres relutam em buscar atendimento ou não o procuram logo após a violência por acreditarem ser necessário fazer primeiro o boletim de ocorrência ou o exame pericial no Instituto Médico Legal (IML), além do fato de temerem os constrangimentos associados a esses serviços (OLIVEIRA et al., 2005). Assim, o baixo número de atendimentos nos serviços de saúde guarda relação com o fato de a violência sexual ainda ser encarada como uma questão da esfera jurídica. As mulheres devem sim ser orientadas e estimuladas pelos profissionais de saúde a comunicar às autoridades policiais e judiciárias o ocorrido, lavrando o Boletim de Ocorrência (B.O.), porém essa é uma decisão que compete à mulher ou a seus representantes legais (HIGA et al., 2008).

Na perspectiva da bioética, a exigência do B.O. para o atendimento em saúde infringe o princípio de autonomia, uma vez que viola o direito da mulher de decidir se quer ou não fazer o registro policial. Conforme Norma Técnica do MS, a autonomia do sujeito deve ser respeitada, devendo o profissional estar preparado para acatar decisões de recusa (BRASIL, 2012a). Enquanto profissional de saúde, deve-se orientar quanto aos benefícios e riscos das condutas e esclarecer todas as dúvidas apresentadas pelas mulheres, a fim de que possam decidir. Para Chupel e Miotto (2010), o aumento da capacidade de autonomia do paciente exige da equipe de saúde um olhar e uma abordagem pautada pelo conhecimento e pela relação de vínculo com o outro, pois este será um modelo de maior democratização.

Vale salientar que de acordo com a Norma Técnica do MS de 2011, que rege a prevenção e o tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, o B.O. registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do IML é documento elaborado para fazer prova criminal. Todavia, a exigência de apresentação desses documentos nos serviços de saúde é incorreta e ilegal (BRASIL, 2012a), uma vez que o aspecto policial e jurídico não se pode sobrepor à necessidade de saúde.

Considerando, entretanto, que a situação de estupro impõe variado grau de constrangimento à vítima, inibindo assim seu comparecimento à autoridade jurídico-policial

(VERTAMATTI et al., 2013), recomenda-se que os serviços de saúde da rede assumam atitudes de orientação para a busca da delegacia especializada da mulher e do IML, como condição para aparato policial e legal, mas nunca como uma exigência ou pré-requisito para o atendimento nos serviços de saúde.

A proposta do Ministério da Saúde para o atendimento às mulheres estupradas, portanto, não exige que a mulher tenha feito o boletim de ocorrência (B.O.), por compreender que este procedimento não está diretamente relacionado à saúde da mulher e sim ao seu desejo de processar o agressor. No entanto, a maior parte dos serviços opta por exigir o B.O. e muitas vezes também um laudo do Instituto Médico Legal (IML) que comprove que a mulher realmente foi estuprada, partindo-se do princípio de que as mulheres mentiriam e que os profissionais precisariam de uma garantia de que não foram enganados para realizar o atendimento. Essa postura demonstra o não reconhecimento da autonomia das mulheres (OLIVEIRA, 2007).

Em um estudo epidemiológico realizado no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS) do Hospital Geral da Fundação Universidade de Caxias do Sul (HG/FUCS), no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, verificou-se que a Delegacia foi a principal responsável pelos encaminhamentos dos casos ao PRAVIVIS (MADI et al., 2010). Esse quantitativo dá a dimensão do percentual de vítimas de violência sexual que buscam primeiramente a delegacia, e possivelmente em seguida o IML, visto que se percebe um fluxo organizado no espaço da Secretaria de Segurança Pública. Isso revela a preocupação criminal que permeia o estupro, a qual ainda se encontra fortemente arraigada e orientando as ações das pessoas para a busca de atendimento nos espaços jurídico-policiais, em detrimento da saúde.

Nesse contexto, as mulheres demoram a chegar aos serviços de saúde, inclusive por conta da distância geográfica até o local de referência para a saúde, gerando desgastes e transtornos físicos e emocionais. A demora também se dá por conta da espera no funcionamento de alguns serviços, como a delegacia e o IML, referidos pelas entrevistadas. Estudo aponta queixas constantes de mulheres em relação ao mau atendimento no IML e delegacias, onde referem ter sido atendidas de forma indelicada e culpabilizadas pela agressão sofrida (OLIVEIRA et al., 2005).

Estudo qualitativo realizado em serviços de saúde e de segurança pública localizados na cidade de São Paulo, Brasil, apontou que as delegacias especiais de atendimento às mulheres estão abertas de segunda à sexta-feira das 9h às 19h. Isso significa que caso a mulher seja violentada às 20h da sexta-feira, precisa esperar até as 9h da segunda-feira para

dar queixa, a não ser que faça a ocorrência em uma delegacia comum (VILLELA et al., 2011). Além disso, na maior parte dos estados, as Delegacias da Mulher não contam com policiais suficientes para manter mais de uma ou duas equipes no atendimento, o que torna precário o atendimento em plantões de 24 horas e nos finais de semana (PASINATO; SANTOS, 2008).

A demora na chegada aos espaços da saúde deixa claro que, na prática, o fluxo não prioriza o cuidado em saúde que demanda o estupro, e tal situação resulta em riscos para a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Sabe-se que a eficiência dos mecanismos de prevenção é tanto maior quanto mais precocemente adotados; neste caso, entende-se que 72 horas após a agressão sexual é o prazo limite para a introdução de medicamentos contra a gravidez indesejada e a quimioprofilaxia antirretroviral (CHACKO et al., 2012; BRASIL, 2012a; VERTAMATTI et al., 2013). Levando em conta os riscos das mulheres por conta do estupro, é imperiosa a decisão de que a porta de entrada desta mulher na rede de atendimentos se dê pelo sistema de saúde.

O estudo evidenciou ainda que as mulheres residentes em cidades do interior do estado, após a ocorrência do estupro, ao buscarem atendimento nos serviços de saúde de sua localidade, não são encaminhadas diretamente à maternidade. Como exemplos, *Rosa*, *Lilac* e *Gardênia* foram encaminhadas primeiramente ao hospital, de modo que somente lá foram informadas da necessidade de ir à maternidade e depois voltarem ao hospital. Chama atenção o caso de *Gardênia*, que buscou apoio no hospital do interior onde residia, sendo encaminhada pela médica para a capital, sem, contudo, especificar o órgão ou instituição de saúde a que deveria recorrer.

Estes casos revelam uma grave violação das diretrizes do acolhimento em saúde, uma vez que as mulheres não foram devidamente encaminhadas. O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Nesta perspectiva, os profissionais devem responsabilizar-se por tudo aquilo que não se pode responder de imediato, sendo possível, entretanto, direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (BRASIL, 2010). Nos três casos mencionados anteriormente, as mulheres não foram adequadamente orientadas.

Para outros autores, o acolhimento no primeiro contato do profissional com a mulher que sofreu violência sexual proporcionará segurança, tanto física como emocional, sendo percebido como um importante fator para a adesão ao tratamento. No entanto, os serviços de saúde têm dificuldades em envolver os profissionais no acolhimento da mulher

vitimada. Além disso, há o preconceito, que dificulta a escuta da situação vivenciada pelas mulheres. Esse problema está relacionado, entre outros fatores, aos valores morais e culturais que a maioria dos profissionais da saúde possui em relação ao tema, e que repercutem nas suas condutas assistenciais (REIS et al., 2010; LIMA et al., 2013).

É importante mencionar que muitas mulheres, em especial aquelas que residem no interior do estado, percorrem este caminho desacompanhadas de um profissional preparado, às vezes somente na companhia do motorista da ambulância. O estudo desvela assim um caminhar solitário, em um momento tão difícil como é a vivência do estupro, o que torna a dor decorrente da violação ainda maior.

Ainda no que tange às mulheres residentes em cidades do interior do estado, estas percorrem um longo caminho até chegar aos serviços de saúde de referência para o atendimento à mulher vítima de violência sexual, uma vez que estes serviços estão localizados na capital. Em Alagoas, onde este estudo foi desenvolvido, o município mais distante encontra-se a 298 km da capital. Vale salientar que o tempo do deslocamento também é responsável pelo aumento do tempo de permanência na rede.

Diante do exposto, considera-se que o desconhecimento da rede pelas mulheres compromete significativamente o recebimento, no tempo adequado, de cuidados à saúde, de que necessitam. As mulheres comparecem mais de uma vez ao mesmo serviço e realizam deslocamentos desnecessários, com seguidas idas e vindas, gerando cansaço pela longa jornada em busca de cuidados específicos. A desarticulação da rede produz um fluxo desordenado entre os serviços, provoca encaminhamentos para serviços não referenciados, descontinuidade da atenção, aumento do tempo de permanência na rede, peregrinação, cansaço, má comunicação intersetorial e retardo na profilaxia antirretroviral.

Sudário, Almeida e Jorge (2005) consideram o tempo percorrido em busca de atendimento uma *via crucis*, visto que a mulher precisa percorrer diversos segmentos intersetoriais, algumas vezes mais de uma vez, para ter o seu atendimento realizado. Dessa forma, a peregrinação da mulher pelos serviços reflete uma rede tênue, fragmentada e descontínua. Essa situação revela os descaminhos da mulher que sofre estupro em busca de cuidado à saúde e contribui para o aumento do tempo de permanência na rede. Nesse contexto, manter as mulheres informadas sobre o funcionamento da rede contribui decisivamente na busca do atendimento à saúde, bem como diminui o tempo de resposta para o cuidado, minimizando assim possíveis agravos à saúde física e mental.

Estudos apontam para a necessidade de se reconstruir uma atenção integral à saúde destas mulheres, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas,

empobrecidas e desconexas, visando a um percurso mais curto de permanência da mulher na rede de atenção ao enfrentamento da violência sexual (AYRES, 2009; SANTOS; VIEIRA, 2011).

Estudo qualitativo que se propôs a conhecer e discutir ações voltadas ao enfrentamento da violência doméstica no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em duas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, Brasil, indicou que os profissionais percebem que o trabalho com a violência não depende exclusivamente do setor saúde; é essencial o suporte de uma rede intersetorial (polícia, Justiça, assistência social, educação etc.) (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

Diante dessa realidade, há uma grande necessidade de melhora no aparato estrutural da rede, quebra de engessamentos, efetivação da assistência humanizada e acolhedora às mulheres que buscam alívio e conforto para a sua dor. É imperiosa a implantação de uma rede de atenção dotada de coerência logística entre as partes, que busque minimizar o tempo de permanência na rede e aperfeiçoe o fluxo do atendimento; assim, serão evitadas as idas e vindas dentro do próprio sistema e ocorrerá um maior conhecimento e discussão desta problemática nos espaços da sociedade, das instituições educacionais, da Justiça e das redes hospitalares e de atenção básica.

Neste sentido, a manutenção de um fluxo articulado, ordenado e que funcione em rede são lacunas a ser superadas. Os achados deste estudo corroboram pesquisa realizada por Guedes, Fonseca e Egry (2013) que revela a existência de serviços isolados, e não uma rede, de fato. A realização de ações articuladas por diversos serviços que garantam apoio social, de saúde, policial e jurídico é de grande importância no enfrentamento da violência contra a mulher (GOMES et al., 2012). Ressalta-se, pois, a importância de uma rede de apoio capaz de amparar integralmente as mulheres vitimadas pelo estupro, contemplando suas necessidades e problemas consequentes à violência experienciada. Essa rede deve abranger ainda a família, amigos e parceiro (SUDÁRIO; ALMEIDA; JORGE, 2005).

Assim, o problema da violência sexual deve ser tratado a partir de uma perspectiva integral, que acolha toda a sua complexidade, com a promoção da não violência, prevenção e cuidado aos casos de forma multi e intersetorial, considerando a mulher não apenas como centro da tomada de decisões referentes ao seu cuidado, mas como participante deste processo (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Os espaços de comunicação intersetorial são essenciais no processo de construção da rede. Para o seu funcionamento, a RAS exige mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção. Sua implementação aponta

para uma maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, o que pode contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se a relevância da disponibilização de uma rede de apoio capaz de oferecer a assistência integral, que considere as necessidades em saúde e que saiba reconhecer e atuar eficientemente sobre os problemas provenientes da violência vivenciada. Para tanto, é necessário que o setor da saúde esteja apto para prestar uma assistência que minimize os traumas e as sequelas (LIMA, 2013).

4.2.2 (Des) acolhimento nos serviços de saúde

Essa categoria possibilita compreender, a partir dos discursos das mulheres, a infraestrutura, organização e funcionamento dos serviços de saúde no atendimento a mulheres vítimas de estupro, bem como a percepção das entrevistadas acerca do acolhimento nos espaços da saúde. A fim de elucidar tal acolhimento, elencam-se as subcategorias a seguir:

✓ **O fluxo na saúde**

O estudo revela o fluxo no cenário da saúde para atendimento a mulheres vítimas de estupro. As falas revelam que a maternidade e o hospital são referências para os casos de violência sexual, sendo a maternidade a porta de entrada e responsável pelo encaminhamento para o hospital e para o serviço ambulatorial da própria maternidade.

Nesse contexto de organização do fluxo na saúde, das 11 mulheres entrevistadas, sete chegaram à maternidade no mesmo dia em que ocorreu o estupro. Quatro delas chegaram no dia seguinte. Na maternidade, essas mulheres recebem acolhimento multiprofissional e são realizadas medicações de profilaxia para DSTs não virais, medicação contraceptiva, vacina e imunoglobulina para hepatite B, bem como exames laboratoriais. Em seguida, as mulheres são encaminhadas para o hospital, onde recebem quimioprofilaxia antirretroviral. Tal encaminhamento é confirmado nas falas:

A assistente social (da maternidade) deu o maior apoio. [...] ficou ligando o tempo todo para o motorista por causa da ambulância para ele levar a gente pra o hospital. (Rosa)

[...] na maternidade perguntaram “Você está de carro? porque senão a gente ia mandar você ir na ambulância para o hospital”. (Violeta)

Uma das entrevistadas, contudo, lamenta não ter recebido orientação quando atendida no serviço de emergência da maternidade, conforme a fala:

[...] a gente recebeu a ligação, que ela se esqueceu de mandar a gente para o hospital. Quando foi ontem, mandaram a gente ir. Quando chegou lá, tinha que pegar o encaminhamento que elas não deram. A gente teve que voltar de novo para maternidade. [...] A médica esqueceu essa parte. Esqueceu de dar o mais importante! Era para ela ter dito logo para a gente ter ido tomar logo (o antirretroviral), mas elas não avisaram e nem encaminhou. (Íris)

Conforme já mencionado, além do encaminhamento para o hospital, as mulheres são ainda orientadas para o acompanhamento ambulatorial na maternidade. As falas revelam que a primeira consulta no ambulatório é agendada com brevidade, ainda na mesma semana do atendimento emergencial:

Já deixaram marcado no ambulatório. [...] Quando viram meu caso, disse: “Você já está agendada aqui para hoje lá no ambulatório”. [...] Disseram que eu ia ficar sendo acompanhada durante seis meses. (Violeta)

[...] a assistente social (da maternidade) disse: “Você vai ter um atendimento durante um ano mais ou menos lá no ambulatório, onde você vai ter apoio psicológico, apoio do ginecologista [...]”. Elas marcaram em uma quinta-feira, seguinte a violência. (Margarida)

As falas deixam claro que embora o acompanhamento ambulatorial seja agendado para a mesma semana, o comparecimento de algumas mulheres ao ambulatório se dá mais tardiamente:

[...] na maternidade, fizeram todo o processo para eu vir para cá (ambulatório), entregaram o cartãozinho. Explicou, disse que eu tinha que pegar os exames aqui, que eu tinha de passar pelo psicólogo, que eu não deixasse de vir ao psicólogo, assistente social e ginecologista. Queriam marcar para o outro dia para eu vir aqui. Mas eu moro distante, então eu disse: “Não”. Aí ela olhou, mandou o menino olhar a melhor data, para me colocar na melhor data. (Gardênia)

[...] passei muito tempo sem procurar atendimento, me marcaram, mas eu não fui no ambulatório. Não fui por vergonha. Nunca me ligaram dos serviços do ambulatório da maternidade perguntando por que não havia comparecido à consulta. Depois de cinco meses, procurei o serviço para efetuar uma remarcação por telefone, mas não foi possível e tive de ir à maternidade para remarcar. No dia da consulta, a psicóloga não foi. Disseram que ligavam para remarcar, e até hoje não recebi esse telefonema. (Margarida)

Das 11 entrevistadas, apenas três receberam acompanhamento ambulatorial no período de até uma semana; cinco mulheres, na segunda semana; duas, quase um mês após o estupro; e Margarida, que buscou o atendimento quatro meses depois de ocorrido o estupro. Assim, as falas deixam claro que embora o acompanhamento ambulatorial seja agendado para a mesma semana, o comparecimento de algumas mulheres ao ambulatório se dá mais tardiamente (APÊNDICE D).

Recursos humanos insuficientes

As mulheres entrevistadas, vítimas de estupro, ao buscarem atendimento na maternidade, concorrem em atenção profissional com as gestantes, que também aguardam nas emergências obstétricas. A fim de ilustrar tais considerações, seguem os trechos de falas:

[...] demorou mais porque a médica lá na maternidade estava atendendo, estava fazendo parto na sala de cirurgia [...]. (Rosa)

[...] tinha muita gente [...] É um atendimento para as grávidas e para a gente. (Lilac)

Eu acho que deveria colocar mais médicos nas unidades públicas. Estava cheio de gente, muitas gestantes pelos corredores. [...] Tinham quatro gestantes gritando de dor [...] Foi o maior apertado [...] Eu até saí para recepção. [...] Se tivesse mais médicos lá no hospital, eu acho que teria sido melhor. (Violeta)

Atendimento demorado

As mulheres vítimas de estupro queixam-se do tempo de atendimento nos espaços da saúde, o que pode estar relacionado também ao número insuficiente de recursos humanos, desvelado na subcategoria já mencionada. Em alguns casos, este atendimento demorado gera cansaço e dor. As seguintes falas expressam tal morosidade:

Ceguei à maternidade era meia-noite. Eu só fui ser atendida umas cinco horas da manhã. Sai da maternidade por volta de umas oito horas da manhã. (Girassol)

Ceguei lá na maternidade, era por volta de dez horas da manhã e só saí de lá ia dar sete da noite. [...] Eu fiquei lá esperando até as doutoras chegarem. Elas chegaram eram umas cinco e pouca da tarde. (Angélica)

Na maternidade, quando terminou já era meia-noite, já tarde da noite [...] Demorou mais foi no hospital. [...] A gente já estava muito cansada, cansaço do dia todo. Toda cheia de dor. A minha nora já estava toda dolorida. [...]

Tudo isso é demorado... [...] A gente chegou em casa duas horas da manhã. O dia todo! Foi muita luta. (Rosa)

[...] fiquei esperando, esperando, esperando... Aí eu cheguei perto da enfermeira e disse: “Vai demorar?”. Ela falou: “Você tem que esperar” [...] Eu percebi um atendimento do estresse do dia a dia. Aí eu disse: “É que eu fui vítima de um estupro”. Eu tive que falar, tive que relatar. Quando eu falei, ela já procurou ter um atendimento especial comigo. [...] Se eu não tivesse falado nada, iria ficar lá. (Violeta)

[...] caso de urgência, acho que deveria ser mais rápido. (Lírio)

Desorganização para o acolhimento à mulher vítima de estupro

As falas desvelam a desorganização e o despreparo dos serviços de saúde para o atendimento à mulher em situação de violência sexual:

É um assunto que ninguém sabe o que dizer, ninguém sabe o que falar, ninguém sabe como agir [...] A médica (do hospital do interior) nem para minha cara olhou. (Gardênia)

Deveria ter uma formação para esses profissionais, um treinamento. Quando nós entramos (na maternidade), tinha um segurança. Ele perguntou: “Ela está grávida?”. Meu marido teve que responder (que foi estupro). Ele mandou ir lá falar com a moça. Eu acho que ele não tem que perguntar. Não é ele quem tem que perguntar. [...] Tinha uma moça do lado da atendente. Meu marido falou: “É particular”. [...] Nem a pessoa saiu, nem a atendente mandou a pessoa sair. Ele teve que falar ali perto da outra pessoa. A moça ouviu tudo. [...] Ela virou a cara para mim. Se tivesse um buraco, eu tinha me enfiado e nunca mais tinha saído dele. [...] Depois, eu fui buscar os documentos que estavam no meu prontuário, quem me atendeu foi um senhor, e ele falou umas cinco vezes: “Estupro, estupro, estupro”, com um monte de gente lá perto. Veio outra moça para me atender e ela me perguntou: “O que aconteceu com a senhora?”. Eu falei: “Eu sou vítima de violência”. Ela disse: “Nossa! Onde foi?”. Na hora você fica com raiva, porque ela já não precisava perguntar. Acho que a missão dela era chegar, me dar o medicamento e falar sobre o medicamento. [...] Mas ela também perguntou. [...] Eu acho que as pessoas que trabalham lá têm que ter minimamente a sensibilidade de pelo menos ser mais discretas. Já que é um serviço que tem que receber esse tipo de mulheres, tinha de ser um serviço mais especializado. (Margarida)

Estrutura física inadequada

Para as entrevistas, a estrutura da maternidade não é adequada ao acolhimento à mulher que vivenciou estupro. Percebe-se, sobretudo, a falta de privacidade para conversar com o profissional sobre o acontecido. Eis algumas falas:

[...] a cadeira não era muito confortável não, mas deu para sentar, deu para tirar uns cochilinhos. (Girassol)

A sala era perto da porta de entrada. [...] Eu fiquei bem envergonhada [...] Eu tive vergonha pelas pessoas que estavam entrando. (Azaleia)

Eu tive sorte porque eu fui em uma salinha, reservada a funcionários. Agora os outros são com pano [...] A pessoa que estivesse do outro lado iria me ouvir. (Margarida)

[...] foi uma sala aberta que tem uma cortina na frente, que passa paciente, passa enfermeiro, passa todo mundo para lá e para cá [...] Chega uma pessoa, fala, chega outra pessoa, fala, chega outra pessoa, entra, pega um objeto e não tem privacidade. Eu acho que deveria ter um atendimento especial [...] Tem que ser em uma sala fechada, por ser um ato tão constrangedor. [...] Às vezes eu até queria conversar um pouco mais, mas chegava um e tirava a concentração. Acho que deveria ser assim uma coisa mais especial, pelo menos para esse caso. (Violeta)

Elogios ao acolhimento

Embora as subcategorias anteriormente referidas desvelem entraves enfrentados por mulheres que vivenciaram estupro em busca por cuidado à saúde, as entrevistadas declararam sentir-se bem acolhidas, protegidas e cuidadas nestes serviços. Para ilustração, seguem falas enaltecedoras aos dois serviços de referência:

O acolhimento (na maternidade) foi bom. Fui muito bem atendida, bem acolhida. A médica (do hospital) disse que se tivesse alguma outra reação, voltasse para ela ou outro médico que tivesse na hora. (Gardênia)

[...] tomei os medicamentos, tomei as vacinas, fiz todos os exames. O atendimento foi legal (na maternidade). Eu me senti cuidada. [...] O médico do hospital foi maravilhoso! Foi ótimo, explicando tudo. [...] Ele passou receita e me levou lá na farmácia, pegou os remédios comigo, ele foi ótimo. Foi bem rápido lá. (Violeta)

[...] uma enfermeira que me atendeu quando eu cheguei lá, muito boazinha, conversou, perguntou se eu queria falar sobre o assunto. Eu falei que eu não queria. Ela me informou de tudo que iria acontecer comigo. Depois veio a médica, a assistente social, a psicóloga, ou seja, o atendimento lá eu não posso me queixar do humano. Na hora da Benzetacil, veio o rapaz. Eu falei:

“O senhor não me leve a mal, mas eu gostaria que viesse uma moça para me atender”. Ele na mesma hora saiu e veio uma moça. (Margarida)

[...] a gente ainda foi ouvida. Ela (médica do hospital) conversou com a gente para tranquilizar, não foi metendo injeção sem conversar. Ela explicou a questão dos remédios para evitar o HIV. Explicou que a gente tem que ficar tomando o remédio durante um mês, e depois fazer os exames. (Azaleia)

De acordo com essas falas, nota-se que as mulheres vítimas de estupro se sentem bem acolhidas pelos profissionais da maternidade e do hospital. Ao chegarem à maternidade para o primeiro atendimento, as mulheres são assistidas pela equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Nesse momento, recebem medicamentos profiláticos para DST, contracepção de emergência, administração de vacina e imunoglobulina contra hepatite B. Em seguida, as vítimas de estupro, depois de avaliada a necessidade de quimioprofilaxia antirretroviral, são encaminhadas a outra unidade hospitalar de referência a fim de complementar os cuidados de saúde. No hospital, as mulheres recebem profilaxia para o vírus do HIV.

As mulheres elogiaram a atenção que os profissionais de saúde demonstraram ter para com elas, expressa, por exemplo, na cuidadosa orientação sobre as medicações e na disponibilidade para atendê-las, em caso de efeitos ou reações indesejáveis das drogas. As mulheres declararam terem sido bem acolhidas nos espaços da saúde, especialmente pela atenção recebida pelos profissionais, dando ênfase à relação interpessoal com médicos e enfermeiros, sentindo-se protegidas e cuidadas pelos profissionais dos serviços de saúde referência no atendimento à mulher em situação de violência sexual.

Estudo sobre o atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual revelou um tempo despendido de 60 minutos ou mais para o atendimento às vítimas, demonstrando que os enfermeiros tiveram uma atitude acolhedora durante o atendimento imediato às mulheres que sofreram violência sexual. Ainda, os relatos das mulheres evidenciam que elas receberam orientações sobre os riscos de saúde, decorrentes da violência sexual e da finalidade das sorologias coletadas, assim como o uso dos medicamentos ARVs em horários adequados às suas atividades diárias. O estudo sinaliza que o atendimento de enfermagem imediato/urgência foi adequado, em acordo com o protocolo instituído pela instituição, e seguiu os passos do processo de enfermagem (REIS et al., 2010).

Um estudo realizado no estado de São Paulo, Brasil, cujo objetivo foi avaliar o funcionamento de dois serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, partindo da experiência de 13 usuárias e 29 profissionais de saúde, demonstrou que

em ambos os serviços a maioria das mulheres entrevistadas mantém vínculo com o pessoal da equipe após o término do tratamento, revelando dessa maneira a qualidade do acolhimento em um momento tão difícil de suas vidas (OLIVEIRA et al., 2005).

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolhimento entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantem credibilidade e consideração à situação de violência. Isso pressupõe receber e escutar as mulheres com respeito e solidariedade, buscando formas de compreender suas demandas e expectativas. Todavia, a humanização dos serviços demanda também um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livre de quaisquer julgamentos morais (BRASIL, 2012a), situações que não foram referidas pelas entrevistadas.

Embora tenham avaliado positivamente a qualidade da inter-relação profissional-cliente, as falas deixam claro que, na percepção das mulheres vítimas de estupro, a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde que integram a rede ainda têm muito a melhorar. Só então poderão assegurar à mulher uma assistência acolhedora e resolutiva.

A deficiência de resolutividade pode ser percebida a partir do exemplo de *Íris*, que lamentou não ter sido encaminhada ao hospital referência a fim de realizar profilaxia antirretroviral. Somente depois de decorridos cinco dias, ela recebeu em sua residência uma ligação da maternidade, informando-a do “esquecimento” e orientando-a no que fazer. Esta desarticulação resultou no descumprimento ao que preconiza a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual; esta recomenda a quimioprofilaxia antirretroviral em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o *status* sorológico do agressor for desconhecido (BRASIL, 2012a). No caso de *Íris*, a ligação fora realizada cerca de 120 horas depois do evento do estupro, levando ao risco de complicações à sua saúde.

Estudo realizado em São Paulo, Brasil, com o objetivo descrever as características do atendimento dispensado à mulher em um serviço universitário de referência, a partir da avaliação de 687 prontuários, revela que dois terços das mulheres chegaram ao serviço nas primeiras 24 horas após a violência sexual e que o atendimento nas primeiras 72 horas foi realizado em 87,6% das mulheres, permitindo a prescrição de profilaxias. A taxa de não adesão ao seguimento ambulatorial foi de 24,5%. As pacientes que não aderiram (compareceram apenas ao atendimento de urgência) apresentaram, quando comparadas às que aderiram ao atendimento ambulatorial, menor escolaridade, antecedente pessoal de violência sexual, doenças crônicas, mais agressões por conhecido e por meio de ameaça verbal (FACURI, 2013).

Estudo transversal realizado com 243 vítimas de violência sexual atendidas no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência sexual do Hospital Geral da Fundação Universidade de Caxias do Sul, no período de setembro de 2001 a março de 2008, apontou que apenas 34,2% das vítimas receberam o esquema completo de medicação profilática, composto pela anticoncepção de urgência, antibioticoterapia e antirretrovirais; 15,6% das vítimas utilizaram antibioticoterapia e antirretrovirais, e 39,5% delas não receberam nenhum tipo de medicação. Com relação ao retorno das vítimas ao serviço, constatou-se que 12,8% das atendidas não retornaram para o seguimento (MADI et al., 2010).

Estudo realizado na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, com 172 mulheres, com o objetivo de avaliar a adesão de mulheres vítimas de violência sexual ao tratamento de quimioprofilaxia do HIV, também evidenciou baixa adesão. A dificuldade econômica em ir ao serviço buscar o comprimido e o não entendimento do que seja o tratamento são razões que justificam o fato de as mulheres não aderirem ao tratamento. Esses motivos devem ser trabalhados pela equipe, e periodicamente avaliados, a fim de melhorar o índice de adesão (DINIZ et al., 2007).

Pesquisa quantitativa realizada através da análise de prontuários de mulheres atendidas por um serviço de saúde pública do município de Santo André, São Paulo, Brasil, entre 2005 e 2006, evidenciou que do total de 59 mulheres atendidas no biênio, 90% iniciaram a profilaxia para HIV, porém apenas 40,7% completaram o tratamento; quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e o acompanhamento ambulatorial, permitindo concluir que existem falhas assistenciais no que diz respeito à continuidade do seguimento das mulheres vitimadas sexualmente (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009).

Já um estudo de revisão sistemática sobre a adesão à profilaxia antirretroviral pós-exposição em vítimas de agressão sexual revelou ser baixa a taxa de adesão à profilaxia para as vítimas de agressão sexual em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entre os riscos da insuficiente adesão ao tratamento profilático, essa pesquisa apontou: risco de gravidez não planejada, morbidade psicológica e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV (CHACKO et al., 2012).

Ainda no que tange ao fluxo nos serviços de saúde de referência, as mulheres são ainda agendadas, com brevidade, para o acompanhamento ambulatorial. Esse agendamento se dá preferencialmente na mesma semana do atendimento na emergência. O ambulatório da maternidade oferece acompanhamento por um período médio de seis meses até um ano. No entanto, apesar de estas mulheres serem agendadas com brevidade para o acompanhamento ambulatorial, algumas delas só comparecem ao serviço tardiamente. Este fato compromete

significativamente a continuidade do cuidado à saúde da mulher vítima de estupro. Conforme já discutido neste trabalho, é importante uma busca ativa por parte do serviço da maternidade, a fim de evitar situações como a de *Margarida*, que passou quatro meses até comparecer ao ambulatório, e nesse período não recebeu nenhuma ligação do serviço.

Experiências exitosas, e que podem e devem ser reproduzidas, foram destacadas em um estudo de revisão sistemática e meta-análise sobre a adesão à quimioprofilaxia antirretroviral pós-exposição em vítimas de violência sexual, e o contato telefônico também foi referido. Três intervenções foram identificadas como estatisticamente significativas para melhorar a adesão: o aconselhamento por telefone, que levou as participantes à leitura dos folhetos de informações sobre cuidados pós-estupro; diários, que são modelos dirigidos por enfermeiras(os) de apoio e cuidados pós-estupro integrados em serviços hospitalares; e visitas de acompanhamento, por enfermeiras(os), durante mais de seis meses (CHACKO et al., 2012).

Estudo realizado em Campinas, São Paulo, Brasil, com o objetivo avaliar a evolução da adesão de mulheres vítimas de violência sexual ao seguimento ambulatorial, revelou uma diminuição significativa na taxa de abandono a este seguimento durante os seis meses preconizados. No último ano estudado, o índice de adesão foi de 70%, superior ao da maioria dos estudos encontrados na literatura. A taxa de abandono diminuiu principalmente após a primeira consulta ambulatorial. Esse dado reforça a importância de uma orientação adequada no atendimento inicial para dar continuidade ao seguimento ambulatorial, principalmente focando as orientações sobre os direitos legais da mulher, os potenciais riscos de gravidez indesejada, de aquisição de DST e de problemas psicológicos e sexuais futuros (OSHIKATA, 2011). Estas intervenções ampliam o olhar para uma gama de ferramentas que os profissionais de saúde dispõem a fim de criar estratégias práticas e viáveis de adesão ao acompanhamento pós-estupro, e assim oferecerem às mulheres uma continuidade do cuidado em saúde.

O cuidado de enfermagem à mulher vítima de estupro vai muito além de um cuidado técnico, pautado pelos pressupostos do modelo biomédico, em que as ações estão direcionadas para o fazer, com predomínio do cuidado na dimensão técnica. O cuidado de enfermagem perpassa a dimensão do acolhimento na dimensão da existência humana. Esta reflexão possibilita associar o fazer técnico a ações humanizadoras, no sentido de acolher, ouvir, tocar e silenciar. A partir do momento que o profissional de saúde adota a postura de acolher, isso pressupõe uma atitude receptiva para escutar de forma sensível a individualidade de cada ser. Na perspectiva da dimensão da existência humana, o cuidado de enfermagem se processa no encontro entre o ser cuidador e o ser cuidado, com a finalidade de compreender o

outro como um ser em potencial, reconhecendo na mulher um ser único em suas singularidades (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

Outra situação desvelada no estudo refere-se à insuficiência de recursos humanos. No atendimento emergencial da maternidade, as mulheres vítima de estupro compartilham os mesmos profissionais que atendem às emergências obstétricas. Assim sendo, não há profissionais específicos ao acolhimento desta mulher, as quais, após todo o sofrimento da vivência do estupro e peregrinação até a chegada à maternidade, ainda precisam aguardar por atendimento. Resultado congênere foi encontrado no estudo de Lima et al. (2013), que revelou como entrave os serviços de saúde: estes apresentam baixo número de profissionais em relação à demanda de usuários, o que causa demora no atendimento.

Nos espaços da saúde que lhe são referência, a mulher vítima de estupro é ainda submetida a um longo tempo de espera, pois o atendimento é demorado. Estudo realizado por Villela et al. (2011) revela a inexistência de fluxos específicos para o atendimento de mulheres que sofrem violência, porquanto o tempo de espera para o atendimento oscila entre duas e quatro horas, sendo o tempo médio entre a obtenção da senha e o atendimento pelo clínico, de três horas. Neste estudo, verificou-se, na vivência das mulheres entrevistadas, que o tempo demorado para o atendimento produz cansaço, estresse e desconforto, expressos na necessidade de passar uma madrugada adentro, uma madrugada sentada em uma cadeira, com o corpo já dolorido pelas marcas da violência sexual. A expressão usada por Rosa resume tais dificuldades: “Foi muita luta”.

Pesquisa qualitativa, realizada com mulheres vítimas de estupro, também corrobora ser a espera pelo atendimento um dos aspectos mais dolorosos para a mulher em situação de violência sexual (SUDÁRIO; ALMEIDA; JORGE, 2005). Estudo desenvolvido em oito comunidades em Kampala, Uganda, ressalta que as mulheres devem ser tratadas com sensibilidade pelos serviços de saúde (COLOMBINI et al., 2013).

Nesse contexto, devem-se criar condições institucionais de priorizá-las no atendimento. Entretanto, de uma forma geral, o estudo revela que o tempo de espera no atendimento da rede é uma situação que expõe, mais uma vez, as mulheres. Algumas saem de casa e percorrem 22 horas contínuas, muitas vezes desacompanhadas, passando por longo período de espera: espera no percurso da residência aos serviços; espera no percurso entre os serviços intersetoriais para a chegada no serviço de saúde; espera para os atendimentos. Vale referir que a infraestrutura inadequada não se limita aos recursos humanos. Estudo com profissionais de saúde refere que a escassez de recursos humanos e materiais é uma realidade

vivenciada em serviços e rede de apoio a mulheres em situação de violência (COSTA et al., 2013).

A ambiência, entendida como espaço que visa à confortabilidade, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valoriza elementos do ambiente que interagem com as pessoas. Entendida ainda como espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, a ambiência favorece a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo; é de fundamental importância nos locais que compõem a rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2010).

Nota-se que o ambiente para o atendimento da mulher vítima de estupro exibe uma estrutura física inadequada, sinalizada por mobília desconfortável, espaço físico sem privacidade, uma vez que se trata de sala aberta, separada de outros espaços por cortinas. O local para o “acolhimento à mulher” é, pois, inapropriado, restringindo o diálogo com o profissional, em especial por deixá-la mais envergonhada e exposta a ter sua história propagada no serviço.

Estas inadequações descumprem as recomendações do MS, pois a norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes assim recomenda: “é necessário garantir um espaço determinado, que ofereça privacidade para a entrevista, de preferência sem a presença de pessoas que possam inibir o relato” (BRASIL, 2012a, p. 32). No item instalação e área física, esta norma diz:

Para o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual deve ser definido um local específico, preferentemente fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e os exames. **Essa medida é fundamental no processo de acolhimento**, estabelecendo um ambiente de confiança, respeito e compreensão da complexidade do fenômeno. Por outro lado, deve-se coibir qualquer situação que provoque ou produza o constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro. Para a avaliação clínica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório médico (BRASIL, 2012a, p. 18, grifo nosso).

A área física da maternidade de referência ao atendimento da mulher vítima de violência sexual é também responsável pela demanda de gravidez de alto risco para todo o estado e não dispõe de suficientes recursos humanos, o que influencia na qualidade do atendimento à mulher (BRASIL, 2004b). Tais desrespeitos e inobservâncias apontados pela

inadequada infraestrutura da maternidade, associados ao insuficiente quantitativo de recursos humanos, resultam em situações que geram depreciação ao atendimento.

Sendo a humanização de responsabilidade de todos que atuam nos serviços, o acolhimento deve ser iniciado desde a porta de entrada do serviço, mediante a recepção de qualquer profissional, seja ele vigilante ou atendente, que em geral estão na recepção. No entanto, percebe-se neste estudo que alguns funcionários que atuam na porta de entrada de serviços de referência são considerados pelas entrevistadas como despreparados para o acolhimento à mulher em situação de violência sexual. As falas revelam o constrangimento das mulheres ao serem questionadas na entrada ao serviço quanto ao tipo de atendimento, considerando que a maternidade só atende a gestantes e mulheres vítimas de estupro. Tal intervenção reflete despreparo do serviço para acolhimento às mulheres vítimas de estupro, visto ser um serviço de referência para tais casos. Neste caso, quando não percebem a gravidez, os funcionários já deveriam estar atentos para a violência sexual e o acolhimento a essa mulher.

Situação semelhante foi identificada em estudo realizado em São Paulo, Brasil, que apontou que os centros de saúde e os hospitais apresentam similaridades no tocante à falta de espaços reservados para o acolhimento, ou quanto à demora e a inexistência de fluxos específicos para o atendimento. Menciona também a impessoalidade e a função exercida pelo segurança, que mesmo não sendo capacitado, assume a tarefa de ouvir a demanda da usuária e dar as primeiras orientações sobre o atendimento requerido. Contudo, tal conduta pode dificultar a expressão das vivências íntimas das mulheres e tornar constrangedora a busca pelo atendimento (VILLELA et al., 2011).

Outra situação que reflete o despreparo profissional pode ser constatada no relato de *Margarida*, quando, após informar que busca o serviço por conta da exposição ao estupro, a atendente diz: “*Nossa! Onde foi?*”. Esse exemplo revela claramente que alguns profissionais não sabem lidar com as situações de violência sexual. Assim, 21 mulheres em situação de violência, residentes em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, relataram que muitas vezes os profissionais se limitam a ouvir a queixa da mulher e a encaminhá-la a outros locais (MENEGHEL et al., 2011). Expõe, portanto, a desorganização e o despreparo dos serviços. Resultados semelhantes foram identificados no estudo de Lima et al. (2013), no qual os entrevistados ressaltam o despreparo e a falta de perfil dos profissionais do serviço para assistir mulheres vítimas de violência, implicando tal despreparo um atendimento desumano.

Tais eventos configuram violência institucional, intensificam a dor das mulheres e são incongruentes ao acolhimento. Num estudo clínico-qualitativo em que foram entrevistados seis enfermeiros de um serviço de assistência a mulheres vítimas de violência sexual em Campinas, São Paulo, Brasil, identificou-se que o acolhimento é um fator fundamental para uma assistência humanizada e individualizada. Os profissionais identificaram a necessidade de capacitação para o atendimento, uma vez que o despreparo é um fator que pode interferir nas diversas maneiras de agir (REIS et al., 2010).

Lima et al. (2013) acreditam que os meios de suporte e auxílio que as mulheres em situação de violência sexual recebem interferem nas consequências e no grau dos danos causados pelo abuso, independentemente do grau da violência sofrida. Assim, necessária se faz uma melhor organização dos serviços para garantir o acolhimento à mulher. Isso requer adequação da infraestrutura no que tange aos recursos humanos e estrutura física; além disso, exige o preparo de todo o corpo de funcionários para o entendimento do propósito e funcionamento de um serviço de referência, bem como no tocante a uma abordagem respeitosa e acolhedora à mulher vitimizada.

A enfermagem assume papel de destaque, uma vez identificado neste estudo que o primeiro contato das mulheres vítimas de estupro, que buscam o serviço hospitalar, é feito através do atendimento da equipe de enfermagem. Nesse momento, o profissional enfermeiro(a) faz o acolhimento, avalia as necessidades e efetua os encaminhamentos de acordo com a avaliação dos danos causados pela violência. Autores afirmam que para que seja feito um atendimento de qualidade é necessário que os profissionais estejam capacitados para acolher, oferecer conforto, segurança e restabelecimento, no sentido de aliviar o sofrimento da mulher, e assim estabelecer um relacionamento profissional/cliente que garanta a adesão da usuária ao serviço de saúde (MATTAR et al., 2007; HIGA et al., 2008; FAUNDES et al., 2006).

4.2.3 Implicações do estupro para a saúde das mulheres

Esta categoria viabiliza compreender, através dos discursos de mulheres vítimas de estupro, o quão profundo é o sofrimento que permeia o estupro. Possibilita, também, expressar a indignação pelo abuso sexual. As subcategorias, a seguir apresentadas, buscam retratar tal sofrimento.

✓ **O sofrimento relacionado à fragmentação dos serviços para o atendimento**

A desorganização dos serviços referências para o atendimento à mulher em situação de violência sexual intensifica o sofrimento da mulher, pois dificulta sua chegada ao serviço de saúde. A fala de *Margarida* denota o sofrimento da mulher ao ter de contar diversas vezes o estupro, inclusive em um mesmo serviço. Essa situação que leva à revitimização da mulher e potencializa sua dor pode ser percebida na fala a seguir:

Os serviços deveriam ser tudo unificado, tudo em um lugar só. Acho que tinha que ter uma forma mais simplificada de ser tudo no mesmo lugar, porque eu pensei dez vezes em ir lá buscar os outros remédios. Eu não queria ir, porque eu ia ter que contar a história toda de novo [...] e foi o que aconteceu. [...] Eu tive que passar de novo por uma bateria de perguntas, preencher fichas. [...] uma exposição novamente [...] porque você fala com um, aí depois chega outra, você tem que contar de novo. [...] Eu tive que vivenciar aquilo várias vezes. [...] deveria ser tudo no mesmo local para ela não se expor mais. [...] Aqui (maternidade) devia ter uma delegacia, uma pessoa que ficasse ou uma forma de ser enviado para delegacia da mulher [...] que a mulher não tivesse que sofrer mais essa exposição. [...] a violência não acaba. No momento que você revive, eu acho que é pior. (Margarida)

✓ **O sofrimento relacionado ao tratamento agressivo**

O uso da medicação profilática de rotina também gera grande sofrimento às mulheres, devido aos efeitos colaterais desagradáveis. Ao ingerir os medicamentos, as entrevistadas referiram indisposição, náusea, cefaleia, reações que explicitam a agressividade do tratamento, conforme expressam as seguintes falas:

[...] eu passei mal com enjoo, dor de cabeça, fiquei muitos dias ainda muito indisposta por causa da medicação. [...] Aquele impacto tão grande que eu levei naquele dia, aquele monte de remédio, aquele monte de informação toda junta [...] Foi tudo muito agressivo, o tratamento todo. (Margarida)

[...] ela (nora) tomou doze comprimidos, e eu tomei dez. [...] no hospital também teve a medicação, a gente tomou mais três [...] A gente levou tudo a sério. Tomou o coquetel do começo até o fim. É horrível, são 30 dias que a pessoa pensa que não vai suportar. [...] O mês todo, enjoo, mal-estar horrível, mas conseguimos, graças a Deus. (Rosa)

✓ **O sofrimento relacionado aos danos para a saúde mental**

As falas a seguir tornam claro que a vivência de estupro deixa marcas profundas nas mulheres, comprometendo sua saúde e qualidade de vida:

[...] nos primeiros dias, eu fiquei dentro de casa [...] Eu ainda não saí nem na porta. (Azaleia)

[...] a gente não tem chão. Vê a imagem o tempo todo. (Rosa)

Eu ainda estou com esse medo. [...] Hoje pela manhã, eu vim de canoa, vieram três conhecidos na canoa comigo [...] Eu fiquei apreensiva, com medo, com o sistema de alarme aceso. [...] Até hoje, se eu for contar, eu começo a chorar. Eu me arrepio toda! (Lilac)

Primeiro foi uma sensação de impotência, uma sensação de revolta. Depois (do estupro), o sentimento de muita solidão, não ter ninguém para conversar comigo (choro). Uma vida com medo [...] A pior parte está sendo andar de transporte público. Pensar que alguém vai encostar em mim, é horrível! [...] Ansiedade muito grande, um sentimento de incapacidade [...] Falei com a psicóloga que outro dia eu pensei até em me matar. [...] Fiquei com dificuldade de comer, de dormir, passei a fumar [...] Quero parar de fumar, mas é como se fosse uma válvula de escape, como se fosse um companheiro. (Margarida)

O estudo desvela o sofrimento da mulher vítima de estupro e revela o quão angustioso é o caminhar da mulher que decide pela busca de atendimento nos serviços que integram a rede; e quão doloroso é o tratamento quimioprolifático. A peregrinação em busca por cuidado à saúde e a medicação “agressiva” são experienciadas pelas mulheres que momentos antes passaram pelo terror do estupro.

Considerando que os serviços se encontram pulverizados, percebe-se que, durante a peregrinação em busca do cuidado à saúde, a mulher encontra-se vulnerável a reviver a violência sofrida, em especial pelo fato de ter de relatar sua história de estupro em cada serviço onde seja atendida. Tal aspecto leva a questionar a forma como estão organizados os serviços, e o seu fluxo. Corroborando este estudo, a Política Nacional de Humanização entende que, entre as principais limitações para a efetivação do acolhimento à mulher vítima de estupro que busca os serviços de saúde, encontram-se a desorganização dos serviços e a inexistência de fluxo adequado de encaminhamentos para as mulheres provenientes do interior (BRASIL, 2004c). Tal contexto favorece a revitimização da mulher, que na maioria das vezes precisa relatar suas histórias a cada serviço.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo descritivo, realizado em um hospital público do estado do Ceará, Brasil, referência em doenças infecciosas, HIV/AIDS, que atende à demanda de mulheres vítimas de estupro. Os resultados demonstraram que mulheres vítimas de estupro entrevistadas, para ter suas necessidades contempladas,

percorrem pelo menos cinco instituições. Isso se torna mais grave, não somente pelo tempo e pelo transtorno de se deslocar para tantos lugares, mas, principalmente, pela exposição da mulher, que precisa narrar a mesma história diversas vezes (SUDÁRIO; ALMEIDA; JORGE, 2005). O fato de ter de dirigir-se a inúmeros locais, contar e recontar as suas histórias, ter a veracidade das informações questionadas, experienciar procedimentos em duplicidade ou desnecessários é um ponto crítico da rota das mulheres (MENEGHEL et al., 2011).

Uma possibilidade vislumbrada, em concordância com o MS, para evitar que a mulher vítima do estupro tenha de repetir sua história para os diferentes profissionais da equipe consiste num registro unificado, que reúna as observações específicas de todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2012a). Busca-se com este método evitar que os diferentes membros da equipe perguntem à mulher novamente detalhes da violência sofrida (FAUNDES et al., 2006). Esse instrumento cabe na proposta de *Margarida*, no tocante à organização dos serviços que demande a mulher que sofreu o estupro, em um mesmo ambiente físico, podendo também ser utilizado nos diversos serviços da rede, mesmo localizados em espaços físicos distantes. Para tal, necessário se faz lançar mão de tecnologias que permitam o encaminhamento dos registros aos serviços de interesses.

Pesquisa realizada com 146 de mulheres vítimas de violência sexual atendidas no hospital da Mulher em São Paulo, Brasil, revelou que após a articulação do serviço para o atendimento multidisciplinar, bem como a convergência de todos os serviços para o mesmo local, facilitando o deslocamento da vítima, houve um aumento nos retornos das mulheres ao acompanhamento ambulatorial (REIS et al., 2010). Neste sentido, a articulação do serviço se faz indispensável para a adesão da mulher ao tratamento e seu acompanhamento. É importante referir ainda que a ideia de um “complexo de atendimento à mulher vítima de violência sexual” com todos os serviços integrados e unificados, pensada por *Margarida*, surge justamente no sentido de minimizar a dor da mulher que repete por diversas vezes a história que quer esquecer.

Faz-se necessário lançar um olhar atencioso a esses aspectos, para que os serviços, da forma como estão organizados, não causem a revitimização destas mulheres que já são vítimas de uma violência tão cruel como a violência sexual. Nessa ótica, as mulheres tornam-se vítimas também da omissão do Estado e mesmo da sociedade, ambos incapazes de desenvolver medidas eficazes de prevenção, controle e tratamento desse tipo de violência (SUDÁRIO; ALMEIDA; JORGE, 2005).

As falas revelam ainda o sofrimento associado ao uso das medicações. As entrevistadas queixaram-se do tratamento medicamentoso, devido à quantidade de drogas

profiláticas que são administradas simultaneamente e em decorrência dos “agressivos” efeitos colaterais. Os efeitos secundários mais comuns da anticoncepção de emergência são as náuseas, em 40% a 50% dos casos, e o vômito, em 15% a 20%; da imunoglobulina humana anti-hepatite B são raros, e quando ocorre incluem febre, dor no local da aplicação e, excepcionalmente, reações alérgicas. A profilaxia antirretroviral, por sua vez, pode desencadear toxicidade medicamentosa, com efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga (BRASIL, 2012a).

Contudo, apesar de o MS considerar que as medicações propostas são eficazes por sua aplicação rotineira para o tratamento dessas infecções, ele também afirma que a eficácia dos esquemas para a prevenção de DST, após a violência sexual, ainda não foi avaliada (BRASIL, 2012a). Conhecendo o sofrimento decorrente do tratamento “agressivo”, este estudo sinaliza para a necessidade de se realizar pesquisas que avaliem a eficácia destas medicações e se os riscos encontrados compensam todo o sofrimento por conta da medicação.

A administração de drogas profiláticas é uma medida fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos intensos e severos impactos da violência sexual, pois as doenças sexualmente transmissíveis (DST), adquiridas em decorrência da violência sexual, podem implicar graves consequências físicas e emocionais. Estudos têm mostrado que, entre mulheres que sofreram violência sexual, 16% a 58% delas adquirem pelo menos uma DST. A profilaxia das DST não virais em mulheres que sofreram violência sexual está indicada independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e da idade da mulher (BRASIL, 2012a).

Entretanto, existem algumas condições que merecem um olhar atento por parte dos profissionais de saúde. Uma vez percebido o sofrimento da mulher pelo tratamento “agressivo”, é importante que o profissional postergue tais prescrições. O MS preconiza que

a prevenção das DST não virais pode ser postergada a critério do profissional de saúde e da mulher, em função das condições de adesão desta ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento. Para evitar o uso concomitante de diversas medicações, que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, deve-se optar preferencialmente pela via parenteral para administração dos antibióticos, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento. [...] Caso seja feita a opção por medicações orais, recomenda-se realizar a profilaxia para as DST em, no máximo, duas semanas após a violência sexual (BRASIL, 2012a, p. 45).

À semelhança do que ocorre com as DST, o risco de infecção pelo HIV depende de muitas condições, exigindo avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o

tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência, considerando o momento do crime. A quimioprofilaxia não está indicada nos casos de uso de preservativo durante todo o crime sexual; casos de penetração oral sem ejaculação; violência sofrida há mais de 72 horas; agressor sabidamente HIV negativo; abuso crônico pelo mesmo agressor. Nos casos de agressor sabidamente negativo, mesmo reconhecida a possibilidade de soroconversão recente (“janela imunológica”), considera-se a soroconversão um evento extremamente raro se não houver presença de sintomas de infecção aguda no agressor (BRASIL, 2012a).

Considerando todo o sofrimento decorrente do uso da quimioprofilaxia, cuja recomendação é de uso por quatro semanas consecutivas, é imperioso o apoio das autoridades policiais no sentido de identificar e buscar o agressor para a realização de testes sorológicos. Desta forma, a depender dos resultados, pode-se interromper o tratamento, e assim minimizar o sofrimento da mulher.

Em estudo descritivo realizado no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), cidade de Sorocaba, São Paulo, Brasil, foi relatada uma experiência exitosa, na qual enfermeiras do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia estabeleceram comunicação com o agressor para a realização de testes sorológicos, a fim de evitar alterações como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga; estes são provocados por conta da toxicidade medicamentosa da quimioprofilaxia antirretroviral. Explica-se: nos casos em que o acusado encontra-se detido na Delegacia ou em Casa de Detenção Provisória (anteriormente designada presídio), é solicitada autorização ao responsável pela Unidade, e a coleta de amostra sanguínea do denunciado somente é feita se houver consentimento, livre e esclarecido, assinado por ele para o procedimento. Já para situações em que o acusado se encontra em seu domicílio, o contato é feito via telefone ou carta, convidando-o a comparecer ao CHS ou à Vigilância Epidemiológica do município para coleta de sorologia. Do mesmo modo, há orientação prévia para esclarecimento de que não existe obrigatoriedade nesse procedimento, e sua autorização é feita mediante assinatura de um termo de consentimento. Esclarece-se, ainda, que o procedimento não está vinculado à investigação policial ou demanda judicial, mas que tem seu foco voltado a ações específicas de saúde. Devido a essas ações, o estudo concluiu que tal projeto possibilita conhecer a sorologia anti-HIV dos denunciados e suspender, para um terço das vítimas, o uso da quimioprofilaxia antirretroviral, diminuindo a possibilidade de efeitos adversos (CAMPOS; SCHOR, 2008).

Salienta-se ainda que nos casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando

ocorrer uso de preservativo durante todo o crime sexual, não se recomenda a profilaxia de DST não virais. Nesse sentido, pode-se perceber que o uso da profilaxia deve ser individualizado; nesses casos buscam-se estratégias para interromper o ciclo de violência (BRASIL, 2012a).

As frequentes queixas relacionadas aos efeitos colaterais das drogas profiláticas corroboram o MS acerca da importância da elaboração de projetos terapêuticos individuais (PTS)⁶. Recomenda-se que a pessoa responsável pelo primeiro atendimento escute a história e faça uma descrição detalhada da violência, incluindo o tipo ou tipos de agressão, número de agressores, uso de preservativos em todo o ato sexual; após isso, estabeleça formas individuais de cuidado, a partir da singularidade da situação vivenciada por cada mulher. Em todo esse processo devem-se considerar os sentimentos, desejos, ideias e concepções das mulheres, valorizando a percepção pela própria usuária da situação que está vivenciando, consequências e possibilidades (BRASIL, 2012a, p. 56; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2010; BRASIL, 2004b).

Com relação à percepção acerca do estupro vivenciado, as entrevistadas revelaram sentimentos de ansiedade, solidão, incapacidade e medo. As imagens da violência vêm à tona, fazendo-as reviver o momento de violência sofrido, gerando danos à saúde mental. Estas mulheres também referiram mudanças de hábitos; possivelmente pela somatização da dor psíquica, passaram a apresentar distúrbios alimentares, distúrbios do sono e tendência para o tabagismo. Tais significações resultaram em intensificação do sofrimento, o que requer intenso e contínuo suporte psicoterapêutico.

Segundo estudo de Oliveira et al. (2005), a violência sexual acarreta uma série de efeitos na vida das mulheres, expressos através de sentimentos como: trauma emocional, medo, sequelas físicas, insônia, efeitos colaterais dos medicamentos, dificuldade em retomar a vida sexual e o trabalho. As mulheres passam a sentir medo de estarem desacompanhadas e, muitas vezes, tornam-se incapazes de realizar tarefas cotidianas como tomar banho, entrar num elevador, andar de ônibus, ficar em qualquer ambiente sem companhia. Passam a ter contínua desconfiança de homens. Quando a violência ocorre próximo à sua moradia, há muito medo de que o agressor possa retornar e expressam desejo de mudar de residência. Às vezes não prestam queixa na delegacia por medo do retorno do agressor, ou quando o fazem,

⁶ O PTS é um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No Projeto Terapêutico Singular, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização.

convivem com o medo da vingança. Madi et al. (2010) defendem ser responsabilidade dos serviços de saúde a proteção às vítimas da violência sexual no que tange aos impactos físicos e emocionais que envolvem o estupro.

Estudo realizado com 18 mulheres vítimas de abuso sexual, atendidas pelo SAVAS (Serviço de Atendimento à Vítima de Abuso Sexual), um programa desenvolvido pelo Governo Federal no Hospital da Universidade Federal do Amazonas, e pelo Programa Sentinela, estado do Amazonas, Brasil, também revelou as consequências do abuso para a saúde física e mental das mulheres. Para o estudo, algumas dificuldades aparecerem logo após o ocorrido, tais como medos generalizados, depressão, isolamento e baixa autoestima; e outras surgem depois, como o estresse pós-traumático. Entretanto, mesmo tendo decorrido um ano do abuso sexual, alguns efeitos ainda persistiram, dentre eles: insegurança, pesadelos, nervosismo, falta de apetite, gastrite, depressão crônica, frieza nas relações sexuais, medo constante da repetição do abuso, bem como várias dificuldades de natureza comportamental, emocional e física, como: medo de dormir sozinha, cansaço, interferência nos estudos e nas relações familiares (MARTINS, 2011).

Estudo sobre violências sexuais realizado no Rio de Janeiro, Brasil, destaca, entre os danos da violência sexual: risco de suicídio mais elevado do que na população em geral; ansiedade patológica, envolvendo angústias e fobias; sentimentos intensos de ódio, culpa e nojo; distúrbios alimentares; reações ou comportamentos violentos e de dominação; prejuízo à maturidade sexual; tendência a comportamentos antissociais; uso de drogas; etc. (PRADO; PEREIRA, 2008). Os danos decorrentes da violência sexual podem ser físicos e/ou psicológicos, imediatos ou em longo prazo. Variam entre doenças sexualmente transmissíveis (HIV-AIDS), gravidez, dor e vulnerabilidade ao uso de drogas, prostituição, depressão, sentimentos de culpa, isolamento, baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático, suicídio e problemas de comportamento (LUCANIA, 2009; TALBOT et al., 2009).

Chama atenção para o comprometimento da violência sexual no tocante à saúde mental das mulheres. Tanto as vítimas recentes de estupro quanto as mais antigas vivenciavam ainda o trauma decorrente do evento: o transtorno por estresse pós-traumático (SUDÁRIO; ALMEIDA; JORGE, 2005). Estudo transversal realizado em 2009, com 236 estudantes do Ensino Médio, em três cidades do oeste paulista (Presidente Prudente, Assis e Ourinhos), investigando possíveis consequências psicológicas da vitimização pela violência sexual, indicou que 39,8% salientaram ter pensado em suicídio e 16,5% declararam ter tentado suicídio (TEIXEIRA-FILHO et al., 2013).

Resultados de oficinas de autoestima realizadas com profissionais da área da saúde e mulheres violentadas sexualmente e que procuraram ajuda na Casa de Saúde da Mulher Prof. Dr. Domingos Delásio, da Unifesp, evidenciaram que após todo o trauma sofrido na situação de estupro, a segunda grande ameaça, além do medo que envolve a situação em si e a probabilidade de adquirir doenças, é o medo de ter gerado uma criança, fruto do acontecimento traumático, o sentimento de impotência e o nojo em relação ao agressor, assim como qualquer objeto que possa lembrar o fato (VIANNA; BONFIM; CHICONE, 2006).

Estudo realizado em São Paulo, Brasil, com mulheres que sofreram violência sexual, a partir da avaliação de 687 prontuários ressalta que a violência sexual foi a primeira relação sexual para um quarto das vítimas, e caso se considerem apenas os pacientes com até 19 anos, esta taxa sobe para 45,4%. Esse dado representa um potencial agravante à sexualidade futura dessas pacientes (FACURI, 2013).

Todo esse sofrimento que permeia o estupro, as fragilidades e desestruturas na rede de atenção à mulher em situação de violência sexual preocupam, sobretudo quando se trata de um estado com altíssimos índices de violência contra a mulher. E leva a pensar se, de fato, está-se cuidando destas mulheres ou se são apenas meros técnicos, limitando-se a distribuir medicamentos. Precisa-se garantir a essas mulheres um cuidado que contemple todas as suas demandas e que, verdadeiramente, considere os aspectos de sua integralidade.

5 CONSIDERAÇÕES

Ao lançar o olhar para a vivência de mulheres vítimas de estupro na busca por cuidado à saúde, este estudo permitiu um profundo mergulho na complexa temática da violência sexual, suas interfaces com as questões de saúde, acolhimento e intersetorialidade, levando a refletir acerca da coragem das mulheres que, após o estupro, rompem o silêncio, vencem o medo, a vergonha e decidem caminhar em busca do cuidado à saúde nos serviços de referência para atendimento a mulheres em situação de violência sexual.

Diante da vivência de estupro, as mulheres entrevistadas declararam terem sido bem acolhidas nos espaços da saúde, especialmente no tocante à atenção recebida pelos profissionais médicos e enfermeiros, referindo que se sentiram bem acolhidas, protegidas e cuidadas. Essa relação de cuidado mulher-profissional se deu de forma tão intensa e especial, sobretudo pelo fato de estas mulheres se acharem fragilizadas e sensíveis.

As mulheres que sofreram o estupro desconhecem a necessidade de cuidados de saúde, pois em muitos casos buscam primeiramente os serviços de outras esferas da atenção, tais como a delegacia e o IML, e só chegam posteriormente aos serviços de saúde, quando são informadas por conhecidos ou pelos serviços intersetoriais. As mulheres relataram não ter tido conhecimento para onde ir e onde buscar ajuda nos casos de estupro. Todavia, mais grave é o fato de profissionais da rede também desconhecerem o fluxo ente os serviços. O desconhecimento delas, e destes profissionais, a respeito dos serviços que compõem a referência ao atendimento à mulher em situação de violência sexual compromete significativamente o cuidado de que estas necessitam, e no tempo adequado. Tal situação viola seus direitos, uma vez que desconsidera a primazia do cuidado de saúde à mulher vítima de estupro.

Ao sobrepujar o desconhecimento, as mulheres vítimas de estupro adentram num caminho em busca de cuidados à sua saúde e vivenciam um fluxo desordenado, que desencadeia buscas invertidas aos serviços, deslocamentos desnecessários, além de enfrentar dificuldades para o acesso a serviços da rede. Esses fatores evidenciam a desarticulação existente entre os serviços e órgãos de atenção à mulher e implicam as seguintes questões: como será, para essa mulher, ter de percorrer tais serviços logo após sofrer um estupro? Quantas mulheres vítimas de estupro desistem, ao se deparar com esses entraves? Será que as estatísticas representam o quantitativo de ocorrências desse tipo de violência? Embora o estado já reconheça os agravos à saúde da mulher que sofre estupro, nas mais variadas

expressões, a rede de serviços da forma como está posta gera mais ou menos sofrimento às mulheres? As mulheres que são vítimas de estupro e que não buscam o atendimento de saúde, apresentam menor ou maior sofrimento?

Essas inquietações configuram-se em lacunas deste estudo e incitam a necessidade de novos estudos, a fim de uma melhor compreensão da problemática.

Difícil e penoso é o caminhar solitário das mulheres, porquanto não há profissionais preparados que as acompanhe, o que acaba por intensificar a dor que permeia o estupro. É preciso salientar que as mulheres fazem todo um percurso desconhecido, literalmente no escuro, pois grande parte desse movimento se dá na madrugada. Aponta-se, pois, para a importância do acompanhamento profissional às mulheres vítimas de estupro: não só para minimizar o medo e confortá-las, ampliando-lhes a sensação de segurança, como também para conduzi-las na rede, favorecendo o acesso ao serviço de referência na saúde.

O estudo aponta para a inadequada infraestrutura da maternidade, sobretudo por conta da falta de espaço físico para a abordagem a mulher com privacidade e do insuficiente quantitativo de recursos humanos, situação que provoca demora no atendimento. Soma-se ainda a crítica a funcionários dos serviços, que acabam por expor as mulheres e propagar o estupro de que estas foram vítimas, desvelando a violência institucional.

Essa vivência de mulheres que sofrem o estupro e buscam o atendimento nos serviços de saúde é marcada por desafios desde os descaminhos longos e solitários trilhados para se chegar aos serviços de referência, passando pelo desacolhimento nos serviços de saúde, até o sofrimento decorrente de todas essas etapas conflituosas. Toda essa vivência favorece um processo de revitimização desta mulher, que já carrega os traumas provenientes do estupro.

Os efeitos colaterais agressivos da medicação, as lembranças recorrentes da cena de violência vivenciada e a somatização da dor psíquica se sobrepõem aos entraves e ao atendimento nos serviços que integram a rede, fazendo questionar se, de fato, está-se cuidando dessa mulher; se se é capaz de oferecer uma atenção para além da técnica e da distribuição de medicamentos; se se permite acolhê-las, considerando toda a dor que envolve o ato do estupro, a busca de cuidado à saúde e os traumas que permanecem; e o pior, se se sabe acolher, visto que não se é ensinado a lidar com a violência.

Acredita-se que este estudo traz contribuições ao meio científico, acadêmico, político e social, pois fornece subsídios importantes para a produção do conhecimento sobre a temática e possibilita repensar o cuidado às mulheres em situação de violência sexual, especialmente as vítimas de estupro. Ressalta-se a necessidade de ações políticas para uma efetiva articulação dos serviços ao atendimento à mulher em situação de violência sexual que,

de fato, seja acolhedor. Isso pode se dar, por exemplo, por meio da organização dos serviços em um mesmo espaço físico, sem que as mulheres precisem se deslocar e repetir sua história por diversas vezes. O estudo direciona-se ainda para a necessidade de se discutir tais especificidades nos cursos de graduação na área da saúde, a fim de melhor qualificar os profissionais para o acolhimento às mulheres em situação de violência.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão e Participação Social. **Plano Estadual de Saúde do Quadrênio 2012-2015 (PES2012-2015)**. Organização de Maria de Cássia Barbosa de Oliveira Melo, Maria Alice Gomes Athayde e Sylvana Medeiros Torres. Maceió, 2012.

AQUINO, N. M. R. De et al. Sexual violence and its association with health self-perception among pregnant women. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2014.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Soc.** p. 11–23, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29570/31437>> Acesso em: 21 nov. 2013.

BEAUVOIR, S; MILLIET, S. (Trad.). **O segundo sexo: fatos e mitos**. 3. Ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1980. 309 p.

BEDONE, A. J.; FAUNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007.

BELKNAP, J. Rape: too hard to report and too easy to discredit victims. **Violence Against Women**, v. 16, p. 1.335-44, 2010.

BOURDIEU, P.; KÜHNER, M. H. (Trad.). **A dominação masculina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 160 p.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comun. Saúde, Educ.** p. 165–74, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100014>. Acesso em: 20 out. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Homologada a resolução CNS 196, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Homologada a resolução CNS 466, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar Orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica n. 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; n. 131. Brasília, 2002.

_____. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Lei de Notificação Compulsória da Violência**. Disponível em: <<http://planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.778.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS – Ambiência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização**. A humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004c.

_____. Decreto-lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm> Acesso em: 21 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. Reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011a.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica.** 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).** Brasília; 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação.** Tecnologia de informação a serviço do SUS. DATASUS. TABWIN. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def> Acesso em: 18 jan. 2014.

CAMPOS, M. A. M. R. **Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde.** 2006. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública / USP, São Paulo-SP, 2006.

CAMPOS, M. A. M. R.; SCHOR, N. Violência Sexual como Questão de Saúde Pública: importância da busca ao agressor. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 190-200, 2008.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003.

CHACKO, L. et al. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. **Sex. Transm. Infect.** 2012. p. 335-41. DOI: 10.1136/sextrans-2011-050371. Disponível em: <http://sti.bmj.com/content/88/5/335.abstract> Acesso em: 20 jan. 2013.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. T. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Revista Serviço Social & Saúde.** UNICAMP Campinas, v. 9, n. 10, Dez. 2010.

COLOMBINI, M. et al. “I feel it is not enough...” health providers’ perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. **BMC Health Serv. Res.** 2013 Fev 18; 13:65. DOI: 10.1186/1472-6963-13-65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3582493/pdf/1472-6963-13-65.pdf> Acesso em: 10 nov. 2013.

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER (CPMIVCM). Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Relatório Final. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. Brasília, 2012.

COSTA, D. A. C. C. et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 2, p. 302-9, abr./jun. 2013.

COUTO, N. et al. Abordagem do profissional de Enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Revista: Cuidado é Fundamental**. On line. v. 3, n. 2, p. 1.841-47, abr./jun. 2011.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n.2, p. 417-425, mar./abr., 2005.

DINIZ, N. M. F. et al. Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [internet]. v. 15, n. 1, p. 7-12, 2007.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, maio, 2013. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CLAUDIAFACURIETAL_CAISM2013_artigovioleneciaseexual.pdf> Acesso em: 16 fev. 2014.

FARIA, A. L.; ARAÚJO, C. A. A.; BAPTISTA, V. H. Assistance to the victim of sexual violence: the experience of the University of Taubaté. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 10, n. 4, p. 1.138-43, 2008.

FAUNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 28, n. 2, p. 126-35, 2006.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. ISSN 1983-7364, ano 7. São Paulo-SP; 2013.

GARCIA, L. P. et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de pesquisa econômica aplicada – IPEA: 2013.

GOMES, N. P. et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. Enferm. UERJ** [Internet]. 2012; 20: 173-8. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a06.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2013a.

_____. Referrals of women in domestic violence situations. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 377-384, 2013b.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>> Acesso em: 30 jan. 2014.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTMOELLER, M. A global overview of gender-based violence. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Washington, DC, USA. v. 78, n. 1, p. 5-14, 2002.

HESSEN, J; CUTER, J. V. G. (Trad.). **Teoria do conhecimento**. Martins Fontes: São Paulo, 2000. 116 p.

HIGA, R. et al. Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 42, n. 2, p. 377-82, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil de Estados: Alagoas. Consulta Online: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=al>> Acesso em: 29 jan. 2014.

_____. Sinopse do Censo Demográfico. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 261 p.

JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. D'A. Desistindo da denuncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 42, n. 4, p. 744-51, 2008.

LABROCINI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da Violência Sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 44, n. 2, p. 401-6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/23.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2013.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 42, n. 3, p. 467-473, 2008.

LIMA, H. S. et al. Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Rev. Enferm. UFPE** [on line.], Recife, 7 (esp.): 6.964-72, dez. 2013. ISSN: 1981-8963.

LINDEN, J.A. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. **N. Engl. J. Med.** p. 834-41, 2011. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1102869>> Acesso em: 20 de nov. 2013.

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.** [online]. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 111-116, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200005>. Acesso em: 4 jan. 2013.

LUCANIA, E. R. et al. Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 14, n. 4, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-737220>

LUZ, A. R. et al. Acolhimento: uma reflexão sobre o conceito e a realidade. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** ISSN:1982-4785. v. 4, n. 2, p. 353-65, 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/JP/Downloads/426-2768-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/JP/Downloads/426-2768-1-PB%20(2).pdf)> Acesso em: 16 fev. 2014.

MADI, S. R. C. et al. Sexual violence: Experience of a Program for the Care of Sexual Violence Victims (PRAVIVIS) at a General Hospital in Caxias do Sul, South Brazil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 13-18, jan./mar. 2010.

MARTINS, R. C. Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11 n. 2, p. 727-50, jun. 2011.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>.

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. 459-464, fev. 2007.

MESQUITA, A.P.; BRANDÃO, A.M. (Org.). Relatório do movimento de mulheres sobre a violência contra as mulheres em Alagoas, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20127.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 454-8, jul./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400009>.

MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1. p. 155-60, jan./mar. 2010.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B.; VENÂNCIO, N. “O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos”. **Psicologia & Sociedade**, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 376-82, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300007>.

OLIVEIRA, E. M. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200022>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Violência contra a mulher: a situação**. Portal eletrônico da campanha UNA-SE. 2013. Disponível em:
<<http://www.onu.org.br/unase/sobre/situacao/>> Acesso em: 25 de nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Understanding and addressing violence against women – Health consequences**. 2012. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77431/1/WHO_RHR_12.43_eng.pdf>. Acesso em: 20 de nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 16 de jun. 2013.

OSHIKATA, C. T. et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27 n. 4, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 fev. 2013.

OSHIKATA, C. T.; BEDONE, A. J.; FAUNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 1, p. 192-9, 2005.

PASINATO, W.; SANTOS, C. M. Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil. Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, Universidade Estadual de Campinas PAGU/UNICAMP, 2008.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. **Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669 p.

PRADO, M. C. C. A.; PEREIRA, A. C. C. Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 2, Jun. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000200012>.

PRIORI, C. **Retrato falado da violência de gênero: queixas e denúncias na Delegacia da Mulher de Maringá (1987-1996)**. Maringá, 2003. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Estadual de Maringá, Programa Associado de Pós-Graduação UEM/UEL – Diálogos, DHI/UEM, v. 7. p. 307-311, 2003.

RAMOS, C. R. A.; MEDICCI, V. P. G.; PUCCIA, M. I. R. Sexually abused women – social and demographic profile and health care procedure analysis at a referral center. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 27, n. 1, p. 22-7, 2009.

REIS, M. J. et al. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. **Rev. Saúde Pública**, [Internet]. v. 44, n. 2, p. 325-31, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/13.pdf>> Acesso em: 2 dez. 2013.

SAFFIOTI, H. I. B.. Violência de gênero no Brasil: conceitos Versus dados. In: **Anais da 48ª Reunião Anual da SBPC**, julho de 1996, São Paulo: PUC-SP, 1996, v. 1, p. 531-533.

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. 200f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS, C. A. S.; MAGALHÃES, M. L.C.; CAMPOS, M. L. R. As medidas protetivas de urgência da Lei Maria da Penha: breves incursões teóricas sob a perspectiva processual civil. *Direito Izabela Hendrix*. Belo Horizonte: vol. 8, n. 8, agosto de 2012.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface - Comun. Saúde**, Educ. 2011. p. 93–108. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a08v1536.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2013.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 797-809, out. 2007.

SCOTT, J. W. **Gender and the Politics of History**. New York: Columbia University Press, 1988. p. 28-50.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188p.

SUDARIO, S.; ALMEIDA, P. C.; JORGE, M. S. B. Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000300012>.

TAQUETTE, S. R. **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2007.

TALBOT, N. L. et al. Childhood sexual abuse is associated with physical illness burden and functioning in psychiatric patients 50 years of age and older. **Psychosomatic Medicine**, 71, p. 417-422, 2009.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. et al. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v.25, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

71822013000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Fev. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000100011>.

THEMIS. Dois anos da lei maria da penha: o que pensa a sociedade? Acessoria Jurídica e Estudos de Gênero. Pesquisa IBOPE, 2008. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/lei-maria-da-penha/lei-maria-da-penha/2008-pesquisa-ibope-themis.-dois-anos-de-lei.pdf>>.

VERMATTI, M. A. F. et al. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the brazilian health service; **Journal of Human Growth and Development**. v. 23, n. 1, p. 46-51, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n1/pt_07.pdf> Acesso em: 2 dez. 2013.

VIANNA, L. A. C.; BOMFIM, G. F. T.; CHICONE, G. Self-esteem of raped women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, Oct. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 mar. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500009>.

VIEIRA, L. B. et al. Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 410-4, jul/set, 2011.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 383-389, abr./jun. 2010.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 2, Rio de Janeiro Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200025&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 dez. 2012.

VILLELA, W. V. et al. Ambiguity and Contradictions in the Assistance Provided for Women who Suffer Violence. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012**. Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil. CENTRO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANOS (CEBELA). Ago. 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf> Acesso em: 3 out. 2013.

APÊNDICE A – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“O respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Resolução nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

1 – Título do estudo – O acolhimento nos serviços de saúde: A percepção da mulher atendida em situação de violência sexual.

2 – Objetivo do estudo – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa avaliar, na perspectiva da mulher em situação de violência sexual, o acolhimento prestado nos serviços de saúde.

3 – Descrições dos procedimentos – Os dados serão coletados através de uma entrevista semiestruturada, com a utilização de um questionário elaborado com especificidade para pesquisa, onde é constituído por questões subjetivas.

4 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados – Serão convidadas para esta pesquisa mulheres com idade maior que 18 anos, que apresentem capacidade de comunicação, que aceitem participar do estudo e aquelas que fazem acompanhamento no ambulatório da Maternidade Escola Santa Mônica. Não serão incluídas, mulheres que apresentem algum transtorno mental grave (pela dificuldade de comunicação), assim como criança e adolescentes. As que aceitarem participar da pesquisa serão esclarecidas dos objetivos e relevância do estudo. Para atender ao objetivo do estudo, será realizada uma entrevista sobre o acolhimento prestado nos serviços de saúde que atendem a mulher em situação de violência sexual. As entrevistas serão filmadas, gravadas, e transcritas na íntegra e após analisadas, sendo garantidas às participantes segurança e confiabilidade dos dados, resguardando todos os preceitos éticos e legais, as falas serão identificadas por nome de flores, assegurando assim o anonimato dos sujeitos da pesquisa. Caso o sujeito seja contrário à gravação e filmagem, será respeitada sua vontade e a entrevista será transcrita.

5 – Descrições dos desconfortos e riscos – Os sujeitos da pesquisa poderão decorrente da entrevista, apresentar desconforto, vergonha e arrependimento do conteúdo expresso; Também há a possibilidade de evocação de lembranças da violência sexual sofrida e de outras memórias desconfortáveis relacionadas a este contexto. Neste momento, será respeitada a liberdade da entrevistada em continuar ou interromper sua participação provisória ou definitivamente. A pesquisadora dará o apoio necessário e nos casos quem houver necessidade encaminhará ao profissional psicólogo disponibilizado pela pesquisa.

6 – Minimização dos desconfortos e riscos – Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo se faz importante salientar que, dentre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde e que realizam seu atendimento no ambulatório da maternidade local da pesquisa, encontra-se o psicólogo que já realiza acompanhamento terapêutico às mulheres em situação de violência sexual. Se em decorrência desta pesquisa, a mulher necessitar de acompanhamento adicional, a pesquisadora tem acesso à rede de atendimento à mulher em situação de violência, e a encaminhará a outros locais conveniados ao SUS que também realizam atendimento e acompanhamento psicológico, tais como o centro de referência e atendimento à mulher vítima de violência doméstica Dra Terezinha Ramires, localizado no Pam Salgadinho, onde a pesquisadora poderá encaminhá-la. Mas se ainda for necessário, está sendo disponibilizada uma psicóloga particular, custeada pela pesquisadora.

6 – Descrição dos benefícios – a) Sensibilizar os profissionais de saúde que lidam em sua prática profissional, para o acolhimento como importante ferramenta no atendimento à mulher em situação de violência sexual e desta forma contribuir de forma significativa para qualidade dos serviços prestados a este grupo de mulheres. b) Espera-se, portanto com este estudo, sensibilizar não apenas

os profissionais de saúde que lidam com esta problemática no seu dia-a-dia, mas também governantes, em todas as esferas de governo, ao apontar possíveis lacunas do atendimento prestado nos serviços de saúde, para adoção da política de saúde para que se torne mais efetiva na tentativa de minimizar os danos à saúde sexual e reprodutiva de mulheres vítimas da violência sexual. c) Espera-se ainda contribuir como referencial teórico para futuros estudos acerca da temática abordada. Além de poder contribuir com uma melhor adesão das mulheres em situação de violência sexual ao acompanhamento ambulatorial.

7 – Garantia de acesso – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a pesquisadora **LUCIANA DE AMORIM BARROS** que pode ser encontrada no seguinte local: Instituição: Universidade Federal de Alagoas – UFAL. End.: Av. Lourival Melo Mota. Bloco: CSAU, s/n, Complemento: Departamento de Enfermagem. Bairro: Tabuleiro dos Martins/CEP: 57072-900/ Cidade: Maceió-AL. Telefone para contato: (82) 9609-0435.

8 – Retirada do consentimento – É garantida a liberdade da retirada do consentimento total de sua participação neste estudo ou ainda de partes de falas do conteúdo expresso na entrevista, isso poderá acontecer a qualquer momento, sem quaisquer tipos de prejuízo ao indivíduo.

[Uso deste quadro apenas se necessário]			
Revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir no estudo que me foi proposto, ou que seja retirada as seguintes frases			
(PARTES	DE	FALA):	

_____)			
_____ que dou como finalizado nesta data.			
CIDADE: _____		DATA: ____/____/____	
Assinatura do pesquisador:			

Assinatura do participante:			

Testemunha: _____			
Testemunha: _____			

9 – Direito de confidencialidade – Autorização do participante para doação do seu depoimento, áudio e imagem para estudos futuros. Caso a depoente, concorde em doar seus dados, o depoimento, áudio e imagens serão arquivados no laboratório de acolhimento (LACOLHE), localizado na Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, para fins de estudos futuros, garantindo o sigilo dos nomes. Caso as informações sejam mais uma vez utilizadas, a participante será comunicada. Caso a mesma discorde em doar seus dados ao laboratório, os registros de áudio e imagem serão apagados após a defesa deste estudo e as transcrições ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos, arquivadas nas dependências da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – LACOLHE, após este período, os dados, depoimento e imagem, serão destruídos. As informações obtidas serão analisadas com outros pesquisadores, não sendo divulgada em nenhum momento a identificação da sua participação.

10 – Garantia de acesso aos dados – Direito de ser informada do resultado desta pesquisa e ter acesso aos conteúdos de fala que autorizei mediante solicitação.

11 – Despesas e compensações – Não há despesas pessoais para a participante em qualquer momento do estudo, incluindo exames e consultas, desse modo não haverá necessidade de ressarcimento. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

12 – Direito de indenização – Não se prevêem com o desenvolvimento da pesquisa a necessidade de indenização. Caso seja constatado nexos causal, as pesquisadoras assumirão os custos, mesmo não constando no orçamento.

13 – Princípio de especificidade – O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Eu discuti com a pesquisadora **LUCIANA DE AMORIM BARROS** sobre a minha decisão em participar neste estudo. Entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo neste estudo, não me ficando dúvida sobre os procedimentos a que serei submetida. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento ambulatorial quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “O acolhimento nos serviços de saúde: A percepção da mulher atendida em situação de violência sexual”.

Autorizo que meus dados, áudio, depoimento e imagem, sejam doados ao laboratório de acolhimento (LACOLHE), da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, para fins de estudos futuros, garantindo o sigilo do meu nome.

Não autorizo que meus dados, áudio, depoimento e imagem, sejam doados ao laboratório LACOLHE. O que não impede minha participação neste estudo.

Assinatura da mulher/representante legal

Data ____ / ____ / ____

(Somente para o responsável do estudo)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Pesquisadora Luciana de Amorim Barros

CPF: 026.022.554-16

E-mail: lukota_amorim@hotmail.com

Contato: (82) 9969-0435

Pesquisadora Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

CPF: 293.841.844-20

E-mail: cicera.albuquerque@hotmail.com

Contato: (82) 8812-4544

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Data de preenchimento

2. Entrevista

1. Gravada
 3. Transcrita

3. Identificação pessoal e da ocorrência da violência

- Idade:
- Município de procedência:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Número de filhos:
- Estado Civil
 - () Solteira () Casada
 - () Mora com o companheiro() Separada () Viúva
- Cor
 - () Branca () Parda () Preta
 - () Amarela () Indígena

- Data da ocorrência da violência sexual: ___/___/___
- Data que procurou o primeiro atendimento: ___/___/___
- Serviços de saúde que foi atendida:

ACESSO:

1. Com foi a sua experiência de atendimento nos serviços de saúde?
2. Como o serviço acolheu ou recebeu seus sentimentos?
3. Foi atendida nos serviços de saúde que procurou? Se não foi, por qual motivo não foi atendida?

4. Descreva como se deu o atendimento prestado nos serviços de saúde.
5. Ao chegar à unidade de saúde quem a recebeu e de que modo foi recebida?
6. Qual o caminho (setores) durante o atendimento no serviço de saúde, você passou?
7. Lembra-se de quais profissionais de saúde a atenderam e em que ordem?
8. Qual o tempo médio de permanência em cada serviço de saúde? Qual a sua opinião com relação a esse tempo? Esse tempo deu condições para resolução da sua situação?

RECEPCÃO:

1. Como era o ambiente em que foi atendida?
2. De que forma o ambiente era ou não favorável a sua privacidade, segurança e conforto?
3. Como você percebeu a relação do profissional de saúde para com você?
4. Quais as necessidades de saúde que você apresentou resultante desta experiência?
5. Como os profissionais de saúde podem atuar para atender as suas necessidades de saúde?

ESCUA QUALIFICADA:

1. Como você percebeu a escuta prestada pelos profissionais que a atenderam?
2. Como foi a atenção prestada a você durante o seu atendimento?
3. Durante seu atendimento, você fez perguntas, esclareceu suas dúvidas?
4. Como o serviço atendeu as suas necessidades de saúde?

RESOLUTIVIDADE:

1. Que procedimentos foram realizados com você em cada serviço de saúde?
2. Como foram tratadas suas necessidades?
3. Você pode relatar brevemente sua experiência ao ser atendida?
4. Gostaria de ter sido atendida de outra forma? Qual?
5. Houve encaminhamento (os) e esclarecimentos para atendimento em outros serviços de saúde?
6. Saiu do atendimento, com agendamento para o retorno ao acompanhamento ambulatorial? Qual a sua impressão sobre esse agendamento?
7. Se foi encaminhada para atendimento em outro serviço, você entendeu o motivo do encaminhamento?
8. Foi atendida no serviço ao qual foi encaminhada?
9. Qual foi sua experiência ao ser encaminhada a outro serviço?

10. O que pensa sobre o percurso que fez para ser atendida nos serviços de saúde?
11. Como os serviços poderiam funcionar para atender as suas necessidades a partir da sua experiência?
12. Quais são as suas sugestões para a rede de saúde?
13. Quais os sentimentos que você teve resultante desta experiência?
14. Como passou a ser a sua vida a partir desta experiência?

**APÊNDICE C – CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS E DA BUSCA PELO
ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA, MACEIÓ – AL**

ENTREVISTADA	IDADE	COR	ESCOLARIDADE	DIAS ENTRE A VIOLÊNCIA E A CHEGADA À MESM	DIAS ENTRE O ATENDIMENTO EMERGENCIAL NA MATERNIDADEE O AMBULATÓRIO	Hora da Viol.
Azaleia	24	Branca	Ensino Médio Completo	1	12	21:00
Rosa	45	Parda	Sem Escolaridade	0	28	07:00
Lírio	18	Parda	Ensino Médio Incompleto	1	4	22:15
Íris	20	Parda	Ensino Médio Completo	1	6	23:00
Girassol	19	Branca	Ensino Superior Incompleto	1	14	23:00
Gardênia	23	Parda	Ensino Superior Incompleto	0	9	23:50
Jasmin	32	Branca	Ensino Fundamental Completo	0	10	01:00
Angélica	22	Parda	Ensino Fundamental Incompleto	1	2	18:30
Lilac	24	Parda	Ensino Médio Completo	0	28	07:00
Margarida	37	Parda	Ensino Superior Completo	1	126	18:30
Violeta	28	Parda	Ensino Médio Completo	1	13	21:00

Fonte: Autor, 2013.

**APÊNDICE D – MÉDIA DE DIAS DO RETORNO DA MULHER VÍTIMA DE
ESTUPRO PARA O ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL**

ENTREVISTADA (CODINOME)	DIAS ENTRE A VIOLÊNCIA E A CHEGADA À MESM	DIAS ENTRE O ATENDIMENTO EMERGENCIAL NA MATERNIDADEE O AMBULATÓRIO
1. Azaleia	1	12
2. Rosa	0	28
3. Lírio	1	4
4. Íris	1	6
5. Girassol	1	14
6. Gardênia	0	9
7. Jasmin	0	10
8. Angélica	1	2
9. Lilac	0	28
10. Margarida	1	126
11. Violeta	1	13

Fonte: Autor, 2014.

Média de 23 dias de retorno para o acompanhamento ambulatorial.

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (MESM)



UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
MATERINIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA
GERENCIA DOCENTE ASSISTENCIAL



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Nº 08/2013

Autorizo a pesquisadora LUCIANA DE AMORIM BARROS, do curso de Mestrado em Enfermagem da UFAL, a ter acesso ao ambulatório da Maternidade Escola Santa Mônica, para levantar as informações pertinentes ao objetivo da pesquisa intitulada: "O ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DA MULHER ATENDIDA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL".

Ao pesquisador caberá:

- 1 – Firmar compromisso ético de seguir as normas e rotinas do serviço, zelar pela organização e não alteração dos documentos manuseados, sendo terminantemente proibida a retirada, fotocópia e fotografia de prontuários dos pacientes da Instituição;
- 2 – Manter sigilo da identificação do (a) paciente, e só divulgar os dados obtidos em reuniões e publicações científicas;
- 3 – Informar a Gerencia Docente Assistencial a data de início e término da pesquisa, sob pena de ter seu trabalho interrompido e notificado junto ao Comitê de ética e Pesquisa da Instituição de Ensino responsável.
- 4- Entregar cópia do projeto, após o término do trabalho, para a Gerência Docente Assistência.

Declaro que concordo e farei cumprir as exigências acima estabelecidas.

Pesquisadores:

Luciana de Amorim Barros

Maceió, 25 de Julho de 2013

Flávia Augusta Toledo
Flávia Augusta Toledo
Assessora da GAD/MESM

ANEXO B – DECLARAÇÃO DA PSICÓLOGA**DECLARAÇÃO**

Eu, **Adriana de Amorim Barros**, psicóloga, solteira, portadora do RG: 353.246 SSP-AL, CPF: 842.743.104-00, inscrita no Conselho Regional de Psicologia de Alagoas - CRP sob o nº 15/1330, residente e domiciliada na Rua Comendador Luiz Jardim, nº 92, Conjunto Residencial Jardim do Farol III, Bloco D-4, Apt. 03, Gruta de Lourdes. Declaro estar ciente de minha participação na pesquisa intitulada: O acolhimento nos serviços de saúde: a percepção da mulher atendida em situação de violência sexual, de responsabilidade das pesquisadoras, Luciana de Amorim Barros e Maria Cicera dos Santos de Albuquerque, que tem como objetivo conhecer, na perspectiva da mulher em situação de violência sexual, o acolhimento prestado nos serviços de saúde. Minha participação consiste em atender a mulher participante do estudo que, por ventura, necessitar do meu trabalho profissional, para isto, a mesma será encaminhada pela pesquisadora, ao meu consultório, situado à Rua Alfredo Santa Rita nº 26, Jatiúca. O atendimento acontecerá mediante prévio agendamento e os custos da sessão serão financiados pelas pesquisadoras.

Sem mais para o momento,

Adriana de Amorim Barros.
Psicóloga
CRP 15/1330
CPF 842.743.104-00
Adriana de Amorim Barros.

Adriana de Amorim Barros

CRP: 15/1330

Contato: (82) 8817-9635

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO CEP



Senhor (a) Pesquisador (a), Luciana De Amorim Barros
Cícera Albuquerque

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 05/07/2013 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 16313413.9.0000.5013 sob o título: 'O acolhimento nos serviços de saúde: A percepção da mulher atendida em situação de violência sexual', vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base na Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas. Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais.

Válido até: julho de 2014

Luciana Francisco
Prof.ª Dr.ª Luciana Francisco
Coordenadora do Comitê de

Generated by CamScanner