

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA – AA UECE/UFC/UNIFOR**

**ANÁLISE DA ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM FORTALEZA, CE**

Gracyelle Alves Remigio Moreira

Fortaleza – Ceará
2016

GRACYELLE ALVES REMIGIO MOREIRA

**ANÁLISE DA ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA SEXUAL EM FORTALEZA, CE**

Tese apresentada como requisito de defesa no curso de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla – Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR), para obtenção do título de Doutora.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Ludmila Fontenele Cavalcanti

Fortaleza – Ceará
2016

Moreira, Gracyelle Alves Remigio .

Análise da atenção em saúde às mulheres em situação de
violência sexual em Fortaleza, CE / Gracyelle Alves Remigio
Moreira. - 2016
200 f.

Tese (Doutorado) - Universidade de Fortaleza. Programa de
Saude Coletiva - Aa, Fortaleza, 2016.

Orientação: Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.

Coorientação: Ludmila Fontenele Cavalcanti.

1. Violência sexual. 2. Violência contra a mulher. 3.
Atenção à saúde. 4. Avaliação em saúde. I. Vieira, Luiza Jane
Eyre de Souza. II. Cavalcanti, Ludmila Fontenele. III. Título.

GRACYELLE ALVES REMIGIO MOREIRA

ANÁLISE DA ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA SEXUAL EM FORTALEZA, CE

BANCA EXAMINADORA

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Prof^ª. Dr^ª. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira – Universidade de Fortaleza

Ludmila Fontenele Cavalcanti

Prof^ª. Dr^ª. Ludmila Fontenele Cavalcanti – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Cláudia Araújo de Lima

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Araújo de Lima – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Aline Rodrigues Feitoza

Prof^ª. Dr^ª. Aline Rodrigues Feitoza – Universidade de Fortaleza

Aline Veras Moraes Brilhante

Prof^ª. Dr^ª. Aline Veras Moraes Brilhante – Universidade de Fortaleza

Juliana Guimarães e Silva

Prof^ª. Dr^ª. Juliana Guimarães e Silva – Universidade de Fortaleza

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Prof. Dr. Antonio Rodrigues Ferreira Júnior – Instituto Superior de Teologia Aplicada/
Universidade Estadual do Ceará

Raimunda Magalhães da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Magalhães da Silva – Universidade de Fortaleza

Este trabalho integrou a pesquisa multicêntrica denominada “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras”, desenvolvida pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ) em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), apoiada pelo CNPq através do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA N° 32/2012 – Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos; e, por intermédio de bolsa de estudo, da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Dedico este trabalho aos meus pais, Beneval e Geruza (em nossos corações), que me ensinaram a ter perseverança na busca de meus objetivos, pelos exemplos singulares que iluminam a minha trajetória e pelo apoio contínuo nos momentos desafiadores da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, pela inspiração divina e pela oportunidade de concretizar o sonho de realizar e concluir um curso de doutorado.

Aos meus pais, Beneval e Geruza, pelo amor, apoio, força, dedicação recebidos durante toda a minha vida; por terem me ensinando a enfrentar as adversidades da vida com tranquilidade e perseverança; e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Ao meu esposo, Diego, pelo amor e estímulo, pela compreensão nas ausências recorrentes, alegria no convívio e confiança mútua em tornar nossos sonhos realidade.

Ao meu filho Mateus, que mesmo ainda estando na vida intrauterina me deu mais motivos para lutar pelos meus objetivos e para concluir esta etapa.

Aos meus familiares, irmãos, sobrinhos, tios e primos por todo apoio, torcida e pelas palavras encorajadoras e de incentivo; e que ansiosamente aguardam por mais essa conquista.

À minha eterna orientadora Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira pelo seu jeito singular de conduzir a orientação nesses quase seis anos de parceria. Para além de professora, fez papel de mãe e amiga me oferecendo sábios conselhos e ensinamentos de vida. Agradeço pelo dedicado acompanhamento no meu aprendizado e desenvolvimento como pesquisadora; e por servir de referencial de competência e comprometimento para os caminhos que eu venha a trilhar.

À minha coorientadora Dra. Ludmila Fontenele Cavalcanti pela oportunidade de integrar a pesquisa multicêntrica da qual este trabalho faz parte. Encerro esta etapa com satisfação em ter participado de seus projetos, pesquisas e atividades acadêmicas. Ainda agradeço pela amizade construída e apoio.

À equipe de pesquisa do campo de Fortaleza (Ana Cristina, Carmem, Kerma, Jarli, Juliana e Lívia) pela parceria no desenvolvimento deste trabalho e por tornar a operacionalização desta pesquisa em momentos prazerosos e de apoio mútuo.

Aos queridos amigos de caminhada (Ana Cléa, Aline Veras, Paulo Félix, Igho, Herla, Cleoneide, Ricardo Hugo, Aline Sousa, Deborah) pela ajuda mútua, troca de conhecimentos, pelo estímulo e amizade, e por transformarem as atividades acadêmicas em momentos mais suaves.

Aos membros da banca examinadora que cederam seu tempo e conhecimento para contribuir com este trabalho.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências (NEPAV) pelos momentos de aprendizado e crescimento pessoal e profissional.

À professora Dra. Raimunda Magalhães da Silva pelo acolhimento, apoio, incentivo e dedicação para com todos os discentes do Doutorado Associação Ampla.

Ao coletivo de docentes do Doutorado Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR em Saúde Coletiva pelos valiosos ensinamentos, e por todo incentivo e colaboração durante essa trajetória.

Aos funcionários do Doutorado Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR em Saúde Coletiva, em especial à Cleide, Mairla e Zenaide, pela disponibilidade em nos atender com dedicação e pelo suporte operacional.

Aos gestores e profissionais de saúde dos serviços que aderiram ao estudo, contribuindo com este trabalho e com a melhoria da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio financeiro através de bolsa de doutorado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa através do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012.

A todos aqueles que participaram desse processo construtivo de conhecimento e experiência.

RESUMO

A violência sexual contra a mulher é um problema complexo que reflete as assimetrias de poder que marcam as relações sociais entre os sexos. O processo de inclusão da violência sexual no rol das responsabilidades do setor saúde teve como marco a publicação a Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, que configura-se o principal instrumento organizador dos serviços e direcionador das ações de saúde nesse âmbito. Esta pesquisa analisou a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual no município de Fortaleza, Ceará, a partir da avaliação da incorporação dos parâmetros sugeridos na Norma Técnica. O estudo foi conduzido pela avaliação da implementação com foco no processo, utilizando a abordagem qualitativa. O cenário desta pesquisa correspondeu a nove serviços de saúde, de nível secundário e terciário, vinculados à rede municipal de saúde em Fortaleza. Participaram do estudo profissionais da gestão e da atenção que atuavam nessas instituições. Ao total, 68 profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos e pedagoga) e 15 gestores. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2013 e para a produção dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Analisaram-se as falas dos entrevistados a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Identificou-se que os procedimentos previstos na Norma Técnica não fazem parte da rotina da maioria dos serviços de saúde, sendo realizados em apenas uma unidade de saúde. Apesar de algumas iniciativas que apontam para avanços da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, significantes lacunas e descontinuidades nos modelos de gestão e atenção dos serviços foram observadas. A violência sexual assume uma posição marginal como objeto de intervenção da saúde e não é incorporada na construção do processo de trabalho das instituições. Notou-se que a implementação das ações ainda apresenta fragilidades, exigindo esforços de articulação política e técnica para a estruturação e a manutenção dos serviços. Na direção de uma resposta mais efetiva a esse tipo de atenção, sugere-se investimento na formação e instrumentação dos gestores e profissionais, incorporação de protocolos e fluxos, ampliação da oferta da anticoncepção de emergência, das profilaxias das DST e do aborto legal; articulação e fortalecimento da rede de atendimento a violência contra a mulher.

Palavras-chave: Violência sexual; Violência contra a mulher; Atenção à saúde; Avaliação em saúde.

ABSTRACT

Sexual violence against women is a complex problem that reflects the power asymmetries that mark the social relationships between the sexes. The process of inclusion of sexual violence in the list of health sector responsibilities was a landmark publication Technical Standard Prevention and treatment of injuries resulting from sexual violence against women and girls, which sets up the main organizer tool services and driver actions health in this area. This research analyzed the health care to women in situations of sexual violence in the city of Fortaleza, Ceará, from the evaluation of the incorporation of the parameters suggested in the Technical Standard. The study was conducted by the evaluation of the implementation focused on the process, using a qualitative approach. The setting of this study corresponded to nine health services, secondary and tertiary level, linked to the municipal health network in Fortaleza. Participated in the professional management study and attention that worked in these institutions. In total, 68 professionals (nurses, social workers, doctors, psychologists and pedagogues) and 15 managers. Data collection was carried out from August to December 2013 and for the production of the data we used the semi-structured interview. The speeches of the respondents were analyzed from the content analysis technique in thematic modality. It was identified that the procedures set out in the Technical Guidelines are not part of the routine of most health services, being carried out in only one health unit. Despite some initiatives related to advances in health care to women in sexual violence situations, significant gaps and discontinuities in the models of management and care services were observed. Sexual violence takes on a marginal position as a health intervention object and is not incorporated in the construction of the work process of the institutions. It was noted that the implementation of the action still has weaknesses, demanding political articulation efforts and technique for structuring and maintaining services. Towards a more effective response to this kind of attention, it is suggested investment in training and instrumentation of managers and professionals, development of protocols and flows, expansion of emergency contraception the offer, the prophylaxis of DST and legal abortion; articulation and strengthening the service network violence against women.

Keywords: Sexual violence; Violence against women; Health Care; Health Evaluation.

LISTA DE SIGLAS

AE – Anticoncepção de Emergência

CEMICAMP – Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas

CID 10 – Código Internacional de Doenças

CLAVES – Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FEBRASCO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

FUNCAP – Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

NEPAV – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências

NUPPII – Núcleo de Políticas Públicas, Indicadores e Identidades

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM – Plano Nacionais de Políticas para as Mulheres

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

SER – Secretarias Executivas Regionais

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRJ – Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas de gestores e profissionais que atuam na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Fortaleza, Ceará, 2013

Tabela 2 – Dados relativos à formação e inserção institucional de gestores e profissionais que atuam na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Fortaleza, Ceará, 2013

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Produção científica sobre atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual na Biblioteca Virtual de Saúde, 2005-2015

Quadro 2 – Distribuição dos gestores e profissionais participantes da pesquisa por instituição

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxo de Atendimento em Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual, Ministério da Saúde, Brasil, 2011

Figura 2 – Mapa de localização dos hospitais municipais campos de pesquisa por Secretarias Executivas Regionais. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014

Figura 3 – Aplicativo de Enfrentamento à violência sexual EVISU, 2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA_____	17
2 MARCO TEÓRICO_____	28
2.1 Violência sexual contra a mulher como uma das expressões da violência de gênero_____	28
2.1.1 Violência de gênero contra a mulher_____	28
2.1.2 Violência sexual contra a mulher_____	32
2.1.3 Trajetória das políticas e instrumentos legais de enfrentamento à violência de gênero contra a mulher_____	35
2.1.4 Atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual_____	46
2.2 Avaliação_____	54
2.2.1 Avaliação de políticas públicas_____	54
2.2.2 Avaliação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual_____	58
3 OBJETIVOS_____	63
3.1 Geral_____	63
3.2 Específicos_____	63
4 MATERIAL E MÉTODO_____	64
4.1 Tipo e abordagem de estudo_____	64
4.2 Cenário do estudo_____	66
4.3 Participantes do estudo_____	71
4.4 Coleta de dados_____	73
4.5 Análise dos dados_____	75
4.6 Aspectos éticos_____	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO_____	78
5.1 Aproximação do contexto em que se desenvolve a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual a partir das características, formação e visões dos atores_____	78
Quem são os participantes do estudo?_____	78

(Des)Qualificação para a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual_____	83
Compreensão da violência sexual contra as mulheres_____	89
5.2 Configuração da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual____	100
Acesso e acolhimento_____	100
Fluxos e protocolos_____	114
Registros e notificação da violência sexual_____	120
Avaliação de riscos_____	128
Procedimentos técnicos diante dos casos de violência sexual_____	130
Aspectos recentemente incorporados na reedição da Norma Técnica_____	136
Atuação frente à gravidez decorrente de violência sexual_____	142
Acompanhamento, encaminhamentos e rede de atenção_____	150
Suporte para equipe de saúde_____	156
5.3 Compilação das potencialidades e desafios da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual_____	163
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS_____	166
7 REFERÊNCIAS_____	171

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA

O presente trabalho pretende analisar a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual¹ no município de Fortaleza, Ceará. Assim, a pesquisa almeja conhecer o contexto em que se desenvolve essa atenção e avaliar a incorporação dos parâmetros sugeridos pela Norma Técnica reguladora das ações nesse âmbito, compreendendo os fatores facilitadores e as dificuldades vivenciadas pelos atores envolvidos na implementação dessas ações (BRASIL, 2012).

A violência sexual contra a mulher, como uma das expressões da violência de gênero, é um problema complexo que reflete as assimetrias de poder que marcam as relações sociais entre os sexos. Constitui-se em um problema social que impacta de maneira significativa o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres. Nessa perspectiva, o fenômeno é considerado, mundialmente, uma das principais formas de violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública (OMS, 2002; CONTRERAS et al., 2010; GARCÍA-MORENO et al., 2015a).

A violência sexual ignora fronteiras, configurando-se em um problema universal, que atinge mulheres de diferentes países, culturas, classes sociais, raças, idades, estados civis e escolaridades, podendo ocorrer em qualquer lugar, tanto no espaço público como no privado, e ser perpetrado por estranhos ou por parceiros íntimo, parentes e conhecidos (CONTRERAS et al., 2010).

A magnitude do fenômeno é revelada por investigações internacionais e nacionais. Estudo multipaíses da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou elevada prevalência e variabilidade do fenômeno: 6% a 59% quando cometida por parceiro íntimo e 0,3% a 12% por não parceiro (GARCIA-MORENO et al., 2005). Ainda de acordo com a investigação citada, há uma proporção substancial de iniciação sexual forçada com taxas que variam entre menos de 1% no Japão e 30% em Bangladesh rural. Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2004), de 25% a 30% das adolescentes são abusadas sexualmente antes de completar 18 anos.

Estudo de base populacional realizado na Índia com 1.718 mulheres verificou a prevalência de 25% de violência sexual alguma vez na vida (BABU, KAR, 2009). Em Togo,

¹ Neste trabalho será utilizado o termo “mulher em situação de violência” considerando-se a dimensão relacional da violência de gênero, que não cristaliza os lugares de vítima e agressor.

na África, a prevalência desse tipo de violência foi de 16% entre 2.759 mulheres (MOORE, 2008). Oyunbileg et al. (2009) identificaram a prevalência de 10% em investigação com 3.338 mulheres na Mongólia. Na Itália, estudo com 510 mulheres usuárias de serviços sociais e de saúde verificou taxa de 10,2% de violência física ou sexual cometida por qualquer agressor (ROMITO, GERIN, 2002). Pesquisa desenvolvida na Nigéria com 2.877 mulheres entre 15 a 49 anos constatou a prevalência de 3% de violência sexual pelo parceiro íntimo (ANTAI, 2011). Já análise comparativa de pesquisas realizadas na América Latina e no Caribe descobriu que os índices de violência sexual infligida pelo parceiro íntimo variaram entre 5% e 15% (BOTT et al., 2012).

No cenário nacional, achados de investigação realizada na Grande São Paulo e na Zona da Mata pernambucana com 2.128 mulheres demonstram que 29% das entrevistadas com mais de 15 anos referiram ter sofrido violência sexual por parte de estranhos (D'OLIVEIRA et al., 2009a). Outra pesquisa empreendida com 2.379 mulheres, em 15 municípios do estado de São Paulo, revelou que 12,4% das participantes relataram ao menos um episódio de violência sexual alguma vez na vida e os perpetradores foram principalmente parceiros íntimos ou outros familiares (OSIS, DUARTE, FAÚNDES, 2012). Em estudo empreendido com 5.040 indivíduos foi averiguado que a violência sexual por parceiro íntimo afetou 11,8% das mulheres e que uma a cada dez relatou pelo menos uma ocorrência na vida (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, FRANÇA JUNIOR, 2008). Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2014) chamam atenção para a ocorrência de um estupro a cada 10 minutos no Brasil, tendo sido registrado 50.320 casos em 2013 (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014).

Torna-se importante salientar que o número de casos de violência sexual contra a mulher pode ser ainda maior do que os evidenciados nas pesquisas. O dimensionamento de sua real prevalência ainda constitui-se um desafio, devido às questões complexas que envolvem sua revelação. Em contrapartida, as estatísticas apresentadas transparecem a magnitude do fenômeno e sugerem que um número significativo de mulheres encontra-se vivenciando esse tipo de violência e suas consequências.

A violência sexual assume um papel diferenciado no conjunto das violências de gênero, sobretudo pelas repercussões nas esferas física, sexual, reprodutiva e mental das mulheres, além dos impactos sociais. Dessa forma, o problema pode implicar a ocorrência de lesões corporais e genitais, gravidez não planejada, aborto inseguro, Doença Sexualmente Transmissível (DST), disfunção sexual, depressão, ansiedade, fobias, síndrome de pânico,

síndrome do stress pós-traumático, dificuldades para dormir, comportamento suicida, uso de álcool e/ou outras drogas, isolamento social, suicídio, abandono dos estudos, perda de emprego, transmissão intergeracional da violência, prejuízos econômicos e sociais causados pelos períodos de improdutividade e anos de vida perdidos e custos elevados para diversos setores sociais (OPAS, 2013).

Diante da alta prevalência do fenômeno e de seu impacto na vida de pessoas e coletividades, a violência sexual contra a mulher vem ganhando visibilidade, tornando-se alvo de discussões em diferentes campos disciplinares e por entidades internacionais, o que demandou a formulação de políticas e programas para seu enfrentamento, assim como a organização de práticas e serviços peculiares.

No Brasil, o Ministério da Saúde, reconhecendo que a violência sexual afeta substancialmente o processo saúde-doença das mulheres e pautando-se nos acordos internacionais dos quais o país é signatário, vem desenvolvendo recomendações, diretrizes e ferramentas programáticas para melhorar a resposta do setor de saúde à violência sexual e para a promoção da saúde da mulher.

O processo de inclusão da violência sexual no rol das responsabilidades do setor saúde teve como marco a publicação, no ano de 1999, da Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Este documento configura-se o principal instrumento organizador dos serviços e direcionador das ações, lançando as bases operacionais da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.

A Norma Técnica, ao longo dos anos, passou por revisões e atualizações em virtude do conhecimento técnico acumulado e do surgimento de novas demandas. Desde a primeira edição (1999) até a mais recente (2012), o Ministério da Saúde assume o compromisso e a responsabilidade de implementar ações concretas para prevenir e minimizar os impactos da violência sexual (BRASIL, 2012).

Não obstante, apesar dos avanços trazidos pela Norma Técnica e da mobilização de vários setores da sociedade no enfrentamento da questão, a estruturação e a manutenção dos serviços de atenção em saúde à mulher em situação de violência sexual ainda representa um desafio, exigindo continuados esforços de articulação técnica e política (FAÚNDES et al., 2006; OSIS, DUARTE, FAÚNDES, 2012).

A literatura aponta número insuficiente de serviços de saúde capacitados para realizar os procedimentos previstos na Norma Técnica, e sinaliza dificuldades na implementação das ações nos serviços já implantados (VILLELA, LAGO, 2007; CAVALCANTI, FLACH, FARIAS, 2010). Esse fato reflete o hiato existente entre a formulação das políticas de saúde e os emperramentos que se observa na sua concretização no âmbito dos serviços (OLIVEIRA, 2007).

Embora a violência sexual seja uma das formas mais hediondas de violência de gênero e de violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, com grande repercussão sobre a saúde, esse problema ainda é uma questão pouco abordada nos espaços de reflexão teórica sobre saúde coletiva e políticas públicas de saúde (OLIVEIRA et al., 2005). Jewkes e Dartnall (2008) sinalizam que o problema continua sendo uma questão de saúde pública relativamente negligenciada. Nesse sentido, discutir a complexidade inerente à organização de uma resposta do setor saúde à questão da violência sexual significa atualizar a discussão sobre o compromisso das políticas públicas de saúde com os direitos reprodutivos das mulheres e com o enfrentamento à violência contra esse grupo (OLIVEIRA, 2007).

Com base nesse quadro, processos avaliativos devem ser operacionalizados com vista a dimensionar as ações realizadas, buscar respostas às limitações, e favorecer a adequação e otimização dessa atenção em nível local. Nesse contexto, uma avaliação útil, ética e tecnicamente adequada de serviços e programas subsidia a tomada de decisão dos gestores e executores de políticas públicas, favorecendo o reordenamento de políticas, programas e serviços de saúde, e a reorientação das estratégias de ação na prevenção da violência sexual. Como também, a avaliação pode servir para orientar capacitações dos profissionais que atuam nos serviços e para conferir visibilidade ao tema (CAVALCANTI, FLACH, FARIAS, 2010).

A avaliação das ações de assistência e de prevenção da violência sexual é amplamente recomendada como estratégia necessária para a melhoria da resposta dos setores sociais ao problema (BRASIL, 2004a; CONTRERAS et al., 2010; BRASIL, 2012). Na concepção de Cavalcanti, Flach e Farias (2010), o acompanhamento das ações dos serviços pode contribuir para a incorporação da avaliação como parte do processo de planejamento, devendo ser realizada durante toda intervenção, favorecendo a criação de uma cultura avaliativa capaz de interferir na resposta oferecida por esses serviços.

No entanto, o empreendimento de avaliações acerca das ações de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência sexual na área da saúde ainda é incipiente,

acontecendo com mais expressão em instituições, localizadas na região Sudeste, pioneiras na implementação da atenção em saúde a esses casos. No município de Fortaleza verifica-se a inexistência de processos avaliativos acerca das ações de saúde frente à violência sexual. Dessa forma, pouco se sabe sobre o contexto institucional e os padrões adotados para a sua efetiva operacionalização.

Este trabalho, pioneiro no cenário de Fortaleza, faz parte de uma pesquisa mais ampla e emergiu da necessidade de se acompanhar a implementação da atenção às mulheres em situação de violência sexual pelos serviços de saúde. Diante desse ensejo, indaga-se: Como vem se desenvolvendo a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual nos serviços municipais da rede hospitalar em Fortaleza? Como esses serviços têm incorporado os parâmetros sugeridos pela Norma Técnica? Como os atores envolvidos experienciam a oferta dessa atenção? Quais são os fatores facilitadores e as dificuldades vivenciadas pelos atores responsáveis pela implementação dessas ações?

A avaliação pretendida neste estudo diz respeito a uma avaliação emancipatória, que pressupõe conhecer para transformar, tendo a finalidade de propiciar ao conjunto dos atores envolvidos melhor compreensão das condições nas quais a intervenção é realizada e a participação ativa em seu aperfeiçoamento. O intuito é avaliar como as ações estão sendo implementadas, confrontando com o que foi planejado e normatizado, assim como identificar os aspectos exitosos e os impedimentos que atravancam ou prejudicam o desenvolvimento da atenção em saúde à violência sexual.

O interesse em pesquisar sobre questões relativas à saúde da mulher vem desde a graduação em Enfermagem, período em que houve a aproximação com essa área do saber e consequente empatia e envolvimento com essa temática. Durante a graduação, tive a oportunidade de desenvolver atividades (iniciação à docência, estágio extracurricular e Trabalho de Conclusão de Curso) relacionadas com esta área. Ainda nesta época, a prática vivenciada em estágios em maternidades possibilitou perceber a forma como as mulheres em situação de violência sexual eram assistidas pela equipe de saúde, muitas vezes sendo submetidas a uma violência institucional, marcada por condutas inadequadas e atitudes de preconceito.

A aproximação formal com a área de interesse Violência e Saúde aconteceu por meio do ingresso e da vivência no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências (NEPAV), hoje grupo de pesquisa (CNPq) Violência e Repercussões na Saúde Individual e

Coletiva, onde foi possível o aprofundamento acerca do tema violência e de seu impacto na saúde dos indivíduos.

Durante o mestrado trabalhei com a temática violência contra crianças e adolescentes, tendo como foco a análise da notificação realizada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família de maus-tratos contra esse grupo. Os resultados desse trabalho evidenciaram que os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica ainda não estão qualificados para a identificação e notificação de casos de violência contra a população infanto-juvenil. Além disso, abordar esse assunto ampliou a visão do problema para o âmbito da família e suas consequências, como a transmissão intergeracional da violência.

A articulação do NEPAV, no desenvolvimento de pesquisas multicêntricas, com centros de outras regiões do Brasil, como o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) e o Núcleo de Políticas Públicas, Indicadores e Identidades (NUPPII) da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ), me possibilitou durante o mestrado a aproximação com outras demandas sociais emergentes no âmbito das violências, como a violência contra idosos e mulheres. Foram essas vivências acadêmicas, em conjunto com o desenvolvimento de publicações acerca da violência de gênero contra a mulher com os membros do NEPAV, que possibilitaram o estudo do fenômeno, permitindo a construção desse objeto de estudo.

O tema da violência sexual contra a mulher vem ganhando visibilidade na produção do conhecimento nos últimos anos. Contudo, são poucos os estudos que tratam sobre a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, especialmente com foco avaliativo. No levantamento da produção científica sobre a questão na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (engloba bases de dados como LILACS, IBECs, MEDLINE, SCIELO, Biblioteca Cochrane, entre outras), em 2014, foram localizadas 467 publicações com o cruzamento dos descritores “Violência sexual”, “Mulher”, “Atenção à saúde”, “Serviços de saúde” e “Avaliação em saúde”. Destes, 26 abordavam a atenção às mulheres em situação de violência nos serviços de saúde, mas, somente 13 tratavam, especificamente, da violência sexual e ainda apenas seis estudos tinham como objetivo a avaliação dos serviços de saúde. No levantamento realizado em 2016 na BVS, para atualizar as produções científicas que abordam o tema, com os mesmos descritores referidos anteriormente; localizou-se 23 novos artigos. Destes, oito faziam a interface entre a violência sexual contra as mulheres e a atuação dos serviços de saúde.

O quadro 1 apresenta a produção científica identificada sobre atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, que incluiu publicações de 2005 a 2015, sendo a maior parte publicadas em periódicos nacionais e os estudos empreendidos no estado de São Paulo. Os artigos apresentaram caracterizações das mulheres em situação de violência sexual e do atendimento desses casos nos serviços de saúde; avaliações da atenção em saúde oferecida pelos serviços; e discussões acerca da resposta do setor saúde à violência sexual contra as mulheres e a questão do aborto legal; além da importância da assistência multiprofissional às situações de violência sexual.

Quadro 1. Produção científica sobre atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual na Biblioteca Virtual de Saúde, 2005-2015.

Periódico	Autor(es)	Ano	Local do estudo	Título	Objetivo do estudo
Revista Brasileira de Epidemiologia	SOUSA et al.	2015	Estado de São Paulo, Brasil	Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual	Avaliar a proporção de serviços de saúde que preenchem a notificação compulsória e quais os principais obstáculos para o preenchimento de tal documento.
BMC Public Health	STEWART et al.	2015	América Latina e Caribe	Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women	This project was undertaken to determine the 2013 baseline national policies and clinical guidelines on IPV and SV within the Latin American and Caribbean (LAC) region to identify strengths and gaps requiring action.
Revista Rene	BAPTISTA et al.	2015	Campina Grande, PB, Brasil	Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros	Investigar a prática dos enfermeiros acerca da violência sexual contra mulheres. Métodos: pesquisa quantitativa, transversal, realizada com 27 enfermeiras em seis Unidades Básicas de Saúde de cada um dos distritos sanitários de um município do interior do Nordeste.
Saúde e Debate	CAVALCANTI et al.	2015	Rio de Janeiro, RJ e Fortaleza, CE, Brasil	Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras	Este artigo analisa a implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual em duas capitais brasileiras (Rio de Janeiro/Fortaleza).

Revista da Escola de Enfermagem da USP	BARROS et al.	2015	Estado de Alagoas, Brasil	Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde	Conhecer a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde a partir da fala de mulheres que vivenciaram o estupro.
Revista Bioética	DINIZ et al.	2014	Brasil	A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil	Analisa como se constrói a verdade do estupro para que a mulher que se apresenta como vítima tenha acesso ao aborto legal no Brasil.
FEMINA	PORTO; AMARAL	2014	Goiânia, GO, Brasil	Violência sexual contra a mulher: Histórico e conduta	Análise do histórico da violência contra a mulher desde sua gênese até a situação atual do enfrentamento a violência sexual no Brasil, através de políticas governamentais de atendimento a essas vítimas.
Saúde e Sociedade	LIMA; DESLANDE S	2014	Brasil	Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000	Traz uma revisão sobre as políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres desenvolvidas ao longo da década de 2000. Analisa o embate sobre os avanços, retrocessos e desafios do tema à luz das proposições do setor saúde.
Caderno de Saúde Pública	FACURI et al.	2013	Campinas, SP, Brasil	Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil	Caracterizar a população de mulheres que sofreram violência sexual, e descrever as características da agressão e do atendimento dispensado em um serviço universitário de referência.
Femina	ANDALRAFT NETO et al.	2012	Brasil	Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil	Avaliar o atendimento às mulheres e crianças vítimas de violência sexual nos serviços públicos de saúde no Brasil, de acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde de 1998.
Caderno de Saúde Pública	OSHIKATA et al.	2011	Campinas, SP, Brasil	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	Avaliar as tendências observadas na adesão ao seguimento ambulatorial durante os seis meses preconizados pelo protocolo do serviço, bem como algumas características da mulher e do atendimento observadas entre os anos de 2000 a 2006.

Revista Latino-Americana de Enfermagem	REIS et al.	2010	Campinas, SP, Brasil	Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual	Caracterizar a assistência de enfermagem prestada pelo enfermeiro às mulheres que sofreram violência sexual, atendidas no Hospital da Mulher -CAISM/Unicamp.
Revista do Instituto de Ciências da Saúde	RAMOS; MEDICCI; PUCCIA	2009	Santo André, SP, Brasil	Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência	Traçar o perfil sócio-demográfico das mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência no município de Santo André; analisar o atendimento prestado à luz dos procedimentos indicados pela norma técnica do Ministério da Saúde; além de identificar as características da ocorrência da violência sexual e do período de tempo transcorrido entre a agressão e o atendimento hospitalar e/ou ambulatorial.
Caderno de Saúde Pública	OLIVEIRA	2007	São Paulo, SP, Brasil	Fórum Violência sexual e saúde. Introdução	Enfocar a resposta do setor saúde à violência sexual contra as mulheres, a partir da análise da política formulada pelo Ministério da Saúde do Brasil e da rotina de dois serviços universitários.
Caderno de Saúde Pública	BEDONE; FAÚNDES	2007	Campinas, SP, Brasil	Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas	Descrever o atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas.
Caderno de Saúde Pública	VILLELA; LAGO	2007	São Paulo, SP, Brasil	Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual	Analisar o atendimento à saúde de mulheres que sofreram violência sexual, tendo como foco a parceria entre governo e movimento organizado de mulheres.
Caderno de Saúde Pública	MATTAR et al.	2007	São Paulo, SP, Brasil	Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo	Discutir a importância da assistência multiprofissional às vítimas da violência sexual para redução dos agravos físicos, psíquicos e sociais que podem advir desta violência.
Caderno de Saúde Pública	DINIZ	2007	Brasília, DF, Brasil	Fórum Violência sexual e saúde. Posfácio	–

Comunicação em Ciências da Saúde	FREITAS; LIMA; DYTZ	2007	Distrito Federal, Brasil	Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal	Avaliar o atendimento prestado pelos profissionais de saúde às mulheres vítimas de violência sexual no Programa Violeta e a sua adequação frente às recomendações técnicas do Ministério da Saúde.
Caderno de Saúde Pública	OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES	2005	Campinas, SP, Brasil	Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão	Avaliar o processo e os resultados do tratamento a mulheres vítimas de violência sexual em Hospital Universitário.
Revista de Saúde Pública	OLIVEIRA et al.	2005	São Paulo, SP, Brasil	Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo	Avaliar o funcionamento de serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

Esta pesquisa insere-se nos esforços de contribuir para melhorar as respostas dos serviços de saúde aos grupos beneficiários, no caso as mulheres em situação de violência sexual, tendo em vista a oferta de uma atenção em saúde digna e de qualidade, que atenda as mulheres em uma perspectiva ética e integral, além de promover a redução dos impactos da violência sexual. Também almeja-se a correção de rumos e, ao mesmo tempo, o aprofundamento e a continuidade de ações de sucesso para que os resultados positivos sejam duradouros e crescentes.

A avaliação dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual na cidade de Fortaleza torna-se relevante na medida em que: (I) contribuirá com o dimensionamento da atuação dos serviços; (II) oferecerá respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre a efetividade das ações; (III) responderá aos interesses de instituições, gestores e profissionais visando uma melhor adequação das atividades; (IV) e possibilitará a reorientação de rumos e de estratégias no enfrentamento da violência sexual.

Baseado na perspectiva teórico-analítica adotada e nas observações e experiências práticas acumuladas sobre o objeto de estudo, o trabalho traz como pressuposto que a implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual é determinada pelo modo como os atores (gestores e profissionais) constroem sua visão sobre o fenômeno, tendo em vista que as ações são operacionalizadas segundo seus valores, concepções e interesses.

Com base nesse cenário, torna-se imperioso o investimento no conhecimento do contexto e na análise das ações implementadas pelos serviços na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, visando extrair os arranjos presentes no cotidiano das instituições, além de conhecer as experiências dos profissionais e gestores envolvidos nesses serviços, intencionando a concretização de uma atenção em saúde de qualidade às mulheres.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Violência sexual contra a mulher como uma das expressões da violência de gênero

2.1.1 Violência de gênero contra a mulher

A discussão sobre violência de gênero contra a mulher e sua forma mais específica, a violência sexual, remete-nos, primeiramente, à categoria de análise gênero, que precisa ser delimitada, quanto aos conceitos e implicações, situando o fenômeno em um contexto histórico-sócio-cultural que impacta nas condições de vida e de saúde das mulheres.

Gênero é um conceito das ciências sociais utilizado como referencial teórico para análise e compreensão das desigualdades entre os sexos. O termo é polissêmico, existindo grandes debates teóricos acerca de sua natureza epistemológica (VILLELA, MONTEIRO, VARGAS, 2009; ARAÚJO, SCHRAIBER, COHEN, 2011).

Beauvoir (1967) postula uma noção sociocultural de gênero representada pela sua histórica frase: “não se nasce mulher, torna-se mulher”. Esta citação revela a distinção entre sexo e gênero. Sendo o primeiro de ordem biológica, quase sempre, determinado ao nascimento, enquanto o segundo uma edificação social que se perpetua pelos períodos da vida. Embora se estabeleça essas diferenças, é importante ressaltar que esses construtos não podem ser apreendidos de forma separada, tendo em vista que há uma estreita relação entre ambos. Dessa forma, os papéis de gênero conformam-se na imagem idealizada do masculino e do feminino, imbricados na própria condição de ser homem ou mulher, de modo que sua produção e reprodução social sejam naturalizadas (GOMES et al., 2007).

Na concepção de Scott (1986; 1995), gênero é uma construção histórica e cultural, que se apresenta como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, ou seja, define modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não. Trata-se de uma construção social sobreposta a um corpo sexuado, que dá origem as identidades subjetivas de cada sujeito. A autora ainda acrescenta que essa categoria também é uma maneira primária de significar relações de poder.

O conceito trazido por Scott revela três aspectos que necessitam ser contemplados em estudos sobre gênero: sociocultural, relacional e de poder. Considerando-se essas

perspectivas, gênero é útil para compreender a produção e a legitimação de saber e poder sobre a diferença sexual, incrustadas em uma construção sócio-histórica e em uma dimensão interativa das relações entre homens e mulheres. A assimetria que se estabelece é produzida pela cultura e sociedade e seu uso e significado nascem de uma disputa política, configurando-se no meio pelo qual se explicitam as relações de poder (ARAÚJO, SCHRAIBER, COHEN, 2011).

As concepções dominantes de feminilidade e masculinidade, que se processam nos espaços de reprodução social como a família, a escola, a igreja, os meios de comunicação e que são materializadas nas relações de trabalho, no quadro político-partidário e nas relações sindicais; vão se produzindo, reatualizando e naturalizando hierarquias, mecanismos de subordinação, acesso desigual às fontes de poder e aos bens materiais e simbólicos (ALMEIDA, 2007).

As desigualdades de poder que se manifestam nas relações sociais entre os sexos, quase sempre, valorizam o homem em detrimento da mulher, atribuindo a esta uma posição secundária e destituída de autonomia, tanto na esfera pública como na privada. Como lembra Saffioti (2004), esse sistema de ideias cria relações de hierarquia entre seres socialmente diferentes, transformando as relações sociais em relações desiguais e hierarquizadas, em que as diferenças sexuais são utilizadas como forma de criar e manter a mulher em uma posição de submissão.

Não obstante, é importante assinalar que gênero não se rebate, exclusivamente, sobre o objeto empírico mulher. Esta categoria trata de relações sociais em que mulheres e homens estão iguais e mutuamente implicados. Essa assertiva transparece a complexidade inerente ao termo, visto que gênero interage com outras dimensões do sujeito, como classe social, cor/raça/etnia, idade e religião, assim como com práticas cotidianas, como exercício da sexualidade e trabalho, criando desigualdades também entre as mulheres (FEMENÍAS, 2007; VILLELA, MONTEIRO, VARGAS, 2009).

Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder expõem homens e mulheres a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas (BRASIL, 2004b).

Diante do exposto, este estudo incorpora a categoria violência de gênero contra a mulher, uma vez que esta se sustenta em um quadro de desigualdades de gênero (ALMEIDA, 2007), resultado de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação. A violência se apresenta como uma das formas mais extremas de manifestação dessa desigualdade nas relações entre os sujeitos sociais.

Existem diversas expressões, na literatura, que se referem às mulheres em situação de violência: violência contra a mulher, violência doméstica, violência intrafamiliar e violência de gênero. Essas denominações, por vezes, são consideradas como equivalentes. No entanto, suas definições implicam em construtos teóricos distintos.

O termo violência contra a mulher enfatiza o alvo contra o qual a violência é dirigida, desconsiderando um contexto relacional ao indicar a unilateralidade do ato (ALMEIDA, 2007). Esta abordagem evidencia a posição da mulher como vítima e reduz o seu *status* de sujeito de direitos (GOMES, 2003). Nessa posição vitimista não há espaço para se ressignificar as relações de poder. Ao contrário, perde-se a dimensão relacional e cristalizam-se os lugares de vítima e agressor.

A designação violência doméstica destaca o espaço, no caso o âmbito privado, de ocorrência da violência. Já a violência intrafamiliar se refere à produção e reprodução da violência nas relações familiares. Estas expressões não abordam o sujeito, o objeto ou vetor da ação. Por outro lado, desmistificam o caráter sacrossanto da família e a intocabilidade da esfera privada (ALMEIDA, 2007).

Neste trabalho incorpora-se a visão da mulher como sujeito, não como vítima, que se insere em uma conjuntura de relações violentas. Dessa forma, utiliza-se o termo “mulheres em situação de violência”, uma vez que se desconsidera a concepção de passividade e imobilismo. A perspectiva da mulher como autora de sua história rompe com mitos e crenças que colaboram para a manutenção da violência (GOMES, 2003).

Nessa compreensão flexível, a adoção da expressão violência de gênero contra a mulher torna-se mais coerente. Como argumenta Saffioti (p. 125, 2001), “a categoria histórica gênero traz em si um destino, mas não se constitui uma camisa de força”. Segundo a autora, apesar de o gênero trazer um caráter determinante, sempre há espaço para o imponderável, um grau variável de liberdade de opção.

Na escolha desse trajeto analítico, as raízes explicativas para as relações violência-homem-mulher encontram-se nas questões de gênero. Esta abordagem tomou fôlego com os

movimentos feministas² e consolidou-se como modelo hegemônico explicativo da violência dirigida às mulheres (GOMES, 2003).

Assim, a violência de gênero pode ser entendida como um fenômeno social possível em um quadro de densas relações de poder estruturadas e estruturadoras de condições objetivas e subjetivas de dominação-exploração, fundada na hierarquia e na desigualdade de lugares sociais sexuados que subalternizam o gênero feminino (SAFFIOTI, ALMEIDA, 1995). Configura-se, portanto, em uma estratégia hegemônica de reposicionamento de seres humanos aos lugares socialmente instituídos, sendo essa prática naturalizada e reproduzida de geração a geração (POUGY, 2007).

Deste modo, a violência é exercida contra a mulher pelo fato de ser mulher, sendo a família e o ambiente doméstico territórios propícios para sua manifestação. No contexto das relações assimétricas entre homens e mulheres, dentro da estrutura familiar, se originam mecanismos de punição e disciplinamento, cujo objetivo é a manutenção dessa hierarquia, em que a posição de cada gênero deve ser sustentada (SANTOS, 2011). Santos (2011) advoga que quando os mecanismos simbólicos da dominação masculina, de conservação desse quadro, não funcionam, a violência se materializa para garantir a hierarquização entre os sexos.

A violência de gênero contra a mulher manifesta-se mundialmente, abrangendo distintos países e culturas. Contudo, há contextos que favorecem a sua aceitação devido ao forte enraizamento das questões de gênero, como: existência de normas culturais ou legais conferindo direito de propriedade masculina sobre as mulheres; controle dos homens sobre a riqueza da família; contextos em que a masculinidade está associada à dominação e soberania e quando há consenso de que o controle final das decisões é masculino (OMS, 2002; SCHRAIBER et al., 2009).

Nesse sentido, esta violência ocorre em um contexto social engendrado por clivagens de gênero, em que os homens marcam seus domínios, impedindo a autonomia da mulher. Compreender este fenômeno fundado no gênero indica um caminho fecundo de enfrentamento das inúmeras formas de violência que atingem às mulheres, que se assentam na transformação das diferenças em desigualdades com fins de dominação (MORGADO, 2007).

² Adotou-se o termo “movimentos feministas” entendendo que há uma diversidade de movimentos que lutam contra os modelos culturais que atribuem papéis diferenciados a homens e mulheres.

2.1.2 Violência sexual contra a mulher

A violência de gênero contra a mulher se expressa nas modalidades física, psicológica, sexual, patrimonial, moral, institucional, tráfico de mulheres, exploração sexual de mulheres e cárcere privado (BRASIL, 2011a). O conceito incorporado pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) aponta para esta amplitude, definindo esta violência como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 1996).

Integrada a este conceito, a violência sexual representa um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher. Constitui-se em um problema histórico, que se perpetua pelos períodos da humanidade (VIGARELLO, 1998; SOIHET, 2009) e acarreta sérios impactos na qualidade de vida das mulheres.

A violência sexual contra a mulher não é fruto do desejo sexual ou amoroso. Ao contrário, é uma demonstração da assimetria de poder do homem sobre a mulher, na subjugação do seu corpo e da sua autonomia como sujeito (OLIVEIRA, 2007). Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006) argumentam que o fenômeno implica no controle e na subordinação da sexualidade da mulher e é incorporado como constitutivo das regras que normatizam a prática sexual.

As expressões de violência sexual têm em suas raízes as desigualdades de gênero na sociedade, que atribui diferentes espaços de poder entre os sexos, nos quais a mulher, em geral, ocupa lugares de menor empoderamento. Nesta perspectiva, este ato está associado às seguintes normas sociais favoráveis à superioridade masculina: legitimação da violência contra as mulheres por parceiros íntimos; culpabilização das mulheres pelo estupro e outros tipos de violência sexual; sexualidade do homem vista como impulso biológico instintivo; ato de considerar as mulheres como objetos sexuais; aceitação generalizada do uso da violência; e sanções legais amenas contra a violência (CONTRERAS et al., 2010).

A concepção de que a violência sexual é produto do desejo sexual incontrolável do homem, inerente à identidade masculina, ainda é socialmente aceita em muitos contextos (CÁCERES, 2005; MOORE, 2006). Dessa forma, a sexualidade masculina é vista como necessidade e impulso biológico instintivo, que é moldada por forças internas, sobre as quais não existem controles por serem consideradas naturais. Esse entendimento legitima o controle

do homem sobre a mulher e a violência sexual cometida nos espaços sociais torna-se regra, não exceção (CAVALCANTI, GOMES, MINAYO, 2006; MOORE, 2006).

A construção sociocultural e a forma como a mídia retrata os homens e as mulheres produzem ideias e imagens a respeito dos papéis que cada gênero deve representar (CONTRERAS et al., 2010). Essa imposição simbólica de condutas limita a autonomia das mulheres, colocando-as como objetos sexuais, destituídas de direitos, configurando-se em um obstáculo para o enfrentamento da violência sexual.

A dinâmica de controle e poder que reflete relações de gênero desiguais tem sido intensamente associada com a violência sexual contra as mulheres perpetrada por parceiros íntimos (JEWKES, SEN, GARCÍA-MORENO, 2002; CONTRERAS et al., 2010). Segundo Bijos (2004), o contrato matrimonial estabelece o controle da sexualidade feminina por parte do homem e só recentemente a violência sexual, que acontece na esfera privada, foi considerada crime. Por essas razões, há a tendência de as mulheres denunciarem, com mais frequência, às autoridades policiais e buscarem os serviços de saúde nas situações em que o agressor é um desconhecido (CAMPOS et al., 2005). Já a violência que incide nas relações afetivas e no ambiente doméstico é marcada pela invisibilidade, não revelando-se facilmente.

Embora o status de direitos das mulheres esteja melhorando em muitas regiões do mundo, mais do que 600 milhões de mulheres vivem em países onde a violência doméstica não é considerada um crime. Em alguns locais, as estruturas legais sustentam e promovem a discriminação sistemática de mulheres e meninas, por exemplo, em relação à propriedade e herança, idade de casamento, e capacidade de entrar livremente e deixar o casamento (GARCÍA-MORENO et al., 2015a).

A aceitação social da violência baseada no gênero, no interior da família e fora dela, faz com que a mulher não a denuncie, entendendo que este é um ônus inerente à sua condição de mulher (OLIVEIRA, 2007). Este fato favorece a ocultação dos casos, principalmente quando praticados pelos parceiros íntimos, o que prejudica o dimensionamento do fenômeno.

A revelação da violência sexual, seja ela perpetrada por pessoas conhecidas ou estranhas, envolve uma série de dificuldades. As mulheres que vivenciam essa situação tendem a silenciar o assunto, seja por medo de represália do agressor, vergonha, sentimentos de humilhação e culpa, falta de apoio da família e amigos, expectativa de que a aplicação da lei será ineficaz, ou até mesmo, pelo constrangimento associado à busca de serviços no

âmbito da justiça ou da saúde, onde, muitas vezes, elas são submetidas à outra violência (CONTRERAS et al., 2010).

Por esses motivos, estima-se que menos de 10% dos casos cheguem ao conhecimento das autoridades na América Latina e no Caribe (CONTRERAS et al., 2010). Essa conjuntura reflete a visão projetada pela sociedade em relação à violência sexual, que geralmente está vinculada à imagem que se faz da mulher, ao preconceito e ao julgamento (OLIVEIRA et al., 2005).

O conceito de violência sexual começou a ser abordado, no cenário nacional, com o Código Penal Brasileiro de 1940, que definia o estupro e as demais modalidades deste tipo de violência como “crimes contra os costumes”. Essa expressão reflete que o julgamento que se fazia a esses crimes estava intimamente vinculado à imagem da mulher e de seu comportamento. Apesar de essa denominação ter sido modificada, evidencia-se que a violência sexual ainda é fortemente apreendida como fenômeno moral.

No âmbito do setor saúde, a inserção do tema violência é recente. Foi a partir da década de 1990 que houve a consolidação do discurso que articula violência e saúde. A inclusão da temática na agenda da saúde pública foi promovida pela intensa mobilização de organismos internacionais como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No ano de 2002, as reflexões acadêmicas e institucionais que vinham se acumulando foram consolidadas no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, que obteve grande repercussão por ter sido o primeiro a tratar do tema (MINAYO, LIMA, 2009). A OMS (p. 148, 2002), nesse Relatório, conceitua a violência sexual como:

“Todo ato sexual, tentativa de realizar um ato sexual, comentários ou investidas sexuais não consentidos, atos para comercializar ou de outra forma controlar a sexualidade de uma pessoa através do uso da coerção, realizados por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, sem estar limitado, a residência e o trabalho”.

Esta definição é amplamente disseminada e sua validade teórica é reconhecida por estudiosos da área, em virtude de seu caráter abrangente, que inclui os diversos cenários de ocorrência da violência; os tipos de coerção, que variam desde a intimidação psicológica à força física; além de variados atos (OPAS, 2013), incluindo:

- Ato sexual forçado no casamento ou namoro;

- Estupro por estranhos ou conhecidos;
- Estupro sistemático durante os conflitos armados;
- Assédio sexual;
- Abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes;
- Abuso sexual de crianças;
- Prostituição forçada;
- Tráfico de pessoas com o fim de exploração sexual;
- Casamento precoce forçado;
- Mutilação genital e inspeção de virgindade obrigatória;
- Atos violentos contra a integridade sexual da mulher (aborto forçado, impedimento do uso de contracepção ou autoproteção de doenças sexualmente transmissíveis).

Para o Ministério da Saúde, a violência sexual é a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal (BRASIL, 2010b).

A Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, que alterou o Código Penal de 1940, passou a considerar a violência sexual como “crimes contra a dignidade sexual”. Esta Lei conceitua o estupro (art. 213) 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”. Ainda inclui a violação sexual mediante fraude (art. 215) e o assédio sexual (art. 216-A) como outras formas de violência sexual (BRASIL, 2009a). Como se vê, a atualização do Código Penal, seguindo a atual orientação constitucional e os ditames dos princípios gizados pelos direitos humanos sexuais e reprodutivos, considera a sexualidade como uma expressão da dignidade das pessoas e, em especial, das mulheres (BRASIL, 2010a).

2.1.3 Trajetória das políticas e instrumentos legais de enfrentamento à violência de gênero contra a mulher

A questão da violência de gênero contra a mulher entrou na pauta de discussão política e social, no Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, por forte influência dos movimentos

feministas. O revigoramento destes movimentos, nesse período, traz para o debate público assuntos, até então, relegados ao segundo plano, por serem considerados restritos ao âmbito privado; demandando do Estado, por meio de suas políticas, a incorporação das reivindicações das mulheres (VILLELA, LAGO, 2007).

A mobilização empreendida pelos movimentos feministas impulsionou a montagem de uma agenda governamental para atender as demandas por soluções frente ao fenômeno. Howlett, Ramesh e Perl (2013) assinalam que os problemas emergem na agenda governamental, como objetos de ação, das insatisfações e questões trazidas pelos atores afetados. Ao se inserir na agenda política, a questão é elevada de seu *status* de objeto de preocupação e problema privado para o *status* de uma questão pública potencialmente sujeita à ação do Estado.

Nessa visão, os movimentos feministas tiveram papel decisivo na introdução da violência de gênero contra a mulher, além de outras questões, como alvo da atenção por parte do governo. Naquele momento, o feminismo tinha como objetivo central a transformação da situação da mulher na sociedade, de forma a suplantando as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres (FARAH, 2004). A resistência feminista contra as expressões de violência sofridas pelas mulheres acarretou mudanças históricas nos processos legislativos, institucionais e jurídicos no Brasil (BANDEIRA, 2009).

As intervenções governamentais, os documentos e os marcos legais instituídos na área de violência de gênero contra a mulher, ao longo das últimas décadas, foram decorrentes de fatores como o processo de democratização do país; a mobilização e o protagonismo dos movimentos feministas; e o compromisso assumido pelo país no âmbito internacional, que requereu do Estado a elaboração de dispositivos para a eliminação das discriminações de gênero.

O Brasil destaca-se pela adesão aos compromissos firmados internacionalmente. Os instrumentos que compõem a agenda relacionada à questão de gênero encontram-se em consonância com convenções e tratados internacionais, tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), a Conferência do Cairo (1994), a Conferência de Beijing (1995) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (Convenção de Palermo, 2000) (BRASIL, 2011a).

Sob impacto dessas mobilizações, as primeiras políticas públicas direcionadas à questão foram implantadas nos anos 1980, como é o caso da criação da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), ambos em 1985 (BRASIL, 2011a). O CNDM foi instituído com o objetivo promover políticas no sentido de eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país (SPM, 2014). Desde sua concepção, este Conselho tem gerido esforços para reduzir a discriminação contra as mulheres e para aumentar o acesso a serviços de apoio às situações de violência.

A Constituição de 1988, marco jurídico de afirmação dos direitos humanos no país, também incorporou várias propostas dos movimentos, incluindo temas relativos à saúde, família, trabalho, violência, discriminação, cultura e propriedade da terra (BRASIL, 1988). A Constituição está em compasso com os tratados internacionais de direitos humanos, estabelecendo dispositivos (Art. 226, parágrafos 5º e 8º) que contemplam o tema da igualdade de gênero e da violência doméstica e sexual contra mulheres, crianças e adolescentes.

Além das DEAM e do CNDM, a construção de casas abrigo, para mulheres em situação de risco de morte, e dos centros de atendimento à mulher em situação de violência também contribuíram para dar visibilidade ao problema e garantir a sua proteção. Essas importantes conquistas da luta feminista brasileira foram, durante muito tempo, as principais balizas das ações do Estado voltadas para a promoção dos direitos das mulheres no enfrentamento à violência, cuja ênfase estava na segurança pública e na assistência social (BRASIL, 2011a).

Não obstante, mesmo com o avanço constitucional, o Brasil relegou a questão da violência doméstica contra a mulher a aplicação da Lei nº 9.099 de 26 de setembro de 1995, que dispunha sobre crimes de menor potencial ofensivo, aplicando penas consideradas brandas, tendo ainda a previsão de penas alternativas aos agressores, tais como o pagamento de cestas básicas (BRASIL, 1995). No caso dos crimes sexuais, esta Lei não se aplicava devido ao fato de as penas serem maiores para tais violações. Esse instrumento legal foi alvo de severas críticas por parte dos movimentos feministas, organizações não governamentais e especialistas no tema, tendo em vista que representou um retrocesso na criminalização da violência contra a mulher (SOUZA, ADESSE, 2005).

No âmbito do setor saúde, a questão da violência dirigida à mulher, particularmente a sexual, emerge relacionada à prática do aborto legal, direito estabelecido nos anos 1940 pelo Código Penal Brasileiro. No entanto, nesse momento, esta prática estava relacionada

estritamente a uma decisão jurídica, não configurando-se como uma política de saúde (SCHRAIBER et al., 2009).

Neste campo, a resposta às necessidades das mulheres em situação de violência foi mais tardia. O primeiro serviço de atendimento a mulheres em situação de violência sexual foi implantado no município de São Paulo, em 1990, fruto de esforços de diferentes atores sociais (VILLELA, LAGO, 2007). Em contrapartida, foi somente no ano de 1998 que o Ministério da Saúde estabeleceu as normas para implantação e funcionamento desses serviços, com a elaboração da Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 1999).

A Norma Técnica foi resultado de esforços coletivos de diferentes setores da sociedade, representando um instrumento fundamental para que o tema da violência sexual fosse incorporado, efetivamente, pelo setor saúde, e para que a questão do aborto começasse a ser discutida de maneira mais ampla. Assim como, constituiu-se em um marco na organização da atenção em saúde a essa situação, estabelecendo rotinas e protocolos clínicos e institucionais (MENDES, 2007). Segundo Oliveira (2007), a inserção dessa prática nas instituições de saúde possibilitou o rompimento da perspectiva de atenção materno-infantil que marcava as ações programáticas em saúde da mulher no país. Villela e Lago (2007) observam que a partir da publicação desse documento houve um significativo aumento no número de serviços de atendimento à violência sexual.

Nesse processo de construção e divulgação da Norma Técnica, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) também teve importante papel para a sensibilização e adesão dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos obstetras. A FEBRASGO, dentre outras ações, vem sendo parceira do Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP) no desenvolvimento do Fórum Interprofissional sobre o Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual (LIMA, 2014).

Outro marco para a incorporação do tema da violência na área foi a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em 2001. O documento da PNRMAV ressalta a relevância da questão para a saúde pública e apresenta um diagnóstico geral do problema e das formas como ele afeta o setor saúde, além de descrever as várias manifestações da violência e os grupos em que ela incide. Esta política aborda de forma tímida o assunto violência contra a mulher, contudo, merece destaque, pois impulsionou a discussão nacional acerca da temática violência e saúde, propondo o

desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de caráter intersectorial, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população (BRASIL, 2002; LIMA, 2014).

Um avanço na esfera da legislação nacional de enfrentamento à violência contra a mulher constituiu-se na sanção da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que instituiu a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços públicos e privados de saúde (BRASIL, 2003). O cumprimento dessa medida foi fundamental para o dimensionamento do fenômeno e suas consequências, contribuindo para a formulação de políticas de prevenção.

Nesse mesmo ano, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), inaugurando um novo momento da história do Brasil no que se refere à formulação, coordenação e articulação de políticas públicas para promover a igualdade de gênero. A SPM tem status de Ministério e sua atuação desdobra-se em três linhas de ação: (I) políticas do trabalho e da autonomia econômica das mulheres; (II) enfrentamento à violência contra as mulheres; e (III) programas e ações nas áreas de saúde, educação, cultura, participação política, igualdade de gênero e diversidade (SPM, 2014). Como analisam Contreras et al. (2010), a força política de instituições como a SPM configura-se no fator fundamental para a implementação de planos e programas nacionais que abordem a violência contra as mulheres de forma articulada com múltiplos setores.

A instituição da SPM impulsionou a ampliação de políticas públicas para o enfrentamento à violência contra as mulheres, que passaram a incluir ações integradas, como: criação de normas e padrões de atendimento; aperfeiçoamento da legislação; incentivo à constituição de redes de serviços; o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011a).

No ano de 2004, a área técnica da saúde da mulher do Ministério da Saúde convocou novamente os atores sociais para elaborar uma proposta de atualização da Norma Técnica, provocando um grande debate no que concerne à necessidade do Boletim de Ocorrência para a realização do aborto. Essa versão também obteve avanços nos campos da anticoncepção de emergência e das profilaxias das DST (DREZETT, 2005).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde, reconhecendo que a saúde da mulher é uma prioridade de governo, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da

Mulher (PNAISM). Esta Política considerou a perspectiva de gênero e raça, avançando no sentido da integralidade através da ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de problemáticas importantes. Dentre estas, a violência doméstica e sexual foi priorizada pelo documento, que a sinalizou como um relevante determinante de saúde da mulher em virtude das repercussões negativas às esferas física, mental e reprodutiva.

Entre os objetivos e estratégias da PNAISM, situa-se a promoção da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, por meio da organização de redes integradas; da articulação da atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS; e da promoção de ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004b).

Ainda nesse período, houve a instituição do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado pela SPM com base nos debates e propostas que emergiram da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004. As ações do PNPM foram delimitadas a partir de quatro linhas de atuação, consideradas como as mais importantes para garantir o direito a uma vida melhor e mais digna para todas as mulheres. O enfrentamento à violência é contemplado em uma dessas linhas, que objetivou (BRASIL, 2004a):

- Implantar uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher;
- Garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência;
- Reduzir os índices de violência contra as mulheres;
- Garantir o cumprimento dos instrumentos e acordos internacionais e revisar a legislação brasileira de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Outra importante ação do governo federal, por intermédio da SPM, foi a criação, em novembro de 2005, da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. A Central destina-se a receber denúncias ou relatos de violência, reclamações sobre os serviços da rede, e fornecer orientações às mulheres sobre seus direitos, encaminhando-as para os serviços quando necessário. Além de servir como uma importante porta de entrada para a rede de atendimento, o serviço contribui para o levantamento de informações que favorecem a produção de dados e

subsidiar o desenho de políticas de enfrentamento do problema, além de ser útil para o monitoramento dos serviços que integram a rede em todo o país (BRASIL, 2008a).

A densa mobilização nacional de grupos feministas, organizações governamentais e não governamentais culminou na promulgação da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, denominada Lei Maria da Penha. A sanção desta Lei representou uma vitória da sociedade brasileira na busca de punições mais severas às violências ocorridas no contexto privado (SANTOS, 2011). Esse instrumento legislativo regula os meios de coibir e prevenir a violência doméstica contra a mulher. A partir da alteração do Código Penal, possibilitou que os perpetradores da violência sejam presos em flagrante ou tenham prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê medidas de proteção para a mulher e sua família, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher. Além disso, essa Lei dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (BRASIL, 2006a).

Souza e Adesse (2005) argumentam que a Lei Maria da Penha inova na medida em que também dispõe das políticas públicas a serem adotadas para se prestar assistência à mulher, integrando uma rede de proteção social que conta necessariamente com todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal) e prevê a capacitação dos profissionais que atuarão diretamente com as mulheres em situação de violência.

No âmbito da saúde, a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, reforçou a violência como um fator que determina o processo saúde-adoecimento dos indivíduos, devendo ser priorizada pelas políticas de saúde. Este instrumento propôs ações específicas para prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, contemplando a ampliação e o fortalecimento da rede intersetorial de enfrentamento; a implementação da ficha de notificação de violência; o investimento na qualificação dos profissionais da gestão e da atenção em saúde; entre outros aspectos (BRASIL, 2006b).

O desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres é efetivamente consolidado por meio da edição do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em agosto de 2007. Esse Pacto configura-se em uma estratégia de integração entre os governos federal, estadual e municipal no tocante às ações de enfrentamento do fenômeno e de descentralização das políticas públicas referentes à temática, por meio de um acordo federativo, que tem por base a transversalidade de gênero, a intersetorialidade e a capilaridade das ações referentes à questão (BRASIL, 2011a).

O trabalho intersetorial proposto nesse documento exigiu a constituição da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, que concerne na articulação de diversos setores do governo e da sociedade civil, visando à prevenção, o combate e a assistência dos casos, dada a natureza multifacetada do problema. Dessa forma, a rede é integrada por serviços jurídicos, de segurança pública, de saúde, de assistência social, entre outros (BRASIL, 2011a).

Ainda em 2007, foi publicado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. As estratégias desse Plano contemplam as mulheres em situação de violência sexual e doméstica, por entender o grande risco de contágio de DST nessa circunstância. Entre as medidas previstas nesse âmbito estão: a revisão do quantitativo e da logística de distribuição de insumos essenciais para as atividades de profilaxia e implementação de capacitação e treinamento dos profissionais atuantes nos serviços de prevenção e atenção integral às mulheres em situação de violência sexual e doméstica (BRASIL, 2007).

Em 2008, o II PNPM foi lançado, fruto de uma construção coletiva que contou com a participação de milhares de mulheres brasileiras em conferências municipais e estaduais de todas as regiões. Esta segunda formulação ampliou e aprofundou o campo de atuação do governo federal nas políticas públicas para as mulheres, acrescentando outras áreas estratégicas além das dispostas no I PNPM (BRASIL, 2008a). Vale destacar que a questão do enfrentamento das formas de violência contra a população feminina foi mantida neste documento, perpetuando-se o reconhecimento da violência de gênero como problema que necessita ser abordado de forma intersetorial em virtude de sua complexidade.

A partir de 2009, a notificação de violências pelo setor saúde passa a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), permitindo sua consolidação em todo o território brasileiro, no que diz respeito à padronização de coleta e envio de dados (BRASIL, 2009b).

No ano de 2010, a Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes foi ampliada, incluindo aspectos relativos à violência sexual em mulheres que se relacionam com mulheres, a atenção ao autor da agressão, como também as informações sobre os instrumentos legais foram expandidas (BRASIL, 2012). Ainda na esfera da saúde, em 25 de janeiro de 2011, ao reformular a lista de doenças de notificação compulsória, o Ministério da Saúde incluiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como o 45º evento de notificação compulsória, através da

Portaria nº 104, estabelecendo fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2011b).

Uma importante conquista para o enfrentamento do fenômeno constituiu-se na formulação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres que foi estruturada a partir do PNPM. Esse instrumento estabelece conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção, combate, assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme as normas internacionais de direitos humanos e a legislação nacional (BRASIL, 2011a).

A referida política apresenta o conceito de enfrentamento à violência contra a mulher, definido como a implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade do problema em todas as suas expressões. Para isso, o enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão, no sentido de propor ações que: desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência. Nessa perspectiva, a noção de enfrentamento é abrangente, não se restringindo à questão do combate, englobando também as dimensões da prevenção, assistência e garantia de direitos (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Mulheres, também lançada em 2011, apresenta as principais discussões e conceitos referentes à temática, trazendo o contexto do tráfico de mulheres no Brasil, retratando suas especificidades, origens, motivação, perfil, impactos, dificuldades e interfaces; assim como a legislação nacional e internacional vigentes no país (BRASIL, 2011c).

Ainda no ano de 2011, a SPM estabeleceu as Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência, no sentido de cumprir o previsto na Lei Maria da Penha, na Política e no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Essas Diretrizes redefinem as possibilidades de acolhimento provisório para mulheres em situação de violência no intuito de garantir-lhes segurança e proteção, assegurando-lhes o direito a uma vida sem violência. A partir desse documento ampliou-se as estratégias de atendimento, incluindo novas alternativas de abrigamento para mulheres que não estejam sob risco de morte e a redefinição do perfil de usuárias a serem atendidas pelos serviços de abrigamento (BRASIL, 2011d).

O ano de 2013 configurou-se em um período fecundo em relação à elaboração e divulgação de documentos e marcos legais que contribuem para uma maior consolidação das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher e para uma maior visibilidade do tema pela sociedade, principalmente pelos atores inseridos na rede de atendimento, que foram: o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013; a Portaria nº 528, de 1 de abril de 2013; a Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013; o lançamento do III PNPM e do Programa “Mulher, Viver sem Violência”.

Sancionado pela Presidência da República, o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, estabelece diretrizes para atendimento às mulheres em situação de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como situa as competências de cada Ministério para sua implementação. As diretrizes previstas, de uma forma geral, englobam aspectos referentes à humanização do atendimento, a integralidade da assistência e a promoção de capacitação dos profissionais (BRASIL, 2013a).

A Portaria nº 528, de 1 de abril de 2013, do Ministério da Saúde, dispõe sobre as regras para habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no SUS. O Art. 4º delimita os estabelecimentos responsáveis por essa atenção, tais como: serviços de saúde que realizam atendimento ginecológico e/ou obstétrico, como hospitais gerais e maternidades, pronto-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência não hospitalares, ambulatórios de especialidades clínicas e unidades de atenção básica em saúde (BRASIL, 2013b).

A Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013, prevê a obrigatoriedade do atendimento integral a pessoas em situação de violência sexual. Essa Lei representou um avanço na medida em assegura o atendimento emergencial, integral e multidisciplinar em todos os hospitais integrantes do SUS, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, bem como encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social (BRASIL, 2013c).

Desde a publicação da Norma Técnica, há quase 15 anos, o sistema de saúde ainda não conseguiu resolver questões fundamentais que garantam o acesso igualitário de todas as mulheres em situação de violência sexual aos procedimentos a que têm direito. Nesse sentido, a Lei nº 12.845 é um instrumento necessário para que gestores municipais e estaduais não se eximam de suas responsabilidades.

Ainda nesse mesmo período, ano em que a SPM completou uma década de existência, também foi lançado o III PNPM (BRASIL, 2013d), que instituiu as metas de ação para o período de 2013 a 2015; e o Programa “Mulher, Viver sem Violência”, que integra serviços públicos de segurança, justiça, saúde, assistência social, acolhimento, abrigamento e orientação para trabalho, emprego e renda. Este programa reforça a rede de serviços, transforma o Ligue 180 em disque-denúncia, estimula a humanização da coleta de vestígios de crimes sexuais e inclui as unidades móveis de atendimento, os centros de atendimento às mulheres nas regiões de fronteiras secas e a Casa da Mulher Brasileira (SPM, 2014).

Em 2014, a Portaria GM/MS nº 1.271 de 06/06/2014 revoga a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 e inclui a violência sexual e tentativa de suicídio como o 46º evento de notificação compulsória de caráter imediato, devendo ser informado para SMS local em tempo menor ou igual a 24 horas. Esta notificação imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao usuário, pelo meio mais rápido disponível (BRASIL, 2014).

Nesse mesmo ano, Assembleia Mundial da Saúde fez uma resolução sobre o fortalecimento do papel do sistema de saúde no combate à violência, em particular contra mulheres e crianças. Esta resolução indica o alto nível de compromisso mundial com o reforço do setor saúde para essa atuação, com a capacidade de formação de prestadores de cuidados de saúde para responder às demandas das mulheres submetidas à violência, e com a coleta de dados e evidências sobre o funcionamento dos serviços (GARCÍA-MORENO et al., 2015a).

E mais recentemente, em 2015, foi lançada a Norma Técnica para a Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, integrando as ações do Programa Mulher Viver sem Violência lançado em 2013 (BRASIL, 2015).

Com base nessa trajetória, constatam-se conquistas e avanços no campo legal e das políticas públicas dirigidas ao enfrentamento à violência de gênero contra a mulher. No entanto, muitos desafios ainda se colocam, principalmente, na esfera da implementação e da efetivação desses dispositivos.

2.1.4 Atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual

A atenção à saúde pode ser entendida como tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção (básica, média complexidade e alta complexidade) e essa estruturação visa à oferta de uma atenção à saúde integral aos indivíduos (BRASIL, 2009c).

No âmbito da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, a Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes atua como principal instrumento técnico orientador dessas ações. Esse documento remete a atenção à violência sexual para o contexto das unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia, tendo em vista tanto a infraestrutura disponível quanto a relação que este tipo de instituição permite estabelecer com as mulheres (BRASIL, 2012). Vale salientar que essa atenção não se limita às unidades com essas especificidades, podendo situações de maior complexidade requererem mecanismos de regulação na rede intrasetorial.

Recentemente, a Lei nº 12.845/2013 ampliou a oferta desse tipo de atenção, prevendo a obrigatoriedade do atendimento integral a pessoas em situação de violência sexual nos hospitais do SUS (BRASIL, 2013c). Dessa forma, todos os serviços da rede hospitalar tornam-se responsáveis por essa atenção, não sendo mais restrita às instituições consideradas de referência para essa demanda.

De acordo com Contreras et al. (2010), as instituições de saúde de atenção à violência sexual precisam ter padrões mínimos de qualidade que incluam infraestrutura básica, serviços integrados de saúde reprodutiva, mecanismos para assegurar confidencialidade e proteção para as mulheres, e equipe treinada e sensibilizada.

O acesso universal à saúde e o respeito às singularidades, sem qualquer tipo de discriminação, são direitos constitucionais (BRASIL, 1988). Nessa perspectiva, as ações de atenção à saúde devem ser acessíveis para toda população, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, reabilitação e tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher.

A Norma Técnica estabelece fluxos e rotinas, tendo como objetivo a garantia de uma atenção rápida aos casos de violência sexual, para evitar ou minimizar danos futuros à saúde

da mulher. Propõe que esse atendimento deve ser realizado em um local específico que garanta a privacidade durante a entrevista e os exames. Essa Norma apresenta propostas quanto à instalação física, recursos humanos, equipamentos, apoio laboratorial para os exames, registro de dados, notificação da violência e sensibilização e capacitação dos profissionais. Também destaca a importância do atendimento clínico e do acompanhamento psicológico. E ainda normatiza sobre a dinâmica do atendimento, destacando as condutas para anticoncepção de emergência, profilaxia de DST e gravidez decorrente da violência sexual (BRASIL, 2012).

Dada à complexidade que envolve a questão e objetivando uma atenção baseada no princípio da integralidade, há a necessidade de uma abordagem multiprofissional às situações de violência sexual. A Norma Técnica discorre que é desejável que a equipe de saúde mínima seja formada por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais; e em serviços de referência para casos de maior complexidade pode se acrescer pediatras, infectologistas, traumatologistas, psiquiatras, além de outras especialidades (BRASIL, 2012). Nesse sentido, Bedone e Faúndes (2007) advogam que a participação de profissionais de diversas áreas possibilita o entendimento mais apropriado da complexidade que envolve o atendimento e acompanhamento de mulheres nessa situação, favorecendo uma atenção de qualidade.

Os serviços de saúde devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo os profissionais responsáveis por cada etapa da atenção, que engloba o acolhimento, a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico, devendo nesses fluxos serem consideradas condições especiais de acordo com as necessidades de cada situação, como intervenções de emergência, internação hospitalar ou o caso de gravidez decorrente de violência sexual (BRASIL, 2012).

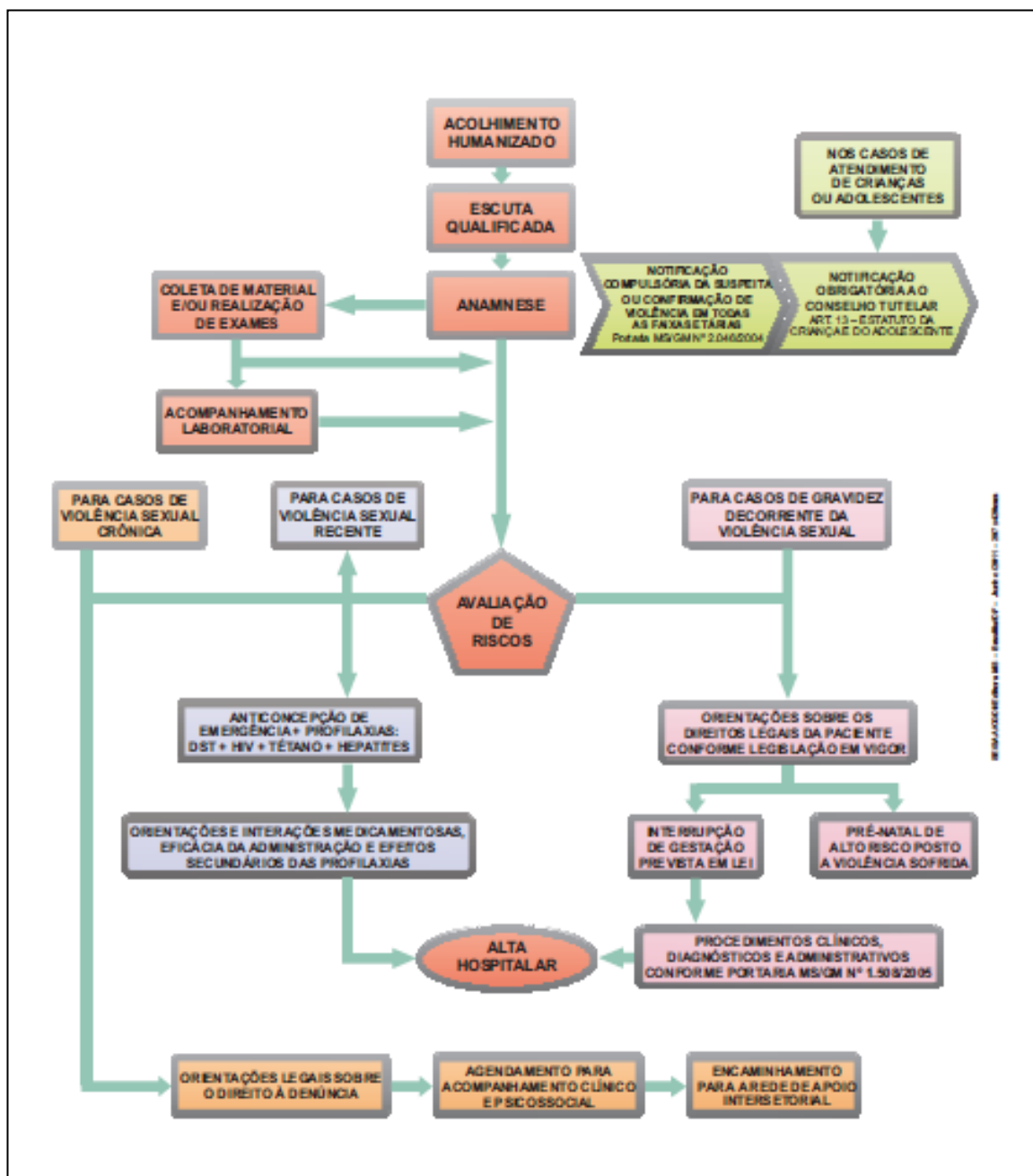
Os municípios ou as instituições de saúde detêm autonomia para a elaboração dos próprios fluxos considerando-se as especificidades locais e institucionais; ou podem adotar o fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual do Ministério da Saúde (Figura 1). Este fluxo apresenta os caminhos percorridos pela usuária mediante acesso aos serviços de saúde, contemplando as etapas previstas na Norma Técnica.

Por se tratar do primeiro contato entre a mulher e a equipe de saúde, o acolhimento é parte fundamental da atenção às mulheres em situação de violência sexual. Este momento contribui para estabelecimento de uma relação de confiança, sendo essencial para o seguimento das ações. O direito a informação também necessita ser assegurado. Dessa forma,

a mulher deve ser informada sobre todas as condutas realizadas e suas respectivas importâncias, assim como sobre as proteções legais de coibição à violência contra a mulher.

A Norma Técnica também preconiza a realização da avaliação de risco junto à mulher, que consiste na identificação de situações de maior vulnerabilidade a fim de elaborar estratégias preventivas de atuação. A equipe multiprofissional deve avaliar os riscos de repetição ou agravamento do ato, visando à prevenção de novos episódios, principalmente quando perpetrado pelo parceiro íntimo (BRASIL, 2012).

Figura 1. Fluxo de Atendimento em Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Também se faz necessário que seja empreendido exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor da agressão. Além do atendimento psicológico incomensurável para a reestruturação emocional e social da mulher em situação de violência sexual (BRASIL, 2012).

Os dados obtidos durante a entrevista, no exame físico e ginecológico, resultados de exames complementares e relatórios de procedimentos devem ser cuidadosamente registrados no prontuário de cada mulher. O cuidado com o prontuário é de extrema importância, tanto para a qualidade da atenção em saúde quanto para eventuais solicitações da Justiça. Para evitar que a mulher tenha que repetir sua história para diferentes profissionais, a Norma recomenda a utilização de fichas específicas de registro unificado que reúna as observações de todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2012).

Uma importante conduta que deve ser adotada é a notificação pelos profissionais de saúde dos casos suspeitos ou confirmados de violência, através do preenchimento da ficha de notificação do SINAN. Esta ficha é uma ferramenta de vigilância epidemiológica, tal como outras já tradicionais no âmbito da saúde pública. O instrumento engloba informações da pessoa atendida, da residência e da ocorrência; detalhamento dos casos de violência sexual; dados do provável autor da agressão; informações sobre evolução e encaminhamento; além da circunstância da lesão definida pelo Código Internacional de Doenças (CID 10) (BRASIL, 2012). O ato notificador está assegurado na legislação brasileira (Lei nº 10.778/2003), configurando-se em um instrumento de garantia de direitos e de proteção social, além de seu papel estratégico nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências.

A atenção em saúde à violência sexual também inclui as medidas de profilaxias de DST e prevenção da gravidez em razão da violência. A contaminação por uma DST como resultado de uma violência sexual pode implicar sérias repercussões físicas e emocionais. As taxas de DST nessas circunstâncias são preocupantes (DREZETT, 2003). Estima-se que o risco de adquirir uma DST após a violência sexual varia de 4% a 30% em diferentes países (KAWSAR et al., 2004; MCFARLANE et al., 2005; ONONGE et al., 2005).

Por outro lado, parte significativa das DST decorrentes de violência sexual pode ser evitada. A Norma Técnica estabelece os procedimentos de profilaxia para o grupo das DST não virais, hepatites virais e infecção pelo HIV. A prevalência das DST não virais em situação de violência sexual é elevada, mas parcela significativa das infecções genitais como

gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. A profilaxia das DST não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e da idade da mulher (BRASIL, 2012).

No caso das hepatites virais, a imunoprofilaxia contra a hepatite B está indicada em casos de violência sexual nos quais ocorra exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Quando disponível, a abordagem da condição sorológica da mulher e a interpretação dos resultados devem ser realizadas. Contudo, a Norma recomenda que a decisão de iniciar essa profilaxia não deve estar condicionada à solicitação ou à realização de exames complementares (BRASIL, 2012).

A infecção pelo HIV representa uma das grandes preocupações para a maioria das mulheres em situação de violência sexual. A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Esse procedimento exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da mulher ao serviço de saúde após o crime. A Norma estabelece que essa profilaxia deve ser realizada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após o ato, se o status sorológico do agressor for desconhecido (BRASIL, 2012).

As profilaxias das DST são medidas fundamentais para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos da violência sexual. Dessa forma, os serviços de saúde necessitam estar organizados para atender essa demanda de forma rápida e resolutiva, assim como é imprescindível o aconselhamento da mulher, tendo em vista que ele permite minimizar o dano emocional e favorece uma melhor adesão às profilaxias prescritas.

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas e sociais que determina, representando, para a maioria das mulheres, uma segunda forma de violência (DREZETT, 2003). A gestação nessas circunstâncias pode ser evitada, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE). Este artifício pode ser prescrito para todas as mulheres e adolescentes, em idade reprodutiva, expostas a situações que possam resultar em gravidez. Sua administração é recomendada até cinco dias após a violência sexual (BRASIL, 2012).

Quando a violência sexual resulta em gravidez, a mulher, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. Com base no Decreto-Lei nº 2848, de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, a interrupção da gravidez é permitida nesse contexto e é direito das mulheres serem informadas acerca dessa possibilidade (BRASIL, 1940).

Em contrapartida, o aborto em caso de violência sexual é um direito e não uma obrigação. Em razão disso, da mesma forma, as mulheres devem receber orientações sobre o direito de manter a gestação até o seu término, assegurando os cuidados pré-natais apropriados para a situação; e a alternativa de entrega da criança após o parto para adoção. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção (BRASIL, 2012). A decisão final cabe à mulher e os profissionais de saúde devem respeitar sua autonomia, atuando como agentes que assegurem que essa decisão seja tomada de forma livre, consciente, esclarecida e informada (DREZETT, 2003).

A efetivação do aborto não está condicionada a uma decisão judicial, a realização do Boletim de Ocorrência policial ou ao laudo do Exame de Corpo de Delito, do Instituto Médico Legal. Para isso, basta o consentimento da mulher. A Portaria nº 1.508/2005, do Ministério da Saúde, estabelece os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS, que incluem cinco diferentes termos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Responsabilidade, Termo de Relato Circunstanciado, Parecer Técnico e Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez (BRASIL, 2005a).

No Brasil, o cumprimento do aborto previsto em lei ainda esbarra em dificuldades administrativas e de ordem pessoal dos profissionais de saúde (FAÚNDES et al., 2006; DINIZ, 2007; VILLELA, LAGO, 2007). Investigações demonstram que, muitas vezes, a atitude preconceituosa dos profissionais desestimula as mulheres a solicitar atendimento e restringe o acesso ao aborto legal e seguro (OLIVEIRA et al., 2005; CAVALCANTI, GOMES, MINAYO, 2006). Apesar da atenção às mulheres em situação de violência sexual ter trazido, com mais ênfase, o tema do aborto para o cotidiano dos serviços de saúde, essa questão ainda se configura como tabu para muitos profissionais.

A objeção de consciência e a recusa do profissional a realizar a interrupção da gravidez devem ser respeitadas. No entanto, as instituições necessitam oferecer condições

para tal prática disponibilizando outros profissionais. A negação dessa prática pode levar a mulher a buscar um aborto em condições inseguras, o que constitui-se em um problema ainda maior com sérias repercussões (processos infecciosos, perda de órgão, óbito materno) a sua saúde (BEDONE, FAÚNDES, 2007).

A implementação das ações propostas pela Norma Técnica requer a sensibilização e capacitação de todos os atores envolvidos com a atenção à violência sexual. Nesse sentido, a equipe multiprofissional deve receber treinamento contínuo que proporcione o domínio de instrumental teórico e prático para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. Assim, a capacitação das equipes deve incluir tanto conhecimentos técnicos quanto a reflexão coletiva sobre a questão da violência de gênero, particularmente a sexual, sobre as dificuldades que as mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de corresponsável na garantia desses direitos (BRASIL, 2012).

Também é essencial que as instituições promovam, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades que favoreçam a ampliação de conhecimentos, a troca experiências e percepções, a discussão de preconceitos, a exploração de sentimentos de cada um em relação às situações que vivenciam diariamente no serviço. Isso porque, ao lidar com situações de violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados em função da qualidade do atendimento e do bem-estar do profissional envolvido. É importante também desenvolver uma sistemática de autoavaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional (BRASIL, 2012).

É fundamental destacar que a intervenção nos casos de violência sexual é multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Desse modo, o enfrentamento do problema exige a efetiva integração de diferentes setores, como saúde, segurança pública, educação, justiça, assistência social, trabalho, bem como o envolvimento e a mobilização da sociedade civil (BRASIL, 2011a). As instituições de saúde têm o dever de conhecer os demais serviços que integram a rede e que contribuem para uma atenção integral junto à mulher.

Como argumenta Mendes (2007), construir políticas públicas de saúde para o enfrentamento à violência contra a mulher requer um trabalho intersetorial contínuo e vigilante, tendo em vista que o fenômeno é um objeto social de natureza complexa e polissêmica. A incorporação de perspectiva de cidadania traz à cena disciplinas e atores

sociais com os quais o setor saúde tem o desafio de aprender a dialogar, rompendo com saberes hegemônicos.

O trabalho intersetorial envolve uma atuação voltada para o estabelecimento de vínculos formalizados entre os diversos setores que compõem a rede integrada de atenção às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2012). O fluxo e os problemas de acesso e de manejo dos casos em cada nível dessa rede devem ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a construção de instrumentos de avaliação.

2.2 Avaliação

2.2.1 Avaliação de políticas públicas

Política pública pode ser entendida como um curso de ação intencional de governos, orientada por determinado(s) objetivo(s) e pelos meios necessários para alcançá-lo(s). Isto significa que as políticas públicas têm como agente primário o governo, que detém a capacidade de tomar decisões oficiais em nome dos cidadãos (HOWLETT, RAMESH, PERL, 2013).

As decisões operadas pelo poder público, quase sempre, estão permeadas por interesses e demandas dos diversos atores envolvidos em uma dada conjuntura social, não se limitando aos anseios dos decisores. Nesta perspectiva, as políticas públicas podem ser concebidas como respostas dos governos às demandas, reivindicações e insatisfações da população e de seus respectivos segmentos.

As políticas públicas são operacionalizadas desdobrando-se em programas, estratégias, serviços ou formas de atenção que visam impactar de forma positiva pessoas de um determinado contexto. Este processo é complexo, de caráter intersetorial e multidisciplinar, envolvendo diferentes estágios (HOWLETT, RAMESH, PERL, 2013). Em razão destas características, práticas de monitoramento e avaliação são indispensáveis para o acompanhamento de todo o processo de desenvolvimento das intervenções, transcurando a formulação, a implantação, a implementação e os resultados obtidos.

Para Arretche (p. 36, 2001a), “a avaliação é teoricamente uma das etapas de uma política pública”, que, geralmente, é realizada após a implementação da intervenção. Em contrapartida, pensar a avaliação como o estágio final de uma política é desconsiderar o dinamismo inerente a este processo, que demanda o acompanhamento sistemático da sua execução, para correção de rumos e aperfeiçoamento.

Embora como atividade espontânea e não sistemática seja bastante antiga, a avaliação como área de produção de conhecimento é relativamente recente. Tornou-se mais frequente após a Segunda Guerra Mundial, impulsionada, na época, pelos altos investimentos em políticas públicas de bem-estar social, objetivando maior eficiência na aplicação de recursos e efetividade das ações (MINAYO, 2010).

A avaliação contemporânea é produto de um processo contínuo de construção e reconstrução de conhecimentos oriundos de diferentes tradições. Este fato reflete a heterogeneidade de enfoques, abordagens e teorias disseminadas, assim como sinaliza que o campo da avaliação ainda encontra-se em construção conceitual e metodológica.

Entre as distintas acepções sobre o que é avaliação, apresentam-se algumas definições formuladas por autores da literatura especializada. De acordo com Pabon (p. 37, 1985), avaliar corresponde a “sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da direção da diferença”. Contandriopoulos et al. (2002) sublinham que avaliar é medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados, para a emissão de um juízo de valor.

Percebe-se que estes conceitos pautam-se fundamentalmente na aplicação de instrumentos de medida para a verificação se os objetivos propostos foram alcançados com a utilização das estratégias previstas. O foco, então, encontra-se nos resultados da intervenção. Os últimos autores ainda trazem a noção de julgamento sobre o valor da ação.

Por sua vez, Patton (p. 23, 1997) conceitua avaliação como a “coleta de informações sobre atividades, características e resultados de programas para fazer julgamentos, melhorar a eficácia e orientar as decisões de programações futuras”. Para Weiss (p. 4, 1998) “é uma análise sistemática do processo e dos resultados de um programa ou política, em comparação com um conjunto de padrões, tendo em vista contribuir para a melhoria do programa ou política”.

Estes autores acrescentam a ideia de que práticas avaliativas são úteis para o redirecionamento e planejamento de ações. Weiss ainda agrega a noção de avaliação de processos e resultados, não focalizando esta atividade na obtenção dos objetivos, mas sim em todo o processo de desenvolvimento, intencionando-se o aprimoramento.

As definições, ora apresentadas, enfatizam a tecnologia do ato de avaliar e não colocam em destaque os atores envolvidos no processo. Silva e Brandão (p. 2, 2003) postulam um conceito que lança o olhar nesta direção:

Avaliação como a elaboração, a negociação, a aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o

valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e de organizações.

Esta abordagem, muito mais ampla que as precedentes, coloca a avaliação como uma prática emancipatória, propiciando a negociação e o empoderamento de pessoas. Segue o paradigma construtivista, que leva em consideração o ponto de vista dos participantes da ação, visando à transformação de uma determinada realidade (GUBA, LINCOLN, 1989). Seguindo este raciocínio, a avaliação não seria uma atividade apenas técnica, devendo favorecer ao conjunto de atores melhor compreensão das condições em que as intervenções são desenvolvidas e a participação ativa em seu aperfeiçoamento (DUBOIS, CHAMPAGNE, BILODEAU, 2011).

O quadro apresentado tem o intuito de proporcionar uma reflexão sobre a diversidade de tradições dos conceitos perpetuados na literatura sobre o tema. Ao mesmo tempo, podem-se destacar alguns elementos consensuais da avaliação: emissão de juízo de valor sobre uma intervenção; reorientação e aprimoramento de práticas, serviços, programas ou políticas; papel de subsidiar a tomada de decisão de gestores e executores de políticas públicas; assim como transformação e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos beneficiários de serviços e programas públicos.

Atividades, estudos e pesquisas de avaliação de políticas públicas englobam múltiplas possibilidades que variam conforme seus objetivos. Podem incluir tanto análises sobre a natureza do Estado e do poder político envolvidos na sua formulação, quanto estudos sobre as intervenções (programas, serviços ou ações) ou um de seus componentes, relacionados com a sua execução (SILVA, 2005).

Em relação ao ciclo de vida de políticas e programas, Draibe (2001) o distingue em duas grandes etapas: formulação e implementação. A formulação diz respeito à construção da agenda pública; a produção e o confronto das ideias por parte dos grupos de atores; o processo de filtragem e apropriação pelos agentes; a formulação e a decisão; e por fim, o delineamento de estratégias de implementação. Já a implementação corresponde à fase em que são operacionalizadas as atividades pelas quais se pretende alcançar os objetivos definidos. Ou seja, configura-se no empreendimento de esforços, conhecimentos e recursos para traduzir as decisões políticas em ação (HOWLETT, RAMESH, PERL, 2013).

Este trabalho dedica-se a questão da avaliação da implementação, que é uma subárea específica da avaliação de políticas públicas. Avaliações dessa natureza têm como escopo detectar os condicionantes, no plano dos processos, dos êxitos e das fragilidades das intervenções (DRAIBE, 2001), apontando pontos cruciais para a correção de rumos. Segundo Minayo (2005), a análise da implementação possibilita reorientar as ações, dando ênfase ao que merece mais investimento, por ser essencial para se atingir os objetivos, e ao que pode ser dispensado ou minimizado, por pouco contribuir com as metas propostas.

Para isso, recomenda-se que o avaliador tenha em mente que o próprio processo de implementação transforma a concepção original das intervenções, uma vez que acontece em um contexto marcado por contínua transformação (DRAIBE, 2001). Dessa forma, não é prudente se imputar uma classificação de aprovação ou reprovação de uma política ou programa público. Como argumenta Arretche (2001b), entre a formulação e a implementação de um programa público existe uma grande distância, que pode ser explicada pelos heterogêneos contextos que circunscrevem a implementação. Ainda segundo a autora, “a implementação modifica as políticas públicas”. Ou seja, supor que uma intervenção possa ser implementada seguindo exatamente o desenho e meios previstos por seus formuladores é praticamente impossível.

Nessas circunstâncias, a avaliação da implementação deve considerar a conjuntura política, econômica e institucional em que se desenvolve a intervenção. Não sendo oportuno, por exemplo, concluir pelo seu fracasso. Ao contrário, este tipo de avaliação tem seu mérito por analisar os aspectos que contribuem para o êxito de programas, projetos e serviços, assim como os impedimentos e as dificuldades inerentes ao processo, subsidiando o planejamento de ações futuras.

De forma geral, a avaliação da implementação é muito menos classificatória e muito mais promocional. Serve para identificar dificuldades e obstáculos, produzir recomendações, consolidar entendimentos e parcerias, apoiar mudanças sucessivas, corrigir rumos, ampliar o comprometimento dos diferentes atores e disseminar lições e aprendizagens, tendo em vista o avanço da qualidade da implementação e do desempenho de uma política pública (DRAIBE, 2001; PENNA FIRME, 2003).

2.2.2 Avaliação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual

No campo das políticas, programas e serviços de saúde, no Brasil, a avaliação ainda é empreendida de forma incipiente, pouco incorporada às práticas e se apresenta, muitas vezes, como uma atividade ameaçadora, vinculada ao foco do controle. Por outro lado, percebe-se uma tendência de investimentos nesta área e a avaliação em saúde começa a tomar contornos mais nítidos e a assumir lugar central nas organizações, avançando para sua consolidação (TANAKA, MELO, 2007; FERNANDES, RIBEIRO, MOREIRA, 2011; GOES et al., 2012).

Fatores como mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS; mudança do perfil epidemiológico do País; maior exigência do controle dos gastos em saúde; incorporação contínua de novas tecnologias; ampliação da oferta e da complexidade organizacional dos serviços de saúde; e a crescente necessidade de informação sobre a eficácia, a efetividade e o funcionamento do sistema são apontados como razões que contribuíram para que a avaliação em saúde se firmasse como um novo campo de conhecimento e de práticas no Brasil (FIGUEIRÓ, THULER, DIAS, 2008).

As decisões necessárias para atender aos preceitos que norteiam o funcionamento do SUS são, geralmente, difíceis de deliberar, pois envolvem um sistema de saúde complexo, permeado por zonas de incertezas nas relações entre os problemas e as intervenções suscetíveis de resolvê-los (FIGUEIRÓ, FRIAS, NAVARRO, 2010). Diante desta complexidade, a avaliação se constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação de decisores e beneficiários.

Neste sentido, a avaliação em saúde é objeto de relevância quando seus resultados contribuem com mudanças práticas, possibilitando a modificação de determinada situação de saúde e a melhoria de indicadores, intencionando o incremento na qualidade da atenção (MELO FILHO, 2009). Também uma competente análise de um programa torna mais evidente para a sociedade a aplicação de seus recursos, evitando ou denunciando desperdícios (MINAYO, 2010).

De acordo com Carvalho e Novaes (2004), a avaliação realizada nos serviços de saúde pode ser compreendida em duas perspectivas: atividade que utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço e/ou do sistema, buscando gerar ações que garantam a melhoria da qualidade; e a pesquisa avaliativa, que resulta de um esforço acadêmico, com a utilização de técnicas e métodos científicos, que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados.

A avaliação em saúde que vem se desenvolvendo no País, no âmbito do SUS, está direcionada à melhoria das políticas e programas vinculados a problemas prioritários (SERAPIONI, LOPES, SILVA, 2013). O Ministério da Saúde vem dando relevo à avaliação como uma estratégia fundamental para a formulação de juízo sobre o mérito de ações ou serviços, em relação ao grau de alcance de suas metas. É notório, nos últimos anos, o incentivo à construção e consolidação de uma cultura de planejamento que incorpore o processo de monitoramento e avaliação no cotidiano das práticas em saúde e a expansão do investimento em pesquisas nesta área (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2010c).

Tratando-se especificamente do recorte deste estudo, a atenção às mulheres em situação de violência sexual representa uma das estratégias da PNAISM (BRASIL, 2004b). Como advoga Novaes (2000), políticas e programas de saúde podem ser traduzidos por formas de atenção em instituições e serviços, dirigidas a determinados grupos populacionais ou a problemas de saúde, cujas ações são desenvolvidas por diferentes profissionais.

A violência sexual pode implicar a ocorrência de sérios problemas à saúde física, reprodutiva e mental das mulheres, além das repercussões sociais. A atenção em saúde destinada às mulheres nesta situação tem o propósito de evitar ou minimizar as consequências negativas do ato. A organização dos serviços e a atenção em saúde, neste caso, são orientadas e regulamentadas pela Norma Técnica Prevenção e tratamento aos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, do Ministério da Saúde, que se configura no principal instrumento direcionador das ações no âmbito do setor saúde.

A Norma Técnica vem sendo traduzida para os serviços de saúde sob o formato de protocolo, constituindo-se em um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser seguidos para identificar e responder apropriadamente às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual (CAVALCANTI, FLACH, FARIAS, 2010). Ou seja, os protocolos são elaborados como estratégias para viabilizar a rotina dos serviços.

Em contrapartida, a incorporação dos parâmetros propostos pela Norma Técnica ainda representa um desafio, exigindo continuados esforços no plano do planejamento e organização dos serviços de saúde. Este fato reflete à complexidade que circunscreve a atenção em saúde à violência sexual e demanda a instituição de processos avaliativos. Como sinalizam Contreras et al. (2010), a avaliação se configura em um elemento chave da abordagem da saúde pública na prevenção da violência sexual, sendo essencial para o incremento dos programas direcionados a este objetivo.

Como iniciativa pioneira, o Modelo de Guia de Avaliação dos Serviços de Referência para Atendimento a Vítimas de Violência Sexual, elaborado pelo IPAS/BRASIL se apresenta como embrião para a criação de instrumentos avaliativos nesse âmbito. O guia foi construído com base em indicadores que apoiam gestores e profissionais de unidades de saúde na avaliação e monitoramento do atendimento oferecido a pessoas em situação de violência sexual. Estes indicadores foram formulados e distribuídos em nove eixos temáticos: I) Acolhimento; II) Protocolo e Normas Gerais de Atendimento; III) Estruturação e Capacitação das equipes; IV) Materiais e Equipamentos; V) Notificação e qualidade do registro; VI) Anticoncepção de emergência; VII) Profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis/HIV e das hepatites virais; VIII) Interrupção da gravidez; IX) Saúde Integral (IPAS/BRASIL, 2009).

Práticas avaliativas também são exortadas pelos PNPM. O I PNPM postula entre suas metas o diagnóstico quantitativo e qualitativo dos serviços que atuam na prevenção e atenção às mulheres em situação de violência em todo o território nacional, almejando o aperfeiçoamento da rede de enfrentamento do fenômeno (BRASIL, 2004a). A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres postula que para a consecução dos seus eixos, o monitoramento das ações é fundamental, ou seja, a avaliação sistemática e o acompanhamento de todas as iniciativas desenvolvidas nas áreas de prevenção, combate à violência contra as mulheres; a assistência e garantia de direitos (BRASIL, 2011a). Igualmente, a Norma Técnica reconhece a importância do processo avaliativo, valorizando e incentivando o desenvolvimento sistemático de mecanismos de avaliação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2012).

Por outro lado, apesar desses estímulos, observa-se um relativo desconhecimento acerca das intervenções nesta área e incipiência de avaliações. Este fato está associado a recente implementação destas ações a expressão do desenvolvimento democrático do país e à cultura avaliativa ainda frágil na área das políticas públicas de saúde (CAVALCANTI, 2007).

Devido a essa imprecisão concernente à conjuntura em que se desenvolve a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, a avaliação se constitui em um instrumento valioso, que fornece informações muito necessárias para se transpor as limitações existentes e para que essa intervenção possa ser efetiva, amenizando os efeitos deletérios da violência. Seguindo essa linha de argumentação, Cavalcanti (p. 151, 2007) sublinha que:

“O objetivo central da avaliação dos programas de prevenção da violência sexual é melhorar a resposta dos serviços de saúde nessa área, ou seja, a capacidade de resposta às demandas dos grupos beneficiários”.

A mesma autora pontua a existência de elementos, comuns aos diversos contextos, que devem ser considerados no desenvolvimento de processos avaliativos sobre os programas de prevenção da violência sexual:

- A capacidade de acessibilidade, considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras, na própria unidade de saúde, de natureza cultural ou linguística;
- As percepções e práticas dos profissionais de saúde que atuam na atenção às mulheres em situação de violência sexual;
- A infraestrutura e os recursos disponíveis nos serviços de saúde;
- A capacidade de identificação das mulheres em situação de violência sexual;
- A cobertura alcançada por meio das ações produzidas;
- A criação de protocolos de ação;
- A integralidade da atenção;
- A capacidade de realização dos encaminhamentos necessários à rede de serviços;
- A produção de dados sobre a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual;
- A incorporação do tema violência sexual nas práticas educativas;
- A realização de treinamentos e capacitações dirigidas aos profissionais de saúde envolvidos na atenção aos casos de violência sexual;
- A realização de atividades de monitoramento e avaliação das práticas;
- A percepção das usuárias sobre a atenção oferecida pelos serviços de saúde.

A análise dos aspectos apresentados pela autora busca identificar pontos de fragilidade que merecerão a adoção de medidas ou ajustes por parte dos profissionais e gestores dos serviços de saúde, ou até mesmo dos formuladores das políticas públicas, visando superar os desafios que impedem o avanço da atenção à violência sexual. Além disso, procura-se explicitar os progressos, os aspectos positivos e as melhorias da intervenção, no

sentido da valorização dos envolvidos e da verificação do cumprimento de propósitos e responsabilidades.

Em síntese, a avaliação da atenção em saúde voltada às mulheres em situação de violência sexual busca contribuir decisivamente com a qualificação esta atenção, coerente com os princípios do SUS, viabilizando transformações nos serviços, que favoreçam a consolidação das ações previstas nas políticas públicas sobre o tema que impactem de forma expressiva a saúde das mulheres.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual no município de Fortaleza, Ceará.

3.2 Específicos

- Compreender o contexto em que se desenvolve a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual;
- Avaliar a incorporação dos parâmetros sugeridos na Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes pelos serviços de saúde;
- Conhecer os fatores facilitadores e as dificuldades vivenciadas por gestores e profissionais da saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual.

4 MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho integrou a pesquisa multicêntrica denominada “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras” (Rio de Janeiro e Fortaleza), desenvolvida pela Escola de Serviço Social da UFRJ em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR, apoiada pelo CNPq através do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012 – Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos. A pesquisa mais ampla teve como objetivo analisar a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual em duas capitais brasileiras. Este trabalho se reporta, especificamente, ao município de Fortaleza, Ceará.

4.1 Tipo e abordagem de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa. A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção empregando métodos científicos, considerando-se a perspectiva relacional entre o problema, a intervenção, os objetivos, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto no qual a intervenção encontra-se inserida (SAMICO, FIGUEIRÓ, FRIAS, 2010). Draibe (2001) advoga que esse tipo de pesquisa tem como objetivo a produção de um novo conhecimento a partir da análise da relação entre condições, meios, resultados e impactos da intervenção. A pesquisa avaliativa pode estar dirigida à realização de um ou de vários desses aspectos.

Este estudo foi conduzido pela avaliação da implementação com foco no processo. As avaliações de processo têm como ênfase o desenho, as características organizacionais e de desenvolvimento das intervenções, visando, fundamentalmente, identificar os fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que uma dada intervenção atinja seus resultados da melhor maneira possível (DRAIBE, 2001). Ou seja, essa modalidade de avaliação busca conhecer o modo como as ações estão sendo operacionalizadas, com o intuito de se detectar as conformidades e as lacunas entre o planejado e o que está sendo efetivamente realizado.

Além disso, o foco no processo propicia conhecer as relações com a estrutura e/ou resultados, permite compreender os interesses e conflitos que vão impactar sobremaneira o alcance das metas, assim como possibilita, por consequência, uma visão ampla da situação avaliada (TANAKA, MELO, 2007).

No âmbito da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, a avaliação de processo permitirá conhecer o contexto de desenvolvimento dessa intervenção, subsidiando ações futuras. Se o processo de implementação for considerado como bem sucedido, a retratação do que está acontecendo pode favorecer a replicação da abordagem, aumentando a probabilidade de outros locais ou grupos alcançarem um resultado similar. No caso de êxito limitado ou nenhum êxito, a avaliação de processo determinará os impedimentos e fragilidades, indicando caminhos para a correção de rumos.

Para isso, a avaliação de processo de cunho qualitativo torna-se a mais adequada, tendo em vista a necessidade de compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e da visão que os diferentes atores constroem sobre a intervenção (MINAYO, 2005). Como lembra Draibe (p. 30, 2001):

As avaliações de processo, de natureza qualitativa, buscam identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação e que condicionam, positiva ou negativamente, o cumprimento das metas e objetivos. Tais fatores podem ser entendidos como condições institucionais e sociais de resultados.

Nessa perspectiva, esta estratégia de pesquisa se apoia na abordagem qualitativa, como uma alternativa metodológica que permite compreender, de forma clara, profunda e abrangente, a visão de um determinado fenômeno. Segundo Creswell (2010), a pesquisa qualitativa busca explorar e entender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano, em que o sujeito investigado é o ator e reproduzidor das relações e estruturas sociais de uma determinada época.

Para Minayo (2013a), estudos dessa natureza aprofundam-se no universo dos significados das ações e das relações humanas, tendo como foco a compreensão interpretativa das ações sociais, levando-se em consideração o entendimento, a inteligibilidade dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade que os atores lhe atribuem; aspectos não perceptíveis e não captáveis em números e indicadores quantitativos.

Ao lidar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, essa abordagem é relevante para entender o contexto em que o fenômeno ocorre (MINAYO, 2013b). Desse modo, conceber a atenção em saúde à violência sexual como um tema complexo, requer a aproximação da compreensão das relações, visões e julgamentos dos diferentes sujeitos envolvidos com essa intervenção.

A abordagem qualitativa na avaliação permite aprofundar a compreensão sobre o que se avalia, na medida em que incorpora as perspectivas dos participantes da intervenção. A desconsideração das distintas visões de mundo, dos antagonismos e dos consensos presentes no processo histórico e dinâmico da organização e das práticas em saúde, pode resultar em uma compreensão restrita e distorcida do que se está avaliando (FELICIANO, 2010).

De acordo com Artmann e Rivera (2003), a cultura organizacional (valores, hábitos e práticas resultantes da experiência compartilhada pelos membros da organização) e as lógicas culturais das categorias profissionais são componentes da viabilidade de uma intervenção planejada, condicionando as formas de gestão e as razões que justificam a ação dos agentes do trabalho.

Nesse sentido, torna-se fundamental conhecer as percepções dos atores para se compreender o processo de implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual e para que os envolvidos recolham subsídios para a transformação de suas práticas.

4.2 Cenário do estudo

O cenário desta pesquisa correspondeu aos serviços de saúde, de nível secundário e terciário, vinculados à rede municipal de saúde em Fortaleza, Ceará. A instância municipal tanto vem sendo a responsável pelo maior número de serviços voltados para a atenção às mulheres em situação de violência sexual, quanto vem assumindo um papel protagonista na articulação da rede de serviços locais.

Fortaleza, capital do estado do Ceará, ampliou sua população em 1,38% ao ano na última década, contanto, atualmente, com 2.452.185 habitantes, dos quais 1.304.267 são mulheres, o que corresponde a 53,1% da população geral (IBGE, 2014). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) corresponde a 0,754, apresentando melhor crescimento na área da educação. Destaca-se a elevada desigualdade espacial deste município, o que potencializa tensões sociais e o aumento da violência (IPECE, 2012). Neste contexto, Fortaleza foi considerada, no ano de 2014, a 7ª capital mais violenta do mundo e 2ª do Brasil, com taxa de homicídio de 72,8 por 100.000 habitantes (SEGURIDAD, JUSTICIA Y PAZ, 2014).

Em relação às violências de gênero perpetradas contra mulheres, o município apresenta uma taxa de homicídio feminino de 5,6 por 100.000 mulheres, ocupando a 16ª

posição no país (WASELFISZ, 2012). Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, os registros crimes contra a liberdade sexual, no estado do Ceará, em 2013, revelam uma taxa de estupro de 19,0 por 100.000 habitantes (1.675 casos) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014). Já as notificações de violência sexual contra mulheres realizadas pelo setor saúde em Fortaleza, no período entre 2009 e 2013, totalizaram 148 registros. Essas violências foram perpetradas, em sua maior parte, contra mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, pardas e com ensino fundamental incompleto; ocorreram com mais frequência no mês de janeiro, na residência da mulher e na via pública, sendo um desconhecido o principal agressor (BRASIL, 2015).

O processo de implementação das ações de atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual iniciou há cerca de 10 anos. As unidades de referência são, em grande parte, instituições hospitalares secundárias; e a gestão da atenção às situações de violência sexual na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) encontra-se na área de saúde da mulher, que localiza-se na Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde, dentro da Célula de Atenção às Condições Crônicas.

A Prefeitura Municipal de Fortaleza dispõe da Coordenadoria Especial de Políticas para as Mulheres, criada em 2007, na estrutura da Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos. Este organismo tem como objetivos coordenar, elaborar e implementar políticas públicas que contribuam de forma concreta na vida das mulheres e nas relações de gênero no município, tendo como estratégia a articulação com as demais secretarias e áreas de atuação governamental, trabalhando nas seguintes linhas de atuação: educação e cultura não-discriminatórias; saúde, direitos sexuais e reprodutivos; prevenção e enfrentamento à violência; inclusão e autonomia econômica; participação e controle social (FORTALEZA, 2015a).

Em relação à violência contra as mulheres, essa Coordenadoria desenvolve ações de prevenção e enfrentamento a todas as formas de violência sexista, buscando o fortalecimento e integração das redes e serviços, da efetivação da Lei Maria da Penha e da solidariedade entre as mulheres. Ainda, apresenta como principais ações o Centro de Referência da Mulher Francisca Clotilde, a Casa Abrigo Municipal, campanhas educativas, redes de serviços e a rede popular de mulheres pelo fim da violência (FORTALEZA, 2015a).

No âmbito das ações de saúde, diretos sexuais e reprodutivos, a Coordenadoria propõe, articula, monitora e avalia as políticas de saúde das mulheres desenvolvidas pelo município, nos vários ciclos vitais e níveis de complexidade. Busca garantir a saúde integral

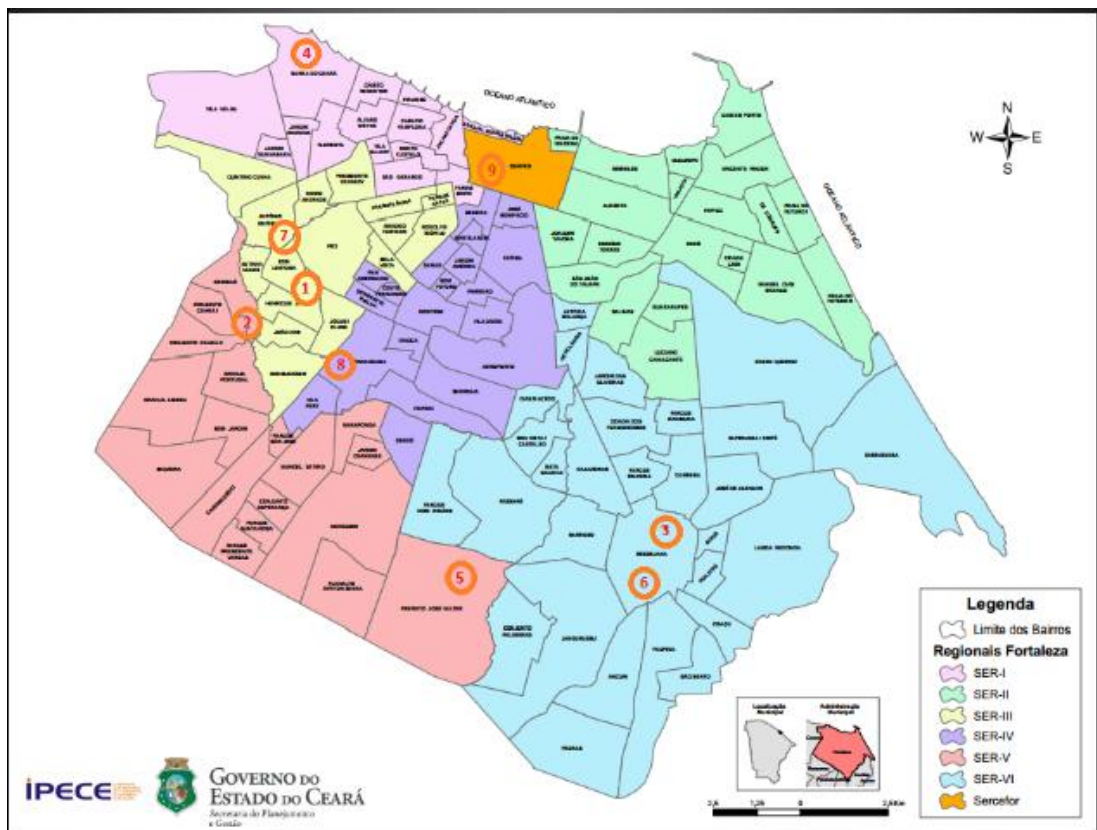
das mulheres a partir da articulação também com os serviços da rede estadual. As principais ações desenvolvidas nessa esfera são: participação no Comitê de Mortalidade Materna e nos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, empreendimento de capacitações sobre saúde, direitos sexuais e reprodutivos; e acompanhamento do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (FORTALEZA, 2015a).

A Prefeitura de Fortaleza adota uma subdivisão geográfica em sete Secretarias Regionais (SR), visando facilitar a administração e favorecer o acesso da população aos serviços disponibilizados. As SR encontram-se dispostas estrategicamente, agrupando para cada uma delas os bairros adjacentes. Cada SR possui uma Coordenadoria Regional de Saúde responsável pela rede assistencial de saúde de determinado território (FORTALEZA, 2014).

O município de Fortaleza conta com uma rede de dez hospitais públicos municipais, além das unidades mantidas pelos governos estadual e federal e dos estabelecimentos filantrópicos e particulares. A rede hospitalar municipal conta com 1.206 leitos, assim distribuídos: Instituto José Frota (453 leitos), Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (184), Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição (98), Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana - Gonzaguinha de Messejana (97), Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará - Gonzaguinha da Barra (79), Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter - Gonzaguinha do José Walter (58), Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira - Frotinha de Messejana (74), Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura - Frotinha de Antônio Bezerra (69), Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira - Frotinha de Parangaba (64) e Centro de Assistência a Criança Lúcia de Fátima (30) (FORTALEZA, 2015b).

Desses, nove instituições constituíram-se campo de pesquisa deste estudo (Figura 2), em virtude de terem sido sinalizados pela SMS, na época da coleta de dados, como serviços de referência na atenção às mulheres em situação de violência sexual. Desse modo, o Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima não integrou a pesquisa, pois sua assistência é voltada para o público de crianças e adolescentes.

Figura 2. Mapa de localização dos hospitais municipais campos de pesquisa por Secretarias Regionais. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014.



Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE, 2014).

O Instituto José Frota (IJF) é o maior hospital municipal, referência em atenção terciária para todo o estado do Ceará. Cerca de 50% das pessoas atendidas são de municípios do interior e da Região Metropolitana de Fortaleza. Esta instituição recebe usuários de todas as idades, principalmente em serviços e procedimentos de alta complexidade em traumatologia, ortopedia, queimaduras, intoxicações e cirurgias vasculares, cardiovasculares, neurológicas, bucomaxilofaciais e oncológicas. O hospital dispõe de um sistema pelo qual os usuários mais graves e com risco iminente de morte têm prioridade de atendimento (FORTALEZA, 2015b).

O IJF também conta com o Centro de Tratamento de Queimados, Centro de Assistência Toxicológica, serviços de hemodiálise, banco de sangue, programa de cuidados paliativos, unidade para pacientes vítimas de traumatismo bucomaxilofacial, comissão de combate aos maus-tratos contra crianças e adolescentes, comissão para transplantes de órgãos, além de laboratórios clínicos e de imagens. O serviço ainda mantém ambulatórios e procedimentos nas áreas de cirurgia plástica, tratamento da dor e traumatologia-ortopedia, com consultas pré-agendadas (FORTALEZA, 2015b).

O Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann, anteriormente denominado Hospital da Mulher de Fortaleza, foi inaugurado em agosto de 2012 e presta atendimento, em níveis secundário e terciário, exclusivamente à população feminina. A instituição contempla 16 ambulatórios médicos para diversas especialidades, entre elas: ginecologia, obstetrícia (incluindo atenção à gravidez de alto risco, malformação fetal e infecção gestacional), ortopedia, endocrinologia, mastologia, neurologia, cardiologia, traumatologia, climatério, pequenas cirurgias, cirurgia plástica, uroginecologia, clínica da dor e proctologia. Também possui centro cirúrgico e obstétrico, Unidades de Terapia Intensiva (UTI), centro de parto normal, centro de terapias complementares, centro de imagem e laboratório de análises clínicas (FORTALEZA, 2015b).

Por ser uma unidade de atendimento de demanda referenciada, o Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann não tem setor de urgência e emergência para procura espontânea. O atendimento ambulatorial é realizado após encaminhamentos de outras unidades de saúde, via central de marcação de consultas e exames especializados da SMS. Para internamentos e cirurgias, as mulheres também são encaminhadas pelas centrais de regulação de internações do município e do estado (FORTALEZA, 2015b).

De acordo com a SMS de Fortaleza, este hospital foi concebido para ser uma unidade de referência na atenção às mulheres em situação de violência, já tendo sido promovido capacitações (cursos e/ou seminários) nessa área para 144 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, educadores e gestores (FORTALEZA, 2015b).

O Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição é uma unidade de atenção secundária que funciona como maternidade, sendo referência nas áreas de ginecologia, obstetrícia e pediatria. O serviço dispõe de atendimento emergencial a demanda espontânea, realizando acolhimento com classificação de risco. Os internamentos são realizados a partir do atendimento nas emergências. Esta unidade ainda mantém ambulatórios de cardiologia, nefrologia, dermatologia, ginecologia, ortopedia, pediatria e DST/AIDS, tendo o Serviço de Atenção Especializada (SAE) em HIV/AIDS, com atendimento multidisciplinar, aconselhamento pré e pós-teste, assistência ambulatorial, laboratorial e farmacêutica (FORTALEZA, 2015b).

Os hospitais denominados “Gonzaguinhas” (Gonzaguinha de Messejana, Gonzaguinha da Barra e Gonzaguinha do José Walter) prestam atendimento de nível secundário, compreendendo tratamentos curativos, internações, cirurgias, além de

atendimento ambulatorial. Estas instituições são referência para o atendimento em ginecologia, obstetrícia e pediatria (FORTALEZA, 2015b).

Entre eles, vale destacar o hospital Gonzaguinha de Messejana tendo em vista que esta unidade dispõe do “Serviço de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual e Doméstica”. O Gonzaguinha de Messejana é referência na assistência materno-infantil de Fortaleza, realizando o maior número de partos do Estado, com média de 500 por mês. A instituição funciona com um setor de urgência e emergência materno-infantil aberto 24 horas, um centro de parto humanizado, um centro cirúrgico, uma unidade neonatal, além de atendimento ambulatorial. O local ainda realiza serviços nas áreas de ginecologia, obstetrícia, cardiologia, mastologia, geriatria, pediatria, endocrinologia, pneumologia, traumatologia e ortopedia (FORTALEZA, 2015b).

As instituições classificadas como “Frotinhas” (Frotinha do Antônio Bezerra, Frotinha de Messejana e Frotinha da Parangaba) prestam atendimento de nível secundário, reúnem serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo referências em casos menos graves na área de traumato-ortopedia (FORTALEZA, 2015b).

Os hospitais citados, exceto o Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann, contam com setor de urgência e emergência para atender os casos de demanda referenciada e também espontânea.

4.3 Participantes do estudo

As políticas e os programas de saúde são implementados por pessoas, que os operacionalizam segundo seus valores, interesses, opções e perspectivas (DRAIBE, 2001). Os atores e suas práticas estão no cerne de qualquer intervenção, moldando-lhe e dando-lhe uma forma particular em um determinado momento e contexto (CHAMPAGNE et al., 2011).

Ao tratar a avaliação como um processo e uma construção que envolve diferentes atores (MINAYO, 2010) e com intuito de conhecer o contexto em que se desenvolve a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, participaram do estudo profissionais da gestão e da atenção que atuavam nos serviços da rede hospitalar do município de Fortaleza.

Reconhece-se que as usuárias dos serviços também se constituem atores importantes do processo de avaliação. No entanto, a proposta foi se aproximar da realidade na perspectiva

dos gestores, que são os agentes responsáveis, dentre outras atividades, pelo planejamento e coordenação das ações, bem como dos profissionais que são os protagonistas da implementação, traduzindo políticas públicas em práticas nos serviços de saúde.

Adotou-se como critérios de seleção dos participantes: quanto aos gestores, estarem desempenhando essa função nas instituições de saúde no período da coleta de dados; quanto aos profissionais, serem integrantes da equipe multiprofissional vinculados aos serviços, garantindo a participação das diferentes categorias de nível superior (médicos(as), enfermeiros(as), assistentes sociais e psicólogos(as), além de outros que integrassem a atenção à violência sexual); assim como terem experiência na atenção às mulheres em situação de violência sexual.

Vale ressaltar que apenas os profissionais de nível superior foram considerados em razão de sua centralidade no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Os atores participaram do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I). Excluíram-se os profissionais ausentes, àqueles que estavam de férias ou licenças médicas na época da coleta de dados e os que se recusaram a participar do estudo.

A constituição do conjunto de participantes foi baseada na experiência em relação à atenção em saúde à violência sexual, na diversidade e no acesso. Houve a participação média aproximada de sete trabalhadores da saúde e dois gestores por instituição, totalizando 68 profissionais – enfermeiros(as) (19), assistentes sociais (19), médicos(as) (17), psicólogos(as) (12) e pedagoga (01); e 15 gestores – direção técnica (05), direção executiva (04), direção clínica (03), coordenação do núcleo de epidemiologia (01), direção da urgência e emergência (01) e chefia do setor de serviço social (01). O quadro 2 apresenta a distribuição dos participantes da pesquisa por instituição.

Quadro 2. Distribuição dos gestores e profissionais participantes da pesquisa por instituição.

Instituições/ Participantes do estudo	Gestores	Profissionais	Total
Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará	02	07	10
Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter	02	09	11
Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana	02	08	10
Hospital Frotinha de Antônio Bezerra	02	08	10
Hospital Frotinha de Messejana	01	08	09
Hospital Frotinha de Parangaba	02	06	08
Hospital da Mulher de Fortaleza	-	07	07
Hospital Nossa Senhora da Conceição	02	08	10
Instituto José Frota	02	07	09
Total de entrevistas	15	68	83

4.4 Coleta de dados

Para a produção dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta, uma vez que a fala dos atores sociais é uma via importante para se aproximar do conhecimento do cotidiano. Na concepção de Minayo (2013b), a entrevista é uma “conserva com finalidade” amplamente empregada para a construção de informações pertinentes para investigar e/ou analisar um objeto de pesquisa.

As entrevistas foram baseadas em roteiros (Apêndices II e III), que desempenharam função orientadora de modo a garantir maior flexibilidade e liberdade no discurso, como também asseguraram a abordagem de todos os temas considerados essenciais. Os roteiros foram constituídos por uma lista de temas que abordaram os indicadores qualitativos. Para a formulação desses indicadores tomou-se como referência os aspectos previstos na Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012).

Os roteiros abordaram questões relativas à identificação e formação profissional, inserção institucional, qualificação para a atenção às mulheres em situação de violência sexual, compreensão sobre a violência sexual contra a mulher, atenção em saúde desenvolvida diante de casos de violência sexual e dificuldades enfrentadas nessa atenção.

Também procedeu-se com a coleta de documentação institucional. Estes documentos foram fornecidos pelas instituições e constituíram-se de materiais educativos, protocolos e fichas padronizadas de atendimento.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2013 e a sua operacionalização obedeceu às seguintes etapas:

- Envio do projeto de pesquisa para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza para a apreciação e a autorização da execução do trabalho;
- Contato telefônico com os responsáveis pelos centros de estudo ou serviços de educação continuada das instituições para apresentação da pesquisa e de seus objetivos e agendamento de visitas aos serviços;
- Visitas às instituições para aproximação com o campo e entrega de documentos (projeto de pesquisa, parecer do Comitê de Ética e termo de autorização da Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza);
- Captação dos profissionais para as entrevistas por intermédio de indicação interpessoal dos trabalhadores das instituições, que recomendavam colegas da equipe multiprofissional com maior experiência na atenção às mulheres em situação de violência sexual, estabelecendo uma rede de relações entre os investigadores e os interlocutores, e a produção de uma agenda de entrevistas posteriores, com dia e horário favorável para cada participante;
- Realização das entrevistas, mediante autorização do participante, de forma individual e em local reservado; e a coleta dos materiais institucionais.

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

As entrevistas foram gravadas com consentimento dos informantes, como um meio de garantir a fidedignidade dos depoimentos. Ao todo foram 35 horas e meia de gravação, com tempo médio de 26 minutos por entrevista. As entrevistas foram realizadas por uma equipe de pesquisadoras integrantes dos Grupos (CNPq) “Violências e Repercussões na Saúde Individual e Coletiva” e “Políticas e Práticas na Promoção da Saúde” da UNIFOR.

4.5 Análise dos dados

De posse das gravações, as entrevistas foram transcritas na íntegra e codificadas com as siglas G (Gestor), numerada de 1 a 15; e AS (Assistente social), E (Enfermeiro), M (Médico), PD (Pedagogo) e P (Psicólogo), numeradas de 1 a 68; como forma de preservar o anonimato dos participantes.

Em seguida, procedeu-se com a organização do material empírico, que adotou a seguinte classificação: material gerado a partir das entrevistas, material provenientes dos diários de campo e materiais institucionais. As transcrições foram tabuladas, com o intuito de facilitar o processo de análise. Nessa tabulação, o material foi decomposto em partes correspondendo a cada questão do roteiro e as respectivas respostas dos participantes.

Para a análise dos dados apreendidos nas falas dos entrevistados adotou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Essa técnica permite caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado (GOMES, 2013). Dessa forma, a análise de conteúdo busca a compreensão dos significados no contexto das palavras para atingir uma interpretação mais profunda do conteúdo do discurso, ultrapassando o alcance descritivo da mensagem (MINAYO, 2013b).

A análise temática tem como conceito central o tema, o qual é conceituado por Bardin (p. 105, 2008) como “uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. De acordo com Minayo (2013b), o emprego da análise temática se refere à busca dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico em foco.

Gomes (2013) sistematiza os procedimentos metodológicos desse tipo de análise de dados qualitativos, que são: categorização, descrição, inferência e interpretação. A categorização representa uma atividade de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação ou por semelhanças. Na descrição o conteúdo é apresentado de forma fiel ao verificado. A inferência, por sua vez, consiste na dedução de maneira lógica do material analisado, para isso, torna-se necessário o conhecimento sobre o contexto. No que se refere à interpretação, esse procedimento busca os sentidos do conteúdo manifesto visando obter uma compreensão ou explicação que vai além do descrito e analisado.

Neste estudo, a operacionalização dessa técnica seguiu a trajetória de análise proposta por Gomes (2013), fazendo uma adaptação às etapas de pré-análise, exploração do

material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, comumente preconizadas na análise de conteúdo (BARDIN, 2008; MINAYO, 2013b). Esse autor sugere uma trajetória de análise de conteúdo temática que se desdobra em três momentos:

- Primeiramente, faz-se uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva, deixando-se impregnar pelo conteúdo. Essa leitura de primeiro plano propicia o alcance a níveis mais profundos, buscando-se: uma visão de conjunto; a apreensão das particularidades do conjunto do material a ser analisado; a elaboração de pressupostos iniciais que servirão de baliza para a análise e a interpretação do material; a escolha de formas de classificação inicial; e a determinação dos conceitos teóricos que orientarão a análise.
- No segundo momento, realiza-se a exploração e análise do material. Nessa etapa, procura-se: (I) distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial; (II) fazer leitura dialogando com as partes dos textos da análise, em cada classe; (III) identificar, através de inferências, os núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos em cada classe do esquema de classificação; (IV) dialogar os núcleos de sentido com os pressupostos iniciais e, se necessário, realizar outros pressupostos; (V) analisar os diferentes núcleos de sentido presentes nas várias classes do esquema de classificação, buscando temáticas mais amplas ou eixos em torno dos quais podem ser discutidas as diferentes partes dos textos analisados; (VI) reagrupar as partes dos textos por temas encontrados; (VII) elaborar uma redação por tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de sua articulação com os conceitos teóricos que orientam a análise.
- Como momento final, constrói-se uma síntese interpretativa através de uma redação que possa dialogar temas com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

Os materiais oriundos dos diários de campo e a documentação institucional embasaram a compreensão do contexto do qual os depoimentos que foram analisados fazem parte.

4.6 Aspectos éticos

Para realização desta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução n° 466/2012, do Conselho

Nacional de Saúde, que assegura a autonomia, a preservação do sigilo e o anonimato com relação às informações coletadas.

Os participantes foram informados sobre os objetivos e a justificativa do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato, o livre consentimento, a opção da participação e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Além disso, as entrevistas foram realizadas mediante o aceite dos participantes por intermédio da assinatura do TCLE (Apêndice I).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sob o Parecer nº 45A/2013.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Aproximação do contexto em que se desenvolve a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual a partir das características, formação e visões dos atores

Neste capítulo inicial de apresentação dos resultados descreve-se e analisa-se o contexto em que se desenvolve a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde em foco, a partir das características dos atores (gestores e profissionais), de suas formações para este tipo de atuação e das visões construídas sobre o fenômeno. No entanto, trata-se de uma aproximação do contexto, sem a intenção de esgotar os elementos apresentados, uma vez que não se referem ao objetivo principal do estudo.

A composição dessa apresentação inicial aponta indicativos para a análise da implementação dessa atenção, tendo em vista que este processo é marcado e influenciado por aspectos de cunho social, cultural e educacional dos sujeitos que constroem a intervenção.

Quem são os participantes do estudo?

A caracterização dos participantes é apresentada na forma de tabelas, utilizando-se a estatística descritiva. As informações sociodemográficas de gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual nos serviços da rede hospitalar municipal de Fortaleza, Ceará, são descritas na tabela 1.

Os dados retrataram um número quase igual de gestores dos dois sexos, com uma leve expressão para o sexo masculino; quanto aos profissionais, predominou o sexo feminino, o que confirma uma maior inserção das mulheres nesse tipo de atuação, atestando o predomínio feminino na ocupação de cargos no cenário da saúde, principalmente na atenção à saúde da mulher (FARIAS, CAVALCANTI, 2012; ALCARAZ et al., 2014; SOUSA et al., 2015).

A idade da maioria dos participantes, nos dois grupos, concentra-se na faixa etária entre 40 e 59 anos. Entre os gestores, sobressai-se a faixa de 50 a 59 anos; e entre os profissionais, há uma maior quantidade de participantes com 40 a 49 anos de idade. A necessidade de experiência no âmbito da atuação e gerência de serviços de saúde pode explicar a faixa mais alta de idade entre os gestores. Também supõe-se, com base na idade,

que os profissionais possuem uma certa vivência cotidiana na prática das instituições de saúde.

Em relação à naturalidade, a maior parte dos gestores e profissionais é natural de diferentes regiões do estado do Ceará. A atuação profissional em Fortaleza (capital do estado) pode ser consequência de maiores ofertas de concursos/seleções públicas e oportunidades de emprego; tornando-se, este município, referência para a atuação e qualificação profissional, o que propicia a migração de pessoas de diversas partes do estado.

Quanto à situação conjugal, optou-se por adotar a classificação unido(a) (casamento formal e união estável) e não unido(a) (solteiro(a), divorciado(a) e viúvo(a)). Predominaram os participantes considerados unidos e que se declararam de religião católica nos dois grupos. Essas características podem interferir na visão dos participantes sobre a violência sexual e, conseqüentemente, nas ações operacionalizadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Tabela 1. Características sociodemográficas de gestores e profissionais que atuam na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Fortaleza, Ceará. 2013.

Variáveis	Gestores (N=15)		Profissionais (N=68)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	07	46,7	51	75,0
Masculino	08	53,3	17	25,0
Idade				
20 a 29 anos	-	-	05	7,3
30 a 39 anos	-	-	11	16,2
40 a 49 anos	06	40,0	28	41,2
50 a 59 anos	09	60,0	21	30,9
≥ 60 anos	-	-	03	4,4
Naturalidade (Estado)				
Ceará	14	93,3	59	86,8
Pernambuco	-	-	02	2,9
Rio de Janeiro	-	-	02	2,9
Paraíba	-	-	01	1,5
Piauí	01	6,7	01	1,5
Rio Grande do Norte	-	-	01	1,5
Santa Catarina	-	-	01	1,5
São Paulo	-	-	01	1,5
Situação conjugal				
Unido(a)*	11	73,3	37	54,4
Não unido(a)**	04	26,7	31	45,6
Orientação religiosa				
Católico(a)	11	73,3	45	66,2
Espírita	01	6,7	05	7,4
Evangélico(a)	-	-	05	7,4
Cristã	-	-	04	5,9
Nenhuma	01	6,7	03	4,4
Outras	02	13,3	06	8,7

*Casamento formal ou união estável.

**Solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a).

A tabela 2 descreve as informações referentes à formação e inserção institucional de gestores e profissionais que atuam na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual nos serviços da rede hospitalar municipal de Fortaleza, Ceará.

Entre os gestores, observa-se o predomínio da formação médica. Já entre os profissionais, prevaleceram as categorias dos assistentes sociais e enfermeiros. Nos dois grupos, a maioria dos participantes possui apenas uma graduação e se formou em universidades públicas; o que pode estar atrelado ao fato de que na época da graduação de grande parte dos entrevistados, o número de instituições privadas de ensino superior era reduzido. Em relação ao tempo de formado, a maior parte dos gestores possui mais de 25 anos

de formação e dos profissionais apresenta de 11 a 20 anos de conclusão do curso de graduação, o que é compatível com idade dos participantes.

Nos dois grupos, prevaleceram os gestores e profissionais que tem pós-graduação, sendo em maior quantidade cursos de especialização em nível lato sensu, o que demonstra o interesse na qualificação voltada para prática profissional. As áreas de especialização concentram-se tanto em subespecialidades médicas, quanto em especialidades voltadas para o planejamento e gestão das políticas públicas no campo da saúde. Um número reduzido de participantes informou a realização de cursos de mestrado e doutorado.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição de saúde, número igual de gestores tinha menos de cinco anos e de 11 a 20 anos de trabalho na unidade; entre os profissionais a maior parte tinha menos de cinco anos de atuação no serviço. Predominaram gestores e profissionais concursados, apesar de muitos não terem mencionado o tipo de vínculo empregatício. O curto tempo de trabalho na unidade, em detrimento da idade e do tempo de formado dos participantes, pode estar relacionado à alta rotatividade dos profissionais entre os serviços que compõem a rede municipal de saúde, principalmente em se tratando dos cargos de gestão, que, quase sempre, são permutados a cada início de uma nova gestão.

Acerca da inserção institucional, além da direção executiva, técnica e clínica, os gestores estão envolvidos em atividades de coordenação, suporte, controle e fiscalização dos setores de epidemiologia, emergência e serviço social. Quanto aos profissionais, predominaram os inseridos na assistência na área da saúde da mulher, incluindo a avaliação psicológica e social. As funções de coordenação de setores também foram mencionadas, porém com menor frequência.

Tabela 2. Dados relativos à formação e inserção institucional de gestores e profissionais que atuam na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Fortaleza, Ceará. 2013.

Variáveis	Gestores (N=15)		Profissionais (N=68)	
	n	%	n	%
Profissão				
Assistente social	02	13,3	19	27,9
Enfermeiro(a)	03	20,0	19	27,9
Médico(a)	09	60,0	17	25,0
Psicólogo(a)	-	-	12	17,7
Pedagogo(a)	-	-	01	1,5
Farmacêutico(a)	01	6,7	-	-
Número de cursos de graduação				
1	13	86,7	66	97,1
≥ 2	02	13,3	02	2,9
Instituição do curso de graduação				
Pública	13	86,7	52	76,5
Privada	02	13,3	16	23,5
Tempo de formado				
< 5 anos	01	6,7	07	10,3
5 a 10 anos	-	-	10	14,7
11 a 20 anos	03	20,0	20	29,4
21 a 25 anos	03	20,0	17	25,0
> 25 anos	08	53,3	14	20,6
Pós-graduação				
Sim	14	93,4	59	86,7
Não	01	6,6	09	13,3
Tipo de pós-graduação				
<i>Lato-sensu</i>	12	80,0	55	80,9
<i>Stricto-sensu</i>	02	13,3	04	5,9
Nenhuma	01	6,7	09	13,2
Tempo na unidade				
< 5 anos	05	33,3	31	45,6
5 a 10 anos	01	6,7	10	14,7
11 a 20 anos	05	33,3	22	32,4
> 20 anos	04	26,7	05	7,3
Tipo de vínculo institucional				
Concursado	07	46,7	25	36,9
Celetista	-	-	12	17,6
Terceirizado/ Serviço prestado	01	6,6	05	7,3
Não informou	07	46,7	26	38,2

(Des)Qualificação para a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual

A abordagem do tema violência sexual contra a mulher e atuação do setor saúde frente ao fenômeno foi mencionada com ausente ou insuficiente durante a graduação por grande parte dos gestores e profissionais de saúde, evidenciando o **distanciamento da questão das matrizes curriculares**. Alguns entrevistados enfatizaram que o assunto não foi trabalhado nos cursos da área da saúde. Eles ainda revelaram que o primeiro contato com a questão aconteceu a partir da prática profissional em serviços de saúde ou por meio de iniciativa própria ao buscarem meios de capacitação.

Para os profissionais com mais de 20 anos de formação, a violência sexual contra a mulher, apesar de ser um problema que acompanha a história da humanidade, não foi abordada na graduação em virtude de que, na época, o fenômeno não tinha visibilidade e não era priorizado pelas políticas públicas, como vem ocorrendo nos últimos anos. Em contraponto, também percebeu-se nos relatos de participantes graduados a menos de cinco anos que a temática ainda se manteve invisível na formação superior.

Nenhuma referência foi feita a esse assunto na minha graduação (...). Por eu ter trabalhado 16 anos em outra maternidade foi que eu tive contato com essa realidade e busquei de alguma forma me capacitar para fazer esse tipo de atendimento. (P64)

Como já faz muito tempo que eu fiz a graduação, eu iniciei em 82, o tema violência sexual à mulher passava muito despercebido. Sempre existiu! Mas, não tinha esse tipo de abordagem. (E54)

A escassez de preparação na formação acadêmica voltada para a questão se traduz em uma atuação profissional despreparada e incompleta ante aos casos de violência sexual. Os próprios participantes reconheceram que, devido essa lacuna, ainda não conseguiam trabalhar em uma perspectiva integral, emancipatória e intersetorial. Dessa forma, a precária qualificação torna-se um elemento dificultador no direcionamento e implementação de programas e políticas públicas que prescrevem sobre o tema; e ainda pode repercutir no não reconhecimento da problemática como campo de atuação do setor saúde.

Outras pesquisas, internacionais e nacionais, destacam o baixo percentual de estudantes e profissionais de saúde, com mais expressão para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia; que tiveram aulas sobre o assunto durante a graduação. Estes estudos também demonstram a ausência de abordagem acerca dos protocolos de atendimento

e as fragilidades relatadas sobre a habilidade para manejar os casos (VICENTE; VIEIRA, 2009; ROSA et al., 2010; ALCARAZ et al., 2014).

De acordo com Vieira, Padoin e Landerdahl (2009), os profissionais, em geral, saem das universidades sem estarem preparados para enfrentarem as demandas implícitas, as quais não são declaradas pelos usuários, o que recorrentemente acontece nas situações de violência que adentram os serviços de saúde. Casos velados, sem sinais físicos visíveis, manifestam-se como empecilhos para o reconhecimento da violência. Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009) argumentam que o obstáculo de desvelar o não aparente está relacionado com a formação baseada no modelo biomédico hegemônico, que não valoriza os aspectos subjetivos e a singularidade do sofrimento humano.

Os entrevistados deste estudo que reconheceram a abordagem do tema na graduação, consideraram que esta mostrou-se incipiente, perfunctória e inespecífica. O enfoque na questão foi julgado insatisfatório, ocorrendo de modo esvaziado, sem a conexão da teoria com as atividades práticas, não proporcionando a apreensão do conhecimento em virtude da superficialidade com que o assunto foi discutido. Os médicos, principalmente, mencionaram que a violência sexual contra a mulher foi trabalhada pautada fortemente no modelo clínico, tendo como base uma atuação saúde-doença-conduta, direcionada ao “diagnóstico” da violência, seus sinais e sintomas e o tratamento das DST.

(...) Enfoque durante a minha graduação, eu não recordo. Então se teve, foi tão superficial que não marcou. (G6)

A gente só teve algumas coisas muito básicas em relação à sexualidade, mas uma formação que a gente viesse atuar junto ao trabalho da gente, não foi satisfatória. (E24)

Eles nos ensinavam na faculdade a ver o diagnóstico da violência sexual e alguns sinais e sintomas na entrevista que é feita com a paciente e os familiares. (M4)

Percebe-se que o enquadre dado a essa discussão não abrangeu aspectos fundamentais para a compreensão e abordagem da violência contra a mulher como as questões de gênero, raça/etnia e classe social. Esse perfil clínico-biológico preponderante, substancialmente incrustado na estrutura curricular dos cursos da área da saúde, vai de encontro às características preconizadas pelo modo de produzir saúde no SUS e não responde adequadamente às situações de violência em razão da complexidade do fenômeno. A

reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas, fundadas na lógica tecnicista, voltadas para as partes do todo, restringe a atuação ante a problemática e não contempla as necessidades das usuárias.

A literatura reitera essas evidências, atestando que a inclusão e tratamento da temática na formação dos profissionais de saúde não são efetivos, tendo em vista que a compreensão da violência demanda processos de reflexão e aquisição de conhecimentos diferenciados, que incluem uma discussão político-social (HAMBERGER, 2007; BERGER, 2011; PEDROSA; SPINK, 2011). Em um estudo acerca do ensino da violência por parceiros íntimos na formação médica, Hamberger (2007) sublinha, como limitação desse processo, o frequente isolamento entre as atividades ligadas ao tema e o restante do currículo médico, sem haver integração com os demais conteúdos.

Berger (2011) acrescenta que pouco se tem preparado os profissionais de saúde para a abordagem de temas “sensíveis” e moralmente carregados, que demandam o lidar com questões sociais complexas e com suas próprias percepções e sentimentos, como a questão da violência sexual e do aborto legal. Bosi et al. (2000) denominam essa invisibilidade das questões que extrapolam a fronteira de uma prática pautada no modelo biomédico de “silêncio curricular”.

Nos âmbitos político-institucionais e paradigmáticos da produção do conhecimento, este “silêncio” é reforçado pela concepção bancária da educação, assim como por um processo de trabalho em saúde centrado na figura do médico, que inviabiliza a implementação de rotinas respaldadas na ação coletiva que definam e articulem funções dentro de uma equipe multidisciplinar e da rede de serviços (BERGER, 2011).

Nesse caminho, assim como observado na presente pesquisa, a violência sexual, quase sempre, é abordada de modo fragmentado e pontual, dissociada das ações nos serviços de saúde e de uma discussão que se converta em apropriações concretas de conhecimento, que reverbere em intervenções diferenciadas frente aos casos.

Embora com pequena expressão, alguns entrevistados referiram que a temática foi abordada de forma transversal em disciplinas, sobretudo nos cursos de psicologia e serviço social. O estágio curricular configurou-se em um espaço favorável para vivência e internalização da atenção às mulheres em situação de violência sexual, propiciando, desta forma, a aquisição de conhecimentos e atitudes relacionadas à questão, como referido na fala de um gestor:

Na formação do assistente social esse é um assunto que é sempre tema de algumas disciplinas. Principalmente quando a gente vai para o estágio, essa questão é muito bem abordada. Embora naquele tempo, não fizesse muito parte das políticas públicas, mas a gente já tinha abordagem com relação ao assunto. (G13)

Os cursos de psicologia e de serviço social por tratarem com mais ênfase os referenciais das ciências humanas e sociais nas matrizes curriculares, abordam o tema com uma aproximação maior dos aspectos históricos, sociais, psicológicos, culturais e dos direitos humanos que o permeia. Esta abordagem enseja uma visão ampliada do fenômeno, que viabiliza um entendimento crítico sobre a violência sexual contra a mulher.

A proposta do SUS, para a superação do modelo clássico de atenção à saúde da mulher, incorpora o conceito ampliado de saúde, comportando a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, na qual o ser humano é compreendido como sujeito que se determina na esfera da vida social, e cujo processo saúde-doença é produto da simbiose entre a dimensão social e a biológica. Pensar essa inter-relação é reconhecer a existência das iniquidades e os meios para superá-las, visando à promoção da saúde (FREITAS, OLIVEIRA, SILVA, 2013).

Nesse contexto, as mudanças pedagógicas na formação dos trabalhadores da saúde são recursos indispensáveis para a atenção às violências nos serviços, por demandar transformação das concepções e práticas dos futuros profissionais, ainda bastante centradas no enfoque biomédico. O distanciamento da academia das questões sociais induz uma atuação deslocada dos fundamentos que norteiam as políticas públicas (PEDROSA, SPINK, 2011).

Realça-se, nesse caminho, a responsabilidade das instituições formadoras em preparar os futuros profissionais para atuarem diante da questão, compreendendo a violência contra as mulheres no âmbito da saúde e reconhecendo seu papel social na identificação e assistência articulada com outros setores (VIEIRA, PADOIN, LANDERDAHL, 2009). Esforços direcionados ao entendimento da dinâmica desse problema social complexo permitem um processo de reconstrução que favorece a sensibilização ao tema e o aprendizado de formas de intervenção mais apropriadas aos casos (KISS, SCHRAIBER, 2011).

As **iniciativas de qualificação para a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual**, para muitos participantes, somente ocorreram a partir da prática profissional. Cursos, treinamentos, capacitações, avaliações de competências e seminários

acerca do tema foram realizados por alguns gestores e profissionais. Esses mecanismos de formação, quase sempre, configuraram-se em eventos pontuais proporcionados pelos governos municipal, estadual e federal (Ministério da Saúde) e trataram de aspectos como a anticoncepção de emergência, as profilaxias das DST, o aborto legal, o fluxo de atendimento, a notificação dos casos e os encaminhamentos necessários.

A gente teve uma capacitação de prevenção da violência sexual com o enfoque no anticoncepcional de emergência. Uma sobre a questão do aborto legal. Sobre a quimioprofilaxia das DST e também sobre a notificação. Essas capacitações foram da Secretária de Saúde ou do município ou o estado, ou o próprio Ministério [da Saúde]. (G6)

A SMS fazia algumas reuniões e cursos rápidos com a gente. Nesses cursos rápidos, reuniões e nas avaliações de competência a gente foi aumentando o conhecimento, o que ofereceu mais condições para a gente avaliar melhor e ter uma postura melhor diante disso. (E6)

Reconhece-se a considerável contribuição dessas iniciativas de capacitação para uma atuação profissional mais efetiva diante das demandas da violência sexual contra a mulher. Contudo, nota-se a valorização de conteúdos fundados na hegemonia biomédica e a parca abordagem dos aspectos histórico-sócio-cultural que sustentam o fenômeno, dispensando, por exemplo, uma discussão sobre as questões de gênero.

Almeida et al. (2011) defendem que a atuação profissional nesse âmbito ainda é substancialmente marcada pela opressão de gênero, tornando-se necessário que os recursos humanos da saúde tenham formação de caráter político para além da dimensão curativa do processo de trabalho, trazendo para si parte da responsabilização da transformação social da opressão de gênero. Nessa ótica, as concepções de gênero devem ser consideradas na formação/qualificação dos profissionais sobre a violência contra a mulher, a fim de se construir novas formas de se fazer o trabalho tendo em vista a superação de visões focadas no modelo biologicista.

Apesar dos investimentos identificados por as esferas governamentais, percebeu-se a incipiente oferta de cursos de qualificação por iniciativa das próprias instituições de saúde. Ações esporádicas foram mencionadas pelos entrevistados de poucos hospitais com estrutura de maternidade, considerados de referência para a atenção às situações de violências sexuais.

Ainda assim, configuram-se em iniciativas isoladas, descaracterizadas de uma cultura institucional que enaltece uma política educação permanente.

Nos outros serviços que compuseram o cenário desta pesquisa não se verificou qualquer empreendimento de ações de qualificação profissional sobre o fenômeno. Em alguns casos, havia o incentivo da gestão municipal para atuação nesse âmbito, mas entraves institucionais não permitiram essa implementação. Em outros contextos, principalmente nos hospitais voltados para o atendimento de urgência e emergência na área de traumatologia, os participantes foram unânimes em afirmar que a questão não era abordada, tendo como justificativa o fato de esse tipo de atenção não se constituir uma função do serviço.

Aqui a gente nunca conseguiu implantar um serviço voltado diretamente para atuar nessa área (...). O pessoal da saúde da mulher da prefeitura municipal até já teve esse propósito de formar um comitê ou um grupo que possa atuar nessa área, mas a gente não conseguiu formar aqui no hospital. (G1)

O nosso atendimento não visa o atendimento à mulher. Ele trabalha com relação a pacientes traumatológicos, paciente cirúrgico. Aqui no nosso caso, nós não temos esse tipo de serviço. (G10)

Essas evidências sinalizam que as lacunas do conhecimento transcendem os limites das instituições formadoras e se estende para a rotina das unidades de saúde, em virtude da temática permanecer, muitas vezes, oculta na pauta de educação permanente dos serviços. Esse hiato na formação reflete substancialmente no exercício das funções. Sem capacitação para o enfrentamento da questão, alguns profissionais se solidarizam com a situação, desenvolvendo estratégias próprias e informais de condução do atendimento; enquanto uma parcela mais expressiva tende a se distanciar dos casos, negligenciando a atenção ou deixando a violência “passar” despercebida.

A visibilidade da violência sexual contra as mulheres, o aumento da demanda dos casos nos serviços de saúde, bem como o forte impacto do fenômeno sobre gestores e profissionais que se encarregam da organização dessa atenção exige investimentos continuados e diversificados em educação permanente. O modelo hegemônico tradicional, muitas vezes, é insuficiente para dar conta da complexidade deste desafio, requerendo esforços para compartilhamento e exploração de estratégias e tecnologias que contribuam para o desenvolvimento do papel profissional.

Essas reflexões iniciais sobre a capacitação dos recursos humanos da saúde voltada à questão e ofertadas pelas instituições serão acrescidas e abordadas com mais veemência no capítulo que versa sobre o suporte para a equipe de saúde.

Compreensão da violência sexual contra as mulheres

A compreensão da violência sexual contra as mulheres aponta para as bases que assentam as condutas profissionais e impactam a atenção em saúde desencadeada nos serviços de saúde. Considera-se que a identificação do entendimento acerca do fenômeno fomenta elementos para análise do contexto, que poderão subsidiar e instrumentalizar a construção de um processo amplo de atenção, comprometido com a integralidade da saúde e que supere a reprodução de diretivas marcadas pelas desigualdades sociais e de gênero.

A **violência sexual como um ato forçado**, que fere a autonomia da mulher, afetando sua dignidade humana e violando seus direitos, assume uma dimensão significativa nos relatos dos gestores e profissionais de saúde. Também constatou-se o reconhecimento de que este tipo de violência é universal, podendo atingir mulheres de diversas faixas etárias, classes sociais e ser perpetrado por pessoas estranhas ou não, a exemplo dos parceiros íntimos. Assim como, houve a manifestação de que o fenômeno extrapola os atos físicos também podendo apresentar outras expressões, como a verbal.

É qualquer ato sexual ou tentativa de ato sexual sem consentimento da mesma. Isso independe de idade e de quem seja o agressor. (G9)

A violência sexual também foi referida como **aquela que tem raízes em condições históricas e sociais** que constroem papéis diferenciados entre os gêneros, repercutindo em relações permeadas pela desigualdade de poder. Nesse contexto, os participantes discorreram sobre um modelo de masculinidade hegemônico na sociedade, que coloca a mulher como *objeto, submissa e propriedade* dos homens, favorecendo a ocorrência do ato, principalmente no âmbito conjugal. Nessa perspectiva, a violência não ocorre aleatoriamente, mas é produto de uma organização social de gênero que privilegia o masculino.

Na nossa cultura, a cultura do “macho-man”, do “he-man”, do “super macho”. A igualdade entre o homem e a mulher, entre os povos latinos de uma maneira em geral, ainda precisa melhorar muito, ainda precisa evoluir bastante. A mulher, muitas vezes, é tratada como um simples objeto de desejo sexual e passa por esse tipo de ação. (M46)

Percebe-se a elaboração de uma concepção ampliada do fenômeno, o qual está circunscrito aos aspectos sociais, culturais, estruturais e interpessoais; dessa forma, a complexidade imbricada ao problema é concebida por alguns entrevistados. Tal entendimento evidencia a magnitude da violência sexual e vai ao encontro da definição da OMS (2002), que assenta o caráter abrangente da questão.

A noção da ausência de autonomia ocasionada pelo ato destacou-se como elemento frequente nas falas desses participantes, configurando-se em uma condição sociohistórica que restringe ou anula a liberdade da mulher. Segundo Guedes e Fonseca (2011), a análise da autonomia é central para a compreensão da violência de gênero contra as mulheres, pois a privação da liberdade incrustada no fenômeno interdita sua autonomia enquanto indivíduos sujeitos de sua existência, caracterizando uma relação de força com um pólo de dominação e outro, de coisificação.

A cultura patriarcal pressupõe a tutela do homem sobre o universo feminino, desígnio incompatível com a ideia de liberdade e de igualdade entre os seres humanos. A subordinação de um dos pares da relação conjugal legitimada no contrato sexual imprime assimetria e enfoque paternalista à relação. Desse modo, as mulheres encontram-se sujeitas a consentimentos, sem poder determinar sua autonomia de ser humano igual na diferença entre os sexos (GUEDES, FONSECA, 2011).

Esta assimetria foi pontuada na violência sexual que acontece entre cônjuges como um meio de coerção do homem em relação à mulher, por acreditar que o ato sexual é uma obrigação do casamento. Os entrevistados manifestaram como causa dessa violência à cultura patriarcal, que é transmitida entre gerações, sendo os estereótipos de gênero incorporados também pelas próprias mulheres. Está atrelado nos relatos o reconhecimento do círculo vicioso de hierarquia que perpetua as relações entre os gêneros:

A violência sexual contra mulher é resquício de toda uma época passada, em que, hierarquicamente, a mulher é submissa ao homem. A criação no regime patriarcal. A violência começa com os pais da gente. Primeiro, a gente faz tudo que os pais querem. E quando a gente casa continua sendo submissa ao marido, no sentido em que tem que cuidar da casa, que estudar, trabalhar fora e quando chega à noite ainda tem que fazer o seu papel de mulher e muitas vezes você não quer aquilo, mas você é obrigada a fazer. (AS49)

Nesse entendimento, os entrevistados reconheceram que a mulher ainda é considerada pelo meio social como uma propriedade do homem, fato ratificado pelo contrato matrimonial; sendo seus pertences e seu corpo parte das posses e dos objetos masculinos, podendo o homem deles dispor a vontade.

Também chama a atenção a crítica realizada por alguns participantes para a noção, socialmente aceita, de que a **sexualidade masculina é algo instintivo** e/ou *provocada* pela vestimenta ou comportamento da mulher, que tem se submeter ao desejo sexual incontrolável do homem. Eles apontam que há uma exigência social do papel de “dominador”, que concebe a sexualidade masculina como um imperativo biológico. Desse modo, a violência seria um meio utilizado pelo homem para legitimar sua masculinidade.

O homem é visto como um animal, bestial, que depois que é acionado o botãozinho dos instintos, ele não pode desligar. E a mulher tem que se submeter. (P15)

A visão da sexualidade masculina imposta pelo padrão cultural como necessidade e impulso biológico instintivo, aplicada à sexualidade feminina, estrutura a dominação, o controle e a violência sexual cometida, principalmente nas relações conjugais (CAVALCANTI, GOMES, MINAYO, 2006). No pensamento de Bourdieu (2002), as práticas sexuais são construtos da sociedade e da cultura, e o sentido social do ato sexual envolve uma relação de dominação pela assimetria entre os sexos. Com base nesta construção, o ato sexual é concebido como um modo de apropriação e de posse.

Pesquisa empreendida nos estados brasileiros com uma amostra de 2.365 mulheres e 1.181 homens sinaliza que o sexo forçado praticado pelo homem contrariando a vontade da mulher (estupro conjugal) ocorre com frequência entre os casais. Trata-se do “sexo forçado” por meio da imposição de uma sexualidade não desejada, centrada na exigência de cumprimento de dever da esposa/companheira para com seu parceiro. Ainda segundo esse estudo, existe um “débito conjugal” internalizado pelas mulheres, configurando-se o ato sexual uma obrigação do casamento. Nesta visão, muitas mulheres não conseguem perceber seus direitos e perduram na condição de submetimento (BANDEIRA, 2013).

Os profissionais de saúde, ao manifestarem e criticarem essa concepção da sexualidade moldada por forças internas que fogem do controle do homem; suplantam uma visão reducionista da violência sexual. Da mesma forma, o discernimento que este problema

também ocorre nas relações conjugais, favorece práticas de trabalho voltadas para a garantia dos direitos humanos das mulheres.

Na perspectiva que as expressões de violência sexual contra a mulher se fundamentam nas desigualdades de gênero e nas normas sociais favoráveis à superioridade masculina, alguns participantes reconheceram que a prevenção do problema vai além da punição do agressor, devendo ocorrer ações no âmbito da educação para a desconstrução dessa cultura “machista”. O depoimento que se segue remete que a educação constitui-se uma necessidade fundamental para a autonomia e o enfrentamento da opressão pelas mulheres:

A gente sempre fala: vamos punir o homem! Sim! Mas, vamos educar esse homem. Porque que não existe na grade curricular das escolas, públicas e privadas, um meio de preparar essa criança, de pequena, que mulher não pode ser um objeto que ele quer usar, na hora que ele quer, da maneira como ele quer, a força (...). Se isso acontecesse, hoje não teríamos tanta violência sexual como temos. (AS16)

Nessa mesma esteira, Guedes e Fonseca (2011) reiteram que situações de opressão, a exemplo da opressão de gênero, se configuram situações de heteronomia em que as pessoas vivem alienadas de acordo com regras sociais impostas. Assim, uma educação voltada para a conscientização e para a libertação é potente para conduzir as pessoas a respeitarem a autonomia e a escolha de comportamento e ações dos indivíduos.

A **invisibilidade da violência sexual nas relações conjugais no cotidiano dos serviços de saúde**, o não reconhecimento da violência crônica pelos profissionais e a dificuldade de dimensionar o problema, em virtude dos entraves que envolvem sua revelação, foram mencionados como desafios a serem transpostos. Sublinha-se a preocupação de alguns participantes sobre a necessidade de capacitação para a qualificação das ações em saúde nesta esfera. Em contrapartida, somente poucos gestores mencionaram a violência sexual contra a mulher como um problema de saúde pública que requer articulação intersetorial para seu enfrentamento.

A gente vê isso acontecer e sabe que as mulheres, muitas vezes, têm dificuldade de buscar ajuda. Uma coisa é aquela violência mesmo aguda, que traz a mulher para emergência. Mas, outra coisa é aquela violência do dia-a-dia que, muitas vezes, passa despercebida e o

profissional de saúde não está alerta para isso e não percebe. Percebe que alguma coisa não está bem, mas não vai um pouco mais além. (M23)

A violência sexual contra a mulher é um grave problema de saúde pública que deve ser enfrentado por agentes da área da saúde, mas também unidos aos outros setores, como poder judiciário, para que realmente essa situação tenha uma solução e não aconteça mais. (G5)

O despreparo e a insegurança para identificar casos de violência sexual são evidenciados nas falas dos profissionais, principalmente quando o ato não se manifesta em marcas corporais visíveis através de lesões e traumas resultantes da agressão, ou não é revelado pelas mulheres na busca por cuidados de saúde.

Diversos estudos indicam a inabilidade do profissional de saúde em identificar casos de violência, sendo essa fragilidade atribuída a fatores como: lacunas na formação/qualificação profissional; conduta clínica baseada no modelo biomédico; naturalização das situações de violência; assim como pela própria organização do processo de trabalho no âmbito da saúde que não favorece a execução de uma clínica ampliada, que viabilize o desenvolvimento da atenção integral ao indivíduo (PEDROSA, SPINK, 2011; FREITAS, OLIVEIRA, SILVA, 2013; PORTO, BISPO JÚNIOR, LIMA, 2014).

A maioria dos casos de violência sexual não apresenta danos físicos de qualquer natureza (DREZETT, 2003). Isso implica em ações que não se limitem à cura da lesão, mas compreendam a complexidade que envolve o fenômeno, tendo em vista que a inexistência de lesões não significa ausência de sofrimento (PARENTE, NASCIMENTO, VIEIRA, 2009). Portanto, assentir as necessidades de saúde das mulheres nessa situação é central para a organização da atenção nos serviços e para a transformação da práxis no campo da saúde (GUEDES, SILVA, FONSECA, 2009).

Pequena expressão dos entrevistados incorporou, nos seus depoimentos, a violência sexual contra as mulheres como um problema a ser enfrentado e assistido pelo setor saúde. Para alguns, a questão constitui-se em *caso de polícia* de cunho exclusivo dos setores da segurança pública e justiça, restringindo o fenômeno ao aspecto do crime. A desconsideração da violência como problema de saúde pública reflete na procura das mulheres aos serviços, por não reconhecerem as unidades como espaços de acolhimento e de busca de instrumentos para o enfrentamento da situação, ou por recearem a assistência prestada.

Considerando as **repercussões da violência sexual**, a maior parte dos gestores e profissionais de saúde julgou que o problema ecoa, de forma negativa, na saúde física, sexual/reprodutiva, mental e social de quem a vivenciou. Os impactos mais apontados pelos entrevistados foram referentes às DST, à gestação decorrente dessa violência, aos agravos a saúde mental como fobias, depressão e isolamento social; além de consequências no âmbito do trabalho e das relações interpessoais. Ainda mencionaram que os efeitos do ato repercutem na vida das mulheres por longos períodos ou, até mesmo, durante toda a vida.

Tem mulheres que conseguem superar e tem mulheres que demora mais tempo, incapacitando mesmo ela de voltar à rotina de trabalho, de estudo, familiar, de relação sexual. Elas levam mais tempo para voltar à rotina normal (...). Tem mulheres que entram em pânico, não conseguem pegar um ônibus, ir na escola deixar um filho. Às vezes têm que mudar de bairro, porque não se sentem segura naquele ambiente (...). No caso dela contrair um HIV, ou uma gravidez indesejada. Ou seja, o corpo é dilacerado não só naquele momento, mas depois também por contrair uma doença crônica. Então, é o comprometimento de todas as esferas ambiental, social, físico, psíquica, econômica. (P19)

Outros ainda pontuaram que a violência sexual no âmbito intrafamiliar tem como repercussão a transmissão intergeracional do problema. Segundo eles, crianças que se desenvolvem em contextos marcados pela violência de gênero tendem a reproduzi-la pela naturalização do ato e pela construção social dos papéis de gênero.

Repercute principalmente na família. Primeiro na mulher que está sofrendo as agressões e depois na família, tem muita criança traumatizada. A chance de ela fazer a mesma coisa, porque viu a vida toda o pai fazendo isso? Vai causar um trauma tão grande na criança que ela vai ter uma visão, uma postura errada com respeito às relações interpessoais, de se achar com o direito, como dono daquela pessoa, de ser agressivo, de abusar sexualmente. (E6)

Como pontuado pelos profissionais, as mulheres que vivenciam situação de violência sexual apresentam significativo sofrimento psíquico que perduram por longos períodos. Impactos familiares, sociais e econômicos também se mostraram relevantes. Sabe-se que esse ato pode resultar em estigmatização da mulher pela sociedade, pelos profissionais de saúde e,

até mesmo, pela própria família. Essa carência de apoio pode implicar no distanciamento da mulher de suas atividades sociais, refletindo no abandono do emprego ou dos estudos.

Embora as práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde estejam fortemente fundadas no modelo clínico medicalizante, evidencia-se uma noção ampliada a respeito dos impactos da violência sexual na vida das mulheres, extrapolando os aspectos físicos. Esse reconhecimento é fundamental à orientação das condutas na perspectiva integral. Vale salientar que esta expressão de violência assume um papel diferenciado no conjunto das violências de gênero, sobretudo pelo seu maior encobrimento comparado às formas de agir em relação às demais modalidades e pelos danos causados, principalmente, no terreno da sexualidade (MORAES et al.; 2012; JINA, THOMAS, 2013; MOHAMMED, HASHISH, 2015).

Diante desse quadro, as consequências do problema, em todas suas dimensões, devem ser consideradas pelos prestadores de serviços e autoridades governamentais. Os profissionais de saúde precisam ser qualificados e sensibilizados para intervir de forma que atenda a todas as necessidades das usuárias, a fim de minimizar as repercussões do ato.

Apesar de muitos gestores e profissionais de saúde terem atribuído à violência sexual como um ato que viola os direitos da mulher e que tem sua base nas desigualdades de gênero, ainda identificou-se **visões reducionistas e preconceituosas acerca da questão**. Nem todos os participantes expressaram um entendimento amplo e crítico do fenômeno, como é possível detectar nos seguintes depoimentos:

A gente ver muitas situações diferenciadas. Onde eu trabalho na perícia, eu vejo mulheres que simulam uma agressão, simulam um estupro. Vão a delegacia, denunciam o parceiro com a intenção de prejudicar o companheiro, porque ela sabe que hoje tem a Lei Maria da Penha e é uma Lei muito rigorosa. Então existem os dois lados da moeda. Hoje em dia a coisa está muito deturpada. (M39)

Não vamos esquecer que muitas vezes, nós mulheres pecamos, facilitamos a entrada desse homem. Por que se nós dermos uma abertura maior, logicamente que ele vai entrar mais. Então, o posicionamento da mulher é fundamental para que possa diminuir esse índice de violência. O que uma garota de 12 ou 13 anos está fazendo na rua meia noite, uma hora, três horas da manhã? (AS16)

Percebe-se nos conteúdos manifestos a compreensão da violência como uma simulação da mulher visando prejudicar o parceiro e sua culpabilização pelo ato. O relato da assistente social expressou subjetivamente que a agressão, em algumas ocasiões, é “inevitável”, visto o comportamento da mulher, que não condiz com as normas socioculturais estabelecidas, “provoca” tal violência. Notou-se que os referenciais de desigualdade de gênero são veiculados tanto por profissionais do sexo masculino quanto do feminino, bem como pelas diversas categorias, ao conceberem a ordem patriarcal como naturalmente aceitável.

As falas apresentadas transparecem conteúdos, proposições e argumentos que tendem a responsabilizar a mulher pela violência sexual. Também chama a atenção o preconceito de alguns profissionais de saúde ao explicitarem a ideia de que os comportamentos femininos são promíscuos e classificados como *não respeitoso, incorreto e inapropriado*. Tais rotulações envolvem o julgamento da vestimenta, do local frequentado, do horário em que a mulher transita nos espaços públicos e as companhias com quem se relaciona (CAVALCANTI, GOMES, MINAYO, 2006).

De acordo com Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006), essa visão revela a relação do ser feminino com as noções de sedução, pecado e a imputação da culpa pela atração sexual do homem; inferindo uma lógica contraditória de que a mulher é considerada culpada pelas agressões sexuais que vivencia. O preconceito se introduz na vida cotidiana nos mais diversos modos, associando-se a comportamentos, imagens e representações das mulheres. Vários desses preconceitos podem estar presentes em um mesmo grupo de indivíduos, no qual o imaginário social coletivo tenha tomado esses valores como norma, difundindo-a através da cultura (SILVA, 2010).

Essa noção elege a explicação hegemônica sobre a naturalização de papéis do feminino e do masculino para justificar a opressão sofrida pelas usuárias, representando uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial do ser humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade (FREITAS, OLIVEIRA, SILVA, 2013).

Outros entrevistados assinalaram o uso de álcool e drogas pelo perpetrador como fator imbricado nos atos de violência; alguns justificando o comportamento do homem e outros atribuindo esse consumo como fator desencadeante da agressão. Também esteve presente nas falas a concepção que patologiza o agressor, sendo este categorizado como *monstro* ou *portador de doença mental*.

As causas são o uso do álcool e da droga. Eles [os agressores] geralmente têm esse perfil, são alcoolistas, são usuários de alguma droga. E as mulheres violentadas são submissas. Mulheres que não tem nenhuma perspectiva, nenhum projeto de vida. (AS10)

Entre as diferentes vertentes propostas para explicar a violência, o consumo de álcool e outras drogas é uma das mais controversas, pois não há consenso na literatura se essa relação é causal ou se seu uso é empregado para justificar o ato violento. Investigações indicam a ingestão do álcool como fator precipitante da violência doméstica, podendo ser explicado pelo efeito desinibidor da conduta dos agressores, como um meio de minimizar a responsabilidade pelo comportamento violento, ou, ainda, o uso de álcool pode agir como fator denunciante de uma personalidade impulsiva (ROVINSKI, 2004; REINALDO, PILLON, 2008).

Outras pesquisas apontam que o álcool não é o responsável básico pelas agressões, atuando como facilitador de situações previamente determinadas; tratando-se de uma associação complexa, que envolve demais fatores biológicos, psicológicos e sociais (GARCIA et al.; 2008; FONSECA et al.; 2009). A crença de que o álcool é o responsável pela violência diminui a culpa do agressor e aumenta a tolerância da mulher, podendo ocorrer à reincidência do ato (FONSECA et al.; 2009).

Também obscurece a compreensão do fenômeno o raciocínio que patologiza os agressores. Saffioti (1999) argumenta que o mecanismo da patologização ignora as hierarquias e as contradições sociais. Essa autora ainda discorre, segundo dados internacionais, que apenas 4% dos agressores sexuais são doentes mentais ou já tiveram acompanhamento psiquiátrico. Dessa forma, identifica-se nos relatos dos profissionais elementos de preconceitos ou de reducionismo próprios do senso comum.

A violência sexual também foi remetida aos aspectos estruturais de cunho econômico e social: baixa escolaridade, pobreza e dependência financeira. Para alguns entrevistados, a dependência econômica submete a mulher à vontade masculina. Outros afirmaram que as mulheres são responsáveis pela situação que vivenciam, produto de suas escolhas pessoais. Julgam muitas vezes equivocados os valores que sustentam essas opções, imprimindo uma forte carga moral nas opiniões.

As causas são o desemprego, a baixa renda, baixa escolaridade e também pessoas que tem problemas psicológicos e mentais. (E8)

É uma violência, muitas vezes, consentida pela mulher. Infelizmente a gente vê que muitas mulheres que são violentadas, são reviolentadas outras vezes. (AS22)

Analisando esses relatos, verificam-se ideias que relacionam a violência a condições sociais desfavoráveis, restringindo o contexto de agressões a determinados extratos sociais. Vale ressaltar que a violência sexual é um fenômeno universal que atinge mulheres de variadas classificações, ignorando fronteiras socioeconômicas (CONTRERAS et al.; 2010). Portanto, não é pertinente a dedução que o problema se manifesta apenas em classes sociais baixas. Imputar aos pobres uma cultura violenta envolve uma concepção carregada de preconceito (SAFFIOTI, 1999).

Saffioti (1999) explica que a questão da pobreza relacionada à violência não tem sido posta em termos adequados. A estudiosa, ao refletir sobre a questão, lança alguns questionamentos: os pobres seriam agentes de mais violências que os ricos, não por possuírem uma cultura da violência, mas por vivenciarem mais amiúde situações de estresse? A ameaça permanente de empobrecimento, situação só possível entre os riscos, induz muitas mulheres a suportar humilhações e outras formas de violência? Nesse pensamento, as diversas esferas sociais impõem elementos que apresentam um peso significativo na produção da violência.

O preconceito de classe dos profissionais desqualificam as mulheres, pondo relevo a assimetria que marca as relações de poder, tanto na hierarquia de gênero como na estrutura de classes. As diferenças de classe se expressam em um olhar de “estranhamento” e suspeição que o profissional dirige às mulheres. Nessa visão, os trabalhadores da saúde lançam mão dos estereótipos de gênero, de situação socioeconômica e educacional das usuárias para interpretar as várias situações de violência assistidas na rede pública (FERRANTE, SANTOS, VIEIRA, 2009).

As visões veiculadas também enunciam a concepção que as mulheres *querem* ou *aceitam* permanecer na situação de violência. Ou ainda que a conquista da independência financeira e do trabalho no domínio público representa o caminho que induz as mulheres a transporem essa situação de opressão.

O desvencilhamento da situação de violência é delicado pela complexidade que envolve as relações interpessoais e a especificidade de cada contexto. Há mulheres que se sentem responsáveis pelo vínculo familiar do matrimônio, causando-lhes também uma dependência afetiva. É difícil para a mulher conseguir sair sozinha de uma relação, na qual

vivência o problema. Muitos fatores estão envolvidos na decisão de revelar a situação e na busca aos meios de enfrentamento: vergonha da denúncia, pouca legitimidade social, falta de acesso às informações jurídicas, descaso das autoridades, invisibilidade das políticas públicas nessa esfera.

Devido a essas questões, existe a necessidade de um apoio mais efetivo às mulheres em situação de violência para que elas compreendam que têm direito sobre seu próprio corpo, sobre sua própria vida e para que enxerguem que a violência não deve funcionar como punição por algo que elas julguem ser “merecedoras” (SOUZA, ROS, 2006). Isso requer a intervenção de diferentes profissionais e setores da rede, tendo os equipamentos de saúde obrigação de funcionar com espaços favoráveis para o rompimento do ciclo da violência, oferecendo instrumentos e apoio para essa decisão.

Vale salientar que a autogestão financeira possibilita às mulheres maiores condições objetivas de superação das desigualdades de gênero. No entanto, não representa o ponto chave para a libertação dessas amarras. Essa superação pressupõe a construção de novas relações sociais, o que implica na desconstrução dos preceitos que reforçam os estereótipos de gênero sobre a condição feminina na sociedade (GUEDES, FONSECA, 2011).

Essas falsas crenças e pensamentos distorcidos acerca da violência sexual contra as mulheres, muitas vezes, são declarados sem tal percepção, principalmente, pelas concepções de gênero naturalizadas no senso comum. Porém, visões nesse sentido constituem-se limitações para o processo de trabalho nos serviços de saúde, inviabilizando o alcance da saúde integral das mulheres e interferindo na abordagem e conduta profissional diante dos casos. Dessa maneira, é fundamental a corresponsabilização do setor saúde para o enfrentamento desse problema complexo que envolve, dialeticamente, aspectos subjetivos e a gênese social e cultural como um todo.

5.2 Configuração da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual

Acesso e acolhimento

O acesso aos serviços de saúde é direito do cidadão, devendo as instituições se organizar para responder às demandas que chegam até esses locais. O acesso das mulheres em situação de violência sexual às unidades de saúde investigadas ocorreu, na maioria das vezes, por **demanda espontânea**, ao adentrarem aos serviços pelas emergências ou pelos serviços ambulatoriais.

Nas unidades que têm como alvo o atendimento na área de traumatologia, a única porta de entrada mencionada pelos participantes foi a emergência. Enquanto, nas instituições que contam com serviços de ginecologia e obstetrícia, o acesso das mulheres se dá tanto pela emergência e pelo atendimento ambulatorial, como por encaminhamentos de outros serviços que compõem a rede intra e intersectorial.

Pode acontecer de vir encaminhada também, se o canal que a pessoa procurou foi outro. Ela pode ser encaminhada por uma delegacia ou pelos Centros de Referência de Assistência Social. (AS9)

Nós temos serviço que é aberto 24 horas. Como nós somos referência para o programa de violência municipal, nós atendemos de domingo a domingo. Também temos a demanda referenciada, principalmente em situações de violência crônica. Então, esses atendimentos de situação de violência são garantidos. (G5)

Na unidade idealizada para prestar atendimento exclusivamente à mulher identificou-se um contexto diferenciado relativo ao acesso. Este hospital não conta com serviço de urgência e emergência. Dessa forma, o acesso dessas mulheres ocorre, exclusivamente, por demanda referenciada de outras instituições/órgãos ou pela Central Integrada de Regulação do município de Fortaleza e do estado.

O acesso aqui é por referência. Nós não somos porta aberta. Essas mulheres, na maioria das vezes, estão vindo referenciadas pela coordenadoria de mulheres, que entra em contato e a gente providência o atendimento dela aqui. Ou vem pela central. (E47)

A maior expressão do acesso espontâneo pode indicar, paradoxalmente, o reconhecimento do serviço de saúde como um local para busca e obtenção de ajuda diante de uma situação de violência sexual, ou a procura por esses locais somente em situações extremas em que as mulheres se apresentem feridas.

A literatura que discorre sobre o tema revela que a segunda hipótese configura-se em uma realidade mais concentra na rotina dos serviços de saúde. Muitos estudos reforçam que, quase sempre, o primeiro contato dessas usuárias com o setor saúde, ocasionado pela violência sexual, acontece a partir das emergências hospitalares em razão de lesões e agravos físicos (BISPO, ALMEIDA, DINIZ, 2007; PEDROSA; SPINK, 2011; GARCÍA-MORENO et al., 2015b; SILVA, PADOIN, VIANNA, 2015).

Por outro lado, o tímido acesso das mulheres por meio de um sistema de referenciamento entre os serviços da rede de apoio demonstra frágil articulação intersetorial, em que não há o conhecimento sobre as possibilidades de atendimento de outros setores, refletindo uma atenção fragmentada que se restringe a um atendimento pontual, sem o acompanhamento das usuárias.

Silva, Padoin e Vianna (2015) argumentam que a existência de um conjunto de serviços distintos e que atuem de acordo com suas competências, sem o reconhecimento entre eles, não garante ações que reforcem o enfrentamento da violência contra as mulheres. Nessa perspectiva, torna-se essencial instituir um diálogo entre as instituições que compõem a rede com maior poder de comunicação entre os profissionais para construir projetos assistenciais compartilhados (SHRAIBER et al., 2012). Para que o acesso ocorra de fato, é imprescindível que a população conheça as ofertas de serviços e sinta-se motivada a procurá-los, sempre que deles necessitar.

Em relação ao acolhimento das mulheres em situação de violência sexual, observou-se, nos hospitais referência na área de traumato-ortopedia, um **atendimento emergencial fortemente pautado no modelo clínico-biológico**, com intervenções realizadas em nível de lesão e trauma. Nessa lógica, a atenção pauta-se na impessoalidade, sendo os casos de violência sexual tratados do mesmo modo que outras demandas, sem uma diferenciação de conduta e abordagem. Da mesma forma, o seguimento das usuárias e os encaminhamentos para outros setores da rede de apoio não é garantido, como denotam as falas a seguir:

Aqui como é um hospital de emergência, ela entra pelo atendimento de emergência como qualquer outro paciente de emergência. Ela vai ser

atendida como o restante da população. Aqui é um hospital de poli traumatizados, um hospital que tem um movimento muito grande, então nós não temos aqui um setor específico para tratar só da parte de violência sexual. (M68)

Ela faz um atendimento imediato. Por exemplo, se ela teve uma lesão de períneo, de vulva, é feito o procedimento, meramente técnico, biomédico. Mas, a gente não tem um seguimento dessa paciente. Então, ela se perde. Não é garantido para ela um seguimento. Ela fez ali o primeiro procedimento e acabou-se. (E63)

Esta configuração de acolhimento às mulheres em situação de violência sexual é reflexo da característica desses serviços, que foram instituídos para o atendimento emergencial ao politraumatizado e cujo investimento na formação profissional incorreu sobre os níveis de complexidade dos cuidados para manter os parâmetros vitais e nos suportes de vida. Como sublinharam os entrevistados, a atenção limita-se a *tratar* as lesões ocasionadas pelo trauma ou a queixa imediata que as usuárias apresentam no momento e *acabou-se*; rechaçando as outras dimensões envolvidas na abordagem das situações de violência. Também justificaram essa atuação em virtude da alta demanda de pacientes no serviço, o que atravanca a oferta de uma assistência articulada e integral.

Nota-se que esses profissionais de saúde alicerçados na concepção de que os setores de emergência representam espaços de cuidados imediatos, referiram que a violência sexual converte-se em um problema como outro qualquer. Portanto, na atenção dispensada não há diferenciação de conduta entre, por exemplo, uma fratura por acidente de automóvel e uma fratura por espancamento seguido de violência sexual. Desse modo, não há uma aproximação que denote o acolhimento às mulheres, assim como não há espaço para uma escuta atenta que considere as singularidades e subjetividades que interferem no processo saúde-doença.

Ratificando essas constatações, pesquisas internacionais e brasileiras assentam que a atuação dos serviços de saúde frente às situações de violência contra as mulheres, nos diversos níveis de atenção, se ancora, majoritariamente, em uma assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, enaltecendo o modelo hegemônico biomédico e desprezando ações de caráter preventivo e de promoção da saúde (BISPO, ALMEIDA, DINIZ, 2007; PATELA et al., 2013; ALMEIDA, SILVA, MACHADO, 2014; NASCIMENTO, RIBEIRO, SOUZA, 2014; BARROS et al., 2015). Esse modo de operacionalizar as práticas de saúde se limita a

realização de procedimentos técnicos como curativos, suturas, cirurgias, administração de medicamentos, dentre outros.

Abordagens nesta esteira implicam uma atenção centrada no tratamento de sintomas e lesões, permanecendo as gêneses da violência negligenciadas, o que favorece a persistência de danos físicos, psicológicos e sociais, que impõem a busca reiterada pelos serviços de saúde. Drezett (2003) postula que há substanciais indicadores de que mulheres que apresentam lesões decorrentes da violência recebem melhor acolhimento nos serviços de saúde, pois, para elas, é atribuído o estereótipo de “vítimas ideais”; havendo, nesses casos, menor risco de sua história de violência ser questionada e maior oportunidade de receber atenção qualificada. Nessa ótica, ocorre a valorização dos elementos visíveis da violência sexual, “genitalizando” excessivamente o problema. A busca por provas do ato constitui-se, desacertadamente, o foco do atendimento a essas mulheres.

Nessa linha de argumentação, os impactos na saúde resultantes da violência apresentam maior possibilidade de receber atenção quando enquadrados na categoria de “doenças”. Caso contrário, a queixa não é concebida como parte das ações no âmbito da saúde, sendo algumas vezes referenciada para profissionais ou setores de cunho social ou, até mesmo, negligenciada.

Alguns profissionais ainda mencionaram que não existe um serviço estruturado e coordenado para atender às situações de violência sexual e conseqüentemente, não ocorre um acolhimento diferenciado para essa demanda. O acolhimento, muitas vezes, é fundado utilizando os critérios da classificação de risco no ambiente da emergência hospitalar.

O acolhimento geralmente é feito lá na emergência, as pessoas chegam, ficam nas cadeiras. Aí tem um enfermeiro que vai identificar aquelas demandas mais urgentes, faz a classificação. Bota a corzinha no cartão da pessoa e a pessoa é encaminhada para sala do médico. (P15)

O acolhimento pautado na classificação de risco pressupõe a triagem realizada por profissionais de saúde, em que é determinada a prioridade clínica do usuário e o respectivo tempo para o atendimento. Este critério, usualmente empregado nos setores de emergências, embora possa otimizar o atendimento nestes contextos, não é adequado para as abordagens às situações de violência sexual tendo em vista que, muitas vezes, o problema não se coloca com um quadro clínico aparente. Assim, as mulheres podem ser submetidas a longos períodos de espera até receberem os primeiros cuidados de saúde.

A inexistência de fluxos específicos para o atendimento às usuárias que sofreram violência sexual gera estresse, desconforto, exposição e até mesmo pode leva-las a desistir da busca pelos serviços de saúde. Não obstante, a Norma Técnica dispõe que as unidades de saúde devem criar condições institucionais para priorizar o atendimento a essas mulheres, definindo o profissional responsável por cada etapa da atenção (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde postula que o acolhimento deve suplantar a etapa de recepção da demanda espontânea, perspectiva frequentemente incorporada e operacionalizada nos processos de produção de saúde. Ao contrário, é preciso que o conceito de acolhimento seja apreendido e trabalhado pelos profissionais em todo encontro com as usuárias, extrapolando o “acolhimento” da porta de entrada. Nesta ótica, o acolhimento não representa um espaço, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Diferencia-se de triagem, pois não constitui uma etapa do processo, mas ação que deve permear todos os locais e momentos do serviço de saúde. A reversão desse processo convoca à construção de alianças éticas em que o compromisso singular com os sujeitos ganhe centralidade nas ações (BRASIL, 2010d).

Também identificou-se que o primeiro contato da mulher com o serviço, muitas vezes, é marcado por omissões, falta de privacidade, exposição da situação de violência para outras pessoas, além de atitudes discriminatórias e carregadas de julgamento por parte dos trabalhadores da saúde. Enfermeiras chamam atenção para a abordagem inadequada dos profissionais junto à mulher em situação de violência sexual, o que transparece outra forma de violência, a **violência institucional**:

Muitas vezes, ela fica muita exposta. Existem aqueles que ficam ao redor, querendo saber da situação que ela viveu. E quando ela fica no corredor mais ainda, porque ela está exposta a todos, ela fica num ambiente largado. Existe um acolhimento, mas de exposição. (E63)

Ela é vítima de violência lá fora e ela vai sofrer outra violência aqui na hora de ser abordada de maneira inadequada pelo profissional. Ela é agredida duas vezes quando entra aqui. (E36)

Os depoimentos revelam críticas aos espaços inadequados de atendimento, que acontecem em locais sem privacidade como nas emergências, corredores ou enfermarias; e aos próprios funcionários das instituições que acabam por expor às mulheres a constrangimentos e a propagar a situação de violência vivenciada. Esses elementos somando-se com processos de trabalho desorganizados, omissões, atitudes discriminatórias por parte da

gestão e dos trabalhadores de saúde desvelam a violência institucional, problema frequente no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.

A violência institucional é entendida como aquela que se concretiza dentro das instituições, por meio de regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, que reproduzem estruturas sociais injustas. Ou seja, essa modalidade de violência se expressa no modo como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos (MINAYO, LIMA, 2009). No âmbito do setor saúde, a violência institucional se estabelece nas relações usuários/serviços de saúde e usuários/profissionais de saúde, sendo configurada, principalmente, pela falta de acesso e pela má qualidade da prestação dos serviços (BISPO, SOUZA, 2007).

Para Santos et al. (2011), a violência institucional é abordada como um fato presente no cotidiano do trabalho hospitalar, e definida sob dois aspectos: por omissão e por comissão. A primeira engloba a negação total ou parcial de ações de saúde, bem como a debilidade institucional observada pela negligência e descaso em relação às necessidades dos usuários. A segunda refere-se à teoria e à prática dentro dos serviços, associando-se a procedimentos desnecessários e/ou indesejáveis.

A violência institucional no cotidiano das unidades de saúde é um problema grave, em geral silenciado, invisível e naturalizado. Este problema tem sido apontado como resultado da própria precariedade do sistema de saúde, bem como pela conduta pessoal de desrespeito dos profissionais às mulheres. Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013) advogam que no campo das relações entre profissionais e usuárias se verifica as situações de violência institucional mais difíceis de serem percebidas como tal pelos sujeitos envolvidos, ainda que impliquem de forma bastante clara a anulação da autonomia e a discriminação por diferença de classe, raça ou gênero. Essas formas estão frequentemente presentes em falas grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias e em desatenção quanto às suas necessidades de saúde como um todo.

As atitudes discriminatórias com declarações moralistas sobre a vida pessoal e o comportamento das mulheres, assim como o discurso autoritário reproduzem os preconceitos e as posturas sexistas que permeiam as relações sociais entre os sexos e perpetuam as desigualdades entre homens e mulheres, corroborando a matriz hegemônica de gênero. Isso reforça a experiência emocional de vulnerabilidade nas mulheres que sofreram violência, gerando um círculo vicioso entre violência interpessoal e violência institucional, e impede que as instituições cumpram a sua vocação de interromper a cadeia de produção do problema

(VILLELA et al., 2011). Desse modo, a atenção em saúde, que deveria cumprir sua função social de empoderar e gerar autonomia as mulheres, acaba oprimindo e reforçando as iniquidades de gênero (PEDROSA, SPINK, 2011).

Vale acrescentar que o atendimento aos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, embora se reconheça a importância desta etapa, não deve constituir-se o foco principal da atenção. Essa inversão de rotas, desumana e ineficiente, também reproduz a violência institucional, na medida em que distancia as mulheres de seus direitos fundamentais. A inabilidade para a abordagem de queixas sensíveis, afeta não apenas a atenção dispensada, mas reforça a visão do hospital como um espaço onde o poder opera por meio da dessubjetivação do outro (VILLELA et al., 2011). Essas falhas que se apresentam na despersonalização dos usuários e na substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos técnicos, transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários.

Para transformação dessa realidade, o acolhimento constitui-se em um elemento importante para conferir qualidade e humanização da atenção. Acolher configura-se no conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência, sendo essencial para a humanização dos serviços. Nessa perspectiva, deve-se garantir a mulher em situação de violência sexual um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais. Isso pressupõe recebê-la e escutá-la com respeito e empatia, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas (BRASIL, 2012).

Partindo dessa premissa, o acolhimento necessário para que uma mulher violentada possa elaborar essa experiência exige condições de acessibilidade, privacidade e uma escuta empática do profissional; não podendo se restringir ao cumprimento de rotinas e procedimentos.

A escuta qualificada configura-se em um instrumento indispensável para a promoção de uma atenção de caráter integral aos sujeitos. Este elemento otimiza a construção de vínculos, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (BRASIL, 2010). Além disso, a escuta competente amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a continuidade do cuidado.

Em se tratando das situações de violência sexual, a escuta pressupõe receber as mulheres, com respeito e solidariedade, buscando formas de compreender suas demandas e

expectativas. Geralmente, pessoas em situação de violência apresentam experiências de medo, ansiedade, vergonha, culpa e desesperança. Para minimizar o sofrimento vivenciado, os profissionais que acolhem essas usuárias devem demonstrar empatia, sensibilidade e atitudes livres de julgamento, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro; posturas não identificadas nos relatos apresentados.

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a aptidão para lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos cruciais do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a expor seus sentimentos e necessidades (BRASIL, 2015).

Vale acrescentar que o acolhimento dessas mulheres ainda depende da concepção dos profissionais sobre o significado do fenômeno e do impacto que esse ato também pode exercer sobre os próprios trabalhadores, que, por vez, precisam refletir e avaliar seus próprios sentimentos e preconceitos, com a finalidade de evitar tal interferência na comunicação com a mulher (BARROS et al., 2015; SOUSA et al., 2015).

Poucos entrevistados referiram um acolhimento que envolve a **equipe multiprofissional**, pautado no estabelecimento de vínculo, na escuta cuidadosa e respeitosa, que cria condições para que a usuária tenha confiança nos profissionais de saúde. Outros enfatizaram que o atendimento pela equipe multiprofissional não se concretiza na prática dos serviços e que, quase sempre, a responsabilidade do acolhimento dessa mulher é atribuída para profissionais específicos, com mais expressão para o assistente social; extirpando a participação de outras categorias desse processo.

Nós temos uma equipe multidisciplinar para fazer esse acolhimento, com psicólogo, serviço social, ginecologista, entre outros. (G3)

O que preconiza é que essa mulher seja assistida por uma equipe multiprofissional, porém não vem funcionando assim. Geralmente quem atua mesmo no acolhimento é o serviço social. Deveria ter uma equipe, porém infelizmente não existe. (AS10)

O serviço que eu conheço até agora aqui no hospital voltado para isso, é do serviço social, que elas estariam capacitadas para isso. Os médicos também são uma das especialidades importantes, até porque tem que prescrever medicação, mas eu praticamente desconheço esse serviço. (M11)

As situações de violência sexual requerem uma atuação ampliada que englobe diferentes perspectivas e saberes em virtude da complexidade com que o problema se apresenta e da multiplicidade de consequências impostas às mulheres. Desse modo, a intervenção exige ser abordada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, em que cada membro desempenhe sua função específica e, ao mesmo tempo, articulem ações visando atender as necessidades da mulher como um todo.

Foram notórios os discursos que associaram o atendimento prioritário das ocorrências de violências ao escopo da formação acadêmica e da prática profissional do assistente social, imputando a essa categoria a responsabilidade pelo acolhimento e encaminhamentos preconizados pela Norma Técnica. Os médicos e enfermeiros foram os profissionais com participação mais discreta na atenção às situações. Suas atuações, grande parte das vezes, estiveram associadas à avaliação geral do estado de saúde da mulher, tratamento/prevenção de agravos e DST, compondo quase que exclusivamente os procedimentos técnicos da atenção.

Esse posicionamento reflete, por um lado, um distanciamento dos demais profissionais da dimensão da saúde como um direito social, e, por outro, um reconhecimento das fragilidades no campo da formação profissional. Dessa maneira, a prática profissional se insere em uma linha descontínua em que a usuária é atendida por categorias profissionais desarticuladas. A fragmentação da organização do trabalho instaura um modelo verticalizado em que cada categoria e especialidade institui seu modo de atuar (VIEIRA et al., 2015, no prelo).

Também é importante pontuar que esse panorama pode ser reflexo da própria organização do processo de trabalho nas instituições de saúde, que reitera a cisão entre as dimensões sociais e biomédicas, inviabilizando a vinculação desses saberes na prática de todos os profissionais. A divisão do trabalho que se coloca no modo de produzir saúde se distancia da lógica da integralidade, contrapondo à diretriz de acolhimento e humanização que orienta a atenção em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Estudiosos do tema enfatizam que a integralidade das ações, nesse âmbito, só se efetiva quando profissionais e serviços tiverem consciência do caráter parcelar de seu objeto e de suas ações e estabelecerem nexos produtivos entre si, compondo um trabalho coletivo na produção assistencial (HANADA, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2010).

Na escolha desse trajeto de reflexão, defende-se que o processo de trabalho em saúde necessita superar a fragmentação, buscando uma atenção integral e singular, em que conceitos como protagonismo, corresponsabilização, respeito às diferenças, vínculo e diálogo sejam

incorporados. Por ser um fenômeno multicausal, a abordagem da violência sexual não comporta a análise de apenas uma disciplina ou área profissional, portanto, uma ação solitária.

A abordagem multiprofissional traz para o processo diferentes visões conceituais e percepções do problema, o que alavanca uma discussão enriquecida na construção de um projeto singular de atenção. Enfatiza-se que o envolvimento de profissionais com distintas formações auxilia na identificação de sequelas que vão para além das lesões físicas, oportunizando um olhar para questões de ordem subjetivas, que podem marcar de forma desastrosa as mulheres em situação de violência (BRASIL, 2010e).

Na abordagem com os profissionais pesquisados sobre o acolhimento às mulheres em situações de violência sexual, percebeu-se, a partir de conteúdos manifestos, a **dificuldade em identificar essas situações como propostas institucionais de atenção**, não contabilizando como uma função dos serviços. Os médicos, principalmente, reforçam que esta atuação integra uma demanda não conhecida nas suas práticas, afastando-se da rotina.

Eu acho que aqui no serviço a gente nunca havia instituído realmente essa situação, para ser conduzida aqui. Nós não fomos comunicados que iríamos atender pacientes de violência sexual. Como não houve essa comunicação, a equipe se manteve assim, com o desconhecimento de que existia esse serviço. (M11)

Eu nunca tive oportunidade de atender mulher com esse tipo de demanda. Foi uma surpresa saber que o hospital é tido como referência, porque em momento algum me foi dito isso. (P7)

Importante mencionar que alguns desses entrevistados estão vinculados a instituições que contam com serviços direcionados à saúde da mulher, os quais são indicados pela Secretaria de Políticas para as Mulheres como unidades de referência da rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Este fato nos remete ao hiato existente entre o que está preconizado e disseminado nas mídias e a real concretização dessas práticas nos serviços. O desconhecimento sobre essa função por profissionais com vários anos de atuação no local, alude que as articulações e decisões acordadas em nível da gestão central não chegam aos profissionais da “ponta”, responsáveis pela operacionalização das ações; evidenciando a existência de “nós” no processo.

Assim, não é pertinente se imputar a responsabilização dos profissionais de saúde por uma atenção improvisada e inapropriada, tendo em vista que estes atores também são

“vítimas” de um sistema de gestão atravancado, de uma formação esvaziada e da ausência de suporte profissional. Intervir sobre o a violência requer compreendê-la como uma demanda para sua ação.

Alguns participantes ainda revelaram que nunca identificaram ou atenderam casos de violência sexual contra a mulher na sua prática profissional. Outros expuseram que a dificuldade de se identificar as situações está atrelada ao fato de a demanda explícita ser considerada baixa, enquanto que os casos velados, sem sinais visíveis, manifestam-se como **demanda invisível que impõe empecilhos para seu reconhecimento.**

Principalmente no primeiro contato com os profissionais, as mulheres manifestam outras queixas. A situação de violência somente é manifestada a partir do estabelecimento de uma relação de confiança entre esses sujeitos ou pelo preparo e sensibilidade do profissional para percebê-la. Dessa forma, o problema, muitas vezes, não é revelado pelas mulheres ao procurarem os serviços de saúde, bem como os trabalhadores se acusam despreparados para o reconhecimento dos casos, como mostram os depoimentos:

Nós tivemos um caso que a mulher veio seis vezes e dizia que estava com problema de garganta e sentia dor. O médico não conseguiu visualizar, não estava sensibilizado para identificar que aquilo poderia ser um caso de violência sexual. Então a gente vê que o acesso dessas mulheres ainda é muito limitado, até pelo despreparo dos profissionais. (G6)

Em algumas situações essa violência passa despercebida, porque ela vem por outra causa. Se o profissional que estiver ali, no momento do acolhimento, não tiver um olhar bem apurado pode até passar despercebido. (AS10)

Essas noções explicitam que a violência sexual não se apresenta, rotineiramente, como queixa principal. A fala da gestora corrobora a dificuldade dos profissionais em abordar aspectos relativos aos determinantes sociais de saúde e a inaptidão para o reconhecimento e manejo dos casos. Principalmente no atendimento emergencial, os profissionais tendem a ignorar a história de vida da mulher, estando centrados na realização de procedimentos técnicos. A atenção em saúde se coloca de maneira mecânica, sem vínculo e sem uma escuta que proporcione confiança as mulheres para a revelação da violência sofrida.

O desvelar do problema ainda torna-se mais delicado quando refere-se a uma violência crônica de cunho doméstico ou intrafamiliar. Sobretudo na atenção secundária e terciária, os

casos explícitos de violência sexual são frequentemente perpetrados por estranhos, tendo em vista que requerem intervenção rápida quanto às profilaxias para as DST e gravidez indesejada.

Vasta literatura sobre o tema reafirma a invisibilidade da violência contra mulheres na assistência à saúde. Esta fragilidade que se materializa nos serviços em razão, primeiramente da ausência de uma discussão curricular sobre a questão e, posteriormente pelo parco investimento das instituições na qualificação e suporte profissional (PEDROSA, SPINK, 2011; ALMEIDA, SILVA, MACHADO, 2014; GOMES et al., 2014; MOREIRA et al., 2014).

Em apenas uma unidade de saúde identificou-se um **contexto diferenciado de acolhimento**. Essa unidade é amplamente reconhecida pelos atores do estudo como o local mais estruturado e preparado para responder às necessidades das mulheres em situação de violência sexual na rede hospitalar do município de Fortaleza. Nesta instituição, essas mulheres têm prioridade de atendimento e são prontamente encaminhadas para o setor do serviço social onde é realizada a sua primeira escuta. Depois desse contato inicial e de acordo com as demandas expostas, elas são encaminhadas para o atendimento nos outros setores e com as demais categorias profissionais.

Uma paciente dessa tem prioridade de atendimento. A ideia é que ela sempre seja acolhida. Aqui na unidade esse acolhimento é feito pelo serviço social. Se for uma mulher que não está sangrando, que não tenha marcas físicas, mesmo assim é urgente o acolhimento dela. Por isso nós tiramos esse acolhimento do serviço de pronto-atendimento por não considerar um espaço adequado. (M23)

A fala da profissional revela que a atenção dispensada extrapola o tratamento dos agravos físicos. Há o reconhecimento de que mesmo que a mulher não apresente marcas aparentes da violência, ela necessita dos cuidados de saúde. Esse pensamento e agir estão fundados nos pressupostos de uma clínica ampliada, que não privilegia em sua abordagem as lesões ou as disfunções orgânicas. Nota-se também a preocupação de retirar essas mulheres dos ambientes de emergência, a fim de preservar sua privacidade e proporcionar maior confiança, conforme orientação da Norma Técnica.

A humanização trata-se de uma premissa a ser assegurada em toda a rede de serviços que atendem as pessoas em situação de violência sexual. A Política Nacional de Humanização

assegura a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Conforme esta Política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004c). Ao se discutir aspectos para garantir o atendimento humanizado nos serviços de saúde, é preciso ressaltar o acolhimento como um importante elemento para a qualidade e humanização da atenção.

Schraiber e D'Oliveira (2006) reiteram a importância dos serviços se constituírem em locais de acolhimento, por meio de projetos de apoio sistematizados, ao invés de serem mais um obstáculo na tentativa empreendida pelas mulheres de transformação de sua situação. Assim, denota-se a relevância do preparo técnico e emocional dos profissionais que atuam nesse âmbito e o alinhamento das ações entre a equipe para uma escuta sensível, que permita a realização do acolhimento adequado, identificando as intervenções necessárias para minimizar as possíveis repercussões à saúde física, psicológica e social.

Em relação ao **local de atendimento às mulheres em situação de violência sexual**, mesmo distintas nas vocações, estruturas e modos de funcionamento, todas as unidades investigadas apresentaram similaridade no que diz respeito à ausência de um espaço específico para este fim.

Apesar disso, muitos gestores e profissionais mencionam a preocupação em realizar os atendimentos em salas ou consultórios dos assistentes sociais, médicos e/ou psicólogos, pois constituíam-se locais mais reservados para a abordagem da mulher. Alguns entrevistados reconheceram a necessidade de que esse atendimento ocorra fora do ambiente da emergência ou triagem, no sentido de garantir privacidade e sigilo durante a entrevista e realização dos exames. Por outro lado, especialmente nos serviços que recebem a demanda traumatológica, o atendimento acontece em locais inapropriados e sem privacidade como nas emergências, corredores ou enfermarias, expondo a mulher a constrangimentos.

Na sala do serviço social. É o local que nós sentimos que ela vai ser acolhida. Também tem a sala da obstetrícia para o médico examinar. Nós temos que tirar da emergência, dos olhares de pessoas, que muitas vezes conhece até o agressor. Então para evitar, preservar a integridade física, psicológica e moral dessa mulher, nós temos um cuidado de imediatamente tirar da emergência, trazer para sala do serviço social ou para sala da obstetrícia. (AS16)

Não tem local específico. Não existe. É uma situação que a mulher fica muito exposta, constrangedora. (E63)

O acolhimento às mulheres que foram agredidas sexualmente demanda um ambiente seguro, privado e de respeito à diversidade, uma vez que encontram-se fragilizadas e angustiadas e tendem se sentirem constrangidas em relatar o episódio. A Norma Técnica recomenda que as instituições definam um local específico para o atendimento dessa usuária, preferencialmente distante dos ambientes da emergência ou triagem, sem, no entanto, apresentar identificação nominal do setor ou sala destinada, o que poderia produzir estigma em relação a essas mulheres. Ainda dispõe que esta medida é fundamental no processo de acolhimento, proporcionando um ambiente que garanta a privacidade e o respeito (BRASIL, 2012).

Da mesma forma, o Decreto nº 7.958/2013 assegura que durante o atendimento é preciso observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, devendo os serviços dispor de um espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito (BRASIL, 2013a).

De fato, talvez a estrutura espacial limitada de alguns hospitais ou o número de mulheres que busque as unidades em decorrência de tal ato não justifique que seja destinada uma sala própria para o seu atendimento. Em contrapartida, se não há uma organização institucional incluindo um local adequado e uma equipe preparada para este fim, essa demanda permanecerá baixa, uma vez que a falta de privacidade no local do acolhimento também constitui-se motivo para as usuárias não relatarem a violência. Confirmando essa assertiva, pesquisa indica que os hospitais que têm ou tiveram um grande volume de atendimento às mulheres em situação de violência são exatamente aqueles onde a atenção específica foi implantada (PACHECO et al., 2004).

A falta de privacidade dificulta a abordagem de experiências sensíveis e faz com que o primeiro contato da usuária com o serviço seja marcado pela impessoalidade e inviabilize o seguimento da mulher, parecendo estar implícito que aquele não é um lugar de resolução de necessidades subjetivas (VILLELA et al., 2011). Cabe destacar que as dimensões de conforto, privacidade e resolutividade são referidas como pilares da prática do acolhimento que devem ser realizadas nas unidades do SUS e consideradas essenciais para que possa haver uma escuta qualificada da demanda de modo a garantir a integralidade do atendimento (BRASIL, 2010d).

Fluxos e protocolos

A Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes é o principal instrumento que orienta os serviços de saúde na oferta dessa atenção, normatizando ações e cuidados integrais em saúde, incluindo a interrupção legal da gravidez (BRASIL, 2012). Uma norma técnica representa um documento estabelecido por consenso e aprovado por um órgão reconhecido, que fornece diretrizes para atividades visando obter um grau ótimo de ordenação em um dado contexto. Nesse sentido, os protocolos facilitam a organização do processo de trabalho, constituídos de um conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam os atos públicos (KRAUSE, BASTOS, 2009).

No campo da saúde, os protocolos são considerados instrumentos normativos de intervenção técnica e social, que orientam os profissionais na realização de suas funções, e tem como base os conhecimentos científicos e práticos do cotidiano, adequando-se a realidade e favorecendo a continuidade administrativa e gerencial. A aplicação dos protocolos no SUS facilita o gerenciamento das ações e o respeito aos princípios de universalidade, equidade e integralidade (HEBLING et al., 2007).

A utilização de protocolos que norteiam a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual foi mencionada apenas por um pequeno grupo de entrevistados, quase todos vinculados a uma mesma instituição. Esses profissionais sinalizaram a **adoção de protocolos do Ministério da Saúde**, especialmente voltados às profilaxias das DST e à anticoncepção de emergência. Os protocolos que norteiam esses procedimentos são, muitas vezes, adaptações da Norma Técnica à realidade local.

Esses participantes descreveram o fluxo de atendimento a partir do momento em que a mulher chega a essa instituição de referência: quando identificada a violência sexual a usuária é direcionada para o setor do serviço social e a partir da avaliação dessa categoria outros encaminhamentos intrainstitucionais são efetivados. Também evidenciou-se a existência de protocolos distintos para atender as especificidades de cada mulher. Os atores ressaltaram a importância do atendimento emergencial, a obrigatoriedade do registro e notificação compulsória, e a conduta diante da gestação decorrente da violência sexual realizados por uma equipe multiprofissional.

Nós temos o protocolo de atenção à mulher vítima de violência do Ministério da Saúde, que foi adaptado aqui e divulgado para equipe. Aí

tem o protocolo de acolhimento, de notificação, de quimioprofilaxia, dos encaminhamentos. (G6)

Existem dois fluxos. Quando a vítima chega até 72 horas, preenche a ficha epidemiológica, encaminha para a realização das profilaxias e anticoncepção de emergência. Quando ela já vem grávida e faz o pedido do aborto legal, o serviço social e a psicologia trabalham essa escolha [da mulher], tiram as dúvidas dela. A gente cuida dela antes, durante e depois do aborto. (P18)

A construção de um protocolo municipal ou institucional reflete os esforços dos gestores locais na implementação das políticas, no planejamento e monitoramento das ações, favorecendo as atividades de gerenciamento, as articulações de saberes e práticas das diferentes categorias profissionais no sentido de efetivar as ações intersetoriais (VIEIRA et al., 2015, no prelo).

A adoção de protocolos permite que os profissionais tenham subsídios para realizar um atendimento mais preciso e eficiente diante dos casos de violência (HASSE, VIEIRA, 2014; GARCÍA-MORENO et al., 2015b). Estes também são essenciais para discernir o julgamento clínico da terapêutica medicamentosa e do fluxo interno hospitalar, ou de outros setores, após a mulher ter sido atendida (PEDROSA, SPINK, 2011).

Nessa ótica, os protocolos devem ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados aos trabalhadores da saúde. Esses instrumentos precisam indicar os serviços de referência, o fluxo de atendimento, os medicamentos necessários, as orientações e as informações que devem ser fornecidas, dentre outros aspectos. Nessa perspectiva, a adoção de protocolos imprime qualidade às ações de cuidado e de gestão, viabilizando uma atenção que responda apropriadamente às mulheres em situação de violência sexual (VIEIRA et al., 2015, no prelo).

Em contrapartida, apesar de ser um instrumento de grande valia para a organização dos serviços de saúde, os protocolos não respondem a todas as questões e nem sempre representam uma alternativa para o direcionamento de situações imprevistas (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009). Silva, Padoin e Vianna (2015) argumentam a necessidade de se ponderar seu uso, uma vez que a complexidade do objeto violência requer soluções plurais; algumas vezes projetos assistenciais técnicos baseados em protocolos fixos e únicos não promovem resultados eficientes. Em detrimento disso, ressalta-se que em virtude das

peculiaridades de cada caso, a atenção à saúde dessas mulheres não deve se restringir ao que preconiza os protocolos, ao contrário, deve transpor a burocratização e reafirmar uma atenção integral e resolutive.

Outros pontos identificados nas falas dos participantes dizem respeito à valorização do trabalho em equipe, sintonizados com a compreensão de que a produção do cuidado em saúde requer, cada vez mais, ações integradas entre os profissionais, ao se considerar que as demandas que chegam neste setor implicam em desdobramentos mais complexos. Ainda é importante reconhecer que a perspectiva de uma atenção integral está posta nos conteúdos manifestos dos participantes: *a gente cuida dela antes, durante e depois do aborto*. Depreende-se que esta atenção precisa “acolher a violência” em sua complexidade, pensar possibilidades de não violência, prevenir novas ocorrências e tratar as consequências.

A **inexistência e o desconhecimento dos documentos protocolares**, assim como a não divulgação dos protocolos instituídos foram apontados pela maioria dos gestores e profissionais de saúde, como dificuldades para esse tipo de atenção. Os depoimentos dos participantes transparecem a insegurança e inabilidade de sua prática frente aos casos de violência sexual, em decorrência da limitada ou ausente qualificação acerca da questão e da falta de instrumentos normativos que orientem as ações nesse âmbito:

Não ocorre, a gente até tem conhecimento do protocolo, mas não ocorre porque o hospital não tem esse serviço montado. (G2)

O que fazer se de repente chega aqui uma violência sexual? Eu encaminho e não sei mais o que vai acontecer (...). Não existe um protocolo que deixe as coisas de uma forma clara nesse hospital. Nós não temos uma abordagem bem definida. (M40)

Essas equipes são muita soltas. Não tem aquele padrão utilizado. Têm profissionais que são capacitados, outros que não são. A gente sente que a paciente é penalizada (...). Se a equipe toda tivesse sido capacitada, ficava bem mais fácil. E eu acho que teria que ter um protocolo. Está tudo muito solto ainda. (M11)

Esses aspectos que se reportam ao desconhecimento podem indicar ínfimo investimento da gestão de alguns hospitais na educação permanente de seus recursos humanos e o não desenvolvimento de instrumentos normativos que orientem a prática profissional diante dos casos de violência sexual. Supõe-se que a inexistência de protocolo ou sua

insuficiente aplicação seja pela recente trajetória de implementação dessa atenção no conjunto de unidades da rede pública de saúde no município de Fortaleza e pelo incipiente preparo dos profissionais na abordagem do fenômeno (VIEIRA et al., 2015, no prelo).

A não utilização de protocolos pode limitar a atuação profissional nesse tipo de atenção, uma vez que favorece o desconhecimento do fluxo de atendimento, acarretando entraves na realização dos procedimentos indicados, da notificação e dos encaminhamentos necessários para cada situação.

Estudos em nível mundial enfatizam que mudanças organizacionais, incluindo o emprego de protocolos, são essenciais para a coordenação e orientação das equipes de saúde, favorecendo a implementação das intervenções previstas. Da mesma forma, a falta de protocolos é recorrentemente apontada como obstáculo para a atenção às mulheres em situação de violência, uma vez que a não padronização das ações imprime insegurança no seu desempenho, além dessas práticas serem, muitas vezes, orientadas por fundamentos pessoais e juízos de valor (ALLEN et al., 2007; CALVO, CAMACHO, 2014; GARCÍA-MORENO, C. et al., 2015a; GARCÍA-MORENO, C. et al., 2015b; SILVA, PADOIN, VIANNA, 2015).

A ausência de protocolos específicos colabora com a percepção dos trabalhadores da saúde de não considerarem esse tipo de atuação como parte do exercício de suas funções. Configurando-se qualquer a ação nesse âmbito como iniciativa pessoal, descaracterizada de uma intervenção institucional. Tal perspectiva se reforça no desconhecimento por parte da equipe dos procedimentos a serem realizados, das orientações e encaminhamentos indicados, bem como do fluxo da rede de apoio no município.

Importante frisar que no Brasil, a inclusão das violências nas agendas do setor saúde deu-se na década de 90 e desde então, os governos tem investido na produção de material educativo, cursos de formação à distância, manuais, normas técnicas, dentre outros dispositivos, no sentido de minimizar as lacunas de conhecimentos decorrentes de uma formação que ainda não incluía nas matrizes curriculares conteúdos que discorram e problematizem situações limite da realidade sociosanitária dos municípios brasileiros (VIEIRA et al., 2015, no prelo).

Em contraponto, protocolos e normatizações que orientam as ações de saúde provavelmente não estão completamente disseminados pelos serviços existentes. Investigação empreendida com uma amostra representativa de municípios brasileiros identificou 1.395 serviços de saúde que referiram atender a mulheres e crianças que sofrem violência sexual,

porém apenas 8% tinham um protocolo de atendimento em conformidade com a Norma Técnica do Ministério da Saúde (ANDALAFT NETO et al., 2012).

Pesquisadores destacam que em algumas capitais brasileiras houve uma relativa estagnação, não existindo evolução das linhas de atenção às mulheres em situação de violência sexual. Eles verificaram a cobertura insuficiente de serviços, a dependência à vontade do gestor hospitalar para que o atendimento das situações de violência sexual seja oferecido, a não priorização das estratégias neste seguimento pelos secretários municipais e estaduais de saúde e a parca divulgação da Norma Técnica (CEMICAMP, 2006; LIMA, DESLANDES, 2014).

Esse descompasso que perdura nas práticas assistenciais no município investigado poderia ser minimizado por uma gestão articulada com as políticas e ancorada pela legislação, alicerçada nos protocolos, complementada com monitoramento e avaliação sistemáticos das ações instituídas, para preservar a saúde das mulheres em situação de violência sexual. Vale pontuar, que o “instituído” no contexto de uma gestão compartilhada deve ser flexível e receptivo às possíveis mudanças organizacionais em virtude da dinâmica do fenômeno.

Uma unidade de saúde chegou a desenvolver e publicar um instrumento institucional próprio denominado “Protocolo do Atendimento às Mulheres e Adolescentes Vítimas e em Situação de Violência Doméstica e Sexual do Hospital da Mulher de Fortaleza” (FORTALEZA, 2012), no entanto, as ações previstas nesse documento não se encontravam totalmente implementadas. Outro fato observado foi que este hospital disponibilizava os medicamentos para as profilaxias e anticoncepção de emergência e demais procedimentos, porém não havia incorporado o atendimento às mulheres em situação de violência sexual como demandante de medidas emergenciais, apesar de ter sido gestado com uma filosofia de atenção integral à saúde da mulher e seus direitos reprodutivos.

Aqui tem o protocolo de violência sexual do hospital. Tem a anticoncepção de emergência, os exames de sangue, cirurgia. Mas, a gente não atende emergência, esse é o nosso dilema. Temos o material, mas como não atendemos emergência, o que é que na prática a gente faz? O atendimento a nível crônico, não as medidas emergenciais da violência sexual propriamente. (M50)

Este quadro de **fragmentação e inadequação da organização da rede de serviços** de saúde não contribui para o aprimoramento da atenção, podendo anular a intenção da aplicação

de um protocolo efetivo. Chama à atenção o paradoxo referente à estruturação dessa instituição, idealizada sob as diretrizes da atenção integral à saúde da mulher, dispor de insumos e equipamentos e não ofertar o atendimento emergencial a essas usuárias. Esse fato pode estar relacionado com a inauguração relativamente recente, no final da gestão governamental anterior, agravado pela descontinuidade de ações entre as gestões.

Conforme publicação de dados parciais da presente pesquisa (VIEIRA et al., 2015, no prelo), na descrição dos entrevistados acerca da utilização de protocolos e fluxos ainda perceberam-se respostas evasivas, desconexas e sem um julgamento crítico do contexto do atendimento. Mostraram-se recorrentes respostas monossilábicas que aparentavam total desconhecimento, que o profissional não pertencia ao cenário de cuidado e que aquele tema não lhe dizia respeito. Em outros momentos, as verbalizações se assemelharam a novas indagações, pressupondo uma produção acrítica do cuidado: *tem, não tem, não sei, desconheço, é para ter, se tem não conheço, deveria ter.*

Alguns participantes que referiram à existência de protocolos reportaram-se sobre o seu modo informal, pontual e imbuído de atitudes pessoais do profissional. Outra menção muito mencionada entre os entrevistados **restringiu o protocolo da atenção às violências sexuais ao ato notificadorio**, que se reproduz no preenchimento de dados para compor uma ficha e alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Não sei, mas eu anoto no meu instrumento particular. (P28)

Tem uma ficha de notificação que a gente levanta todos os dados. Preenche essa notificação e encaminha para o setor da epidemiologia. (AS9)

Não se desconsidera a relevância desta etapa, que qualifica os registros e proporciona à visibilidade e magnitude do fenômeno, entretanto, o seguimento de um protocolo não se limita a este procedimento. Pelo contrário, tem uma interlocução direta com uma atenção centrada no sujeito, apreendendo especificidades e singularidades do atendimento.

O protocolo de Manchester também foi mencionado por alguns profissionais vinculados aos serviços de referência na área de traumato-ortopedia. Este protocolo é aplicado para situações gerais, com ênfase na classificação de risco, e categoriza os usuários de acordo com a gravidade da situação e o tempo de espera. No entanto, a avaliação de risco preconizada pela Norma Técnica diz respeito à análise das múltiplas condições que tornam a mulher mais exposta às ocorrências da violência sexual (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, o

protocolo de Manchester não se aplica a atenção a essas mulheres que buscam os serviços de saúde.

O emprego responsável e regular de protocolos deve ser consequência de um processo de planejamento, gerando a necessidade de que os gestores estejam atentos e deflagrem um acompanhamento constante, avaliando a efetividade desses instrumentos e as relações produzidas por este processo. Na sua utilização, considera-se o pacto entre os atores do processo assistencial, sendo oportuno que haja um acordo de funcionamento entre todas as esferas participantes (FRANCO, FRANCO, 2014).

Nessa perspectiva, a institucionalização de protocolos, como instrumento dinâmico de planejamento, requer o engajamento de diferentes instâncias, como a gestão municipal, as gestões dos serviços e os membros da equipe multiprofissional. Além de exigir processos de reflexão e ação coletiva, nos quais a cooperação e o diálogo entre os atores são condições para que a atenção às mulheres em situação de violência sexual se estabeleça dentro de uma rotina institucional.

Registros e notificação da violência sexual

No desenvolvimento da atenção às mulheres em situação de violência sexual os profissionais de saúde se utilizavam de instrumentos para o registro das informações e procedimentos realizados. Muitos participantes indicaram o prontuário, o boletim de emergência e as fichas padronizadas de atendimento como ferramentas para o registro de dados coletados por meio de entrevistas. Contudo, observou-se uma padronização das informações coletadas de todos os usuários que acessavam a maior parte das instituições, não havendo diferenciação para os casos de violência sexual.

Em virtude disso, evidenciou-se a **incompletude das informações armazenadas** nestes instrumentos, contendo dados mínimos e superficiais da ocorrência. Houve a valorização de registros dos aspectos relacionados às lesões físicas e os procedimentos técnicos, em detrimento do contexto em que se desenvolveu a violência sexual, suas implicações nas diversas dimensões da vida da mulher, orientações fornecidas e encaminhamentos realizados para outros serviços da rede.

Todo atendimento é registrado no mesmo impresso que qualquer outro atendimento, não tem diferença não. (AS3)

O registro é nas fichas comuns, não existe formulário específico. Registra a agressão e muitas vezes sem levar em consideração que a agressão foi por parte de um parceiro ou de alguém. Só registra a questão mesmo física. (E36)

Aspecto que merece atenção é a descontextualização da violência sexual nos registros institucionais. Os registros refletem a abordagem dispensada aos casos, com foco nas lesões ou nos sintomas físicos que o ato pode manifestar. Este fato transparece a dificuldade e o despreparo da equipe em lidar com o problema para além da dimensão técnica e biológica. As questões socioculturais e econômicas relativas à vida da mulher não são registradas e possivelmente, não são consideradas como parte da atenção; inviabilizando o conhecimento do enredo que deveria fundamentar a avaliação da vulnerabilidade dessa usuária.

Em detrimento disso, o problema não é investigado como problema social, inserido no contexto de vida da mulher, o que implica na sua invisibilidade nos registros dos serviços de saúde. A violência sexual contra a mulher, desconectada da teia de relações da qual ela é parte e expressão, não enseja a abordagem da questão em sua complexidade e impede o enfrentamento a partir de uma luta mais ampla, na perspectiva da cidadania (BONFIM, LOPES, PERETTO, 2010).

A Norma Técnica orienta a coleta e o registro no prontuário de informações referentes à história da violência (local, dia e hora do ato; tipo(s) de violência sexual sofrido(s); forma(s) de constrangimento utilizada(s); tipificação e número de autores; órgão que realizou o encaminhamento); providências instituídas (atendimento de emergência e medidas realizadas; realização do Boletim de Ocorrência Policial e do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal; comunicação ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude, no caso de crianças e adolescentes; outras medidas cabíveis); e acesso à rede de atenção (acesso e necessidade da mulher às outras possibilidades de apoio social, incluindo a questão dos abrigos de proteção) (BRASIL, 2012).

A partir dessa orientação nota-se que o espaço da atenção em saúde deve ser aproveitado como oportunidade de identificação e caracterização das situações de violência, configurando-se o registro da história em uma etapa do atendimento. Assim como, esse momento torna-se oportuno para o estabelecimento de vínculo com a usuária, favorecendo a elaboração de estratégias de enfrentamento conjuntas com sustentação na rede de atendimento.

Outra situação verificada no presente estudo foi que principalmente os assistentes sociais e psicólogos sinalizaram realizar registros em dispositivos (livros de ocorrência e fichas) reservados a categoria profissional. Eles mencionaram que, por considerarem as informações sigilosas, somente discorriam as informações consideradas *básicas* nos instrumentos de uso coletivo, ficando as questões mais *delicadas* e a descrição detalhada da situação de violência registrada nos instrumentos de acesso restrito dessas categorias.

Entende-se a preocupação desses profissionais com o sigilo da violência vivenciada pela mulher. Por outro lado, pensando em uma atenção na perspectiva integral, com o envolvimento e atuação de diferentes atores e saberes, torna-se oportuno que as informações sejam compartilhadas com a equipe, visando uma abordagem ampliada por parte de todos os membros. Atrelado a isso também tem o fato de a mulher ter que repetir várias vezes a história vivenciada, ocasionando maior sofrimento e desgaste psíquico para ela.

Pensando nesta linha, argumenta-se que parece oportuno que as informações sejam registradas em um instrumento único e padronizado, em que todos os membros da equipe multiprofissional tenham acesso e espaço para suas observações. Esse compartilhamento dos dados possibilita uma atenção ampliada e minimiza a exposição da situação de violência pela usuária. Nesta ótica, uma assistente social ressaltou a importância desses instrumentos comuns e sua incorporação por várias categorias profissionais, para garantir a continuidade da atenção e evitar repetições desnecessárias:

A gente registra as coisas pertinentes ao grupo, para dar continuidade. A gente trabalha em regime de plantão. Nós não temos condições de acompanhar ela durante todo o período de internação, por que muitas vezes, o plantão ocorre em períodos bem distantes. Então, a gente precisa anotar as informações pertinentes em relação à violência nos nossos livros, nos seus diários, nos instrumentais para que cada profissional possa ter conhecimento da situação e de alguma pendência que existe. (AS52)

Nesse caminho, a Norma Técnica propõe o emprego institucional de uma ficha de registro de atendimento multiprofissional às situações de violência sexual para os serviços de saúde (Anexo I) com intuito de compilar os dados obtidos durante a entrevista, no exame físico e ginecológico, resultados de exames complementares e relatórios de procedimentos em um instrumento único, compartilhado com todos os profissionais da equipe (BRASIL, 2012).

Os entrevistados indicaram às equipes multiprofissionais, os setores de epidemiologia, as direções das unidades e a SMS como pessoas e órgãos que, geralmente, se utilizavam dos registros realizados. Alguns acrescentaram que as informações referentes às situações de violência sexual contra as mulheres ainda eram usadas como fonte de pesquisas e para finalidades legais, embasando processos judiciais junto aos órgãos de garantia de direitos. Vale ressaltar que nenhum serviço realizava a coleta de vestígios da violência no momento do atendimento e não utilizavam de recursos fotográficos para o registro visual das lesões.

As informações devem ser cuidadosamente registradas em prontuários ou fichas tendo em vista que são relevantes tanto para a qualidade da atenção em saúde quanto para eventuais solicitações da Justiça. A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual para a comprovação material do crime alegado, bem como para a identificação e responsabilização do autor. Assim, é importante que os profissionais de saúde atentem para esses elementos, principalmente nas situações em que a mulher não procurou de imediato o sistema de segurança pública, mas posteriormente venha representar contra o agressor (BRASIL, 2015).

O Decreto nº 7.958/2013 orienta a implementação do registro de informações e coleta de vestígios no âmbito dos serviços do SUS, prevendo a possibilidade de os profissionais de saúde agregar ao atendimento um segundo olhar que possibilite identificar e registrar elementos necessários à persecução penal do agressor da violência sexual (BRASIL, 2013a). De acordo com a Norma Técnica Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, a realização do registro de informações e da coleta de vestígios no momento do atendimento em saúde contribui para a humanização da atenção e, em especial, para o combate à impunidade, considerando a oportunidade de sua realização nas primeiras horas após a violência. Este procedimento oportuniza que os dados e vestígios da violência estejam devidamente registrados, armazenados e disponíveis para os sistemas de segurança pública e de justiça quando a pessoa em situação de violência decidir registrar a ocorrência na polícia (BRASIL, 2015).

Apesar dessas orientações, é oportuno destacar que na época do desenvolvimento da coleta de dados da presente pesquisa essas resoluções e normatizações tinham sido instituídas recentemente ou até mesmo ainda não existiam. Contudo, já havia a indicação de coleta de material para identificação do provável autor da violência na Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Em se tratando da **notificação dos casos de violência sexual contra as mulheres**, apesar de este procedimento ser de caráter compulsório e obrigação legal dos profissionais que atuam no âmbito da saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014), grande parte dos participantes desconheciam o processo de notificação (finalidade, instrumento, fluxo, profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha) e a responsabilidade do ato de notificar pelo setor saúde.

Todos os hospitais com perfil de atendimento de traumatologia não desenvolviam como rotina institucional a notificação dos casos. Os gestores e profissionais desses serviços incumbiram a outras instituições da rede intra e intersectorial a responsabilidade por esse procedimento. Alguns mencionaram que o ato de notificar ficava a cargo dos serviços direcionados especificamente a atenção à saúde da mulher e das Unidades de Atenção Primária à Saúde. Outros relataram que a notificação era atribuição dos órgãos da segurança pública, confundindo este procedimento com a denúncia e/ou com a realização do boletim de ocorrência policial. Também chama a atenção nesses cenários que quando há o reconhecimento da efetivação deste ato pelos trabalhadores da saúde, os profissionais proferem a responsabilidade da notificação as outras categorias, se eximindo da obrigatoriedade do ato e revelando divergência entre as informações.

Aqui é unidade de urgência e emergência, nós nos preocupamos com a vida do paciente, uma vez resolvida essa parte, essas outras questões [notificação] não são realizadas aqui. (M43)

O que a gente faz é oferecer para paciente que faça o boletim de ocorrência na delegacia. (G3)

No contexto dos serviços de emergências traumatológicas, a notificação das situações de violência sexual não é considerada prioridade, representando uma *burocracia* que não se insere na rotina desses cenários. Percebe-se que não existe uma cultura institucional que impulse os profissionais para realização de tal procedimento, e em razão disso, muitos entrevistados demonstraram um distanciamento significativo desta etapa obrigatória do atendimento.

A notificação constitui-se em uma estratégia fundamental no enfrentamento da violência contra a mulher, tendo em vista que o cumprimento dessa medida é medular para o dimensionamento do fenômeno e de suas consequências, contribuindo para a elaboração de ações de intervenção e articulação de políticas públicas. As informações que compõem a ficha

de notificação têm como função subsidiar o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes da rede de atenção (VELOSO et al., 2013).

Nesse caminho, compõe o atendimento integral à saúde das mulheres que vivenciaram violência sexual, o registro da notificação compulsória de suspeita ou evidência desse ato pelos profissionais de saúde de todos os serviços que integram a rede de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Em contraponto, diversos estudos ratificam dificuldades para a efetivação do ato de notificar pelos profissionais de saúde: fatores culturais; medo de retaliações do autor da violência ou de envolvimento legal; ausência de proteção; descrença nos mecanismos sociais de proteção à mulher; fragilidades na formação; desconhecimento da importância e dos usos da notificação; insuficiência de processos de avaliação, supervisão e apoio institucional aos profissionais (VELOSO et al., 2013; LIMA, DESLANDES, 2015; SOUSA et al., 2015).

Outro aspecto verificado é a compreensão equivocada quanto às expressões “notificar” e “denunciar”. Em alguns depoimentos concebeu-se certa confusão entre a notificação do SINAN e a denúncia da violência aos órgãos da justiça. Notificar não significa denúncia policial, mas uma comunicação oficial que repercute em articulações e parcerias, viabilizando o conhecimento do desempenho dos serviços com a inclusão da mulher e de sua família na rede de atenção.

Dessa forma, é preciso instrumentar os recursos humanos em saúde quanto à distinção conceitual entre esses termos, e que a gestão favoreça a estrutura para que esse dispositivo legal seja operacionalizado. Esta compreensão também foi percebida por outros autores, ao afirmarem que para a oferta de uma atenção de qualidade às mulheres em situação de violência, com a incorporação do ato de notificar na rotina dos serviços, faz-se necessário uma política de responsabilidade institucional que lance mão de estratégias de qualificação profissional que contemple a relevância da notificação, seu processo de preenchimento e fluxo (GOMES et al., 2014; LIMA, DESLANDES, 2015).

Por outro lado, em quase todas as unidades que contam com serviço de maternidade, os entrevistados sinalizaram o preenchimento do instrumento oficial de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do Ministério da Saúde, a

ficha do SINAN, e realizavam este ato obedecendo um fluxo interno peculiar a cada instituição.

Observou-se que não existia uma padronização do fluxo municipal adotado na utilização da ficha. Não houve consenso entre os participantes quanto ao encaminhamento dado ao instrumento preenchido. Um grupo relatou o envio ao setor de epidemiologia das unidades, órgão incumbido de comunicar a SMS e alimentar os sistemas nacionais de vigilância e de informações em saúde. Outros disseram que em algumas situações a ficha era enviada para as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM); e ainda, muitos não sabiam o destino dado à ficha de notificação.

A gente notifica as várias modalidades de violência que são admitidas no hospital. E a questão da alimentação dos dados no sistema a gente tem a Unidade de Vigilância Epidemiológica do hospital que é responsável por isso e encaminha para o SINAN. (AS67)

Esses profissionais também informaram que todos os membros da equipe multidisciplinar podem se envolver no processo de notificação, com um relativo destaque para o assistente social. Na unidade considerada como referência para essa demanda, esse procedimento foi atribuído ao assistente social como forma de organizar e padronizar o fluxo de atendimento, assim como para não expor a mulher a um sofrimento psicológico pela repetição das informações as várias categorias profissionais:

Todas as categorias podem notificar. A primeira que recebe notifica para essa mulher não ficar repetindo a história (...). Para essa mulher não peregrinar no hospital a gente colocou a responsabilidade da notificação para o serviço social, que é aberto 24 horas e é porta de entrada. Então, tornou-se o local mais indicado. (P18)

Nas unidades que contam com serviços de maternidade, os trabalhadores da saúde se mostraram mais familiarizados com o processo de notificação da violência e seu instrumento, englobando este procedimento como parte da atenção aos casos. Porém, quando se remete ao fluxo adotado, muitos entrevistados ainda desconhecem os encaminhamentos que deveriam ser dados à ficha de notificação e acrescentaram que o retorno das informações consolidadas pela gestão central é substancialmente ínfimo.

A ficha de notificação foi instituída no campo da vigilância em saúde para a padronização dos registros, capilarizando para todos os serviços públicos de saúde do país a

possibilidade de notificação. Os dados desse instrumento são depositados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual é alimentado pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Essa padronização contribui para qualificar e sistematizar os registros, favorece uma maior acessibilidade aos dados unificados, bem como permite a caracterização das violências ocorridas, os encaminhamentos realizados, entre outras informações, de acordo com as especificidades regionais (LIMA, DESLANDES, 2015).

Vale destacar que os municípios têm autonomia para adequar o fluxo da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, sexual e outras violências em conformidade com pactuações locais e com suas necessidades. Mas, evidencia-se, a partir dos conteúdos manifestos de gestores e profissionais, que a SMS de Fortaleza ainda não havia definido um fluxo comum a todas as unidades de saúde; ficando a critério da gestão interna do serviço determinar seu próprio fluxo.

Ainda torna-se importante frisar que a notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão; bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Outro aspecto preocupante do processo está atrelado ao distanciamento e a fragmentação das ações entre os atores responsáveis pela assistência e as gerências de vigilância, que sistematizam os dados. Constata-se que os profissionais não participam da análise coletiva das informações e as gerências, por sua vez, nem sempre compartilham os resultados gerados a partir das notificações, o que implica na produção de informação que não retroalimenta ações efetivas de cuidado.

Njaine e Souza (2006), ao elencarem as resistências dos profissionais de saúde à função de preencher os instrumentos que alimentam os sistemas de informação do SUS, enfatizam que o não retorno das informações geradas em termos de ações e medidas concretamente desencadeadas nos serviços representa um entrave para esse processo. Portanto, a eficiência da notificação depende da contínua sensibilização dos gestores/profissionais para que reconheçam a importância dessa informação como instrumento de gestão (LIMA, DESLANDES, 2015).

Vale ressaltar que esse processo de vigilância em saúde tem impacto fundamental nas estratégias de promoção da saúde, uma vez que a concepção ampliada de vigilância aspira intervir não apenas naquilo que se deve evitar, mas busca estabelecer patamares que devem ser alcançados, em termos de aquisições positivas do ponto de vista físico, mental, emocional, cultural, ambiental, para caracterizar uma boa qualidade de vida (AYRES, 2002). Nessa perspectiva, o planejamento e o desenvolvimento de ações com base nesses índices permitem aos serviços acompanharem os casos de violência, bem como reivindicar mudanças políticas, envolvendo cumprimento de direitos, responsabilização, integração da rede de serviços, prevenção e promoção da saúde (FERREIRA, SOUZA, 2008).

Consideram-se alguns avanços no que concerne ao processo de notificação compulsória de casos de violência sexual contra as mulheres em Fortaleza. No entanto, os resultados apresentados indicam que o preenchimento da ficha e seus encaminhamentos ainda não estão completamente incorporados às rotinas dos serviços que compõem a rede hospitalar do município. Para o seu cumprimento é substancial que as instituições assumam a responsabilidade quanto à dinâmica dos fluxos de notificação, bem como a proteção e apoio aos profissionais de saúde quanto às responsabilidades éticas e legais nesse processo.

Avaliação de riscos

A avaliação de riscos das mulheres em situação de violência sexual compreende a identificação de contextos de vulnerabilidade que podem implicar a repetição ou agravamento da violência, a fim de se traçar estratégias de preventivas de atuação (BRASIL, 2012).

No presente estudo, esta avaliação de risco não era realizada durante o atendimento de quase todas as instituições de saúde. A maioria dos gestores e profissionais mostrou uma compreensão equivocada desse elemento da atenção. Muitos participantes referiram realizar a classificação de risco como equivalente a avaliação de risco. Nesse sistema, as mulheres eram classificadas de acordo com sinais e sintomas apresentados, geralmente por pulseiras com cores que indicam escala de prioridade de atendimento, não havendo distinção e priorização pela situação de violência sexual e investigação dos aspectos que condicionam vulnerabilidade.

Outros profissionais afirmaram fazer a avaliação de risco durante o atendimento com base com nas repercussões físicas e psicológicas provocadas pela violência sexual,

principalmente relativas ao risco de contrair uma DST, risco de uma gestação indesejada e aos danos a saúde mental da usuária.

A avaliação de risco com foco na vulnerabilidade da mulher de vivenciar novamente a violência foi pouco mencionada pelos entrevistados. Os conteúdos manifestos por essa pequena expressão de profissionais evidenciou a análise do contexto em que a violência ocorreu, das relações entre as mulheres e os agressores, das interações familiares, dos mecanismos de enfrentamento e da rede de apoio a fim de prevenir uma reincidência do ato.

Essa avaliação se faz para ver se tem alguma outra coisa que ela tá se expondo ou o risco de repetir essa violência, no caso das violências que são cometidas dentro de casa. Quando é no núcleo familiar, a gente tem que encaminhar dando outras possibilidades a essa mulher de não voltar para essa casa. Se foi no trabalho? Se ela tem contato com o agressor ou não? A gente vai investigar como foi. Depende do evento, onde foi e quem está envolvido e se essa mulher vai continuar sendo comprometida por isso. Com base nisso, a gente vai ter que pensar toda a rede de apoio social para apoiar essa mulher para sair desse ciclo de violência. (P19)

A avaliação dos riscos deverá ser feita junto com a usuária, devendo a equipe de saúde observar a história da pessoa agredida, o histórico de violência na família e a descrição dos atos de violência. A partir do conhecimento do contexto em que se desenvolve o problema, os profissionais devem acionar pessoas, organizações e serviços que possam contribuir com a atenção e com a atenuação da vulnerabilidade da mulher (BRASIL, 2012).

A pouca expressão de participantes que percebem e executam adequadamente a avaliação de risco é compatível com o que já foi descrito quanto aos registros, em que se sobressai à abordagem da dimensão biológica e dos traumas físicos. A efetivação da avaliação de risco requer um olhar ampliado sobre o problema. E para que este processo mais global de atenção em saúde ocorra é necessário incorporar as questões estruturais e relacionais envolvidas, para além de uma visão clínica focalizada nos agravos em saúde.

Mesmo considerando que a realização da avaliação de risco não é uma tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado (GOMES et al., 2006), a sua não realização tende a prejudicar a qualidade da atenção. A falta de informações e orientações que subsidiem a redução dos riscos vivenciados pelas mulheres em situação de violência sexual, trava o

rompimento do ciclo da violência, contribuindo para o agravamento da condição de vulnerabilidade das usuárias.

É essencial que a mulher perceba que os profissionais de saúde se interessam pelo seu problema e que desejam apoiá-la no enfrentamento da questão. No caso da violência ser perpetrada por parceiro íntimo, é preciso avaliar a necessidade de acompanhamento e proteção, no sentido de garantir socorro e abrigo a ela e aos filhos, principalmente a partir do momento em que ela decida denunciar o companheiro ou romper a relação (BRASIL, 2012). Para Silva, Padoin e Vianna (2013) é possível acolher a usuária em situação de violência por meio da proposição de ações que respeitem, contudo, à vontade e decisão da própria mulher.

Ações de prevenção à violência e promoção da cultura de paz também se estabelecem atribuições a serem realizadas pela equipe de saúde. Estas ações devem objetivar a redução da incidência da violência, bem como refletir sobre a cultura predominante, estimulando o empoderamento das pessoas, famílias e comunidade. Nesse sentido, a avaliação de risco se assenta como uma estratégia fundamental para a redução ou eliminação da possibilidade de repetição da violência ou, até mesmo do risco de morte da mulher. Para isso, capacitações que abordem as vulnerabilidades envolvidas em um contexto ampliado e as discussões da equipe multiprofissional em torno dos casos atendidos podem colaborar para a identificação dos riscos considerando a realidade local e a elaboração de mecanismos de intervenção.

Procedimentos técnicos diante dos casos de violência sexual

Os procedimentos técnicos de atenção em saúde às mulheres após a violência sexual inclui um conjunto de intervenções para prevenir uma gravidez indesejada e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Estas ações são sensíveis ao tempo, havendo a recomendação que o atendimento seja realizado até 72 horas da agressão devido à maior eficácia das medidas profiláticas. Desse modo, as instituições que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia devem estar estruturadas para atender a esses casos (BRASIL, 2012).

A **anticoncepção de emergência** é o recurso utilizado para evitar a gravidez forçada e indesejada com uso de compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Esta intervenção se faz necessária para todas as mulheres em idade reprodutiva expostas à gravidez após uma violência sexual. Esse método pode ser empregado até cinco dias do contato sexual, embora a eficácia do tratamento diminua quanto maior o tempo decorrido entre o ato e a administração do medicamento (BRASIL, 2012).

Em Fortaleza, a oferta da anticoncepção de emergência fazia parte da rotina de atendimento de apenas uma unidade municipal considerada referência na atenção às mulheres em situação de violência sexual. Nas outras instituições que também desenvolvem ações na área de ginecologia e obstetrícia, essa prática ocorria de forma pontual e assistemática, a depender da disponibilidade do medicamento no local e/ou do preparo do profissional que conduzia o caso. Nos hospitais de caráter traumatológico, o medicamento para este fim não estava disponível e os profissionais desconheciam os procedimentos a serem seguidos.

Desse modo, observou-se que a maioria dos serviços não realizava a anticoncepção de emergência. Alguns participantes indicaram realizar encaminhamentos para outras unidades da rede que disponibilizavam o medicamento. O despreparo da equipe de saúde para a indicação e utilização da anticoncepção de emergência representou um aspecto marcante nas falas de muitos profissionais. Eles enfatizaram que não receberam treinamento/qualificação para tal questão, mesmo a unidade de saúde dispondo do método:

É um problema. Desde que o serviço foi implantado, talvez por falta de informação, de conhecimento de como proceder, nós encontramos algumas dificuldades quanto a isso. A farmácia já tem o kit, mas ainda temos dificuldades. (AS10)

Esse descompasso reflete as fragilidades inerentes à gerência das ações no âmbito da atenção em saúde às violências sexuais. Para a implementação concreta das intervenções é preciso à coordenação de ações referentes à estrutura; fornecimento de equipamentos e materiais necessários à prática; a qualificação dos recursos humanos que irão operacionalizar a intervenção; e o monitoramento das ações. A falta de um ou mais desses elos do processo inviabiliza uma implementação de sucesso, como ocorreu em quase todas as instituições investigadas.

Mesmo considerando que o uso da anticoncepção de emergência não se aplica a todas as situações de violência sexual, uma vez que o autor da violência pode ter utilizado preservativo, assim como a mulher pode estar fazendo uso de algum método contraceptivo, a prevenção da gravidez não desejada, deve se constituir elemento prioritário nas ações dos serviços de saúde. A não oferta ou sua demora pode submeter à mulher a um problema social ainda mais complexo como a gravidez decorrente do ato e o aborto, que traumatiza e compromete a qualidade de vida dessa mulher.

O problema da gravidez, produto de uma violência sexual, se agrava na medida em que as mulheres têm dificuldade de acesso à anticoncepção de emergência. A oferta rotineira desse medicamento em apenas uma unidade de saúde em Fortaleza implica na peregrinação das usuárias pelos serviços, o que pode leva-las a desistir da realização desse procedimento ou a uma administração tardia, aumentando as taxas de falha.

Sobre a realização das **profilaxias das DST** (incluindo HIV, Hepatite B e outras DST não virais) e os respectivos aconselhamentos, esses procedimentos também não estão totalmente institucionalizados em quase todos os hospitais de Fortaleza, sendo realizado de forma concreta apenas na unidade de saúde considerada de referência. Neste serviço, os profissionais seguem a orientação de protocolos e as situações de violência sexual são avaliadas, geralmente pelo profissional médico, quanto à exposição as DST, para serem definidas as condutas e a recomendação das profilaxias.

A identificação da vulnerabilidade para a infecção pelo HIV ou outras DST é feita pelo médico. Nesse caso, tem todo um protocolo e os medicamentos estão disponíveis aqui também, é tudo feito aqui. (G6)

Em se tratando do aconselhamento relativo às profilaxias, essa unidade também dispõe do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), de nível ambulatorial, que realiza as orientações sobre os efeitos dos medicamentos, os riscos envolvidos e o acompanhamento laboratorial. O SAE conta com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Nas outras unidades, muitos gestores e profissionais não detinham conhecimento sobre os procedimentos que deveriam ser adotados em caso de exposição da mulher as DST decorrente de uma violência sexual. Outros informaram que as mulheres que requeriam realizar as profilaxias eram encaminhadas para outras instituições da rede intrasetorial em virtude do serviço não dispor dos medicamentos ou não ter o perfil para esse atendimento.

Também percebeu-se, na maioria dos hospitais, a inexistência do aconselhamento relativo às profilaxias e que os participantes não apresentaram um discurso alinhado. As informações são distintas e contraditórias, o que revela que a atuação da equipe multiprofissional é fragmentada, não existe protocolos pré-definidos e uma homogeneidade na capacitação dos profissionais.

Não é feito aqui. A gente não tem esse protocolo, não temos atendimento voltado para isso. O nosso atendimento é para as emergências, não é

voltado para a mulher. Então a gente encaminha. A gente não tem absolutamente nada de kit aqui. (E36)

Cabe salientar que muitos entrevistados compreenderam e reconheceram a necessidade e relevância das profilaxias das DST, tendo em vista que a aquisição de uma DST após uma violência sexual pode implicar graves consequências físicas, emocionais e sociais. Porém, eles admitiram que suas práticas limitavam-se em decorrência de entraves institucionais e de formação, comprometendo a qualidade da atenção.

A estrutura de organização da rede hospitalar municipal de Fortaleza, não supre adequadamente as necessidades das mulheres em situação de violência sexual tendo em vista que apenas um serviço se mostrou preparado para a efetivação das profilaxias contra as DST, da mesma forma como foi constatado em relação à anticoncepção de emergência. A concentração de ações em apenas um local da rede ocasiona uma demanda excessiva, o que pode sobrecarregar esta instituição e prejudicar a atenção aos casos, pois os recursos humanos e materiais podem não ser suficientes para atender a todo o conjunto de solicitações postas pela demanda de todo o município. Com base nesse cenário, a gestão municipal deve repensar a configuração da rede intrasetorial de atenção à violência sexual, tendo o intuito de ampliar e descentralizar a oferta de serviços para este fim.

A dificuldade dos serviços em ofertar a anticoncepção de emergência e as profilaxias das DST é uma realidade que extrapola o cenário de Fortaleza. Pesquisa de representatividade nacional englobando 788 municípios, que avaliou a situação do atendimento às mulheres e crianças em situação de violência sexual em 1.395 serviços públicos de saúde, verificou que a anticoncepção de emergência era oferecida por pouco mais de 50% dos hospitais indicados pelo Ministério da Saúde como referência para este tipo de atendimento e quase 60% dos não indicados. Apenas a metade dos estabelecimentos oferecia a imunoprofilaxia contra hepatite B e apenas 45% contra HIV (ANDALAF NETO et al., 2012).

A situação de violência sexual é bastante delicada para a mulher e impõe uma atuação de caráter imediato, já que alguns procedimentos, como a contracepção de emergência e a profilaxia contra a infecção pelo HIV só são efetivos se realizados até 72 horas após a agressão (BRASIL, 2012).

Os resultados deste trabalho revelam a ausência de protocolos e fluxos para direcionar as ações dos profissionais nesse caminho em grande dos estabelecimentos de saúde. Sem uma

devida orientação, eles sentem-se *perdidos* na condução e encaminhamento dos casos, expondo a mulher aos riscos da contração de uma doença evitável.

Esse fato remete ao distanciamento dos atores que operacionalizam as práticas de saúde da Norma Técnica do Ministério da Saúde, uma vez que esse instrumento contempla as profilaxias das DST não virais, da hepatite B e do HIV, detalhando as indicações, os esquemas de administração, aconselhamento às usuárias, reações adversas, entre outras informações (BRASIL, 2012).

Outro aspecto importante refere-se **ao aconselhamento relativo às profilaxias das DST**. A garantia do aconselhamento sobre os usos e os efeitos dos medicamentos é substancial para a adesão e seguimento do tratamento. O aconselhamento, como processo de escuta ativa, enseja o estabelecimento de uma relação de confiança entre a mulher e a equipe de saúde, favorecendo a superação da situação traumática. Esse apoio emocional permite minimizar o sofrimento psíquico e contribui para a adesão à profilaxia prescrita. Também é preciso sinalizar nesse momento os possíveis efeitos colaterais e reações adversas do tratamento, para reduzir as taxas de abandono (BRASIL, 2012).

Estudo empreendido em São Paulo evidenciou que do total de 59 mulheres atendidas, 90% iniciaram a profilaxia para HIV, porém, apenas 40,7% completaram o tratamento e quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e acompanhamento ambulatorial, sinalizando falhas assistenciais referentes à continuidade do seguimento das mulheres (RAMOS, MEDICCI, PUCCIA, 2009). Procópio et al. (2014) ressaltam que menos da metade das mulheres que inicia a profilaxia para o HIV completa o esquema que deve ser mantido por quatro semanas consecutivas.

Diversas pesquisas sinalizam que a falta de adesão à quimioprofilaxia do HIV é frequente em mulheres em situação de violência sexual, podendo estar atrelada a fatores como transtornos psíquicos, efeitos colaterais dos medicamentos, aspectos socioeconômicos e a qualidade da assistência recebida pelo serviço de saúde. Além disso, também apontaram que o suporte oferecido por profissionais em relação ao tratamento, representado por apoio, informações adequadas sobre o tratamento e esclarecimentos sobre a gravidade dos efeitos colaterais, contribui com a adesão (RAMOS, MEDICCI, PUCCIA, 2009; ABRAHAMS, JEWKES, 2010; PROCÓPIO et al., 2014; BARROS et al., 2015).

Nessa ótica, deve-se integrar no acolhimento às mulheres em situação de violência sexual o adequado esclarecimento sobre o uso das medicações profiláticas e seus possíveis

efeitos e orientar meios que possam minimizar tais ocorrências. Para isso, a equipe multiprofissional necessita estar qualificada e alinhada para prestação dessas ações e orientações, de forma que se amplie o envolvimento e responsabilização dos profissionais e o investimento no acolhimento social e psicológico das mulheres e suas famílias.

Uma conformação adequada de aconselhamento foi evidenciada em apenas uma instituição hospitalar em Fortaleza, o que reflete a necessidade de reformulação da atenção a esta população, em especial no que se refere ao seguimento ambulatorial dos casos. Uma avaliação continuada das ações deve ser efetivada para fins de identificação periódica das situações de abandono do tratamento, na busca de alternativas viáveis para reduzir o risco de infecção pelo HIV e outras DST.

Os **exames laboratoriais** citados pelos entrevistados que atuavam nas maternidades como integrantes da rotina de atenção às situações de violência sexual foram, principalmente, os relacionados ao diagnóstico das DST como Anti-HIV (teste rápido e exame convencional), sorologia das hepatites, sorologia para sífilis (VDRL); e também o teste de gravidez. Nos demais serviços, os gestores e profissionais referiram, com mais ênfase, exames clínicos não específicos para os casos de violência sexual como o hemograma e de imagem relacionados à investigação de traumas. Vale salientar que em nenhuma instituição investigada, os participantes mencionaram a avaliação do conteúdo vaginal para realização de exame bacteriológico e de cultura da secreção vaginal, como recomenda a Norma Técnica.

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizada no momento de admissão da mulher é necessária para estabelecer a eventual presença de DST prévias à violência sexual (BRASIL, 2012). O apoio laboratorial se constitui uma etapa indispensável da atenção, que possibilita a investigação e o diagnóstico das DST, bem como indica as próximas medidas a serem tomadas pela equipe de saúde.

Diante desse quadro, observa-se, em Fortaleza, que poucos serviços oferecem os procedimentos técnicos referidos. E quando se considera a concessão do conjunto de medidas (anticoncepção de emergência, profilaxias das DST, aconselhamento e coleta de exames laboratoriais) somente um equipamento de saúde está estruturado e organizado para suprir adequadamente a essa demanda. Configurando-se a violência sexual um problema tão recorrente, de consequências graves, que são passíveis de prevenção; não se justifica que as unidades que contam com práticas de ginecologia e obstetrícia ainda não estejam preparadas para oferecer tal atenção.

Compete aos gestores municipais implantar, implementar e garantir sustentabilidade e o maior número possível de serviços de referência, assim como instituir mecanismos de avaliação permanente das ações desenvolvidas. Da mesma forma, a gestão municipal deve elaborar e instituir um fluxo de atendimento dos serviços da rede de saúde como meio de alinhar as ações dos profissionais, principalmente nas instituições que não desenvolvem ações na área de saúde da mulher e precisam realizar os devidos referenciamentos para a rede de atenção.

Aspectos recentemente incorporados na reedição da Norma Técnica

A atuação dos profissionais diante das situações de violência sexual em mulheres que fazem sexo com mulheres, aspecto incorporado na última edição da Norma Técnica (BRASIL, 2012), revelou-se invisível nos serviços de saúde investigados. Quase todos os entrevistados mostraram-se surpresos ao serem indagados sobre a questão e expuseram nunca terem atendido mulheres envolvidas nesse contexto relacional. Observou-se ausência de atuação específica e adequada frente a esses casos, atribuída a falta de preparo por parte dos trabalhadores de saúde e, até mesmo, devido à discriminação e preconceito quanto às relações homoafetivas.

Eu tenho poucas informações em relação às hetero, em relação às homossexuais é que a gente tem menos ainda (...). Sinceramente, eu nunca tinha passado pela minha cabeça que existisse isso. Primeira vez que eu estou ouvindo. (P15)

Com muito preconceito, infelizmente. Pouquíssimas vezes eu vi ser resguardado o respeito à mulher nessa situação. Se vier esse tipo de agressão, não vai haver privacidade. O hospital inteiro vai saber e ela vai ser vítima de muita discriminação. Não só de preconceito, discriminação mesmo. E não vão ser encaminhadas da mesma forma como seriam se fosse um homem. Não vai ser considerada uma agressão, vai ser mais um bem feito. (E36)

Paradoxalmente, quantidade ínfima de participantes referiu que essa atuação ocorria baseada no respeito, livre de julgamentos e sem discriminação em relação à orientação sexual da mulher. Porém, notou-se que, apesar de existir uma orientação institucional nesse caminho, essa abordagem era decorrente da postura pessoal de alguns profissionais:

A questão das orientações sexuais é trabalhada aqui, para evitar a questão do preconceito. Essa abordagem tem que ser o mais natural possível, evitando os preconceitos, ouvindo sem julgamento, sem juízo de valor. Isso a gente prega aqui. Não posso dizer que a equipe toda age assim, mas é uma orientação da gestão que isso aconteça. (G6)

A invisibilidade da atenção às mulheres que fazem sexo com mulheres é uma tendência nos serviços e para os profissionais de saúde uma vez que consideram como padrão a procura por usuárias heterossexuais. O agir fundado na lógica de um protótipo estabelecido acarreta implicações importantes nas relações estabelecidas com aqueles que não se encaixam nesse padrão. Isto fomenta o incumprimento dos preceitos da universalidade, acessibilidade e integralidade da atenção, e conseqüentemente, gera a não satisfação das necessidades dessas mulheres.

A heteronormatividade na organização dos serviços e nos estilos e conteúdos comunicacionais afeta negativamente a qualidade da atenção a pessoas não heterossexuais, as quais se sentem incompreendidas, tratadas com desrespeito e receosas quanto às conseqüências da assumpção da sua orientação sexual (SPIDSBERG, 2007; RÖNDAHL, BRUHNER, LINDHE, 2009; MARQUES, OLIVEIRA, NOGUEIRA, 2013). Outro aspecto que pode explicar essa invisibilidade é o modelo biomédico, que estrutura visões profissionais generalizantes, incapazes de perceber as diversidades. Esse modelo também sustenta um discurso que contribuiu para a patologização das sexualidades socialmente estigmatizadas (VALADÃO, GOMES, 2011).

Na linha de argumentação de Valadão e Gomes (2011), a invisibilidade da homossexualidade feminina no campo da saúde configura-se em uma violência simbólica. Os agentes desse campo, antes de serem profissionais, são partícipes de grupos sociais influenciados por modelos culturais, de ordem moral, religiosa ou outros. Assim, ao lidar com essas mulheres, os profissionais, consciente ou inconscientemente, podem lançar mão de *habitus* que transformam o que não é comum no que é patológico, bem como podem utilizar *habitus* que excluem o que é diferente a partir da sua não consideração.

Os padrões sociais impõem um esquema de percepção que faz reconhecer como natural a categorização das pessoas entre dois grupos, delimitados por uma rígida fronteira imposta pelo paradigma binário. Este modelo rejeita a existência legítima e pública de uma multiplicidade de expressões de gênero e sexualidade (ARAUJO, PENNA, 2014).

A norma da heterossexualidade que rege as práticas de saúde não contribui para atender as necessidades e vulnerabilidades particulares das mulheres que fazem sexo com mulheres. Essa despersonalização suscita uma atenção “nula”, em que as informações geralmente são negligenciadas bilateralmente, tendo em vista que as usuárias não se sentem à vontade para declarar sua sexualidade e exporem suas vivências e, por sua vez, os profissionais fornecem orientações e operacionalizam ações que não são úteis e adequadas para elas.

No campo das políticas de saúde, evidenciam-se alguns avanços que asseguram os direitos da homossexualidade e garantem o atendimento das demandas de saúde advindas das diferentes orientações sexuais (BRASIL, 2008b). No contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, esses preceitos também são reconhecidos por meio da inclusão dessa atuação na última versão da Norma Técnica; a qual orienta que o atendimento a essas usuárias seja livre de discriminação e preconceito, e que seja respeitada a igualdade de direitos à saúde preconizada na Constituição Federal (BRASIL, 1988; BRASIL, 2012).

Em contrapartida, assim como verificado neste estudo, a literatura revela práticas de saúde impregnadas de preconceitos e estereótipos de gênero na abordagem de lésbicas e mulheres bissexuais. Esse grupo não tem apoio por parte dos profissionais de saúde para verbalizar suas orientações sexuais quando busca assistência, o que escamoteia um atendimento seguro, produzindo exclusão e violência institucional, apesar das diretrizes políticas e legais preconizarem o contrário (VALADÃO, GOMES, 2011; MARQUES, OLIVEIRA, NOGUEIRA, 2013; ARAUJO, PENNA, 2014).

A partir desse prisma, infere-se que o campo das práticas de saúde ainda não consegue ser suficientemente inclusivo para acolher as demandas das mulheres, cuja sexualidade não se estrutura exclusivamente a partir da heteronormatividade, fato que desconsidera a orientação sexual como determinante da saúde e do adoecimento.

O Ministério da Saúde compreende que todas as formas de discriminação, como o caso da homofobia, devem ser apreciadas como fatores impulsionadores na produção de doenças e sofrimento (BRASIL, 2008b). Investigações reforçam que as mulheres homossexuais tendem a sofrer de transtornos mentais com mais frequência que as heterossexuais devido a sentimentos de exclusão, humilhação e isolamento os quais estão expostas em função do preconceito que envolve sua orientação sexual (KING et al., 2008; FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al., 2010; MARQUES, OLIVEIRA, NOGUEIRA, 2013).

Essas evidências sublinham a necessidade de uma atenção em saúde que seja inclusiva, que considere a diversidade e as especificidades em função da orientação sexual; por meio de uma comunicação efetiva que facilite o diálogo e valorize a subjetividade da mulher homossexual. A atuação nessa linha favorece a contemplação de demandas específicas e o estabelecimento de relações colaborativas e de confiança entre os trabalhadores da saúde e as usuárias.

Esse empreendimento, contudo, depende de transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais. Para isso, tornam-se necessários investimentos na formação desses atores, para que eles possam romper com os preconceitos relacionados à orientação sexual e não reproduzam práticas naturalizadas e discriminatórias.

A formação deve ser assumida pelas instituições de ensino e de saúde como uma das estratégias de desenvolvimento de competências de comunicação dos profissionais para que sejam capazes de: utilizar uma linguagem neutra e não ofensiva; não impor ou prescindir de assuntos com base em presunções infundadas acerca dos comportamentos e necessidades dessas mulheres; explicitar claramente as razões da solicitação de dados clínicos, criando um clima de confiança e de garantia da confidencialidade; conhecer algumas práticas sexuais e terminologias específicas; e integrar as necessidades particulares das mulheres que fazem sexo com mulheres nas práticas de educação e de aconselhamento em saúde (MARQUES, OLIVEIRA, NOGUEIRA, 2013).

Araujo e Penna (2014) argumentam que a existência de leis, políticas e normativas, por si só, não é suficiente se não houver a transformação de mentalidades e práticas, sendo essencial que os espaços institucionais promovam discussão desses temas e motivem a reflexão individual e coletiva, contribuindo para a superação e eliminação de qualquer tratamento preconceituoso.

A **atenção ao autor da violência sexual** também foi englobada na última versão da Norma Técnica. Porém, essa atenção ainda está distante das práticas dos serviços de saúde em Fortaleza. Conforme observado, nenhuma instituição desenvolvia esse tipo de atuação, sendo considerada, por quase todos os entrevistados, como uma atribuição policial, extrapolando as responsabilidades do setor saúde:

É uma questão policial, não é mais uma questão médica. O que a gente faz é encaminhar a paciente para prestar o boletim de ocorrência na delegacia e daí passa a ser um problema policial, não é mais nosso. (G3)

Os entrevistados também relataram as dificuldades para a atenção em saúde junto ao autor da violência sexual: perfil das unidades direcionado ao atendimento emergencial; medo de represálias ao abordar o autor da violência; despreparo técnico dos trabalhadores da saúde para esse tipo de atuação; e maioria das situações atendidas nos serviços envolverem agressores desconhecidos.

A atenção ao autor da violência se mostra um tema complexo, ainda pouco abordado e implementado nos serviços de saúde. Pesquisas indicam que apesar dos avanços em termos da prevenção e atenção à violência contra as mulheres, poucas experiências na América Latina e no Brasil incluem o homem perpetrador nesse processo, sendo quase que exclusivamente direcionadas às mulheres. Assim como, as intervenções com os autores da violência têm recebido menos atenção de órgãos governamentais, não governamentais e pela academia, permanecendo incipientes (ARILHA, 2005; LIMA, BÜCHELE, CLÍMACO, 2008; LIMA, BÜCHELE, 2011).

O trabalho desenvolvido pela saúde pública é principalmente dirigido para as mulheres em situação de violência; ainda são poucas as ações destinadas aos agressores. Em geral, os profissionais de saúde tendem a se identificar mais com as mulheres que sofreram violência em decorrência de sua condição de maior vulnerabilidade. Por outro lado, os profissionais frequentemente revelam um movimento de rejeição e culpabilização dos agressores, e projetam uma visão de que a punição e a privação de liberdade deles são dispositivos que podem melhor responder à segurança das mulheres. Também é reconhecível a dificuldade de inseri-los na atenção em saúde, não apenas pela resistência dos próprios autores, mas também relacionada ao medo dos profissionais de retaliação por parte do agressor.

Alguns profissionais referiram que os hospitais onde trabalham estão inseridos em zonas inseguras, dominadas por traficantes, que muitas vezes, se constituem os perpetradores da violência sexual. Dessa forma, eles assumem uma postura de cautela e temor quanto à abordagem dos agressores, devido a experiências negativas em que foram perseguidos ou ameaçados, e pela ausência de proteção e suporte institucional para essa iniciativa.

Cabe destacar que, apesar da inexistência de uma atuação junto ao grupo, alguns participantes reconheceram que, além da punição legal, há a necessidade de suporte e acompanhamento do agressor pelos serviços de saúde; por considerá-lo também como um indivíduo adoecido, que requer um acompanhamento psicológico para que ele compreenda as razões que o mobilizam a cometer tal ato, propiciando o rompimento do ciclo da violência.

Dessa forma, perceberam que o enfrentamento da violência sexual envolve aspectos complexos que vão além da penalização.

No nosso meio geralmente a gente só pensa em punir o agressor. Temos poucos trabalhos e pouca preocupação de recuperar e quebrar o ciclo da violência trabalhando com o agressor, fazendo um trabalho psicológico para tratar o agressor também. (M21)

Observa-se que alguns entrevistados percebem que é preciso que a atuação junto ao agente da violência não se configure unicamente como caso de polícia, sendo as ações integradas de diferentes setores capazes de prevenir novos atos violentos e mudar padrões de comportamento. A responsabilização do autor da violência sexual com apenas a privação de liberdade não é suficiente para que o agressor abandone essa prática quando retornar à liberdade.

Evidências apontam taxas expressivamente menores de reincidência entre autores de violência sexual que receberam atenção psiquiátrica e/ou psicológica durante o cumprimento de sua pena. A Norma Técnica postula que autoridades diretamente envolvidas com o autor da violência sexual, com a colaboração dos gestores da saúde, devem encontrar alternativas qualificadas para oferecer cuidados ao perpetrador, sem prejuízo do cumprimento dos objetivos da lei (BRASIL, 2012).

O relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) menciona o envolvimento proativo de homens no desenvolvimento de estratégias e na implementação de ações de prevenção da violência contra a mulher, como um dos princípios norteadores de práticas promissoras de enfrentamento do fenômeno. O relatório indica que programas de reabilitação com autores representam dispositivos eficazes para a promoção da equidade de gênero e prevenção da violência (ONU, 2006).

Nesse mesmo sentido, a Lei Maria da Penha, além das medidas punitivas, indica ações preventivas, assistenciais, educativas e de proteção à mulher e aos filhos. Dentre as medidas cabíveis de serem aplicadas aos homens perpetradores de violência, os seus Artigos 35 e 45 dispõem sobre a criação de “centros de educação e reabilitação para os autores de violência” e a participação em “programas de educação e reabilitação” (BRASIL, 2006a). No entanto, esta Lei não discrimina a estrutura e organização desses locais e tampouco detalha o que são as intervenções de educação e reabilitação (LIMA, BÜCHELE, 2011).

Autores advogam que as iniciativas de atendimento aos homens autores de violência contra as mulheres são motivadas pela possibilidade de uma reeducação que atinja as subjetividades e às identidades desses homens. Trata-se, principalmente, de promover o reconhecimento da responsabilidade pela violência perpetrada, ressignificando assim as suas próprias relações de gênero, introduzindo novas ideias e formas de compreensão sobre os papéis sociais do homem e da mulher. Nessa ótica, o trabalho com os perpetradores refere-se à concepção de que é possível se desenvolver um processo de reflexão no qual eles sejam capazes de assumir a responsabilidade pelos atos e de reconhecer que este comportamento é inadequado, impróprio e inaceitável para os padrões da sociabilidade contemporânea (MORAES, RIBEIRO, 2012).

Segundo Medrado e Lyra (2003), para compreender a violência contra as mulheres a partir da perspectiva de gênero, é preciso incluir análises sobre os processos de socialização masculina e os significados de ser homem na sociedade, na qual são educados para reprimir suas emoções, sendo as expressões de violência um dos meios, geralmente aceitos, como marcas ou provas de masculinidade.

Por esta razão, mesmo que a atenção ao autor da violência represente um desafio adicional para a complexa teia de ações de enfrentamento à violência contra as mulheres, constitui-se fundamental que os serviços de saúde direcionem seu olhar para ações mais amplas e integralizadas, nas quais os homens autores de violência sejam percebidos como integrantes do contexto em que a violência se desenvolve e que necessitam, portanto, ser incluídos nas abordagens de enfrentamento.

Atuação frente à gravidez decorrente de violência sexual

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas e sociais que determina e, quase sempre, é concebida como uma segunda violência pelas mulheres. No Brasil, desde 1940, o Decreto-Lei 2848, Inciso II do Artigo 128 do Código Penal Brasileiro assegura o direito ao abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual (BRASIL, 1940). Da mesma forma, a Norma Técnica, em todas suas versões, orientada os serviços e profissionais de saúde na condução dessas situações (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012).

A atuação frente à gestação decorrente de uma violência sexual nos hospitais da rede municipal de Fortaleza está **restrita a apenas uma unidade de saúde** referência para o

aborto previsto em lei. Este serviço recebe encaminhamentos para a realização desse procedimento de outras instituições de Fortaleza, como também de outros municípios do estado.

Nesta instituição, a mulher que apresenta uma gravidez decorrente da violência é orientada quanto às possibilidades de seguir com a gestação e realizar o pré-natal no próprio hospital, e sobre o direito do aborto legal. De acordo com as falas dos participantes, caso ela manifeste o desejo de interrupção da gravidez, existe um fluxo institucional para este procedimento. A mulher passa por uma avaliação psicológica (três sessões) com uma profissional exclusiva para atender a esses casos específicos, a fim de verificar a real vontade do ato de abortar e para evitar maiores danos à sua saúde mental. Após este trâmite, ela é encaminhada para uma consulta e avaliação médica, e posteriormente para a operacionalização do procedimento em si; o qual é realizado em local separado da sala de parto, para não expor a mulher a um sofrimento maior ao entrar em contato com situações de nascimento, puérperas e recém-nascidos.

As pacientes que engravidam passam por três sessões de psicologia. É oferecida a possibilidade de ela querer também continuar a gravidez e fazer o pré-natal. Depois que ela passa por essas três sessões, ela é encaminhada ao médico. O médico conversa com ela e se ela realmente quer interromper, ela interrompe. Este é fluxo do hospital. Nós temos um profissional dentro da instituição que faz o abortamento legal. (G5)

Mesmo sendo a unidade de referência para o aborto legal no município, os entrevistados mencionaram que apenas um médico realiza este ato no local, restringindo esse procedimento ao dia que este profissional está de plantão, limitando-se a um único dia na semana. Eles ressaltaram a dificuldade de envolvimento de médicos e de outras categorias da equipe multiprofissional na condução dessas situações, manifestando barreiras de cunho religioso, ético e moral.

A gente não encontra facilidade nos profissionais médicos que queiram fazer um aborto legal, porque dentro da lei da ética, eles podem não querer realizar. Como só tem um, a gente sempre marca na quarta-feira que é o plantão dele. Então assim, a psicóloga que fica responsável por esses casos contribui nesse diálogo, mas já os outros profissionais, enfermeira, assistente social e plantonista não formam um vínculo com isso. (P19)

O número reduzido de serviços de saúde prestadores de atendimento ao aborto legal é uma realidade que se estende por todo território brasileiro. O procedimento engloba um conjunto de dificuldades de várias esferas (cultural, gerencial, institucional, pessoal), que acarreta na peregrinação da mulher pela rede de saúde ou na demora ao acesso ao aborto, ultrapassando, muitas vezes, o tempo previsto para a realização do ato, o que inviabiliza a interrupção da gravidez. Fato que implica a não garantia do direito, além de transtornos de ordem emocional e física.

Madeiro e Diniz (2016), ao empreenderem estudo de abrangência nacional, tendo como unidade de análise os serviços de aborto legal no Brasil, constataram que dos 68 serviços listados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde como em funcionamento, 37 efetivamente realizam interrupção da gravidez prevista em lei. Os serviços são distribuídos em 20 unidades da Federação (cinco na região Norte, 11 no Nordeste, três no Centro-Oeste, seis no Sul e 12 no Sudeste). Ainda verificaram que em sete estados não há serviço ativo.

A organização do processo de trabalho concentrando a interrupção legal da gravidez ao encargo de uma única equipe e em um único dia da semana, verificada nesta investigação, fere as prerrogativas legais, os direitos assegurados e as orientações do Ministério da Saúde. A pouca disponibilidade dos profissionais, principalmente dos médicos, para a realização do aborto se constitui em um dos principais desafios para o funcionamento efetivo do aborto legal.

A composição da equipe multiprofissional ainda é um obstáculo para a maioria dos serviços que prestam esse tipo de atendimento no Brasil (MADEIRO, DINIZ, 2016). Dessa forma, o cumprimento do aborto previsto em lei esbarra em obstáculos de cunho administrativos e de ordem pessoal dos profissionais de saúde. Apesar de a atenção às mulheres em situação de violência sexual ter trazido, com mais ênfase, o tema do aborto para o cotidiano das instituições de saúde, essa tema ainda se revela como tabu para muitos profissionais.

Para os participantes do presente trabalho, as razões para a recusa a esse tipo de atendimento foram referentes às questões religiosas, morais, direito individual à objeção de consciência, despreparo técnico, desconhecimento da legislação, estigma envolvido no ato e sofrimento emocional da equipe.

Os motivos religiosos demonstram uma cultura impregnada por uma religião de salvação, algumas normas estabelecidas passam a ser consideradas como violação da vontade divina, fazendo com que a ideia de pecado atravesse a consciência de muitos profissionais de saúde. No entanto, as convicções religiosas não devem servir para orientar as práticas profissionais no âmbito das políticas públicas, pois, quando isso acontece, há prejuízo para a garantia dos direitos humanos, sem os quais não existe a consolidação da cidadania (CAVALCANTI, FLACH, FARIAS, 2010; FARIAS, CAVALCANTI, 2012).

A operacionalização da interrupção da gravidez também está condicionada ao posicionamento da equipe médica relacionado ao direito à objeção de consciência, prevista no código de ética médica. Na concepção de Montoya-Vacadiez (2014), a objeção de consciência pode ser compreendida como ato em oposição a um mandato legal em detrimento de embates com convicções morais, filosóficas ou religiosas, que leva ao conflito entre a obediência à lei e a obediência ao juízo da consciência.

Vale esclarecer que o direito à objeção de consciência para a não realização do aborto legal deve ser respeitado. Em contraponto, as instituições necessitam oferecer condições para essa prática, em tempo hábil, disponibilizando outros profissionais ou encaminhando para outras unidades. As gerências dos serviços de saúde que disponibilizam esse atendimento devem lançar mão de estratégias para que o direito ao aborto legal seja assegurado como, por exemplo, a montagem de uma escala de trabalho sem profissionais objetores e a não participação de profissionais objetores em práticas contrárias às suas consciências (DINIZ, 2013).

A mulher grávida decorrente de uma violência sexual que busca realizar o aborto e que se depara com profissionais objetores nas unidades de saúde, é novamente submetida a uma violência, tendo em vista que a atenção em saúde é suspensa e incompleta. Dessa maneira, as instituições de saúde têm a obrigação de garantir uma atenção integral, sem acarretar prejuízos às usuárias devido a questões pessoais dos profissionais (DINIZ, 2013).

Segundo a Norma Técnica, mesmo declarando objeção de consciência, é dever de o médico informar à mulher sobre os seus direitos e da instituição garantir a atenção ao abortamento por outro profissional ou por outro serviço. A atenção à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como negligência ou omissão. Cabe ressaltar que a Norma ainda acrescenta que não há direito de objeção de consciência em situações: de risco de morte para a mulher; em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na

ausência de outro profissional que o faça; quando a mulher sofrer danos à saúde em razão da omissão do profissional; e no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratar de caso de urgência (BRASIL, 2012).

A condição de ilegalidade do aborto no país influi desfavoravelmente sobre a prática do aborto legal nos serviços de saúde. O estigma do aborto e o temor das consequências legais e sociais negativas relacionadas ao ato se impõem como outras barreiras para a adequada estruturação dos serviços de aborto legal. Os profissionais apresentam receio de serem considerados “aborteiros” entre seus pares (KISS, SCHRAIBER, 2011; FAÚNDES, DUARTE, OSIS, 2013).

Para os trabalhadores da saúde, principalmente para a equipe médica, o ato de salvar vidas se configura no propósito central das ações nesse campo. O que implica que para aqueles que cuidam de mulheres grávidas, a finalidade inclui tanto cuidar da vida da mãe quanto do produto da concepção. Nessa linha de argumentação, existe o permanente dilema com relação à prática do aborto, em razão da vida e de sua relação com a natureza da formação profissional (FAÚNDES, BARZELATTO, 2004).

Nas outras instituições que compuseram o cenário desta pesquisa, apesar das características diferenciadas de cada serviço, a maioria dos gestores e profissionais de saúde **desconhece a orientação legal, os procedimentos técnicos e os encaminhamentos** que devem ser empreendidos nos casos de gravidez decorrente de violência sexual. Por consequência, as orientações fornecidas às mulheres, nem sempre, são adequadas; e o encaminhamento para os locais que realizam o aborto legal não é garantido, evidenciando a inexistência de um fluxo intrasetorial para esta atenção.

Na unidade que foi formulada com o objetivo de atender o público feminino em todas as suas dimensões, incluindo a atenção às situações de violência; uma profissional indica que apesar de o hospital deter uma estrutura física adequada, a equipe de saúde não está treinada para esse tipo de atuação, inviabilizando sua operacionalização:

A gente tá vivendo uma situação difícil. Porque nós temos uma estrutura física, mas não temos pessoal e o próprio sistema não está estruturado, pela própria questão financeira do hospital. O hospital era para ter sido inaugurado com tudo pronto. É como se você tivesse uma casa excelente, mas ela não funcionasse. Porque quando a mulher chega aqui, essa parte de treinamento não está estruturada. Se essa parte estivesse

realmente estruturada, eu não estava aqui com dificuldade de te responder. (PD48)

Esses resultados revelam a necessidade de capacitação da equipe quanto à ampliação do conhecimento sobre os domínios teóricos e práticos sobre o tema, a legislação e a garantia de direitos em saúde sexual e reprodutiva. Mesmo que a unidade de saúde não realize o aborto previsto em lei, os profissionais devem estar aptos para fornecer as devidas orientações às usuárias e proceder com os encaminhamentos para os outros serviços da rede.

A resistência de gestores e profissionais para conduzir os casos de gravidez fruto da violência está associada também a ausência de qualificação/capacitação sobre o tema, uma vez que, dificilmente, o assunto é abordado na formação dos recursos humanos da saúde. Tendo em vista que se trata de uma questão bastante complexa, o investimento das gerências em educação continuada consiste em uma estratégia primordial para minimizar as lacunas e fragilidades identificadas.

Chama a atenção que, para alguns entrevistados, a mulher ainda deve confirmar que a gravidez foi resultado de uma violência sexual por meio da **realização de um Boletim de Ocorrência (BO), laudo pericial ou autorização judicial** para, somente assim, ter acesso ao aborto legal:

Primeira coisa, ela tem que ir a delegacia da mulher fazer a queixa. Depois ela vai para o IML fazer o exame para comprovar que realmente foi estuprada. No IML faz o β HCG para comprovar se ela está grávida ou não. Depois desses procedimentos legais é que vai ser autorizado o aborto legal. (M39)

A partir da fala do médico percebe-se que a mulher que se propõe ao aborto tem que *comprovar* a violência sexual, concebendo que ela pode simular uma situação de violência para ter acesso ao procedimento. O que atesta que a veracidade do relato feito pela mulher é contestada, e seu depoimento não é suficiente para garantir a interrupção da gravidez. Este fato pode ser acolhido pelo desconhecimento sobre o marco das políticas públicas em saúde, receio dos profissionais em estarem cometendo um crime e pela persistência da controvérsia moral sobre como se estabelece a verdade da violência sexual para o aborto legal (FARIAS, CAVALCANTI, 2012; DINIZ et al., 2014).

Diniz et al. (2014) argumentam que, em geral, a verdade da violência sexual é construída no encontro entre os testes de verdade sobre o acontecimento do ato e a leitura

sobre a subjetividade da mulher, ocorrendo um regime de suspeição em curso que a antecede e a acompanha. As concepções de que o aborto é crime contra a vida e sua prática, em caso de gravidez resultante de estupro, é autorizada como exceção à punição; e que as mulheres podem “mentir”, pressionam os profissionais de saúde a se manterem sob vigilância para a moral que prescreve suas práticas de assistência.

O local da cena da violência sexual é um fator modulador para o teste de verdade: se o ato envolveu maior crueldade, maiores são as chances de os profissionais conceberem que a mulher está falando a verdade; porém, se foi uma violência que aconteceu no contexto conjugal, o texto da mulher pode ser colocado sob suspeita em razão das questões socioculturais que naturalizam esse ato nessas relações (DINIZ et al., 2014). Para estes autores, a palavra da mulher não é bastante para o acesso ao serviço de aborto legal. Ela precisará passar pelos testes de verificação das equipes de saúde para que tenha seu direito legitimado e seja reconhecida como “vítima”. Para tanto, terá de expor uma história que apresente relação de causalidade entre o acontecimento da violência e a gravidez e, além disso, necessitará apresentar traços subjetivos que a caracterizem como “vítima”.

Esse posicionamento, identificado nos depoimentos de alguns participantes deste estudo, contribui para dificultar o acesso das usuárias ao aborto previsto em lei e é rechaçado pela Norma Técnica. A Norma isenta as mulheres de apresentar BO, laudo pericial ou qualquer outro documento que ateste a violência sexual. O consentimento da mulher ou o de seu representante legal deve configurar-se na peça suficiente para o acesso ao procedimento nos serviços de saúde. Dessa forma, o único documento necessário para a interrupção da gravidez decorrente de estupro é o consentimento por escrito da mulher (BRASIL, 2012).

As mulheres grávidas em decorrência da violência sexual que idealizam ou que estão em processo de abortamento têm a necessidade de serem tratadas com respeito, gentileza e sensibilidade durante todo o seguimento: antes, durante e pós-aborto. Os profissionais de saúde envolvidos nessa atenção devem usar uma abordagem sensível, que inclua evitar julgamentos, estar consciente das necessidades e preocupações da mulher; e manter-se disponível para informar as usuárias sobre os procedimentos que serão realizados (BRASIL, 2012).

A negação do aborto legal pode levar a mulher a buscar esse procedimento em condições inseguras, o que se constitui em um problema de saúde pública ainda maior, com sérias repercussões à sua saúde. Faúndes et al. (2006) descrevem que quando o aborto previsto em lei não é garantido pelos serviços de saúde, muitas mulheres recorrem ao aborto

clandestino, procedimento que acarreta em riscos à saúde e expõe desnecessariamente as mulheres a complicações graves e à morte.

Nos países da América Latina, os impedimentos impostos às mulheres que optam por interromper a gravidez geram, a cada ano, mais de quatro milhões de abortos ilegais, sendo a mortalidade materna, em razão do aborto clandestino, muito alta, principalmente em países menos desenvolvidos (SIGAL, 2015). A literatura mostra que a atitude preconceituosa dos profissionais de saúde desestimula as mulheres a solicitar atendimento e restringe o acesso ao aborto legal e seguro (FAÚNDES et al., 2006; BEDONE, FAÚNDES, 2007; LIMA, DESLANDES, 2014; SIGAL, 2015).

Importante salientar que a equipe de saúde deve informar as **alternativas frente à gravidez decorrente de violência sexual**, que não se limita a prática do aborto legal. Neste estudo, alguns gestores e profissionais sinalizaram a oferta de orientação acerca dessas opções, com destaque para o seguimento da gestação e o acesso as consultas do pré-natal. Por outro lado, somente um entrevistado referiu fornecer orientações relativas à possibilidade de adoção da criança após o nascimento.

As mulheres, bem como as adolescentes e seus representantes legais precisam ser esclarecidos também sobre a possibilidade de manterem a gestação até o término e ser garantido à assistência pré-natal apropriada para a situação. Além de informações referentes às opções após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança ou proceder com os mecanismos de legais de adoção. No caso da adoção, os serviços de saúde devem intermediar esse processo junto às autoridades que compõem a rede de atendimento (BRASIL, 2012). Essas orientações são fundamentais, pois, para algumas mulheres, o aborto pode trazer mais danos psicológicos que a própria gestação.

Nessa perspectiva, as usuárias necessitam ser bem informadas sobre seus direitos, para que possam fazer escolhas conscientes em relação à decisão que irão tomar em caso de gestação fruto da violência (FARIAS, CAVALCANTI, 2012). A decisão final sempre deverá caber à mulher, sendo preciso que os profissionais de saúde respeitem sua autonomia de opção, atuando como agentes que garantam que essa decisão seja tomada de forma absolutamente livre, consciente, esclarecida e informada.

Os depoimentos dos entrevistados sinalizaram a complexa rede de desafios que se coloca na atenção ao aborto previsto em lei. O trajeto realizado pela mulher que deseja interromper a gravidez por uma violência sexual pode ser dificultado por obstáculos espaciais,

institucionais ou de cunho pessoal dos profissionais. Diante do quadro apresentado é imperiosa a capacitação dos recursos humanos da saúde para que acolham as mulheres em situação de violência sexual com protocolos e rotinas estabelecidas, que incluam a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei. Para isso, deve-se haver disposição política e o envolvimento de todas as áreas que participarão do atendimento. Todos os profissionais de saúde precisam estar devidamente informados dos aspectos legais e éticos e conhecer os requisitos necessários para poderem desempenhar com segurança o seu trabalho (BEDONE, FAÚNDES, 2007).

Acompanhamento, encaminhamentos e rede de atenção

O **seguimento das mulheres em situação de violência sexual** nas instituições foi minimamente referido pelos entrevistados, configurando o caráter emergencial das ações. Em algumas unidades que contam com serviço de ginecologia e obstetrícia existe o acompanhamento psicológico e social e, para os casos que implicaram contaminação por DST, há o seguimento nos ambulatórios especializados para DST/AIDS. Uma dessas instituições também oferece terapias alternativas para essas mulheres.

O que a gente tem de seguimento é o da psicologia e do serviço social. A psicologia atende essa mulher por tempo indeterminado. Ou, se ela contrair o HIV, tem todo um processo de acompanhamento pelo SAE. Então tem esses amparos aí. (P19)

A necessidade de acompanhamento das mulheres em situação de violência sexual está diretamente relacionada à complexidade do problema e à multiplicidade das consequências impostas. As implicações não se restringem às repercussões imediatas do ato, podendo manifestar efeitos de longo prazo que necessitam de um atendimento multiprofissional contínuo até que se restabeleça à saúde física, sexual e mental. Mulheres que sofrem violência sexual apresentam índices mais severos de transtornos e consequências psicológicas. Estudo norte-americano estimou que 15,2% dessas mulheres referem perseguição durante suas vidas, associada a sentimento de medo e frustração (BREIDING et al., 2014).

Diante dessas implicações, é essencial reflexões acerca da atenção dispensada a essas usuárias, para que não se limite ao atendimento emergencial com foco no tratamento dos agravos físicos e nas medidas de prevenção da gravidez indesejada e DST. Os acompanhamentos clínico, psicológico e social precisam se estender por um período posterior

a realização do primeiro atendimento, tornando-se oportuno que as equipes de saúde avaliem essa continuidade, principalmente, relativo ao apoio à saúde mental. Nos casos em que a instituição não dispor de serviços de seguimento, os encaminhamentos devem ser efetivados para locais que assegurem o acompanhamento terapêutico necessário.

Nesse caminho, muitos entrevistados enfatizaram a necessidade de encaminhamentos das mulheres em situação de violência sexual para outros serviços da rede de atendimento, reconhecendo as limitações de atuação dos hospitais frente à complexidade do problema e a necessidade da interlocução com outros setores para seu enfrentamento.

Eles indicaram como instituições que compõem a rede intrasetorial de atendimento à mulher em situação de violência as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de outros hospitais de âmbito municipal, estadual e federal. Quanto à rede intersetorial, o Instituto Médico Legal (IML), a DEAM, a Promotoria de Justiça de Combate a Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, o Centro de Referência Francisca Clotilde, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Organizações Não Governamentais (ONG) e a Casa Abrigo foram mencionados.

Fica evidente o entendimento dos gestores e profissionais sobre a diversidade de ações que as situações de violência requerem, as quais não se esgotam na atuação de um único setor ou serviço. O setor saúde, isoladamente, não dar conta das demandas das mulheres em situação de violência sexual, reafirmando a importância das interconexões para a comunicação e o fluxo dos encaminhamentos entre os diferentes setores que integram a rede de atendimento.

No contexto deste estudo, os **encaminhamentos eram feitos para serviços da rede intra e intersetorial**, a depender das demandas expostas pelas usuárias, por meio de contatos telefônicos, de instrumentos escritos ou pela central de regulação da SMS. Porém, evidenciou-se, com mais ênfase, os **vínculos informais**. Muitas vezes, as mulheres eram orientadas a procurar os serviços sem haver qualquer comunicação entre as instituições. Assim como, os hospitais, quase sempre, não possuíam transporte para as conduzirem aos outros setores.

Normalmente é via central de regulação, mas, às vezes, quando a central de regulação não funciona, é por amizade mesmo. Colega sabe que em determinado hospital tem o serviço desejado, ele liga para lá, fala com um profissional e orienta o paciente para ir para lá. (G2)

Há o consenso entre os entrevistados de que a atuação da rede de enfrentamento à violência contra a mulher no município em foco ainda se desenvolve de forma frágil, marcada pela **fragmentação dos serviços que compõem a rede**. Evidencia-se a tímida articulação e envolvimento entre os setores, a ausência de protocolos e fluxos que orientem os sistemas de referência e contrarreferência, e ações pautadas em iniciativas individuais dos profissionais; o que é confirmado nas falas:

A rede funciona muito isolada, o centro de referência trabalha lá, o hospital aqui, o posto lá, sem conexão. (P19)

Uma coisa que está precisando é sentar e compor a rede. A gente está trabalhando de forma muito solta. Quando eu preciso de algo eu aciono a pessoa tal, não aciono a instituição. Não é a instituição que trabalha, é uma pessoa dentro da instituição que trabalha, que apóia a causa. É completamente informal. Se não acontecer a estruturação da rede, nós vamos continuar trabalhando de forma informal, cada um com suas amizades. A rede realmente é muito frágil. (G15)

A partir dos depoimentos dos participantes percebe-se que, na época da coleta de dados, existia pouca mediação da SMS no fortalecimento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, bem como não havia instrumentos protocolares e fluxos pré-definidos que guiassem os encaminhamentos e as contrarreferências entre os serviços da rede intra e intersetorial.

Notoriamente, as unidades de saúde não apresentavam uma cultura institucional de trabalho em rede capaz de impulsionar seus recursos humanos para agir nessa perspectiva. Dessa maneira, as mobilizações referentes a uma atuação integral eram de caráter individual, a depender da sensibilidade de cada profissional para a questão; e as relações entre as instituições permeavam a informalidade.

Consequentemente, os participantes apresentaram dificuldades em indicar as formas de gerenciamento e monitoramento das redes intra e intersetorial. Muitos não souberam responder sobre esse aspecto, o que revela uma trama de desarticulação, com ínfimos espaços de troca entre os serviços, em que a discussão e o planejamento da atenção a partir das condições concretas dos setores são mínimos.

Quando o direcionamento institucional é limitado, as práticas assistenciais tendem a ser baseadas em atitudes pessoais distintas e desagregadas. Os fluxos pautados em relações

peçoais não asseguram a continuidade das ações, o que inviabiliza a constituição de vínculos interinstitucionais e de fluxos padronizados; e não garante ações que reforcem a saída das mulheres da situação de violência.

Na rede de serviços, a inexistência de sistemas de referência e contrarreferência pode originar encaminhamentos das usuárias a outros setores sem a preocupação do acompanhamento e da solução do problema, ocasionando a “perda” do controle sobre os desdobramentos das ações. Fato rotineiro no desenvolvimento da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual na maioria dos hospitais municipais de Fortaleza.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres preconiza que o enfrentamento desse fenômeno requer a constituição da rede de atendimento, que busque dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e de seu caráter multidimensional; perpassando a atuação de diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a cultura, entre outras. Cada setor tem importância no enfrentamento da questão, desenvolvendo ações nos eixos da prevenção, assistência, combate e garantia de direitos (BRASIL, 2011a).

Nessa linha, as redes permitem a articulação entre os diferentes pontos de atenção, possibilitando um agir conjunto que envolve trocas de informações e de tecnologias relativas às ações frente às situações de violência, o que favorece a construção de vínculos e de suporte necessários tanto para a compreensão como para o enfrentamento do fenômeno. O trabalho em rede pressupõe pactuações e que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação (BRASIL, 2011a).

Na perspectiva de uma atenção integral, torna-se imperioso ultrapassar ações institucionais isoladas, uma vez que a mera existência de vários serviços, trabalhando de formas distintas entre si, não é capaz de responder adequadamente às demandas da violência. Schraiber et al. (2012) reforçam que a configuração de uma rede só é possível quando existe articulação entre as ações particulares de cada serviço, sendo concreta quando houver uma produção assistencial minimamente partilhada pelos diferentes setores que prestam assistência às mulheres em situação de violência.

Nessa direção, é preciso instituir um diálogo entre as instituições que compõem a rede com maior poder de comunicação entre os profissionais, favorecendo a construção de projetos assistenciais compartilhados (SCHRAIBER et al., 2012). Aprimorar a comunicação e a cooperação entre os diferentes serviços é a base para superar obstáculos que impedem a

constituição de uma rede efetiva (VIEIRA et al., 2013). Estudos como os desenvolvidos por Hanada, D'Oliveira e Schraiber (2010); e Silva, Padoin e Vianna (2015) apontam para a importância de se definir instrumentos, protocolos e fluxos a fim de propiciar aos profissionais condições mais seguras para atuarem de forma articulada, ao se sentirem amparados e encorajados a agir, rompendo com os ruídos interinstitucionais.

Tais achados corroboram que o enfrentamento à violência contra as mulheres não pode limitar-se a ações isoladas, pautadas na linearidade, exigindo um trabalho em rede. Para isso, torna-se importante o desenvolvimento de habilidades profissionais para tais articulações no sentido de favorecer os encaminhamentos das mulheres, considerando suas demandas.

Os gestores reconheceram a **necessidade de alinhamento entre os serviços da rede** no sentido que cada um conheça as ações desenvolvidas por todos e para que seja estabelecido um fluxo de atendimentos e encaminhamentos. Uma gestora ressalta em sua fala o hiato entre a formulação das políticas públicas e sua real implementação. A incorporação das políticas, programas e normatizações no âmbito das ações de enfrentamento à violência contra a mulher se esbarra, no município de Fortaleza, em questões de cunho da gestão, de orçamento, da ampliação do número de serviços para dar conta dessa demanda e de qualificação dos recursos humanos envolvidos no processo.

A política está só no papel e para ser efetivada precisa de ação. É preciso fortalecer a rede, é preciso de recursos financeiros. Se você começa um movimento, você tem que dar resposta. Eu tenho, por exemplo, uma mulher que está aqui, mas não tenho para onde mandar. Sofreu violência sexual do próprio marido, tem três filhos e para onde ela vai? Só tem um local para abrigar e está lotado. Então, para onde ela vai? Para dentro de casa? Essa questão precisa ser trabalhada mais fortemente. Porque se você vai efetivar uma política pública, precisa ter ação, recurso financeiro e precisa qualificar as pessoas. (G15)

As inquietações manifestadas no depoimento da entrevistada mostram a frustração pessoal diante da falta de resolubilidade da rede de atendimento, aliada ao reduzido número de equipamentos de apoio às mulheres em situação de violência. O que demonstra que o enfrentamento do fenômeno é um trabalho difícil e que compor uma prática assistencial em rede ainda constitui-se um desafio a ser superado pelas gerências do setor saúde. A implementação de ações intersetoriais articuladas pressupõe a construção de uma micropolítica própria, articulada pela gerência da saúde a nível central (SMS), e

fundamentada em um processo de corresponsabilização pelas tomadas de decisão entre os setores.

O trabalho em rede envolve diversas tensões que devem ser superadas, a iniciar pelas diferentes definições e enquadres dados ao problema, tais como as instituições que trabalham com violência contra a mulher, com violência doméstica, com violência intrafamiliar, com violência sexual ou com violência de gênero. Outra questão se refere à instabilidade da rede dada no intenso movimento de fechamentos e aberturas de serviços, em boa parte devido ao fato de que o direcionamento das políticas públicas acaba sendo transformado a cada novo governo, o que compromete a consolidação e adensamento da rede (D'OLIVEIRA et al., 2009b).

As lacunas na rede de atendimento favorecem a denominada “Rota Crítica”, processo que se refere à situação na qual as mulheres fazem uma trajetória de idas e vindas a serviços, repetindo os mesmos caminhos diversas vezes, sem resultar em mudanças, gerando desgaste emocional e uma mais uma forma de violência, fazendo com que acabem desistindo da busca pela atenção (MENEGHEL et al., 2011).

A construção de redes de serviços para o enfrentamento à violência contra as mulheres se constitui em uma das estratégias mais relevantes para fornecer condições de resolução e não revitimização da mulher, como ainda acontece (LIMA, DESLANDES, 2014). A constituição da rede deve ser precedida pela identificação das instituições locais que compõem a rede intra e intersetorial. Esse mapeamento facilita o reconhecimento mútuo dos diferentes serviços da rede por parte de seus respectivos profissionais, bem como propicia a atenção às mulheres, para que possam viabilizar suas necessidades. O conhecimento dos recursos já pode transformar o contexto de isolamento das ações, evidenciando, concretamente, o caráter coletivo do problema (D'OLIVEIRA et al., 2009b). Desse modo, o trabalho em rede implica na apreensão do trabalho do outro e do próprio trabalho para a interação e diálogo entre as ações.

O Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, reconhecendo essa necessidade, recomenda ações alicerçadas nas premissas da transversalidade, intersetorialidade e capilaridade. A transversalidade visa garantir que a questão da violência contra a mulher perpassa as mais diversas políticas públicas setoriais. A intersetorialidade, por sua vez, compreende ações envolvendo parcerias entre organismos setoriais e atores em cada esfera de governo (ministérios, secretarias, coordenadorias), bem como implica uma maior articulação entre políticas nacionais e locais em diferentes áreas (saúde, justiça, educação,

trabalho, segurança pública). Por fim, a capilaridade destas ações, programas e políticas leva a proposta de execução da política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres até os níveis locais de governo (BRASIL, 2011e).

Com base nos pressupostos trazidos pelos documentos oficiais, verifica-se o descompasso entre as políticas públicas em vigor e a atenção implementada. A concretização dessas redes representa um desafio a ser superado, o que se confirmou no presente estudo. Dessa forma, a criação de uma rede, por si só, não é suficiente para garantir sua plena efetivação. Há a necessidade de um constante contanto entre as instituições por meio de espaços de discussão, reuniões e fóruns, para a organização dos trabalhos e definição do papel de cada equipamento na rede. Além de esses momentos serem propícios para o compartilhamento de experiências exitosas, para o aprendizado coletivo e para suplantar as dificuldades que se apresentam. Os processos permanentes de avaliação e monitoramento das ações dessa rede também são substanciais para corrigir e aprimorar o seu desempenho.

Suporte para equipe de saúde

O suporte para a equipe de saúde inclui ações voltadas para a capacitação profissional, supervisão da atenção desempenhada, além de iniciativas de apoio aos profissionais que lidam cotidianamente com situações de violência (BRASIL, 2012).

Em Fortaleza, observou-se que essas ações de suporte são quase inexistentes. Aos profissionais não são garantidos apoio, capacitação e ações de supervisão específica para a atenção às violências contra as mulheres, em quase todos os hospitais.

Muitos entrevistados consideraram como suporte a supervisão geral das chefias de determinadas categorias profissionais, o suprimento de insumos e materiais para o trabalho e estudos informais sobre os casos por iniciativa de alguns trabalhadores. Outros referiram que o suporte relacionado a essa demanda ainda não existia em virtude do serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual está em fase de implantação na instituição.

Não tem essa supervisão de jeito nenhum. Se houvesse uma supervisão, vinda do ministério da saúde, da saúde da mulher, houvesse periodicamente uma visita a esses hospitais, cobrando do gestor maior, cobrando do diretor clínico para que ele sentasse com a equipe de profissionais, a coisa seria diferente. (P15)

Nós estamos sem esse suporte. Faz muito tempo que não tem uma reunião. Eu me sinto desprovida de supervisão. (P53)

No serviço de saúde de referência para a atenção às mulheres em situação de violência, os entrevistados postularam informações contraditórias. Os gestores indicaram que são realizadas reuniões, as quais aconteciam uma ou duas vezes por ano, coordenadas por uma comissão responsável pelas questões relativas a esse tipo de atenção e que também é atribuída a este grupo a função de supervisão. Mencionaram que ações de educação permanente da equipe de saúde eram efetivadas periodicamente para dar conta da grande rotatividade dos profissionais no serviço. Como também, reconheceram que a incorporação de uma cultura para o estudo dos casos em sessões que envolvessem toda a equipe multiprofissional ainda não se colocava como realidade local.

Em contrapartida, os profissionais que atuavam no referido hospital expuseram que as ações de suporte eram parcas, pontuais e deficientes; e quando aconteciam eram restritas ao pessoal da gestão, sem a disseminação para os trabalhadores da “ponta”. Alguns profissionais ressaltaram a não continuidade das ações a cada mudança de gestão, fato que desmotivava a equipe e não subsidiava avanços:

O que a gente tem percebido, nesses últimos períodos, tem sido de muito deficiente (...). Cada gestor que chega, muitas vezes, não tem aquela continuidade da rotina de trabalho. Esse acompanhamento torna-se fragmentado, sem muita continuidade, em decorrência dessas mudanças de gestão, que, muitas vezes, são partidos diferentes. Quando eles chegam, eles querem uma marca, inovar e muitas vezes não vê o que já está sendo feito para dar continuidade. Há quebras! Isso desmotiva a equipe! Falta credibilidade em decorrência dessas ações não serem contínuas, sistemáticas. É complicado! (E21)

Há quatro anos a gente tinha mais incentivo. Tinha reuniões mais periódicas, se avaliava as condições para o atendimento. Nós tínhamos um acompanhamento melhor na época. Hoje há uma lacuna na gestão do programa, tanto a nível municipal, como institucional. A gente não tem apoio da Secretaria de Saúde, no sentido de material educativo, de treinamentos, de acompanhar realmente as unidades, fazer com que a rede se interligue, de avaliar os serviços. (P19)

Foi unânime entre os profissionais o discurso que a educação permanente acerca do assunto ainda não era desenvolvida. Estes participantes referiram à necessidade de qualificação de toda a equipe para a atuação frente às mulheres em situação de violência sexual. Outros ainda citaram a ocorrência de algumas capacitações relativas às DST, que abordavam de forma indireta o problema da violência sexual.

Tem que tentar junto com a Secretaria de Saúde, buscar uma qualificação. Não estamos preparados para atender, nos colocamos como hospital de referência ao atendimento a mulher vítima de violência, mas sem referência, sem condições de atendimento. Não adianta eu ter num plantão tem um que está preparado, que sabe orientar direitinho, no outro não ter condição de atender. O ideal era que houvesse uma formação boa, que a gente pudesse envolver todo mundo, a equipe de enfermagem, o serviço social, a psicologia e os médicos. (E8)

Apesar da **necessidade de capacitação** sobre o tema ser assentida pelos gestores de todas as unidades que compuseram o cenário desta pesquisa, o investimento nessas iniciativas, de acordo com os relatos dos profissionais de saúde, ainda apresenta impacto insuficiente para potencializar a qualificação da atenção e para gerar mais segurança nos profissionais no desempenho das práticas direcionadas às mulheres em situação de violência sexual. Ao mesmo tempo em que alguns gestores mencionaram a ocorrência dessas iniciativas, não souberam detalhar como essas capacitações eram realizadas, o público alvo e os conteúdos abordados. Também se percebe que a equipe não era capacitada com um todo e não havia a disseminação do conhecimento.

Outro aspecto observado refere-se ao **caráter descontínuo das ações de capacitações** nesse âmbito, que dependem da priorização dada pela gestão municipal para a questão. A descontinuidade de ações entre as gestões impede avanços no contexto da atenção às violências sexuais, tendo em vista que não há a consolidação de práticas, que, quase sempre, são modificadas ou, até mesmo, *começa tudo do zero* a cada mudança de gestão.

Isso se traduz na interrupção de iniciativas, projetos, programas e obras, mudanças de prioridades e engavetamento de planos futuros, sempre em função de um viés político, desprezando-se considerações sobre possíveis qualidades ou méritos que tenham as ações que vinham sendo implementadas. Em detrimento disso, tem-se o desperdício de recursos públicos, a perda de memória e saber institucional, o desânimo das equipes envolvidas e um

aumento da tensão entre técnicos estáveis e gestores que vêm e vão em razão das eleições (NOGUEIRA, 2006). Nessa linha, a descontinuidade administrativa constitui-se em um entrave ao desenvolvimento de políticas públicas e ao fortalecimento das ações no âmbito da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.

As políticas públicas e normatizações que versam sobre o problema postulam que a capacitação constante dos recursos humanos que operacionalizam as ações é uma estratégia elementar para a implementação do que está preconizado (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011e; BRASIL, 2012). Para isso, as Secretarias devem assumir este papel, e planos de capacitação profissional devem ser incorporados nos programas de gestão.

Vale referir que a gestão institucional de cada unidade hospitalar, em parceria com a SMS, é responsável em prover sua força de trabalho de conhecimentos científicos e instrumentais, de modo permanente, haja vista as modalidades de contratualização, renovação, absenteísmo e a precarização dos vínculos profissionais que tem caracterizado o setor saúde do município de Fortaleza.

A educação permanente dos profissionais que participam das equipes é defendida como uma ferramenta elementar para a melhoria do acolhimento e da atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços (GARCÍA-MORENO et al., 2015; STEWART et al., 2015). A falta de informação sobre a legislação, as políticas e as normatizações impõe obstáculos nesse processo, prejudicando a qualidade da atenção. Principalmente nos serviços hospitalares, onde a maioria dos profissionais trabalha em regime de plantão e inexistente uma equipe específica para atender a essa demanda, é primordial que as capacitações alcancem toda a equipe. Isso proporciona um alinhamento das orientações e condutas, evitando a fragmentação e descontinuidade das práticas assistenciais.

Dessa forma, a formação de prestadores de cuidados de saúde é central para qualquer estratégia de enfrentamento à violência. Bedone e Faúndes (2007) enfatizam que quanto mais profissionais estiverem capacitados para este tipo de abordagem, melhores serão as condições de se oferecer uma atenção digna e desburocratizada. Esses autores ainda postulam que todos os profissionais devem ser igualmente capacitados e motivados a se sentirem peças importantes dentro da equipe; e que as percepções das diferentes categorias contribuem para a melhor qualificação de cada um.

Nessa perspectiva, a educação permanente é um mecanismo de troca mútua de conhecimento, objetivando o contínuo aprimoramento da equipe em sua totalidade. Também

se configura em um espaço para reflexão e crescimento coletivo, fortalecendo as relações interpessoais e proporcionando maior integração da equipe, tendo o potencial para transformar práticas e modificar o cenário de ações improvisadas e assistemáticas.

Importante frisar que para se afastar uma atenção puramente técnica e descontextualizada, os processos de educação permanente não devem se limitar aos aspectos técnicos e a uma aproximação conceitual da violência. Torna-se primordial que a abordagem seja desencadeada a partir da reflexão das vivências e crenças dos participantes no contato com as mulheres em situação de violência, tomando como objeto os dilemas, os elementos subjetivos e éticos que permeiam a definição das ações a serem tomadas (BERGER, 2011; MOREIRA et al., 2014). A articulação com centros de formação e pesquisa, e a participação de representantes da comunidade nesses espaços também são estratégias exitosas para alcançar melhores resultados na educação profissional para atenção em saúde aos casos de violência (BERGER, 2011).

Acrescenta-se que os programas de educação permanente necessitam ser avaliados sistematicamente, averiguando o alcance da formação, a metodologia empregada, a forma de explanação e envolvimento dos que estão sendo capacitados, bem como o monitoramento de transformação de realidades. Para Berger (2011), a não incorporação de uma supervisão continuada implica falhas ao modelo de capacitação. Dessa maneira, a gestão precisa participar ativamente desse processo, reconhecendo que a prática clínica é influenciada pela política institucional vigente.

Aspecto que não pode ser negligenciado é, também, a necessidade de constante suporte psicológico às equipes envolvidas com essa atenção. A violência sexual contra as mulheres é um problema complexo que envolve muitos valores e que aflora diferentes sentimentos como angústia, raiva, impotência, entre outros, nos profissionais de saúde. **A mobilização emocional envolvida na atuação** revela que o fenômeno é difícil e penoso não somente para as usuárias, mas também para os profissionais de saúde. Os profissionais relataram que o trabalho com essas usuárias requer um grande equilíbrio emocional, uma vez que as mulheres apresentam-se muito fragilizadas, não só fisicamente, mas, principalmente, psicologicamente. Essas situações são sentidas por eles como geradoras de desgaste emocional:

O que é que eu sinto há oito anos aqui? Que quando a gente fala de violência os profissionais, todos, passam para o outro. “Aí eu não dou conta disso”. “Violência, eu não tenho esse perfil”. Desde o serviço

social ao médico, nem todos se disponibilizam (...). Lidar com a violência tem validade, no máximo cinco anos, por que a gente recebe muito sofrimento. A vítima descreve tudo o que passou. É muito sofrimento para o profissional de saúde está ressignificando também. A neutralidade não existe. Eu lidava com a história do aborto legal e não tem como a gente não ver o sofrimento daquela mulher, quando ela faz a opção; por mais que a gente se coloque nesse lugar de cuidador, de neutralidade. Eu digo que eu estou precisando também de um descanso, é um sofrimento muito grande. Cuidar do cuidador praticamente não existe, para diminuir o estresse, repensar sua prática. Cuidar do sofrimento do cuidador que lida com a violência não existe. (P19)

O depoimento apresentado evidencia o sofrimento que contorna os profissionais que trabalham com a questão. A mobilização emocional diante da atenção à violência sexual desencadeia uma multiplicidade de sentimentos e raramente as instituições conseguem oferecer acolhimento adequado aos cuidadores, gerando impactos emocionais significantes para eles e, por consequência, na rotina de trabalho. Pode-se perceber que muitos profissionais se eximem do envolvimento com esse tipo de atenção como forma de blindar o sofrimento imbricado nas situações. Além disso, inexitem iniciativas institucionais para minimizar essa questão.

Neste cenário, atitudes de resistência ou negação de envolvimento com a situação podem eclodir. Tal postura pode representar uma estratégia para o profissional se proteger de uma situação que também o agride, principalmente caso ele tenha vivenciado a violência em sua vida particular (VIEIRA, PADOIN, LANDERDAHL, 2009; BERGER, 2011). Dessa particularidade decorre que não é qualquer profissional que tem condições, em termos emocionais e de sensibilização para atender mulheres violentadas sexualmente.

Tal contexto é agravado pela ausência de espaços para o acolhimento desses sentidos entre os pares. As unidades de saúde não estão estruturadas na lógica institucional de cuidado ao cuidador, “abandonando-os” à ressignificação emocional solitária. Essas invisibilidades negam a integralidade na organização dos serviços, tanto para quem atua, como para quem é assistido (PEDROSA, SPINK, 2011). Neste sentido, o compromisso institucional com relação à priorização do tema, o incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional e à criação de espaços de diálogo e acolhimento para os profissionais se mostra fundamental para ampliar a capacidade com relação ao manejo dos casos.

Ficou evidente nesta pesquisa a necessidade de se considerar os fatores emocionais não só das mulheres, mas também dos profissionais, na elaboração de ações propositivas para a atuação frente à violência sexual contra as mulheres. Atividades que propiciem especial atenção ao cuidador devem ser aplicadas, tendo em vista que os profissionais também requerem atenção para suplantar situações traumáticas. Nesse trajeto de argumentação, Pedrosa e Spink (2011) recomendam que as ações de saúde devem ser pensadas na dialogia profissional-usuário. Para isso, processos de supervisão e grupos de reflexão são relevantes e funcionam como válvulas de escape ao estresse emocional, favorecendo a superação de dificuldades e resistências.

Por fim, salienta-se que, além da oferta de capacitações e discussões interdisciplinares, o acompanhamento e a supervisão das ações são importantes para fortalecer a resposta do sistema de saúde ao problema. A supervisão é um componente essencial da gestão que garante a qualidade da atividade e ao mesmo tempo possibilita atuar sobre os desgastes e sofrimentos dos profissionais, proporcionando suporte para que eles se sintam aptos e seguros para prestarem uma atenção de qualidade às mulheres em situação de violência sexual.

5.3 Compilação das potencialidades e desafios da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual

Esta pesquisa constata diversos desafios na implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual na rede hospitalar do município de Fortaleza, Ceará. Apesar das dificuldades se sobressaírem, é válido reconhecer as potencialidades que se mostram para efetiva incorporação dos parâmetros sugeridos pela Norma Técnica:

- A maioria dos entrevistados percebe a violência sexual como um fenômeno que acarreta sérias implicações para a saúde das mulheres, considerando um problema de escopo e atuação do setor saúde.
- Muitos participantes admitem que as limitações dessa atenção, tanto de cunho pessoal como de caráter institucional e de gestão, precisam ser superadas. Esse reconhecimento é salutar, pois sinaliza abertura e interesse para transformações nas práticas assistenciais.
- Há o reconhecimento que o enfrentamento da violência sexual requer uma atuação integrada com outros setores sociais e o desenvolvimento de um trabalho em rede.
- Evidencia-se esforços da gestão e dos profissionais da unidade de saúde para atenção às violências sexuais relativos à implementação das intervenções propostas pela Norma Técnica e ao atendimento das necessidades das mulheres em todas suas perspectivas.

Por outro lado, muitos obstáculos se apresentam nas ações gerenciais e no processo de trabalho em saúde para efetiva implementação das intervenções. A exposição desses impedimentos e fragilidades tem o intuito de indicar os caminhos para a correção de rumos e, conseqüente, qualificação da atenção:

- Observa-se lacunas na formação dos profissionais para a atuação junto às mulheres em situação de violência sexual, decorrente da tímida abordagem do tema durante a graduação dos cursos da área da saúde. Bem como as iniciativas de capacitações sobre a questão oferecidas pelas instituições de saúde são parcas, pontuais e de caráter não permanente, o que impossibilita sua função principal que é a transformação de práticas e realidades.
- A atuação de alguns profissionais de saúde ainda é guiada por estereótipos de gênero, o que impede uma atenção desprovida de preconceitos e juízos de valor. Isso, aliado a

falta de estrutura física e de um local adequado para assistência nas instituições, expõe às mulheres a outras expressões de violência como a institucional.

- O acolhimento das mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde é fortemente marcado pela perspectiva biomédica, que valoriza as intervenções sobre os aspectos físicos, desconsiderando o contexto da violência sexual e suas repercussões em todas as esferas.
- Verifica-se a precariedade da incorporação e utilização de fluxos e protocolos para a instrumentação dos profissionais de saúde na condução dos casos de violência sexual, os quais eram utilizados em apenas uma unidade de saúde; o que gera insegurança e ações pautadas na sensibilização pessoal do trabalhador.
- Os registros são direcionados as informações de cunho técnico e dos procedimentos realizados, sendo insuficientes os registros dos dados relacionados ao contexto da violência. Também verificou-se a ausência de coleta de vestígios da violência sexual nos serviços investigados.
- Há dificuldades para a efetivação da notificação compulsória da violência sexual contra a mulher, substancialmente nos serviços de saúde direcionados à área de traumatologia-ortopedia. Bem como, ocorre o desconhecimento do fluxo dessa notificação por grande parte dos profissionais de saúde.
- A avaliação de risco voltada para a identificação de contextos que colocam a mulher em situação de vulnerabilidade não é empreendida nesta perspectiva. Essa avaliação é compreendida pela maioria dos participantes como a classificação de risco, desenvolvida na triagem das emergências. Deduz-se que os profissionais de saúde atuam em um contexto de racionalidade biomédica, que não garante uma atenção estruturada na integralidade do cuidado.
- A oferta da anticoncepção de emergência e profilaxias para DST e Aids; bem como os aconselhamentos relativos a essas profilaxias não fazem parte da rotina dos serviços de saúde e, em sua maioria, está restrita a um único serviço hospitalar. E o seguimento das mulheres em situação de violência sexual não é assegurado por quase todas as unidades.
- Evidencia-se a invisibilidade da atuação voltada para mulheres que fazem sexo com mulheres e atenção ao autor de violência. Esses aspectos incorporados na última

versão da Norma Técnica ainda não integram o contexto da atenção às violências sexuais e os profissionais não se sentem aptos para tais atuações.

- Notadamente, há insuficiência de serviços de referência para o aborto previsto em lei no município. Bem como, muitos obstáculos se apresentam para a garantia desse procedimento às mulheres que engravidam em decorrência de uma violência sexual na unidade de saúde que realiza o aborto legal.
- As redes intrasetorial e interssetorial de atendimento às mulheres em situação de violência sexual em Fortaleza apresentam diversas fragilidades como: a desarticulação e não comunicação entre os serviços; desenvolvimento de ações isoladas e de cunho pessoal; estabelecimento de vínculos informais entre as instituições; ausência de fluxos que direcionem os encaminhamentos; falta de sistemas de referência e contrarreferência organizados; desconhecimento acerca do gerenciamento e monitoramento das redes por gestores e profissionais de saúde. Esses limites da atuação em rede são citados como elementos que restringem a prática assistencial dos profissionais de saúde, os quais convivem com demandas que não conseguem atender, não contribuindo para o enfrentamento do problema.
- Evidencia-se que a inexistência de suporte institucional para educação permanente, atividades de avaliação e supervisão nas unidades de saúde. Fato que culmina no não estímulo dos trabalhadores para se envolverem com esse tipo de atenção e não favorece a implementação da intervenção baseada em estratégias e ações bem-sucedidas.
- As capacitações ofertadas pelos serviços parecem insuficientes, considerando a complexidade dos conteúdos ligados à violência, que não se esgotam em abordagens teóricas. O caráter não sistemático dessas iniciativas não acompanha as atualizações de normas, legislações e portarias ministeriais; além das dinâmicas dos serviços quanto à rotatividade de profissionais.
- As gestões das instituições de saúde municipais, de nível secundário e terciário, ainda estão iniciando o processo de produção da informação e instrumentos sobre a violência sexual contra as mulheres e o monitoramento das ações de atenção voltadas ao problema; o que indica a tímida aproximação da gestão local com as políticas públicas que norteiam essa atenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual no município de Fortaleza, Ceará, a partir da compreensão do contexto em que se desenvolve essa atenção; da avaliação da incorporação dos parâmetros sugeridos na Norma Técnica; e da identificação dos fatores facilitadores e dificuldades vivenciadas por gestores e profissionais nesse tipo de atenção. Para esta análise, consideraram-se as ações desempenhadas por gestores e profissionais de saúde que lidam com essas mulheres nos serviços que compõem a rede hospitalar municipal.

Apesar de algumas iniciativas que apontam para avanços da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, identificaram-se significantes lacunas e descontinuidades nos modelos de atenção e gestão dos serviços. A violência sexual assume uma posição marginal como objeto de intervenção da saúde e, portanto, não é incorporada na construção do processo de trabalho das instituições. A questão é remetida a campos distintos de intervenção, o que implica uma atuação limitada do setor.

Alude-se, dessa forma, a discrepância entre o previsto pelas políticas públicas e normativas governamentais e a realidade da atenção em saúde desempenhada em grande parte das instituições de saúde investigadas. Mesmo com a disposição de alguns serviços de ofertar uma atenção adequada, o cumprimento das recomendações contidas na Norma Técnica ainda é infrequente.

O grande desafio a ser suplantado por gestores e trabalhadores da saúde na construção e na efetivação das políticas públicas, é transpor os preceitos dispostos para o setor saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão nesse âmbito. Os processos de trabalho em saúde, as práticas empreendidas e as normativas oficiais seguem rumos diferenciados, com aproximações e distanciamentos.

Nessa perspectiva, as práticas de saúde direcionadas aos casos de violência sexual contra as mulheres demandam um novo modelo institucional, que extrapole as iniciativas individuais, capaz de oferecer uma atenção integral a essas mulheres, por meio da oferta de ambientes mais acolhedores e da construção de protocolos dirigidos à garantia de direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva.

A constatação dessa realidade justifica a análise proposta pelo presente estudo, tendo em vista que o reconhecimento das dificuldades pressiona por avanços e possibilita mudanças qualitativas nos processos de trabalho em saúde. Para isso, lançam-se como recomendações:

- As fragilidades relativas à qualificação dos profissionais de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual apontam para a necessidade de inclusão desse tema na formação profissional. Neste contexto, uma medida prioritária refere-se à integração, de fato, dos referenciais das ciências humanas e sociais nas matrizes curriculares dos cursos da saúde, para viabilizar um entendimento crítico sobre o fenômeno, o que contribui para alavancar intervenções diferenciadas.
- Também há necessidade de investimento e ampliação de processos de capacitações e atualizações das equipes de saúde nos serviços. Tais abordagens exigem um trabalho contínuo, sistemático e participativo, em sintonia com a dinâmica dos atendimentos, e que propiciem aos profissionais reflexões e discussões sistemáticas, na busca de resoluções de impasses, que alcancem mudanças paradigmáticas.
- Sugere-se a incorporação de fluxos e protocolos, envolvendo todos os níveis de atenção e os diferentes grupos vulneráveis; investimento na produção de materiais educativos dirigidos à instrumentação dos profissionais; ampliação da oferta e aconselhamento referentes à anticoncepção de emergência e profilaxias para DST; abertura para o diálogo com outras áreas de políticas públicas; e divulgação acerca dos dispositivos legais e da rede de serviços.
- Para que as mulheres tenham acesso ao aborto previsto em lei, deve haver disponibilidade de serviços e equipes de saúde que assegurem esse direito, além de respeito pelas escolhas reprodutivas das mulheres.
- É necessário um esforço permanente de promover a integração e articulação dos serviços e instituições de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, por meio da implantação e fortalecimento da rede de atendimento. A articulação das unidades de saúde com DEAM, IML, centros de referências, casas-abrigo, atendimento telefônico (disque), escolas, entre outras, deve ser reforçada. Os espaços de diálogo, pactuações e ações conjuntas são necessários e precisam ser de caráter permanente a fim de planejar as ações continuadas e integrais para as mulheres em situação de violência. Desse modo, a interlocução entre os setores para a construção da integralidade requer a superação do mero encaminhamento das usuárias; bem como suplica o comprometimento e o planejamento político em nível local, a partir de uma gestão que valorize a articulação intra e intersetorial.

- Atividades sistemáticas avaliação devem ser concebidas como estratégias fundamentais para o fortalecimento dos serviços, pela possibilidade de mudanças e aperfeiçoamento das ações.
- A participação das organizações e movimentos de mulheres no planejamento das ações pode aumentar a consciência sobre a violência e os serviços disponíveis, além de impulsionar a vocalização das demandas da população feminina, constituindo-se em um recurso valioso para a consolidação das intervenções no âmbito do setor saúde.
- Torna-se ainda importante que a gestão tenha disponibilidade e abertura para ouvir o cliente interno, representado pelas categorias profissionais, através da criação de espaços para reflexão sobre crenças e valores, e desconstrução de um modelo crítico e julgador de atuação profissional. Esses momentos são fundamentais para o acolhimento dos sentimentos dos trabalhadores em relação à atenção, favorecendo a transposição de dificuldades e resistências. A organização desses espaços viabiliza o empoderamento dos operadores das intervenções.

Vale ressaltar que o empreendimento desta pesquisa possibilitou desdobramentos com impactos positivos para a transformação de práticas e correção de rumos, chamando para a discussão as instituições e atores envolvidos com atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual no município de Fortaleza.

Conhecer e aprofundar a visão e a experiência dos gestores e profissionais de saúde por meio das entrevistas individuais iniciou um processo de mobilização para a atuação frente ao problema. Expondo suas vivências práticas e dificuldades e assumindo seus limites pessoais (medos, preconceitos, conhecimentos), os participantes despertaram para a necessidade de uma atenção mais resolutiva a essas mulheres e para a busca por articulações intrasetoriais e capacitações sobre o assunto.

No processo de devolução dos resultados da pesquisa multicêntrica, realizou-se o I Seminário de pactuação da rede de atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual do município de Fortaleza, empreendido pela parceria estabelecida entre a UFRJ, a UNIFOR e a SMS de Fortaleza. Considerando a relevância de dar visibilidade e ampliar o debate sobre o tema, como também de contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde e para o redirecionamento das ações nesse âmbito; este evento teve como objetivo divulgar os resultados do estudo, além de formular o fluxo de atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual do município de Fortaleza (Anexo II).

O Seminário contou com a participação de diretores executivos, técnicos e clínicos, e de representantes das coordenações dos setores de serviço social, psicologia, enfermagem, obstetrícia e epidemiologia das seguintes unidades de saúde: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann e Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Participaram também os representantes das coordenações de saúde de todas as Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza, e da Coordenadoria de Políticas para as Mulheres da Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos. Ao total, o evento contou com a participação de 52 gestores.

A elaboração do fluxo municipal foi uma construção coletiva, em que experiências e práticas foram compartilhadas, possibilitando o mapeamento das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde e a pactuação do fluxo de uma rede de atendimento que permita às mulheres uma atenção qualificada em nível municipal.

Também foi desenvolvido o aplicativo Enfrentamento à violência sexual EVISU (Plataforma IOS - versões do IOS 8 ou posteriores) (Figura 3) pela equipe de pesquisadores, em parceria com os alunos dos cursos de graduação em Informática, Engenharia de Sistemas e Comunicação Social da UNIFOR, envolvendo o Núcleo Integrado de Comunicação (NIC) e o Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) da UNIFOR.

A criação deste dispositivo teve como finalidade fornecer informações sobre o enfrentamento à violência sexual contra as mulheres, contribuindo para a formação e qualificação profissional, bem como para a visibilidade sobre o tema. A divulgação do EVISU está sendo feita através das mídias institucionais, das mídias feministas, da imprensa em geral e das redes sociais.

Os resultados da pesquisa multicêntrica impulsionaram a elaboração de outro projeto de pesquisa intitulado “Análise comparativa da abordagem às violências sexuais contra a mulher na formação profissional na área da saúde em duas universidades brasileiras”, o qual foi submetido e está sendo julgado pelo Edital Universal do CNPq 01/2016. Em virtude da questão da formação dos profissionais ter sido bastante ressaltada e discutida neste estudo, a equipe de pesquisadores sentiu a necessidade de aprofundamento em relação a esse aspecto.

Acrescenta-se ainda que a defesa pública deste trabalho de tese integrará a programação do Seminário “Mulher: Relações de gênero, mulheres e violência”, visando

ampliar a visibilidade do problema, socializar publicamente os resultados da pesquisa, pois além de delinear escopos teóricos e metodológicos, firma-se o compromisso ético e social.

Por fim, espera-se que as potencialidades e limites evidenciados colaborem para o engajamento informado e crítico dos atores do setor saúde no enfrentamento à violência sexual contra as mulheres. Considera-se que muitas das evidências e recomendações demarcadas já estão previstas nas políticas públicas do SUS e fazem parte do atual debate em torno das mudanças na prática assistencial relativas às questões de violência. Ainda agrega-se que mudanças na realidade verificada podem já ter ocorrido, do período da coleta de dados para o atual momento, em virtude do contexto dinâmico do processo de trabalho em saúde.

Figura 3. Aplicativo de Enfrentamento à violência sexual EVISU, 2014.



7 REFERÊNCIAS

ABRAHAMS, N.; JEWKES, R. Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: a South African qualitative study. **Culture Health & Sexuality**, v. 2, n. 5, p. 471-484, 2010.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.

ALCARAZ, C. L. et al. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 217-226, 2014.

ALLEN, N. E. et al. Promoting systems change in the health care response to domestic violence. **Journal of Community Psychology**, v. 35, n. 1, p. 103-120, 2007.

ALMEIDA, L. R. et al. A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 35, n. 90, p. 396-404, 2011.

ALMEIDA, S. S. Essa violência mal-dita. In: ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 18, n. 48, p.47-59, 2014.

ANDALAF NETO, J. et al. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**, v. 40, n. 6, p. 301-306, 2012.

ANTAI, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **BMC Public Health**, v. 11, n. 511, 2011.

ARAUJO, L. M.; PENNA, L. H. G. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 1, p. 134-138, 2014.

ARAUJO, M. F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 38, p. 805-818, 2011.

ARILHA, M. **O masculino em conferências e programas das Nações Unidas**: para uma crítica do discurso de gênero. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2005.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. 3ª ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001a.

ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001b.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 5, Supl 1, p. 28-42, 2002.

BABU, B. V.; KAR, S. K. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. **BMC Public Health**, v. 9, n. 129, 2009.

BANDEIRA, L. Três décadas de resistência feminina contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**, v. 24, n. 2, p. 401-438, 2009.

BANDEIRA, L. A violência doméstica: uma fratura social nas relações vivenciadas entre homens e mulheres. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições SESC SP; 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARROS, L. A. et al. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 193-200, 2015.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência da vida**. 2ª ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.

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

BERGER, S. M. D. Violência entre Parceiros Íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 526-534, 2011.

BIJOS, L. Violência de gênero: crimes contra a mulher. **Contexto & Educação**, ano 19, n. 71/72, p. 111-128, 2004.

BISPO, C. D. B.; SOUZA, V. L. C. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 19-30, 2007.

BISPO, T. C. F.; ALMEIDA, L. C. G.; DINIZ, N. M. F. Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 11-18, 2007.

BONFIM, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.

BOSI, M. L. M. et al. Aborto provocado: o ponto de vista de acadêmicos de medicina de uma universidade pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 41-54, 2000.

BOTT, S. et al. **Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002, 158p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em 05 de novembro de 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 de outubro de 2014.

_____. **Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995**. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19099.htm>. Acesso em: 16 de outubro de 2014.

_____. **Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996**. Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/112212/decreto-1973-96>>. Acesso em: 09 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003 Disponível em: <http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/09_LEI_DE_NOTIFICACAO_VIOLENCIA.PDF>. Acesso em: 14 de maio de 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004a.

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

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.508/GM de 1º de setembro de 2005**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha**: lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Departamento de Apoio à Gestão Participativa/ Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Lei nº 12.015, de 7 de Agosto de 2009**. 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 revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em: 09 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA**: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência**

sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Tráfico de Mulheres: Política Nacional de Enfrentamento.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011c.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011d.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2013a.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 528, de 1 de abril de 2013**. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html>. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

_____. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Presidência da República, 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm>. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2013-2015. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013d.

_____. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito: Relatório Final**. Brasília: Senado Federal, 2013e.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação de agravos de notificação – SINAN**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 05 de maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015.

BREIDING, M. J. et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization - national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. **MMWR Surveill Summ.**, v. 63, n. 8, p. 01-18, 2014.

CÁCERES, C. F. Assessing young people's non-consensual sexual experiences: lessons from Peru. In: JEJEEBHOY, S. J.; SHAH, I.; THAPA, S. (Eds.). **Sex without consent**. Young people in developing countries. Londres, Reino Unido: Zed Books, 2005.

CALVO, G. G.; CAMACHO, B. R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. **Enfermería Global**, n. 33, p. 424-439, 2014.

CAMPOS, M. A. M. R. et al. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 101-109, 2005.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, Suppl 2, p. 220-230, 2004.

CAVALCANTI, L. F. Prevenção da violência sexual e avaliação dos programas de saúde: tendências atuais. In: ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

CAVALCANTI, L. F. et al. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 1079-1091, 2015.

CAVALCANTI, L. F.; FLACH, R. M. D.; FARIAS, R. S. Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Revista Praia Vermelha**, v. 20, n.1, p. 143-156, 2010.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 31-39, 2006.

CENTRO DE PESQUISAS MATERNO-INFANTIS DE CAMPINAS - CEMICAMP. **Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil: módulo quantitativo: relatório final**. Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/Perfil_do_atendimento_a_mulheres_que_sofrem_viol%C3%Aancia_sexual_-_m%C3%B3dulo_quantitativo.pdf>. Acesso em: 19 agosto 2015.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, Suppl 2, p. 559-570, 1996.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

CONTRERAS, J. M. et al. **Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários**. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DINIZ, D. Violência sexual e saúde. Posfácio. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 477-478, 2007.

DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013.

DINIZ, D. et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 2, p. 291-298, 2014.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 299-310, 2009a.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009b.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

DREZETT, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 2, n. 1, p. 36-50, 2003.

DREZETT, J. Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, n. 17, 2005.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, 2012.

FAÚNDES, 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. 126-135, 2006.

FAÚNDES, A.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. **Int J Obstet Gynecol.**, v. 123, Supl. 3, S57-S59, 2013.

FELICIANO, K. V. O. Abordagem qualitativa na avaliação em saúde. In: In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FEMENÍAS, M. L. Esboço de um feminismo Latino-Americano. **Rev. Estud Fem.**, v. 15, n. 1, p. 11-25, 2007.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, 2011.

FERREIRA, A. L.; SOUZA, E. R. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 28-38, 2008.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Orgs). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FIGUEIRÓ, A. C.; THULER, L. C.; DIAS, A. L. F. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. organizadores. **Meta-avaliação da atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FONSECA, A. M. et al. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 743-749, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Protocolo do atendimento às mulheres e adolescentes vítimas e em situação de violência doméstica e sexual**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2012. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/131289352/Hospital-Da-Mulher-Livro-Procedimentos-Web#scribd>>. Acesso em: 15 janeiro 2015.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. **Coordenadoria Especial de Políticas para as Mulheres**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/mulheres>>. Acesso em: 29 de maio de 2015a.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. **Regionais**. Disponível em: <<http://fortaleza.ce.gov.br/regionais>>. Acesso em: 19 de novembro de 2014.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. **Hospitais Municipais**. Disponível em: <<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/hospitais-municipais>>. Acesso em: 01 de junho de 2015b.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, 2014. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2014.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linhacuidadointegralconceitocomofazer.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2014.

FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I. et al. Disparities in health-related quality of life: a comparison of lesbians and bisexual women. **Am J Public Health**, v. 100, n. 11, p. 2255-2261, 2010.

FREITAS, W. M. F.; OLIVEIRA, M. H. B.; SILVA, A. T. M. C. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 457-466, 2013.

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, 2008.

GARCIA-MORENO, C. et al. **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la muer y violència doméstica contra la mujer**: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.

GARCÍA-MORENO, C. et al. Addressing violence against women: a call to action. **The Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1685-1695, 2015a.

GARCÍA-MORENO, C. et al. The health-systems response to violence against women. **The Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1567-1579, 2015b.

GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, Sup, p. S81-S89, 2012.

GOMES, M. L. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, supl.1, p. S27-S34, 2006.

GOMES, N. P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 504-508, 2007.

GOMES, N. P. et al. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev. Enferm UERJ**, v. 22, n. 4, p. 477-481, 2014.

GOMES, R. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs). **Violência sob o olhar da saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

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

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR, K. R. Os sofreadores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 797-815, 2009.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 625-631, 2009.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, Esp. 2, p. 1731-1735, 2011.

HAMBERGER, K. Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based Intimate partner violence curriculum and evaluation. **Trauma Violence Abuse**, v. 8, n. 2, p. 214-225, 2007.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência situação de violência. **Estudos Feministas**, v. 18, n. 1, p. 3360, 2010.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.

HEBLING, S. R. F. et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1067-1078, 2007.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Tradução técnica Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ – IPECE. **Desenvolvimento Humano e Social**. 2012. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ceara_em_numeros/2012/social/02_002_indices_d_ensenvolvimento.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ – IPECE. **Mapa das Regionais de Fortaleza**. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/pdf/Mapa_Regionais_Fortaleza.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

IPAS/BRASIL - MOTA, A.; ADESSE, L.; CASTRO, P. **Indicadores para avaliação e monitoramento do atendimento a adolescentes em situação de violência sexual**. IPAS/BRASIL, 2009.

JEWKES, R.; SEN, P.; GARCÍA-MORENO, C. Sexual violence. In: Krug, E. G. et al. (Eds.) **World report on violence and health**. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2002.

JEWKES, R.; DARTNALL, L. Sexual violence. In: HEGGENHOUGEN, K.; QUAH, S. (Eds). **International encyclopedia of public health**, v. 5. San Diego: Academia Press, 2008.

JINA, R.; THOMAS, L.S. Health consequences of sexual violence against women. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 27, p. 15-26, 2013.

KAWSAR, M. et al. Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic. **Sex Transm Infect.**, v. 80, n. 2, p. 138-141, 2004.

KING, M. et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 70, 2008.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011.

KRAUSE, W.; BASTOS, A. As Normas Técnicas em benefício das melhores práticas. **Mundo Project Management**, v. 5, n. 25, 2009.

LIMA, C. A. **Redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual**: análise do caso de Campo Grande/Mato Grosso do Sul a partir das representações sociais de seus gestores. 2014. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, C. A.; DESLANDES, S. F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p. 787-800, 2014.

LIMA, D. C.; BÜCHELE, F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 721-743, 2011.

LIMA, D. C.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D. A. Homens, Gênero e Violência Contra a Mulher. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 2, p. 661-673, 2015.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

MARQUES, A. M.; OLIVEIRA, J. M.; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2037-2047, 2013.

MCFARLANE, J. et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. **Obstet Gynecol.**, v. 105, n. 1, p. 99-108, 2005.

MEDRADO, B.; LYRA, J. **Nos homens, a violência de gênero**. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – Plano Nacional. Brasília, 2003.

MELO FILHO, E. M. Q. B. **Avaliação do grau de implantação do pré-natal de alto risco de um hospital escola de Pernambuco, Brasil**. [dissertação de mestrado]. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, 2009.

MENDES, C. H. F. Violência contra a mulher e políticas públicas no setor saúde. In: ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

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**, v. 27, n. 4, p. 743-752, 2011.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos** – Abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Auroca, 2009.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde** – Enfoques emergentes. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013a.

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

MINAYO, M. C. S.; LIMA, C. A. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: NJAINE, K. et al. (Org). **Impactos da violência na saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

MOHAMMED, G. F.; HASHISH, R. K. H. Sexual violence against females and its impact on their sexual function. **Egyptian Journal of Forensic Sciences**, v. 5, n. 3, p. 96-102, 2015.

MOORE, A. M. Gender role beliefs at sexual debut: Qualitative evidence from two Brazilian cities. **International Family Planning Perspectives**, v. 32, n. 1, p. 45-51, 2006.

MOORE, A. R. Types of Violence against Women and Factors Influencing Intimate Partner Violence in Togo (West Africa). **J Fam Viol**, v. 23, p. 777-783, 2008.

MORAES, A. F.; RIBEIRO, L. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a “responsabilização” dos “homens autores de violência”. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 11, p. 37-58, 2012.

MORAES, S. D. T. A. et al. Violência doméstica e sexual em mulheres e suas repercussões na fase do climatério. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 253-258, 2012.

MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

MORGADO, R. Palmada de amor... dói. In: ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

NASCIMENTO, E. F. G. A.; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1229-1238, 2014.

NJAINÉ, K.; SOUZA, E. R. Informação e comunicação sobre violência: instrumentos para a cidadania. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 269-282.

NOGUEIRA, F. A. **Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais: fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos**. [dissertação de mestrado]. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2006.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3. p. 376-382, 2005.

OLIVEIRA, E. M. Violência sexual e saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 455-458, 2007.

ONONGE, S. et al. Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda. **Afr Health Sci.**, v. 5, n. 1, p. 50-54, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – UNESCO. **Juventudes e Sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra; 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Indepth study on all forms of violence against women**. New York, 2006. Disponível em: <<http://daccess-ods.un.org/TMP/8874883.html>>. Acesso em: 20 de fevereiro 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia sexual**. Washington, DC: OPS, 2013.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 351-358, 2012.

OYUNBILEG, S. et al. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence among Mongolian Women. **Journal of Women's Health**, v. 18, n. 11, 2009.

PABON, H. **Evaluación de Servicios de Salud**. Cali: XYZ Editora, 1985.

PACHECO, E. C. B. et al. Atendimento integrado às vítimas de crime sexual: programa bem-quer. **Femina**, v. 32, n. 6, p. 463-466, 2004.

PARENTE, E. O.; NASCIMENTO, R. O.; VIEIRA, L. J. E. S. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher por um grupo de mulheres após denúncia. **Estudos Feministas**, v. 17, n. 2, p. 445-465, 2009.

PATELA, A. et al. Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. **Int J Gynecol Obstet.**, v. 123, n. 1, p. 24-28, 2013.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**. The new century text. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saude Soc.**, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

PENNA FIRME, T. **Avaliação em rede**. 2003. Disponível em: <<http://www.rits.org.br>>. Acesso em: 04 de outubro de 2012.

POUGY, L. G. Saúde e violência de gênero. In: ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

PROCÓPIO, E. V. P. et al. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1961-1969, 2014.

RAMOS, C. R. A.; MEDICCI, V. P. G.; PUCCIA, M. I. R. Mulheres vitimadas sexualmente: perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 27, n. 1, p. 22-27, 2009.

REINALDO, A. M. S.; PILLON, S. C. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, esp, p. 529-534, 2008.

ROMITO, P.; GERIN, D. Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. **Social Science & Medicine**, v. 54, p. 1813-1824, 2002.

RÖNDAHL, G.; BRUHNER, E.; LINDHE, J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. **J Adv Nurs**, v. 65, n. 11. p. 2337-2344, 2009.

ROSA, R. et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 14, n. 32, p. 81-90, 2010.

ROVINSKI, S. L. R. **Dano psíquico em mulheres vítimas de violência**. Rio de Janeiro: Lumen, 2004, 271 p.

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, v. 13, n. 4, 1999.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 16, p. 115-136, 2001.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, A. M. R. et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 84-90, 2011.

SANTOS, I. A. Violência de gênero e políticas públicas: os avanços sociais no atendimento das vítimas de violência doméstica em Cuiabá. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2011.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.

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

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. **Violência contra mulheres: interfaces com a saúde**. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revistaensaio1.pdf>>. Acesso em: 15 janeiro 2006.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JUNIOR, I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Supl 1, p. 127-137, 2008.

SCOTT, J. W. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. **The American Historical Review**, v. 91, n. 5, p. 1053-1075, 1986.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES – SPM. **Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM**. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/conselho>>. Acesso em: 11 de novembro de 2014.

SEGURIDAD, JUSTICIA Y PAZ. **Por tercer año consecutivo, San Pedro Sula es la ciudad más violenta del mundo**. Disponível em: <<http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx>>. Acesso em: 17 de novembro de 2014.

SERAPIONI, M.; LOPES, C. M. N.; SILVA, M. G. C. Avaliação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SIGAL, M. P. Bioethics, abortion and public policies in Latin America. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 33, p. 3-13, 2015.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 608-613, 2013.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SILVA, R. S.; BRANDÃO, D. **Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil**. São Paulo: Instituto Fontes, 2003.

SILVA, S. G. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 556-571, 2010.

SOIHET, R. Relações de gênero e formas de violência. In: BUSTAMANTE, R. M. C.; MOURA, J. F. **Violência na História**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mauad; 2009.

SOUSA, M. H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 94-107, 2015.

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

SOUZA, P. A.; ROS, M. A. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento violento. **Revista de Ciências Humanas**, n. 40, p. 509-527, 2006.

SPIDSBERG, B. D. Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. **J Adv Nurs**, v. 60, n. 5, p. 478-486, 2007.

STEWART, D. E. et al. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. **BMC Public Health**, v. 15, n. 665, p. 1-6, 2015.

TANAKA, O. T.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VICENTE, L. M.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. **Rev Bras Educ Med.**, v. 33, n. 1, p. 63-71, 2009.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 609-616, 2009.

VIEIRA, E. M. et al. A resposta a violência de gênero entre os profissionais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 681-690, 2013.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 609-616, 2009.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015. No prelo.

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

VILLELA, W. V. et al. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 471-475, 2007.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012** – Atualização: homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012.

WEISS, C. H. **Evaluation**. 2ª ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1998.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Editora Coopmed; 2009.

APÊNDICES



Pesquisa: Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE**

Prezado(a) Profissional/ Gestor(a),

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras” devido a sua inserção institucional em serviço de saúde referência para atendimento às mulheres em situação de violência sexual.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a atenção às mulheres em situação de violência sexual em duas capitais brasileiras. Este é um estudo baseado nas abordagens quantitativa e qualitativa, utilizando como método análise documental e entrevistas semiestruturadas, com duração de 24 meses.

Você será submetido à aplicação de um questionário por um entrevistador treinado na fase de coleta da pesquisa, que fará perguntas relativas a informações pessoais, sobre sua inserção institucional e sobre seu trabalho. Esta entrevista será gravada em mp3 para posterior transcrição, que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Devido ao reduzido risco que a pesquisa pode oferecer para os participantes, não serão realizadas medidas de proteção específicas. O benefício da pesquisa consiste no aprofundamento acerca dos conhecimentos sobre a atuação dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual, permitindo qualificar as ações municipais.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. Você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo, que serão custeados pelo CNPq. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, você não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que você trabalha.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão

devolvidos aos sujeitos pesquisados através de Seminários nas duas capitais envolvidas no estudo.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, _____ concordo em participar do presente estudo.

Eu fui completamente orientado pela Pesquisadora _____ que está realizando o estudo intitulado "Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras", de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-lo(la) sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ele/ ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Participante: Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Coordenador da pesquisa: Prof^a Dr^a Ludmila Fontenele Cavalcanti

E-mail: ludmario@terra.com.br

Tel: (21) 9177.1632

Comitê de Ética em Pesquisa

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepmsrj@yahoo.com.br Tel: (21) 3971-1463

Apêndice II – Roteiro de entrevista com profissionais de saúde

Data

Número da entrevista

Município

Unidade de saúde

Dados de identificação

- Sexo
- Idade
- Naturalidade
- Situação conjugal
- Orientação religiosa
- Profissão

Formação profissional

- Local de formação
- Tempo de formado(a)
- Pós-graduação

Inserção institucional

- Cargo
- Tempo na unidade
- Atividades que desenvolve no serviço

Qualificação para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual

- Na sua graduação houve preparo ou abordagem sobre a atuação na prevenção da violência sexual durante a graduação?
- Quais os cursos e capacitações realizados na área da violência sexual?
- Você recebeu treinamento para atuar na atenção às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?

Caracterização da violência sexual contra a mulher

- Como você define a violência sexual contra a mulher?
- Quais as causas da violência sexual contra a mulher?
- Quais as repercussões da violência sexual contra a mulher?

Atuação profissional diante das mulheres em situação de violência sexual

- Como ocorre o acesso das mulheres em situação de violência sexual a unidade de saúde?
- Como ocorre o acolhimento às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?
- Ocorre a adoção de algum protocolo escrito? Qual?
- Existe fluxo de atendimento pré-estabelecido? Qual?
- Quais as informações/ orientações fornecidas às mulheres em situação de violência sexual contra a mulher na unidade de saúde?
- Em qual local é realizado o atendimento às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?
- Como ocorre a atuação às situações de violência sexual em mulheres que fazem sexo com mulheres?
- Qual o tipo de registro adotado no atendimento?
- Quais informações são registradas no prontuário?
- Quais as proteções legais conhecidas?
- Como ocorre a atenção ao autor da violência sexual?
- Como é realizada a avaliação de risco?
- Quais os materiais educativos utilizados?

- Como e onde é feita a contracepção de emergência?
- Como é onde é feita a profilaxia antiretroviral?
- Como é onde é feita a profilaxia anti-DST?
- Como e onde é feito o aconselhamento relativo às profilaxias?
- Quais os exames solicitados?
- Quais os encaminhamentos dados em caso de gravidez decorrente da violência sexual?
- Quais outros serviços são oferecidos às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?
- Quais e como ocorrem os encaminhamentos para outras instituições?
- Quais os serviços de acompanhamento às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?
- Quais as notificações realizadas?
- Como utiliza a ficha de notificação do SINAN?
- Quais categorias profissionais notificam?
- Como ocorre o suporte para a equipe de saúde (supervisão, reunião de equipe para avaliação, estudo de caso das situações de violência sexual, ações voltadas para apoio aos profissionais)?

Dificuldades na atenção às mulheres em situação de violência sexual

Outras observações

Apêndice III – Roteiro de entrevista com gestores de saúde

Data

Número da entrevista

Município

Unidade de saúde

Dados de identificação

- Sexo
- Idade
- Naturalidade
- Situação conjugal
- Orientação religiosa
- Profissão

Formação profissional

- Local de formação
- Tempo de formado(a)
- Pós-graduação

Inserção institucional

- Cargo
- Tempo na unidade
- Atividades que desenvolve no serviço

Implantação em: mês/ ano

Profissionais que realizam o atendimento:

Qualificação para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual

- Na sua graduação houve preparo ou abordagem sobre a atuação na prevenção da violência sexual durante a graduação?
- Quais os cursos e capacitações realizados na área da violência sexual?
- Você recebeu treinamento para atuar na gestão da atenção às mulheres em situação de violência sexual?

Caracterização da violência sexual contra a mulher

- Como você define a violência sexual contra a mulher?
- Quais as causas da violência sexual contra a mulher?
- Quais as repercussões da violência sexual contra a mulher?

Atuação profissional diante das mulheres em situação de violência sexual

- Como ocorre o acesso das mulheres em situação de violência sexual a unidade de saúde?
- Como ocorre o acolhimento às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?
- Ocorre a adoção de algum protocolo escrito? Qual?
- Existe fluxo de atendimento pré-estabelecido? Qual?
- Quais as informações/ orientações fornecidas às mulheres em situação de violência sexual contra a mulher na unidade de saúde?
- Em qual local é realizado o atendimento às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?
- Como ocorre a atuação às situações de violência sexual em mulheres que fazem sexo com mulheres?
- Qual o tipo de registro adotado no atendimento?
- Quais informações são registradas no prontuário?
- Quais as proteções legais conhecidas?
- Como ocorre a atenção ao autor da violência sexual?

- Como é realizada a avaliação de risco?
- Quais os materiais educativos utilizados?
- Como e onde é feita a contracepção de emergência?
- Como é onde é feita a profilaxia antiretroviral?
- Como é onde é feita a profilaxia anti-DST?
- Como e onde é feito o aconselhamento relativo às profilaxias?
- Quais os exames solicitados?
- Quais os encaminhamentos dados em caso de gravidez decorrente da violência sexual?
- Como ocorre o monitoramento dos encaminhamentos em caso de gravidez decorrente de violência sexual?
- Quais outros serviços são oferecidos às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?
- Quais e como ocorrem os encaminhamentos para outras instituições?
- Quais os serviços de acompanhamento às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde?
- Quais as notificações realizadas?
- Quais categorias profissionais notificam?
- Qual o fluxo adotado na utilização da ficha do SINAN?
- Quais instituições notificam?
- Como ocorre o suporte para a equipe de saúde (supervisão, reunião de equipe para avaliação, estudo de caso das situações de violência sexual, ações voltadas para apoio aos profissionais)?
- Quais instituições integram a rede intrasetorial?
- Quais instituições integram a rede intersetorial?
- Quais relações (formais e informais) existem entre as instituições?
- Existe protocolo intrasetorial? Qual?
- Existe protocolo intersetorial? Qual?
- Como vem ocorrendo o gerenciamento da rede intrasetorial e intersetorial?
- Qual o orçamento destinado às políticas públicas municipais relacionadas à atenção às mulheres em situação de violência sexual (verba própria e/ou de convênio)?

Dificuldades na atenção às mulheres em situação de violência sexual

Outras observações

A N E X O S

Anexo I. Ficha de registro de atendimento das situações de violência sexual para os serviços de saúde. Norma Técnica Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, Ministério da Saúde.

ANEXO G - PROPOSIÇÃO DE FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Data ____/____/____ Prontuário ____/____/____
 Logradouro (rua, avenida,...) _____ Número _____
 Complemento (apto, casa,...) _____ Município de Residência _____ UF ____
 Bairro _____ CEP ____-____ Telefone ____/____/____
 Zona 1-urbana 2-rural 3-urbansuburb 9-ignorado Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ anos
 Raça/Cor 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 9-ignorado Ocupação _____
 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-nenhuma 2-de 1 a 3 3-de 4 a 7 4-de 8 a 11 5-de 12 a mais 9-não se aplica 9-ignorado
 Estado Civil 1-casado ou em união consensual 2-solteiro 3-separado judicialmente, desquitado, divórcio 4-viúvo 9-ignorado
 Representante Legal (apenas para ocorrências entre crianças ou adolescentes) 1-pai/ paiestros 2-outros familiares 3-autorizador 9-ignorado
 Nº do Cartão SUS ____/____/____/____

2. DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA

Data da Ocorrência ____/____/____ Violência de Repetição 1-sim 2-não 9-ignorado Se sim, início há ____ anos
 Boletim de Ocorrência Policial 1-sim 2-não Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal (IML) 1-sim 2-não
 Período da Ocorrência 1-manhã 2-tarde 3-noite ou madrugada 9-ignorado
 Local da Ocorrência 1-residência 2-ambiente de trabalho 3-instituições públicas/ privadas 4-rua pública 5-outros _____ 9-ignorado
 Tipo da Intimidação 1-fofoca 2-grave ameaça 3-violência presumida 4-outros _____ 9-ignorado
 Tipo de Ocorrência: estupro atentado violento ao pudor anal oral outro _____
 Outro crime sexual _____ Número de Envolvidos 1-único 2-dois ou mais _____ 9-ignorado
 Relação com a mulher (especificar se conhecido ou desconhecido, parente ou não, ou ignorado) _____
 Descrição da Ocorrência _____

profissional responsável _____

3. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Atendimento em outro serviço 1. não 2. sim _____ Data do Atendimento ____/____/____
 Anticoncepção de Emergência 1. não 2. sim (tipo) _____
 Profilaxia das DST Não Virais 1. não 2. sim (tipo) _____
 Imunoprofilaxia da Hepatite B 1. não 2. sim (tipo) _____
 Profilaxia do HIV 1. não 2. sim (tipo) _____
 Traumatismos Genitais 1. não 2. sim (descrição) _____
 Traumatismos Extragenitais 1. não 2. sim (descrição) _____
 Profilaxia do Tétano 1. não necessário 2. sim (tipo) _____
 Coleta de Material de Interesse Pericial 1. não 2. sim (tipo) _____
 Outras Informações Relevantes 1. não 2. sim (descrever) _____

profissional responsável _____

4. ANTECEDENTES PESSOAIS

Menarca ____ anos Data da última menstruação ____/____/____ Início de Vida Sexual ____/____/____
 Método Anticoncepcivo no Momento da Violência Sexual _____
 Gestações Partos Normais/Fórcepe Cesáreas Abortos

Doenças Pré-Existentes _____

Alergia a Medicamentos _____ Medicamentos em Uso _____

5. EXAME FÍSICO GERAL E GINECOLÓGICO

Peso kg Pressão Arterial / mm Hg Pulso bpm Temperatura °C

Exame Físico Geral 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Exame das Mamas 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Exame dos Órgãos Genitais Externos 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Exame Especular 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Exame de Toque Bimanual 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Outras Informações Relevantes 1. não 2. sim (descrever) _____

_____ médico(a) responsável

6. EXAMES COMPLEMENTARES

Exame Colposcópico 1. normal 2. não realizado 3. alterado (descrever) _____

Exame de Ultrassonografia 1. normal 2. não realizado 3. alterado (descrever) _____

Hemograma e Transaminases 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Outros Exames Laboratoriais 1. normal 2. não realizado 3. alterado (descrever) _____

7. ATENDIMENTO EM CASO DE GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Idade Gestacional no Ingresso (DUM) semanas Idade Gestacional no Ingresso (Ultra-Sonografia) semanas

Decisão da Mulher ou Representante Legal 1. solicitação de interrupção 2. aceitação e assistência pré-natal 3. assistência pré-natal e doação

Solicitação de Interrupção da Gravidez 1. atendida 2. negada (motivo) _____

Outras Informações Relevantes 1. não 2. sim (descrever) _____

8. INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

Data Idade Gestacional na Época da Interrupção semanas. Tempo de Internação dias

Técnica de Interrupção da Gravidez 1. AMIU 2. curetagem 3. abortivo farmacológico 4. outro (descrever) _____

Alívio da Dor (descrever método) _____

Intercorrências 1. não 2. sim (descrever) _____

Tipagem ABO Fator Rh Coombs Indireto 1. negativo 2. positivo Imunoglobulina Anti-Rh 1. não 2. sim 3. não necessário

Outras Informações Relevantes 1. não 2. sim (descrever) _____

9. INVESTIGAÇÃO DE DST/HEPATITES/HIV

Investigação no Ingresso 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Investigação na 6ª semana 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Investigação no 3º mês 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Investigação no 6º mês 1. normal 2. alterado (descrever) _____

Outras Informações Relevantes 1. não 2. sim (descrever) _____

10. INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO DA SAÚDE MENTAL

_____ psicólogo(a) responsável

11. INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

_____ assistente social responsável

12. ENCAMINHAMENTOS

Orientação para Realização de Boletim de Ocorrência Policial e demais medidas Médico-Legais 1. sim 2. não 3. não necessário

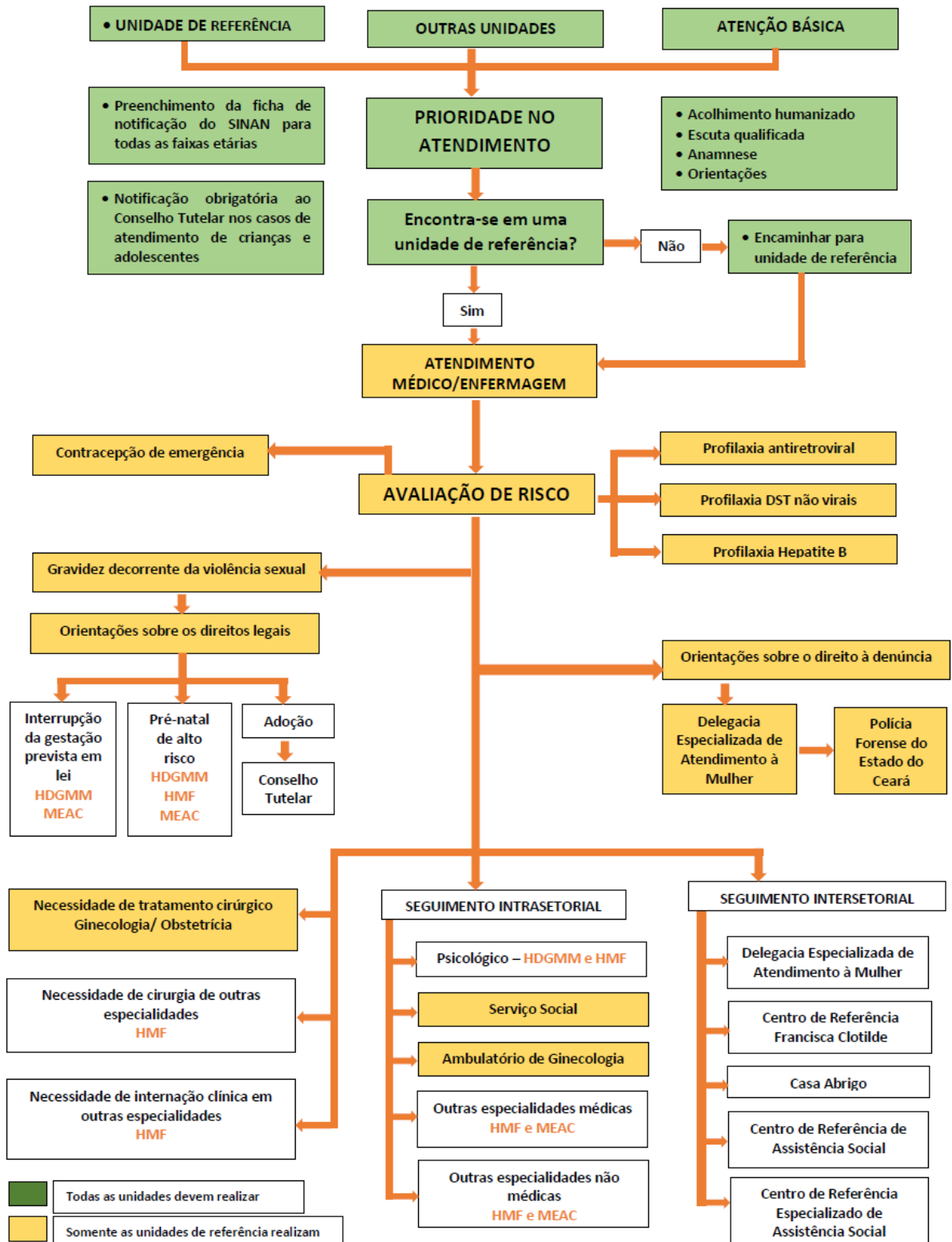
Comunicação ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude 1. sim 2. não 3. não necessário 4. não cabe

Comunicação de Acidente de Trabalho 1. sim 2. não 3. não necessário 4. não cabe

Oferecimento Proteção/ Abrigo 1. sim 2. não 3. não necessário 4. não cabe

Anexo II. Fluxo de atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual do município de Fortaleza, 2014.

FLUXO DE ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA





Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 45A/2013

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 07/13.</p> <p>TÍTULO: Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ludmila Fontenele Cavalcanti.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospitais Maternidades: Fernando Magalhães, Alexander Fleming, Carmela Dutra, Herculano Pinheiro, Leila Diniz, Mariska Ribeiro, Maria Amélia Buarque de Hollanda. Hospital Municipal: Ronaldo Gazolla, Miguel Couto e Pedro II.</p> <p>DATA DA APECIAÇÃO: 22/03/2013.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577