

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

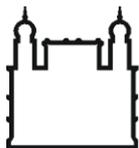


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte

STENIA LINS LEÃO LIMA

RIO DE JANEIRO
2013



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte

STENIA LINS LEÃO LIMA

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Joviana Quintes Avanci

CO ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Corina Helena Figueira Mendes

RIO DE JANEIRO
2013

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos queridos: Vicente, Vinícius e Virna e à minha neta: Letícia
Como forma de gratidão.

À todos e todas que neste país ainda buscam por equidade , justiça e cidadania.
Como perspectiva de transformações ...

AGRADECIMENTOS

Para que um projeto se concretize, é fundamental a presença de pessoas que nos rodeiam e que nos acolhem, partilhando conhecimentos e disponibilidades. Sou grata a minha orientadora Joviana Quintes Avanci pela acolhida, disponibilidade, compreensão e respeito. Tive o privilégio desse convívio, que me possibilitou um grande crescimento nesse processo. À professora Corina Mendes que como co-orientadora me permitiu uma interlocução objetiva e solidária contribuindo com a orientação, numa parceria perfeita de suporte, de incentivo e de reconhecimento. Também importantes para consolidação desse estudo, as professoras Ludimila Cavalcanti e Adalgisa Peixoto quando na qualificação, adicionaram grandes contribuições. Sou bastante grata à Fiocruz, à ENSP, ao CLAVES que me possibilitaram mergulhar na temática da violência. Quero nominar alguns profissionais que foram significativos nessa trajetória: Dra Suely Deslandes, Dra Ednilza Souza, Dr Romeu Gomes, Dra Simone Gonçalves, Dra Patrícia Constantino, Dra Ana Eliza Bastos e Dra Fátima Cecchetto. Um especial agradecimento aos gestores da Maternidade Escola Januário Cicco: Dr Kleber Moraes, Dra Sonia Barreto e Dra Maria da Guia Garcia, aos gestores do Hospital Pedro Bezerra e Dr Isau Girino, Dra Kátia Mulatinho e Dra Jane Nunes que também viabilizaram a realização desse trabalho. Ao Dr Joumar Araújo Filho pelo seu apoio na Unidade Mista das Quintas. Aos meus colegas de plantão e às pacientes do consultório por compreenderem a minha ausência neste período. Agradeço em especial aos dois jovens acadêmicos do curso de medicina da UFRN: Leany Farias de Medeiros e João Victor de Sousa Cabral que, com grande dedicação realizaram a pesquisa de campo e ainda, aos meus queridos colegas do mestrado e amigos: Monica Vilaça, Érica Vieira, Cristiane Paixão, Juliana Correa e Tiago Souza que retro alimentaram carinhosamente, cada passo dessa jornada. Agradeço a um parceiro de luta pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos, Dr Robinson Dias pelo incentivo e pelo exemplo. No plano familiar, um agradecimento ao significativo suporte oferecido por minha irmã Helvia Lins Bezerra, ao meu irmão Raquelson dos Santos Lins, minha cunhada Valéria Batista Lins e a meus queridos sobrinhos pelo estímulo e pelo crédito aos meus vãos ideológicos. Agradeço finalmente aos profissionais dos serviços, à suas falas, à participação na pesquisa. Foi muito importante a contribuição de todos vocês!

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousamos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

O presente estudo, buscou conhecer as percepções dos profissionais de saúde quanto ao atendimento à mulher em situação de violência nos serviços de referência do município de Natal/RN. A violência foi gradativamente endereçada ao setor saúde, para oferecer ativamente respostas concretas aos diferentes agravos que afetam a vida e a integridade das pessoas. As mulheres alcançam uma representatividade significativa no perfil epidemiológico de morbimortalidade por violências. Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para a detecção e intervenção e são os principais responsáveis pelo estabelecimento de vínculos de confiança dos usuários, com os serviços. Tornou-se portanto fundamental, conhecer as percepções dos profissionais de saúde quanto à atenção à mulher em situação de violência sexual, para se entender o processo de implementação desta atenção em saúde. Considerou-se a metodologia qualitativa a mais adequada para dar respostas ao objeto em questão. O instrumento utilizado foi a entrevista individual semi-estruturada. Após análise de conteúdo, o estudo indicou que para o profissional, esse atendimento na emergência é realizado à contragosto, é considerado eventual, não é percebido como vocação institucional e provoca muitas angústias e sofrimentos. Persistem atitudes e percepções decorrentes de valores adquiridos na formação, estruturadas no modelo biomédico tradicional, onde a mulher é percebida na condição de não sujeito, e a cultura da atenção emergencial, impossibilita uma melhor interação, não havendo espaço para prevenção ou articulação com a rede intersetorial. Dentro de um modelo tecnicista, há uma priorização no acesso, porém com uma abordagem, individualista e medicalizante. As capacitações são insuficientes ou inexistentes e há uma significativa manifestação quanto à necessidade de apoio institucional. Ao final do estudo, foram colocadas algumas indagações, exposição dos limites do estudos e esboço de algumas propostas, instigadas pelos resultados encontrados.

Palavras-chave: Violência de gênero. Violência contra mulher. Violência sexual. Profissional de saúde. Atenção à saúde.

ABSTRACT

The present study sought to know the perceptions of health professionals regarding the treatment of battered women at reference centers in Natal, Brazil. Violence has been gradually directed towards the health sector, in order to offer concrete responses to the different transgressions that affect the life and integrity of individuals. Women to achieve a significant representativeness in the epidemiological profile of violence-related morbidity-mortality . Health professionals, those primarily responsible for establishing bonds of trust between patients and care services, to be in a strategic position to detect and intervene. Therefore, it was important to know the perceptions of these professionals in terms of care provided to women in situations of sexual abuse, in order to understand the process of implementing this care, in the health sectors. The qualitative methodology was considered the most adequate for providing answers to the object in question. The semi-structured interview was the instrument employed. After content analysis, the study indicated that for the professional, this emergency care is given grudgingly, is considered occasional, is not perceived as an institutional vocation and causes much anxiety and suffering. Attitudes and perceptions resulting from values acquired during academic formation, based on the traditional medical model, where women are perceived as a non-subject, and the culture of emergency care precludes better interaction, since there are no preventive measures or affiliation with the intersectorial network. Within a technical model, there is prioritization on access, but using an individualist and drug-based approach. Qualifications are insufficient or nonexistent and there is a significant manifestation in terms of the need for institutional support. At the end of the paper a number of questions, study limitations and proposals was put forth, based on the results obtained.

Keywords: Gender-based violence. Violence against women. Sexual violence. Health professional.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO GERAL.....	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER-LIMITES CONCEITUAIS...	17
3.2	A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	22
3.3	O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	29
3.4	A VIOLÊNCIA SEXUAL E A GARANTIA DE DIREITOS.....	35
3.5	A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: A PREVENÇÃO E A REDE INTERSETORIAL.....	39
4	PERCUSSO METODOLÓGICO.....	45
4.1	ESCOLHA DO MÉTODO.....	45
4.2	CONTEXTO DO ESTUDO: NATAL/RIO GRANDE DO NORTE.....	46
4.3	CAMPO DE ESTUDO.....	48
4.4	AMOSTRA.....	50
4.5	OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	51
4.6	ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	52
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
6.1	ATENDIMENTO À MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	54
6.1a	Percepção dos profissionais quanto às situações de violência atendidas no serviço.....	55
6.1b	A percepção dos profissionais quanto às mulheres em situação de violência..	61
6.1c	Organização da atenção.....	65
	<i>Fluxograma e equipe</i>	65
	<i>Acolhimento</i>	68
	<i>Procedimentos Técnicos</i>	71

<i>Notificação compulsória</i>	72
<i>Interrupção da Gestação Decorrente de Estupro</i>	74
.	
6.1d As barreiras, os aspectos facilitadores e a superação das dificuldades do atendimento	88
6.2 PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	102
6.3 A ARTICULAÇÃO COM A REDE INTERSETORIAL.....	111
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	125
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	133
ANEXO B - ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTA	136

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BO	Boletim de Ocorrência
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPD	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAVAS	Programa de Atenção à Violência Sexual
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PROAMA	Programa de Atenção à Mulher e Adolescente em Situação de Violência Sexual
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, o tema da violência passou a ocupar lugar de destaque nas agendas de debates políticos e sociais e no setor saúde, passando a ser incorporado como uma questão de saúde pública (MINAYO, 2010). No Brasil, o problema tornou-se um motivo de preocupação quando progressivamente foi transformando o perfil epidemiológico de morbi-mortalidade do país. Estatísticas demonstram que, a partir de 1975, os agravos relacionados às violências, às doenças crônicas e degenerativas substituíram os índices de morbimortalidade das doenças infecciosas (NJAINÉ et al, 2010). Contudo, Minayo (2010) enfatiza que a violência não é um problema médico típico, é antes de tudo, um fenômeno sócio-histórico.

O problema entra na esfera da saúde por afetar fortemente às pessoas, podendo causar mortes, traumas físicos, agravos mentais, emocionais, espirituais e diminuir a qualidade de vida. Exige uma reorganização dos serviços de saúde e adiciona novos problemas para sua atenção, seja a nível preventivo ou curativo. Tal constatação requer uma reorganização tradicional dos serviços de saúde para sua atenção, adicionando novos problemas para a atenção médica, tanto a nível preventivo ou curativo e ainda exigir uma atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial (MINAYO 2010). Para Minayo (2010), a violência é objeto da intersetorialidade, no qual o campo médico-social se integra.

As mulheres alcançam uma representatividade significativa no perfil epidemiológico de morbimortalidade por violências, caracterizado principalmente pela ocorrência de agressões físicas, psicológicas e sexuais ocorridas no espaço doméstico (BRASIL, 2011). Reichenheim et al (2011) afirmam que as estatísticas de mortalidade sugerem que uma mulher é morta a cada duas horas no Brasil, e esse quadro é reforçado através dos dados de morbidade. O “Mapa da Violência 2012 Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil” (WAISELFISX, 2012) revela aumento de 230% de mulheres vítimas de assassinato no país no período de 1980 a 2010.

A magnitude da violência contra as mulheres no país, tem sido progressivamente evidenciada através de investimentos na notificação compulsória de violências, onde o último registro (referente ao ano de 2011) computou 70.916 atendimentos de mulheres em situação de violência (WAISELFISX, 2012). Contudo, há que se ressaltar que alguns municípios ainda não implantaram esse sistema de notificação. Em alguns locais em que está implantado, há ainda dificuldades dos profissionais no registro desses atendimentos, o que significa que

esses dados, revelam apenas a ponta do iceberg das violências que incidem sobre as mulheres. (WAISELFISX, 2012).

Schraiber et al (2007) também revelam grande magnitude da violência contra a mulher, em um estudo com 2.128 mulheres de Pernambuco e de São Paulo. Nesta pesquisa constatou-se que, pelo menos uma vez na vida, cerca de 45% das entrevistadas sofreram violência psicológica de seu parceiro íntimo, aproximadamente 30% reportam a violência física nesta relação e em torno 10%, se referem à violência sexual. Segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que 12 milhões mulheres sejam vítimas de violência sexual a cada ano no mundo (BRASIL, 2011). Além disso, dentre os tipos de violências que acometem as mulheres que chegam ao SUS, a sexual é responsável por 12,2% dos atendimentos. Em 64,4% dos casos, a violência sexual ocorre na residência das vítimas (WAISELFISX, 2012). Contudo, há que se ressaltar que a característica multifacetada da violência contra a mulher, dificulta a sua detecção, o seu entendimento e a organização de medidas preventivas (OSHITAKA, 2011).

Em relação à violência sexual, Cavalcanti e colaboradores (2006) acrescentam que essa violência ocorre quando há controle e subordinação da sexualidade da mulher, sendo incorporada como constitutiva das regras que normatizam a prática sexual. Trata-se de uma grave violação dos direitos humanos e um sério problema de saúde pública mundial, causando danos, muitas vezes, irreversíveis à saúde mental e física da mulher. Produz sérios efeitos na saúde das mulheres, além de contribuir a sua baixa participação produtiva e impactar para a perpetuação da violência em gerações futuras (CONTRERAS, 2010). Sobrecarrega ainda o sistema de saúde seja em relação aos recursos humanos ou econômicos ,além de provocar elevados custos sociais (BRASIL, 2011).

Na história da luta da violência contra a mulher reconhece-se o papel fundamental do movimento de mulheres, que ecoou nas Conferências Internacionais e culminou em pactuações, favorecendo a garantia de direitos e proteção à mulher. Neste contexto, merece destaque a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que introduziu disposições de conteúdo normativo bastante relevante, considerando que:

A violência contra mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades. Constitui ofensa contra a dignidade humana e é manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens (Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos, 1994, sn).

Em 01 de agosto de 1996 esta convenção foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro, com a promulgação do Decreto Presidencial nº 1.973, passando o país a ser signatário. Isto exigiu um compromisso na implantação de políticas, tendo em vistas os agravos resultantes das violências que incidem sobre as mulheres (VASQUEZ; MILHOMENS, 2005). Inicia-se então no país, um período em que a violência contra a mulher ganha visibilidade, quando iniciativas de enfrentamento começam a ser desenvolvidas.

No campo da saúde, evidenciam-se importantes Políticas e diretrizes para enfrentamento da violência, especialmente a contra a mulher, destacando-se: (1) a criação do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), em 1983, onde sugem as primeiras iniciativas de atenção integral à mulher; (2) a publicação da *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes* (BRASIL, 1998) pelo Ministério da Saúde, que sistematiza condutas, concomitante à implantação de serviços em diversos municípios do país, com vistas a garantia do atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual nas unidades de saúde; e (3) a implantação da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência* (Brasil, 2001), a *Política Nacional de Atenção Integral à Mulher* (BRASIL, 2004). No âmbito das Políticas dirigidas à saúde das mulheres e da garantia de direitos, ressalta-se também a criação em 2003, da Secretaria de Política para as Mulheres, que insere no país iniciativas de enfrentamento à violência numa perspectiva de rede. A sua criação, resultou em iniciativas tais como a *Política Nacional para Enfrentamento à violência contra a Mulher* (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde também vem aumentando o número de unidades de referência para a violência sexual. No ano de 1997, havia 17 serviços de referência para assistência integral à saúde da mulher no país, ascendendo para 85 serviços hospitalares até o ano de 2003 (ADESSE; SOUZA, 2004). Contudo, pesquisa que avaliou o quadro geral de serviços de referência implantados no país, entre 1989 a 2004 incita a fragilidade destes serviços e de seu processo de implantação (TALIB; CITELI, 2005).

Assim, apesar das normatizações, de um grande investimento do governo federal, com conseqüente repercussões nos estados e municípios para atenção às mulheres em situação de violência, são persistentes as dificuldades dos profissionais de saúde neste atendimento, especialmente quando se refere à violência sexual. Contudo, o Ministério da Saúde reconhece que esses profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico e atuação neste problema, já que oportunizam espaço de denúncia, de assistência e de proteção. Eles são

também os principais responsáveis pelo estabelecimento de vínculos de confiança dos usuários com os serviços, fator importante na prevenção, na busca precoce de orientação, na garantia de apoio e na eficácia da assistência (BRASIL, 2011).

Kiss e Schraiber (2011) ressaltam que a racionalidade técnico-científica, constitui uma barreira para a atenção desses casos, que remete a dificuldades de ordem epistemológica. O desafio na atenção qualificada à mulher em situação de violência sexual consiste em direcionar a atenção à saúde feminina, cuja clientela nem sempre comparece ao serviço com quadro clínico agudo emergencial e que coloca o profissional em contato com demandas referentes ao contexto social, relacional, afetivo e sexual (SCHRAIBER, 2011; VILELA, 2007; DREZETT, 2005; BEDONE, 2007)

Neste cenário, este estudo tem como **objeto** a percepção dos profissionais de saúde quanto ao atendimento à mulher em situação de violência sexual nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte. Há que se ressaltar que, apesar do Ministério da Saúde recomendar atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência, englobando assim as de diversas faixas etárias, o presente estudo aborda a atenção às mulheres adultas, ou seja, acima de 18 anos, não se detendo a fazer observações ou considerações sobre o atendimento às adolescentes. Tal análise exigiria uma reflexão de diferentes políticas de enfrentamento, além da inclusão da discussão do sistema de garantia de direitos da infância e adolescência.

Em relação ao **pressuposto** deste estudo, tem-se que as percepções dos profissionais de saúde, quanto às mulheres em situação de violência sexual que buscam os hospitais de referência bem como ao atendimento a esta demanda, são influenciadas pela racionalidade biomédica e pela construção social de gênero, interferindo nas práticas e na intervenção em saúde. Supõe-se que os conhecimentos técnico-científicos e capacitações realizadas pelos profissionais não contemplam completamente as subjetividades que permeiam as relações interpessoais e a complexidade da violência existente no atendimento à mulher, nesta situação. Para isso, é importante conhecer os relatos dos profissionais e a real dimensão de sua atuação frente às demandas das emergências hospitalares, nas instituições então cadastradas como referência, para atenção às mulheres em situação de violência sexual do município de Natal.

Minha inserção na temática da violência contra a mulher ocorre na década de 90, quando da participação de ações no Rio Grande do Norte de iniciativas, envolvendo os Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres, sendo em 2000 convidada para coordenar o Programa de Atenção à Mulher e Adolescente em Situação de Violência Sexual.

de Violência Sexual na Maternidade Escola Januário Cicco (Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN), por ocasião da implantação do protocolo de atendimento preconizado pelas Normas Técnicas (BRASIL, 1999). Foram encontradas barreiras significativas, relacionadas aos profissionais de saúde, que manifestavam dificuldades no contexto assistencial à mulher em situação de violência sexual, para além da aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas. Estas experiências motivaram a realização desta pesquisa.

Desta forma, a dissertação está organizada nas seguintes partes:

- *Introdução*, presente capítulo, onde se introduz à temática da violência contra a mulher, especialmente a sexual, e são apresentadas justificativas para a realização da pesquisa, o objeto e o pressuposto que norteia o estudo;
- *Objetivos* da pesquisa, geral e específicos, quando são apresentados o que se espera alcançar com este trabalho;
- O *referencial teórico*, que delineia os subsídios teóricos em que este trabalho está baseado. Os seguintes pontos são trabalhados nesta parte: (a) os limites conceituais da violência sexual contra a mulher; (b) a violência como uma questão de saúde pública; (c) os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual; (d) a violência sexual e a garantia de direitos; e (e) a integralidade na atenção às mulheres em situação de violência sexual, onde os temas da prevenção e da rede intersetorial são debatidos;
- O *percurso metodológico*, onde são apresentadas as estratégias metodológicas utilizadas para obtenção dos dados, o instrumento utilizado e a proposta de análise realizada;
- Os *resultados* da pesquisa, quando são trazidos os achados deste trabalho, fazendo a interlocução com a literatura especializada, assim como as normativas nacionais e internacionais que ancoram as ações integradas para garantia dos direitos das mulheres e a qualidade de atenção.
- *Conclusão* do estudo, onde se discorre sobre suas limitações e as reflexões dos resultados encontrados. Também se reflete sobre algumas propostas que podem contribuir para a melhoria da atenção numa perspectiva integral, incluindo a atuação dos profissionais de saúde e o papel das instituições para a implementação de políticas públicas de enfrentamento da violência contra a mulher.

Espera-se que este trabalho possa contribuir ao conhecimento da atenção às mulheres em situação de violência sexual, subsidiando debates e propostas de atenção à saúde feminina de forma integral. O conhecimento sobre a percepção dos profissionais de saúde dos serviços de referência de Natal/Rio Grande do Norte poderá dar visibilidade às questões que dificultam um atendimento qualificado a essas mulheres, colaborando à discussão desta temática no país.

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande do Norte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos profissionais sobre as situações de violência sexual contra as mulheres, atendidas nos serviços de referência.
- Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre as mulheres em situação de violência sexual, atendidas nos serviços de referência.
- Conhecer a percepção dos profissionais quanto ao atendimento às mulheres em situação de violência sexual, no que se refere à fluxogramas e equipe, o acolhimento, os procedimentos técnicos, a notificação compulsória ,interrupção da gestação decorrente de estupro,prevenção e articulação com a rede intersetorial .
- Identificar os fatores que dificultam e facilitam a atuação dos profissionais de saúde nos serviços de referência e as estratégias utilizadas para superação.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: LIMITES CONCEITUAIS

A violência contra a mulher é uma expressão introduzida nos anos 80, pelo movimento social feminista. Diz respeito a sofrimentos e agressões que são impostos às mulheres pelo fato de serem mulheres (SCHRAIBER, 1999). Quanto à sua magnitude no país, observa-se que em relação ao feminicídio, o Brasil ocupa o 7º lugar entre os 84 países no mundo (WAISELFISZ, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) considera que a violência contra a mulher:

inclui muitas formas de danos físicos, emocionais e comportamentos sexuais contra as mulheres e meninas, muitas vezes perpetrados por familiares, mas também algumas vezes por estranhos. Esta definição coloca a violência contra as mulheres no contexto de desigualdade de gênero como atos que as mulheres sofrem por causa de seu estado de subordinação social, em relação aos homens (VELZEBOER et al ,2003, p.5).

A OMS (2002) considera violência sexual, uma gama de atos violentos e que ocorrem em diferentes configurações e circunstâncias, incluindo: o estupro no casamento e nas relações de namoro; o estupro ocasionado por estranhos; o estupro sistemático em conflitos armados; os avanços sexuais não desejados ou assédio sexual, incluindo sexo em troca de favores; o abuso sexual de pessoas com deficiência mental ou física; o abuso sexual de crianças; o casamento forçado ou a coabitação, incluindo o casamento de crianças; a negação do direito de usar anticoncepcionais ou de adotar outras medidas de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis; o aborto forçado; os atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, incluindo a mutilação genital feminina e as inspeções obrigatórias para virgindade; a prostituição forçada e o tráfico de pessoas para fins de exploração sexual (WHO, 2002).

Há ainda o tráfico de mulheres, que tem como base o conceito de tráfico de pessoas, onde há recrutamento, transporte ou transferência, alojamento ou acolhimento de pessoas sob

ameaça, uso de força ou outras formas de coação para fins de exploração, entre as quais estão a sexual (Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Seres Humanos, 2007).

Heise e colaboradores (1999) consideram que a expressão “baseada em gênero”, apresentada pela OMS (2003) para definir a violência contra a mulher, realça que este tipo de violência tem origem numa ordem social e desigual relacionado ao gênero, pois se insere num contexto de uma violência de gênero. As abordagens de gênero consolidaram-se como modelo explicativo hegemônico para a ocorrência da violência contra a mulher e surge em razão da recusa ao essencialismo biológico (SAFIOTTI, 2004; GOMES, 2006; OLIVEIRA et al, 2011). Os estudos de gênero permitem uma melhor compreensão e abordagem da violência sexual contra a mulher, bem como dão subsídios para o trabalho em aspectos preventivos. A valoração diferenciada do masculino e do feminino interfere sobremaneira na vulnerabilidade ao adoecer, morrer, agredir e ser agredido. Interfere também no acesso aos meios que são diferenciados para enfrentar estes riscos (SUÁREZ et al, 1999).

Para a OMS, a violência de gênero refere-se a qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação. Estão inseridos atos de inclui atos de agressão física, abuso psicológico, relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, além de vários comportamentos controladores – tais como isolamento, monitoramento de movimentos, ou restrição de acesso às informações ou assistência (VELZEBOER et al , 2003).

A violência de gênero pode ocorrer entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços relacionais. É uma manifestação das relações de poder, historicamente desiguais entre homens e mulheres, em que a subalternidade não implica na ausência absoluta de poder (ZUMA et al, 2010).

A desigualdade de gênero não é dada, mas é construída. A categoria ‘gênero’ abrange um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos, expressas nas relações e na construção social do masculino e feminino, onde a desigualdade é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder e pelos agentes envolvidos na trama das relações sociais (SAFIOTTI, 1999).

Especialmente nas sociedades patriarcais da América Latina e do Caribe, concebem-se homens como provedores, agressivos, ativos, fortes, sexualmente ativos e objetivos, enquanto as mulheres como passivas, receptivas e emotivas, atribuindo diferenciais ligados ao sexo biológico (CONTRERAS, 2010). Segundo este autor, a diferenciação de gênero é marcada pelo uso da violência, onde os homens são os perpetradores dominantes.

Um exemplo da compreensão da violência sexual sob o viés de gênero são os resultados trazidos pela pesquisa de Machado (2001), que pesquisou as motivações de homens à ocorrência de atos violentos contra as mulheres. A autora afirma que os perpetradores remetem à violência sexual como um jogo entre a transgressão e não transgressão “um erro que todos os homens fazem”. Sobre o estupro, os perpetradores estudados são unânimes em atuar de forma a transformar o “não” da vítima em “sim”, considerando que a negação põe em jogo sua virilidade e sua capacidade de conquista. Tais estratégias inscrevem-se num jogo cultural perverso que é mantido pela sexualidade dominante em que o “não” da mulher faz parte de um ritual de sedução, aparecendo o corpo feminino como sacrificial (MACHADO, 2001).

Contreras (2010), analisando dados de estudos realizados na América Latina e Caribe, frisou que os pesquisadores associam a violência sexual às normas sociais. Ou seja, as normas tendem a legitimar a violência por parceiros íntimos, justificada como “desejos sexuais inerentes” à sexualidade masculina. Há ainda nessas populações estudadas, uma tendência a cultivar a virgindade feminina, a considerar a mulher como objeto sexual e ainda a culpabilizá-la pela violência sexual sofrida. Ressalta ainda sobre os altos índices de violência dessas regiões, onde prevalecem os conflitos, com banalização da violência e respostas governamentais pouco efetivas (CONTRERAS, 2010). Na maioria das vezes a violência sexual está associada à violência física e psicológica.

Neste ponto, é importante trazer à discussão, a definição da violência por parceiro íntimo, que é caracterizada por atos de agressão física, relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, maus tratos psicológicos e controle de comportamento entre parceiros afetivo-sexuais (WHO, 2002). Constitui a forma mais endêmica da violência física e sexual contra a mulher, devendo ser considerada um importante problema de saúde pública (DANTAS; GIFFIN, 2005). A OMS considera a violência por parceiro íntimo uma violência de gênero, onde a sua grande carga recai sobre as mulheres e não nos homens. Ocorre em todos os países, independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural (WHO, 2002).

A violência doméstica é outro conceito importante para o estudo da violência contra a mulher. Segundo a Lei 11.340/2006, é entendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Ocorre no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2008).

O espaço doméstico é o lócus privilegiado das violências cometidas contra o sexo feminino e a violência que ali ocorre configura-se problema da esfera privada (WASELFISZ, 2012). A violência doméstica tende a ser mais repetitiva e relativamente comum, se comparada a atos violentos perpetrados por estranhos ou conhecidos (WASELFISZ, 2012).

Para coibir todo o caso de violência contra a mulher quer doméstica ou intrafamiliar o país implantou em 7 agosto de 2006, a Lei nº 11.340, *Lei Maria da Penha*. Passa então a ser considerado crime estas situações de violência contra a mulher, resultando em um inquérito policial que será remetido ao Ministério Público. A lei tipifica os tipos de violência doméstica, passa a ser proibida a aplicação de penas pecuniárias aos agressores e determina-se o encaminhamento das mulheres em situação de violência, assim como de seus dependentes, a programas e serviços de proteção e de assistência social (BRASIL, 2008). Apesar da existência da Lei Maria da Penha a partir desta data, não se observa, no país, decréscimo das agressões contra as mulheres no espaço doméstico (WASELFISZ, 2012).

Contreras (2010) afirma que 5 a 47% mulheres da América latina e do Caribe relatam experiências de sexo forçado com seus parceiros em algum momento das suas vidas. Ressalta-se ainda que no Brasil, a maior prevalência da violência física entre parceiros íntimos está nas regiões Norte e Nordeste, observando-se o padrão regional relacionado à cultura patriarcal marcante.

A formação de valores e hábitos durante o processo de socialização de meninos e meninas explica como uma pessoa se adapta às normatizações e convivem com a violência, banalizando-a (SUÁREZ et al., 1999). Nesta perspectiva, Dantas e Giffin (2005) observaram, por exemplo, que algumas mulheres não interpretaram o sexo vaginal forçado no casamento como ‘violência’, parecendo que elas o entendiam como fazendo parte da relação. Contudo, apesar deste não reconhecimento, essas mulheres manifestam atitudes reativas correspondentes às marcas de um estupro cruento.

A banalização dos atos violentos contribui à distorção nas abordagens e intervenções no espaço da atenção. Apesar da gravidade da violência sexual, há uma tendência da rede de atenção em valorizar pouco ou banalizar o reconhecimento do caso. Persistem os problemas nos diversos serviços de saúde em relação à detecção dessa violência, à sua intervenção e prevenção, e à redução dos agravos decorrentes.

Neste sentido, Schraiber (2000) chama atenção para a invisibilidade da violência contra a mulher nos serviços de saúde, onde as usuárias têm dificuldades para falar sobre os eventos violentos vividos e os profissionais têm barreiras para acolhê-las, perdendo-se assim oportunidades de prevenção e apoio. Ocorre também a “revitimização” de mulheres em

situação de violência, quando são julgadas e desrespeitadas em sua autonomia, repetindo suas histórias em vários momentos e sendo questionadas quanto à veracidade de suas informações (BRASIL, 2008). Além de tudo, as abordagens de atenção à saúde das mulheres em situação de violência sexual são geralmente relacionadas aos casos exclusivos de estupro, ainda vinculados à conjunção carnal. O conceito de estupro, baseado na definição do Código Penal Brasileiro, sofreu reformulação em 2009. A Lei nº 12.015 define como estupro o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Do ponto de vista jurídico, é crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2011).

3.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Desde a década de 70, a violência foi gradativamente endereçada ao setor saúde, para que fossem oferecidas ativamente respostas concretas não apenas para o tratamento de lesões e traumas decorrentes, mas pelos diferentes agravos que afetam a vida e a integridades das pessoas (MINAYO, 2010). Em 1996, a 49ª Assembléia Mundial de Saúde declarou a violência como maior problema de saúde pública (VELZEBOER, 2003).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS), desde o ano de 1993, reconhece na violência, um problema de saúde pública e preocupa-se com o crescimento avassalador dos seus índices, que assumiu características de epidemia, e com a relação entre saúde e violência, ainda pouco exploradas.

A OPAS/OMS, considera que a área da Saúde deve assumir seu papel na abordagem da violência, oferecendo tratamento adequado às suas vítimas e gerando informações de qualidade. Deve também facilitar a liderança de outros setores da sociedade na definição e execução de uma atenção integral, com enfoque na prevenção, na promoção de saúde e na cultura de paz. Reforça a ideia de que as ações de promoção de saúde são princípios fundamentais de uma política eficaz de saúde pública, alinhada com o “Programa Mais Saúde: Direito de Todos”, o “Pacto pela Vida” e as “Metas do Milênio” (BRASIL, 2008b).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), também tem se mobilizado sobre questões de violência de gênero. Discute periodicamente responsabilidades profissionais e éticas relativas aos Direitos Sexuais e Reprodutivos, além de aumentar a conscientização de que a violência não seja aceitável, integrar os serviços para meninas e mulheres que foram sexualmente agredidas e apoiar programas de intervenção (FIGO, 2013). No ano de 2010, através de seu Relatório do Grupo de Trabalho sobre Violência Sexual FIGO/HIV publicou “Diretrizes para a gestão de mulheres sobreviventes de agressão sexual”. A FIGO tem se mobilizado sobre questões de violência de gênero, visando discutir responsabilidades profissionais e éticas relativas aos Direitos Sexuais e Reprodutivos, além de aumentar a conscientização de que a violência não seja aceitável, integrar os serviços para meninas e mulheres que foram sexualmente agredidas e apoiar programas de intervenção (FIGO, 2013).

A inserção da violência sexual no contexto da saúde teve respostas, na medida em que houve a incorporação da perspectiva da violência de gênero, da violação dos direitos humanos e do problema como questão de saúde pública. Contudo, há que se ressaltar a trajetória paralela, a partir da década de 70, das conquistas de direitos das mulheres, que teve seu pico máximo na primeira metade da década de 80 (ÁVILA; CORREA, 1999). Como resultado disso, houve a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), definido pelo Ministério da Saúde em 1983, onde enfatizava-se a integralidade no cuidado das mulheres. Neste programa, foram incluídas propostas educativas preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação numa proposta de atenção ampliada. Existiram entretanto várias dificuldades para a implementação do PAISM, que sofreu interferências da proposição do SUS, por ocasião do processo de municipalização e na reorganização da atenção básica na estratégia do Programa Saúde da Família.

Em 1986, ocorreu a Primeira Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher e, em 1989, foi criado um serviço pioneiro para atenção à mulher vítima de violência sexual no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboia (São Paulo) (ADESSE; SOUZA, 2004):

O movimento pela implantação do PAISM canalizou parcela importante da ação dos grupos autônomos envolvidos com as questões não só no que diz respeito à mobilização, organização e representação política, mas também relativas a produção e difusão de informação e conhecimento (ÁVILA; CORREA, 1999, p. 80).

Para Suarez e colaboradores (1999), a agregação política das mulheres em torno de uma especificidade biossocial feminina, levou à uma reformulação da assistência à saúde das mulheres, que saiu de um foco curativo para o preventivo, com ampla participação comunitária e com uma abrangência política, e não apenas técnica. Naquele momento, houve uma grande interlocução do movimento feminista com a área da saúde na medida em que discutiam-se as distorções das perspectivas estritamente biomédicas da medicina curativa na atenção à violência contra a mulher.

No final da década de 90, houve um grande investimento do Ministério da Saúde nesta área, que culminou na implantação, em 1998, da *Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (BRASIL, 1998). Este documento recomenda, dentre outros aspectos, que as unidades de serviços de ginecologia e obstetrícia sejam capacitadas para o atendimento aos casos de violência sexual.

Destaca-se ainda, na consolidação das ações recomendadas por esta Norma e no seu fortalecimento enquanto documento normativo, a realização dos Fóruns Interprofissionais sobre “Atendimento Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual”. Estes Fóruns, tiveram início em 1996 e vem se realizando anualmente, com o fim de estabelecer um diálogo entre gineco-obstetras brasileiros, diferentes categorias profissionais, gestores municipais e estaduais, organizações não governamentais e movimentos sociais. O objetivo é discutir as necessidades de atendimento às mulheres que sofrem violência sexual, incluindo a interrupção da gestação, quando consequência desta violência e assim solicitada pela mulher. Discutem-se sistematicamente as mudanças nas leis, das normativas e portarias recém implantadas e as barreiras encontradas nas instituições, para a implementação da atenção. Outro papel importante dos Fóruns é seu efeito multiplicador, onde seus participantes geralmente são os atores dessas ações em seus Estados de referência, contribuindo com a garantia da sustentabilidade das propostas e das políticas de enfrentamento da violência contra a mulher.

Os Fóruns são realizados de forma participativa e faz-se anualmente um balanço dos progressos alcançados e da ampliação das ofertas de serviços. Ressalta-se que seus relatórios são divulgados nas várias esferas de governo e instituições parceiras, além de representantes das categorias profissionais, principalmente nas publicações da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), cujos associados são os responsáveis nos serviços de referência pela implementação das ações preconizadas.

Outro marco no enfrentamento da violência foi a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001), quando várias ações e iniciativas governamentais voltadas para a violência de gênero e sexual foram desencadeadas. Em 2003, foi criado o Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Contra a Mulher, que atua em rede, articulando os serviços e criando parcerias com áreas do governo, com a sociedade civil e com o movimento social de mulheres (BRASIL, 2003; ZUMA et al, 2010). Visa uma atuação intersetorial e engloba vários tipos de violência contra a mulher, incluindo a sexual. Ainda em 2003, a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres também constituiu um marco, com articulações importantes com o setor saúde, contribuindo substancialmente para fortalecer as ações na garantia dos direitos das mulheres e no enfrentamento da violência contra a mulher.

Em 2004, teve início a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incorpora um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção à saúde. Busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com ênfase

na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004a). Ainda neste ano, através da Portaria MS nº 2.406, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) instituiu o serviço de notificação e aprovou o instrumento e o fluxo de atendimento da violência contra a mulher. Instala-se a ficha de identificação de notificação compulsória da Violência contra a Mulher (e outras violências interpessoais), visando o dimensionamento do fenômeno e de suas conseqüências, dando uma grande contribuição para a implementação de políticas públicas.

Um importante avanço no enfrentamento da violência interpessoal no Brasil, entre as quais está a violência contra a mulher, foi dado em 2006, com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Ministério da Saúde. Tal sistema objetiva conhecer a magnitude e a gravidade das causas externas e implementar ações de prevenção de violências e de promoção da cultura de paz e, conseqüentemente, de diminuir o impacto das violências e dos acidentes no perfil de morbimortalidade da população (BRASIL, 2006).

Apesar da existência de todo este cenário, há ainda na atualidade um descompasso entre as necessidades em saúde das mulheres, as políticas públicas existentes e o acesso aos serviços de saúde (OSIS et al 2012; SCHRAIBER, 2012). Ao analisar a atenção integral à saúde da mulher que sofre violência sexual, D'Oliveira et al (2009) afirmam que os serviços de atenção às mulheres em situação de violência são pouco resolutivos. Por outro lado, sabe-se que os vínculos das mulheres com os serviços dependem da garantia de acesso, de um bom acolhimento e de uma atenção integral, e de políticas sustentáveis.

Muitas mulheres que procuram as Unidades Básicas de Saúde ou os serviços de emergência hospitalares podem estar vivenciando ou já terem vivenciado alguma situação de violência. Contudo, esses eventos não são frequentemente detectados nesses serviços (OSIS et al, 2012). Osis et al (2012), entrevistando coordenadores de saúde da mulher e de unidades básicas de alguns municípios de São Paulo, observaram que a investigação de violência não é rotina nos serviços, onde o tema só é abordado se houver uma queixa pré-existente. Poucos municípios tinham protocolos de atendimentos específicos. Grande parte dos profissionais de saúde entrevistados, afirmou que as situações de violência eram detectadas, nos casos onde sinais de lesões físicas ou distúrbios emocionais ou psicológicos eram bastante indicativos.

Na realidade, as Unidades Básicas de Saúde não estão estruturadas uniformemente no país para atuar como referência para atenção às mulheres em situação de violência sexual. Na maioria dos estados e municípios brasileiros a atenção à mulher em situação de violência sexual está concentrada em hospitais de emergência. Por outro lado, os serviços de

emergência não são os serviços ideais para formar vínculos com usuários e possibilitar um espaço favorável de escuta. Deslandes (2000), descrevendo o atendimento da emergência hospitalar, observou uma extrema impessoalidade permeando a relação entre o usuário e o profissional, onde não há nomes nem interações. O que existe são profissionais que apenas elaboram diagnósticos e prescrevem intervenções, num contínuo processo de revezamento. Entretanto, em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade, sendo na maioria das vezes a porta de entrada, constituindo-se como a única vez que coloca o usuário diante de um profissional de saúde e em muitos casos, a única ocasião em que a violência poderá ser declarada (DESLANDES 2000).

Osis e Faundes (2008) observam que a falta de espaço físico nos serviços e a ausência de suporte institucional são os maiores problemas para a atenção aos casos de violência sexual em cidades do Brasil. Em outro trabalho, Faundes et al (2006), ressaltam que apesar de mais de 80% dos municípios pesquisados declararem ter serviços de saúde que prestam atendimento às mulheres em situação de violência sexual, apenas 34% desses serviços tinham protocolos de atendimento, só 15% ministravam todos os medicamentos e 14% realizavam todos os exames preconizados por protocolos assistenciais.

É ainda marcante no país a indefinição da atenção às mulheres quanto à sistematização de ações na saúde que garantam seu acesso e a existência de vínculos das mulheres aos serviços disponibilizados pelo SUS, impondo-lhes uma peregrinação, sem respostas efetivas. Schraiber (2000) nomeia esta indefinição de atenção como “rotas imperfeitas” e a OPAS (1998) a reconhece como “Rotas Críticas”, onde as mulheres enfrentam avanços e retrocessos quando buscam a justiça e os serviços de saúde, sem nenhum resultado concreto ou muito eficaz.

A OMS (2002), reconhecendo o grau de dificuldade do setor saúde para abordar, reconhecer e cuidar das mulheres em situação de violência sexual, faz algumas recomendações, entre as quais estão: a incorporação de temas relacionados a gênero e a violência sexual, incluindo considerações éticas relevantes para a formação dos profissionais de saúde e uma ênfase na atenção primária, quanto ao seu importante papel na prevenção.

Deslandes (2000) fala que o campo da saúde coletiva é uma nova perspectiva para o enfrentamento da violência, onde profissionais devem ser sensibilizados e orientados à postura onde reconheçam o conhecimento como produção de complexidade. Nessa perspectiva, é preciso articular as tecno-ciências com as ciências humanas e filosofia, integrando as dimensões individuais e coletivas, objetivas e simbólicas, qualitativas e quantitativas.

É certo que as mulheres em situação de violência sexual necessitam de atenção a sua saúde. Na maioria das vezes, sofrem danos físicos (genitais ou não), psicológicos e, em casos extremos, a morte. A violência sexual contra mulher aumenta o risco de gestações indesejadas, aborto inseguro, doenças sexualmente transmissíveis (incluindo HIV/AIDS), disfunções sexuais, infertilidade, dor pélvica e doenças inflamatórias pélvicas, e infecções urinárias (WHO, 2003).

As lesões genitais decorrentes da violência sexual podem desencadear a busca dos serviços de saúde com quadros emergenciais, entre as quais estão as hemorragias; os hematomas; as lacerações ou grandes edemas em lesões vaginais e/ou vulvares preferencialmente em fúrcula, hímem ou grande e pequenos lábios. As lesões não genitais podem estar associadas a edemas e hematomas localizados nas diversas partes do corpo, inclusive na região anal ou retal (WHO, 2003).

No que diz respeito aos efeitos psicológicos, a violência sexual pode desencadear na vítima transtorno de estresse pós-traumático, depressão, fobias sociais, ansiedade, tendência ao uso de substâncias e comportamentos suicidas. Como efeito tardio, as conseqüências podem ser manifestadas através de cefaléias crônicas, fadiga, distúrbio do sono, transtornos alimentares, dores menstruais e dificuldades sexuais (WHO, 2003). Para a Organização Mundial de Saúde, a violência sexual pode ocasionar efeitos psicológicos em longo prazo influenciando e alterando radicalmente o curso da vida de suas vítimas (WHO, 2003).

Dentre as conseqüências da violência sexual, a gestação decorrente de estupro se destaca, em função das reações psicológicas, sociais e biológicas. O problema se agrava na medida em que grande parte das mulheres ainda não tem acesso aos serviços de saúde que realizem o abortamento, mesmo estando previsto no código penal (DREZETT, 2005; CONTRERAS, 2010). São omitidas informações sobre a legalidade e o direito desta intervenção, são postergados prazos para resolução de avaliações e aprovação do procedimento e são exigidos documentos desnecessários, não inseridos com essenciais no protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde (DREZETT, 2005). Bedone e Faundes (2007) ressaltam que é necessário que os hospitais públicos ofereçam condições para a realização do aborto, disponibilizando outros profissionais, quando há objeção de consciência¹. Justificam tal recomendação pelo risco que correm as mulheres que se

¹No Brasil, é garantida ao médico a objeção de consciência e direito de recusa de praticar o aborto, mesmo nas situações previstas pela lei (GALLI et al, 2012). O Conselho Federal de Medicina ratifica, no artigo 7 do Código de Ética Médica, “o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”. E ainda no artigo 28, garante como direito

submetem ao aborto em condições inseguras. Soares (2003), acrescenta que o poder médico interdita a prática do abortamento, facilitando ou criando impedimentos, de acordo com o caso apresentado.

Dados que refletem o déficit referente ao aborto previsto por Lei, foram registrados em 2006, quando observou-se que apenas 11% dos serviços avaliados haviam feito pelo menos uma interrupção nos 10-14 últimos meses antes da pesquisa. Havia ainda um enorme desconhecimento sobre a documentação necessária para proceder à interrupção da gestação nos casos considerados legais (FAUNDES et al, 2006). O trabalho desenvolvido por Vilela e Lago (2007) revela que a maioria dos serviços de referência instalados no país, faz a exigência do Boletim de Ocorrência (BO) para fazer o atendimento e alguns hospitais também exigem laudo do Instituto Médico Legal. Contudo, esses documentos não são obrigatórios (BRASIL, 2005). Similarmente, Osis e Faundes (2008) registraram as mesmas exigências restritivas e desnecessárias em hospitais das diversas regiões brasileiras.

Vilela e Lago (2007) chamam atenção para o número relativamente pequeno de interrupções de gravidez decorrentes do estupro entre 1999 e 2007 (1.266 interrupções), considerando-se que entre 2001 e 2003 foram registrados 43.227 casos de estupro no país. Este fato pode ser atribuído à insuficiência numérica dos serviços, às barreiras de acesso e a efetividade da contracepção de emergência.

Schraiber (2009) também comenta que a violência contra a mulher emerge, primeiro, relacionada à prática médica do aborto legal, o que evidencia a garantia de um direito estabelecido desde 1940 e que até então, não estava inserido nas rotinas hospitalares. Alia-se à questão do aborto, o fato de que a prática dos médicos fosse subordinada à decisão jurídica, o que produziu simbolicamente o efeito de estabelecer a violência como problema mais do judiciário do que da assistência à saúde, o que ainda persistente nos dias de hoje e se constitui como entrave na atenção às vítimas de violência sexual.

médico “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (CFM, 1988).

3.4 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual mobiliza um contingente de mulheres aos hospitais, seja em decorrência das lesões físicas ou psicológicas seja em busca de apoio. Na atualidade, esta demanda tem aumentado, já que tem sido mais divulgada a necessidade de comparecer aos serviços de referência para fazer a contracepção de emergência, a profilaxia para a DST virais e não virais, ou para solicitar a interrupção de uma gestação decorrente de estupro. Estes atendimentos, misturam-se com as agendas das maternidades geralmente lotadas de atendimentos emergenciais, que mobilizam uma triagem de prioridades. Embora os serviços estejam teoricamente preparados para receber esta clientela, nem sempre a equipe atende adequadamente esta população em suas específicas prioridades (VILELA; LAGO, 2007).

Com vistas a traçar diretrizes à atuação dos profissionais nestes casos, em 1998, o Ministério da Saúde desenvolve a primeira versão da Norma Técnica (BRASIL, 1998), cujo o objetivo era trazer roteiros e protocolos no aspecto assistencial quanto à prevenção de gravidez, profilaxias de doenças sexualmente transmissíveis (DST) virais e não virais, e os aspectos técnicos éticos e legais da interrupção da gestação decorrente de estupro. Além disso, abordava aspectos psicossociais relevantes para o atendimento.

Mais tarde, em 2005, este documento foi revisto e foram acrescentados aspectos referentes à Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória de casos de violência contra mulheres atendidas em serviços públicos ou privados de saúde, além de ratificar a não exigência de Boletim de Ocorrência Policial (BO) para a realização da interrupção da gravidez prevista em lei. Apresentou ainda recomendações adicionais para o uso de anti retro- virais e para a atenção às mulheres que fazem sexo com mulheres e que estão em situação de violência sexual (BRASIL, 2005).

Em 2010, houve nova revisão da Norma Técnica, que incorporou avanços técnicos, éticos, legais e humanitários referentes: (1) a Criação da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha); (2) a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que tem como instrumento de coleta a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, cujos dados coletados são

processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); (3) a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, que alterou a antiga definição de estupro e mudou a definição dos “Crimes contra os costumes” para os “Crimes contra a Dignidade Sexual” no Código Penal; e (4) a Portaria GM/MS nº 1.508, de 1 de setembro de 2005, que 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) (BRASIL, 2011).

A versão em vigor da Norma Técnica apresenta novas recomendações sobre a anticoncepção de emergência, a mudança do anti retro viral na profilaxia da HIV/AIDS e do uso do *Misoprostol* no abortamento farmacológico para a interrupção da gestação decorrente de estupro, além de uma ampla abordagem de aspectos éticos e legais que envolvem o atendimento a adolescente em situação de violência sexual e a atenção ao autor da violência sexual.

Além disso, neste processo, em 2006, o Ministério da Saúde também elaborou a “A Matriz Pedagógica para Formação de Profissionais em Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual” (BRASIL, 2006), com o objetivo de fortalecer a atenção à mulher em situação de violência doméstica e sexual. Esse documento apresenta um conjunto de informações que dão subsídios teóricos aos profissionais de saúde, visando o aprimoramento técnico e a qualificação do profissional para as questões da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Sugerem conteúdos e metodologias que podem ser adaptados às realidades regionais, colaborando para promover a qualificação profissional no trato com pessoas, objetivando respostas satisfatórias. Visa também, promover, por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade das ações, apoio ao desenvolvimento de habilidades que tenham por fim, garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os serviços de referência de atendimento à violência sexual não visam só responder às necessidades médicas. Há de se oferecer suporte social, acompanhamento psicológico e orientação dos direitos da vítima. Deduz-se que o serviço deve contar com uma instalação física que garanta privacidade e recursos humanos qualificados, representados por uma equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros).

Dada a complexidade da demanda, a área da saúde precisa fazer parcerias com outros setores. Há uma exigência de atuação efetiva, sobretudo dos profissionais que prestam atenção a estas mulheres (DESLANDES; PESCE, 2010). Segundo a autoras, cuidar de

peças em situação de violência, principalmente daquelas em vítimas de violência sexual, não é uma tarefa fácil. Deslandes (2010) chama atenção para os sentimentos, valores morais e éticos afetados por esta atenção e faz um questionamento sobre com quais recursos os profissionais contam para lidar com tais situações.

Os protocolos de assistência às mulheres em situação de violência sexual implantados no Brasil são considerados exemplares, mobilizaram iniciativas semelhantes em outros países da América Latina (DREZETT, 2005). Este reconhecimento decorre do aprimoramento dos cuidados científicos dos protocolos e de sua qualidade técnica. No entanto, a efetivação das ações, ao longo de décadas, tem encontrado barreiras de caráter técnico, institucional e de formação profissional, além da própria dificuldade da mulher em revelar sua situação e procurar o serviço. Muitas vezes, as capacitações e a exigência de atuação técnica frente às normas e protocolos não são suficientes. Em muitos locais, persistem antigos problemas, como os ligados ao acolhimento, a condução do caso e ao estranhamento quanto às características dos danos (DREZETT, 200; BEDONE, 2007 SCHRAIBER, 2011).

Os aspectos socioculturais envolvidos na atenção, oriundos da formação e de vivências individuais integram suas práticas nas unidades de saúde. São preconceitos (de classe, raça, sexismo e de idade) ou valores éticos e culturais que desvalorizam a questão para tal assistência; a falta de conhecimento do profissional sobre o tema; a ausência de controle quanto aos resultados da intervenção; e o desconhecimento ou a efetiva ausência de redes de atendimento que possam ser referências específicas (SCHRAIBER, 2011).

Há uma constante preocupação dos propositores de Políticas dirigidas a atenção às mulheres em situação de violência quanto à capacitação de profissionais, onde se recomenda uma incorporação de temáticas mais abrangentes relacionadas a gênero, sexualidade e direitos humanos das mulheres. Para Schraiber (2012), há uma certa inadequação da formação do profissional de saúde às demandas populacionais, uma vez que a formação ainda está centrada nas doenças raras da experiência do hospital-escola.

Os obstáculos simbólicos e práticos para mudanças, segundo Schraiber (2012), estão relacionados ao reducionismo da normalização biomédica; à abordagem individualizante das necessidades; à cultura do trabalho autônomo; à manutenção de práticas desiguais para homens e mulheres, prevalecendo uma cultura tradicional de gênero e; e o agir profissional dissociado da perspectiva dos direitos.

Schraiber (2012) também disserta sobre o descompasso entre as propostas de políticas públicas e a prática assistencial, ocorrendo distorções, desajustes conjunturais de insuficiências de recursos ou limitações de conhecimento mútuo de cada proposição. Segundo

ela, há uma autonomia relativa entre a política e a prática profissional, onde suas relações não são imediatas e acontecem como realidade parcial.

Segundo Pinheiro (2011), torna-se evidente a exigência de novas abordagens e proposições observacionais para o estudo da integralidade do cuidado, havendo necessidade de superar o desafio imposto pela fragmentação, dicotomização e objetivação na atenção à saúde.

Um aspecto bastante importante para reflexão sobre essa atenção refere-se à participação de profissionais da emergência, escalados para atender às mulheres em situação de violência sexual. Deslandes (2000) pontua alguns aspectos que permeiam as dificuldades desses profissionais, como, por exemplo, a sobrecarga dos serviços por falha na atenção básica, a falta de articulação interna com os próprios funcionários do serviço e com os gestores e a falta do reconhecimento das ações realizadas. A autora, reconhece que o trabalho na emergência, impõe aos seus profissionais carga adicional de stress, já que, diante das oscilações de situações extremas, há imperativa necessidade de apresentar respostas às demandas. Neste contexto, esses profissionais criam mecanismos de defesa para minimizar suas dores e suas frustrações, os quais caracterizam-se pelo tratamento impessoal dos seus pacientes, o não envolvimento às situações que exigem seu cuidado, e uma frieza para suportar o próprio sofrimento e se distanciar de situações de impossibilidade. Chama portanto de “couraça” esses mecanismos de defesa, que representam inexoravelmente um desapego ao paciente (DESLANDES, 2010).

A partir dessa lógica, é fácil pensar sobre a fragilidade do acolhimento às mulheres em situação de violência sexual nos serviços emergenciais, que podem não encontrar disponibilidade e receptividade do profissional que lhes atendem. Os profissionais lotados nos serviços emergenciais estão prontos para atender principalmente os efeitos físicos da violência, ou seja, as lesões físicas graves e os politraumatismos, respondendo a vocação genuína do serviço de emergência.

Segundo Schraiber (2000), há uma grande dificuldade em lidar com questões percebidas como culturais, sociais e até psicológicas, como é o caso da violência sexual contra a mulher. Esta demanda nos serviços pode ser rejeitada, já que não se enquadra no perfil de doença esperado. Pode também ser patologizada, recebendo uma atenção prescritiva, onde o profissional “conduz” o doente ao estado de normalidade. Frente a esta situação, o profissional manifesta inquietudes, já que considera que tal demanda não pertence ao seu campo de atuação, manifestando muitas vezes sentimentos de impotência, constrangimentos, dúvidas, desconfianças e revoltas.

Deslandes (2000) também considera que na atenção às vítimas de violência, especialmente a sexual, a atuação extrapola os limites demarcados pela intervenção e os cuidados da lesão, exigindo do profissional um conhecimento dos sentimentos, das vivências e das expectativas dos que foram hospitalizados.

Schraiber (2000) manifesta uma preocupação quanto ao sofrimento de mulheres em situação de violência, especialmente a sexual, que necessitam de espaço para o atendimento, mas que nem sempre apresentam sequelas no corpo e patologias. E questiona como, nesse contexto atual de saúde, seu sentimento poderá ser expresso, escutado e compreendido. Nesta direção, D'Oliveira e Schraiber (1999) fazem uma explanação do que nomeiam de impossibilidade tecnológica, onde o profissional só pode compreender e aceitar como responsabilidade para sua atuação o que visualiza como objeto de sua competência. Este é o limite. Não há uma linguagem de comunicação entre as demandas das violências sofridas e as respostas de tais demandas nas ações em saúde se não forem expressas como adoecimento ou riscos de adoecer. Segundo as autoras, o acolhimento e as práticas dependem desta tradução, o que não é sempre tão claro, uma vez que o sofrimento apresenta-se muitas vezes como uma dor invisível ao olhar da saúde.

Em relação às situações que exigem a interrupção da gestação, o problema é ainda mais crítico. Osis e Faundes (2008), avaliando a situação atual do atendimento de 18 serviços públicos de saúde do país direcionados às mulheres em situação de violência sexual, menciona que, com exceção de Curitiba, todas as demais localidades apresentam resistências dos médicos para a realização da interrupção da gravidez. Estes autores referem que a religião e a dúvida quanto à gravidez ser resultante de um estupro são os maiores fatores para a resistência dos serviços na realização desta ação. Contudo, é bastante recomendado que a palavra da mulher que sofreu violência sexual e busca a interrupção tenha credibilidade e seja recebida como presunção de veracidade. Há que prevalecer a palavra da mulher, mesmo quando não haja provas materiais (DREZETT, 2005; TORRES, 2011).

Na realidade, há um impacto entre a garantia de um direito da mulher, que está previsto em lei, e do direito ético do profissional relacionado à objeção de consciência, no caso da interrupção decorrente de estupro. Contudo, poderá prevalecer a posição de outro médico que não a invoque, e que esteja preparado, capacitado e disponível para a prática do ato (BRASIL, 2010).

Diniz (2011) aborda a preocupação atual sobre o estatuto ontológico desse direito do profissional ; se individual e absoluto, ou se individual e passível de acomodação, levando a uma reflexão sobre sua subordinação às necessidades das pessoas em busca dos serviços de

saúde. Acrescenta que o impasse da questão da objeção de consciência no serviço público de saúde não envolve apenas o médico e a mulher, mas a perspectiva dos direitos individuais e responsabilidades profissionais(DINIZ ,2011). Bedone e Rosas (2009) afirmam que esse direito do médico não pode ser aplicado sem uma exaustiva análise da interação com outros princípios bioéticos de beneficência e não maleficência.

Há também que se ressaltar os limites para a objeção de consciência, que excluem os casos de emergência e os com danos irreparáveis à saúde do paciente. Essa discussão deve ser feita na perspectiva dos direitos humanos, onde deve prevalecer o acesso a informações e a tomada de decisões. Nessa perspectiva, diante de situações de mulheres que solicitam interrupções após gestação decorrente de estupro, é obrigação de todos acolhê-las no serviço público devidamente habilitado para realizar o procedimento, com garantia de sigilo e privacidade (BEDONE; ROSAS, 2009). Contudo, há muitas dificuldades para se identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar no aborto previsto por lei (SOARES, 2003). Continua sendo objeto de formação teórico-prática dos profissionais de saúde, o binômio materno fetal, numa concepção tradicionalmente incorporada à própria cultura do hospital-maternidade, que reforça este paradigma. Para Faundes e Berzalatto (2004) há uma reação lógica do obstetra, onde sua ligação com o feto é semelhante ao seu vínculo com sua cliente adulta. Esses autores trazem esta argumentação para facilitar a compreensão de como esta subcultura da prática médica exacerba o trauma que desencadeia o processo de interrupção da gestação.

No processo de abortamento, Soares (2003) revela não haver dificuldades dos profissionais quanto à segurança técnica e ao domínio dos procedimentos, e que manter uma postura imparcial, estruturada numa atitude essencialmente técnica serve de modelo para profissionais enfrentarem tais situações. Esta autora ainda acrescenta a importância do atendimento integral às mulheres em situação de violência sexual, possibilitando mudanças de valores, para o profissional de saúde e para a paciente, onde as dores manifestadas, transformam resistência, distância e medo, em solidariedade e compromisso.

3.3 A VIOLÊNCIA SEXUAL E A GARANTIA DE DIREITOS

A proteção dos direitos humanos tornou-se bastante evidente nas últimas décadas, concomitante à consolidação de regimes democráticos e o surgimento dos movimentos sociais (CONTRERAS, 2010).

Os estudos de gênero fortaleceram os movimentos feministas, que mobilizaram as políticas públicas e deram visibilidade aos direitos das mulheres. Ao longo dos anos, houve mudanças na percepção da violência sexual contra mulheres, que, ao ser vista como crime, tornou possível valorizar atos até então desprezados. Esse fato também interferiu na mudança da relação social entre homens e mulheres e na abordagem da situação da violência sexual (BERGER; GIFFIN, 2005).

Os direitos humanos das mulheres fazem parte dos direitos universais da humanidade, reafirmando o direito à igualdade política, ao exercício dos direitos reprodutivos e uma vida livre de violência. (SCHRAIBER et al, 2005, p. 112).

Convenções e documentos internacionais ocupam importante papel na proteção e garantia dos direitos humanos das mulheres. Destacam-se: (1) a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), aprovada pela ONU em 1979; (2) a participação do Brasil na Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Viena, em 1993, (TELES, 2007), onde são reconhecidos os direitos das mulheres e meninas como direitos humanos, e a violência contra as mulheres como violação destes direitos; (3) a Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, ocorrida em 1994 na Assembléia Geral dos Estados Americanos; e (4) lançamento da campanha “Sem as Mulheres os Direitos Não São Humanos”, em 1998, durante as comemorações do Cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A década de 80 foi declarada pela ONU como a “Década da Mulher”. Neste período surgiu no país algumas conquistas mobilizadas pelo movimento feministas: a inauguração da primeira Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo; a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), através da lei 7353/85 e; a criação, em 1986, no estado de São

Paulo, e da primeira Casa-Abrigo do país. Essas foram as primeiras iniciativas dirigidas à promoção dos direitos das mulheres no país (BRASIL, 2007).

O grande e significativo avanço no Brasil para a garantia e consagração, por lei, do princípio de igualdade referente à recomendação do comitê CEDAW, encontra-se na Constituição de 1988 em seu artigo 5º, que representa um marco dos Direitos Humanos das mulheres e o reconhecimento da sua cidadania. A partir daí, a legislação maior do país rompe com um sistema legal que discrimina as mulheres e inicia-se um processo de mudanças no arcabouço jurídico brasileiro, no sentido de assegurar o cumprimento do princípio constitucional. Destacam-se ainda como avanços, o conteúdo do novo Código Civil, sancionado em 2002, e em vigor desde 2003; as alterações realizadas no Código Penal em 2005 e; o advento da Lei sobre violência doméstica e familiar contra a mulher (2006), que resultou na Lei nº.11340/2006 – Lei Maria da Penha. A referida Lei representa um grande avanço para redução da impunidade que demandava o cumprimento da Lei nº. 9099/1995, voltada a tratar delitos de menor potencial ofensivo onde os crimes contra as mulheres eram considerados do âmbito das relações domésticas e familiares, contribuindo para a banalização da violência. Ressalta-se ainda a mudança no Código Penal Brasileiro, referente a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, que alterou a antiga definição de estupro e mudou a definição dos “Crimes contra os costumes” para os “Crimes contra a Dignidade Sexual”.

A discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos, na perspectiva de gênero, foi significativamente fortalecida e ratificada a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, e da Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, em 1995; quando foram consolidados os conceitos mais amplos de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (GALVÃO, 1999).

A Conferência de Cairo deu prioridade à saúde sexual e reprodutiva. Enfatizou a repercussão das iniquidades de gênero na saúde, anexando ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), dimensões da sexualidade e da reprodução numa perspectiva de direito. O programa de ação da CIPD estabeleceu metas para o país e, nesta ocasião, houve o estabelecimento de compromissos prioritários para a promoção da igualdade entre os gêneros e à cobrança de esforços dos Estados no sentido de implementar políticas que visassem a erradicação da violência contra as mulheres, além de outras medidas baseadas na equidade de gênero (BRASIL, 2010). Esta Conferência também incorpora os temas ligados à saúde sexual e reprodutiva, para além da garantia de saúde, para a garantia de direitos.

Em 1995, a Conferência da Mulher, em Beijing, ratificou as propostas dos resultados do Cairo e inseriu um enfoque para a igualdade de gênero no que diz respeito aos “direitos

sexuais e reprodutivos” e aos “direitos humanos individuais”. Estes conceitos, na perspectiva do direito, foram propulsores de políticas na Saúde, adicionando medidas com um olhar para violência de gênero na área de prevenção e tratamento dos agravos.

Enfatiza-se que o Brasil se tornou signatário de ambas Conferências, o que significou atender a demanda conceitual das definições e das realidades nacionais, a partir dos acordos firmados internacionalmente.

Desta forma, a saúde sexual da mulher foi então definida como:

(...) os direitos humanos da mulher de ter o controle e decidir livremente e responsabilmente sobre problemas relacionados à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. Relações de igualdade entre homens e mulheres no tocante a relações sexuais e reprodução humana, incluindo respeito total pela integridade do indivíduo, requerem respeito mútuo, consentimento e responsabilidade de ambos pelo comportamento sexual e suas conseqüências (GALVÃO, 1999, p. 172).

Ainda nessa perspectiva, os direitos reprodutivos incluem, segundo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994:

o direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsabilmente o número de filhos e o intervalo entre eles e de dispor da informação, educação e dos meios para tal; o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva; e o direito de tomar decisões referentes a reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violência (GALVÃO, 1999, p. 172).

Para consolidação dos direitos das mulheres no país, foi criada em 1 de janeiro 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres com status de Ministério, que introduziu no país uma nova fase referente à formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre homens e mulheres, esboçando uma proposta de enfrentamento da Violência contra a Mulher. Logo após a sua criação, em julho de 2004, aconteceu no país, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM). A Conferência mobilizou cerca de 120 mil mulheres que participaram de debates e contribuíram para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. O Plano introduziu a orientação de alguns tópicos fundamentais, tais como: garantia e promoção da igualdade e respeito à diversidade; equidade; autonomia das mulheres; laicidade do Estado; universalidade das políticas; justiça social; transparência dos atos públicos; e a participação e controle social.

Houve progressivamente, uma mudança no foco de atuação da violência contra a mulher, que deu início com a formulação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2008) . Passa então a ocorrer planejamentos nessa área e a existir a efetiva participação dos movimentos sociais quanto às ações correspondentes às diretrizes e aos princípios emanados pelas I e II Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres.

Como resposta aos acordos firmados e pressionados pelos movimentos sociais, até então bastante mobilizados, várias medidas foram tomadas para o “empoderamento” das mulheres para além da área da Saúde e da Justiça. Entre os anos de 2004 e 2006, houve a ampliação do conceito de enfrentamento e o início da implementação dos serviços da Rede de Atendimento às Mulheres, havendo investimentos financeiros nessa área. Ocorreram ainda, iniciativas do Ministério do Trabalho, que implantou a lei trabalhista, Lei 9032/95, que garante direitos às mulheres que sofrem violência sexual, durante o percurso do trabalho, mediante Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) .O cadastramento do CAT , assegura, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde (BRASIL, 2011).

Apesar de inúmeros avanços, Contreras (2010) ressalta que na América Latina e no Caribe persistem os desafios ligados às desigualdades sócio-econômicas entre homens e mulheres, assim como os relacionados à governança democrática e à violação dos direitos humanos.

3.5 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: A PREVENÇÃO E A REDE INTERSETORIAL

Estimamos que, com essas discussões possamos perceber a natureza polifônica do termo integralidade, ampliando seu conhecimento como prática social, um dispositivo inevitavelmente dialógico e ferramenta da indissociabilidade entre ação e pensamento (PINHEIRO, 2011, p. 61).

A atenção às mulheres em situação de violência como toda atenção à saúde, deve obedecer ao princípio de integralidade do SUS, que é um dos princípios mais preciosos em termos de evidenciar as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas: o atendimento às necessidades das pessoas em diversos níveis de complexidade, o que representa um constante desafio na área da saúde (BRASIL, 2000).

Pinheiro (2011) define a categoria integralidade do cuidado como direito humano à saúde, já concebido como um imperativo constitucional, institucionalizado pelo SUS. Por este motivo, deve ser efetivada no cotidiano das instituições de saúde.

Vários estudos evidenciam a manifestação de sentimentos de impotência e sofrimentos dos profissionais de saúde, quando demandados na atenção aos casos de violência sexual (LIMA, 2007; SCHRAIBER, 2011; FAUNDES, 2007; CAVALCANTI, 2006). Refletem essas tensões, o individualismo que permeia as práticas em saúde, que não contribui nas respostas às demandas assistenciais do atendimento às mulheres em situação de violência sexual. O desconhecimento da rede como alternativa às práticas integradas e mais resolutivas pode desencadear posturas de impotência e rejeição.

O acolhimento, com o estabelecimento de vínculos de confiança e o desenvolvimento da escuta dos pacientes, é elemento que compõe a integralidade do cuidado, que não se restringe a competências e tarefas técnicas.

A integralidade do cuidado abre espaço para a negociação e inclusão do saber, dos desejos e das demandas das necessidades do outro. Preocupa-se com o bem estar dos indivíduos, como uma promessa de direito à saúde, situando-os como sujeito e não como objeto, devolvendo-lhes o poder de julgar sobre quais são suas necessidades em saúde. Para

atingir esse objetivo, é importante ampliar o cuidado e a rede de apoio social, o que exige um trabalho interdisciplinar e uma articulação entre profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários das redes, para que todos participem ativamente (PINHEIRO, 2011). Cecílio e Merhy (2003) explicam que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede.

A rede de atenção à saúde é um sistema de múltiplas conexões (nós), em várias direções, que permite ampliar a capacidade de criação e transformação dos processos de trabalho. Contribui para ampliar os espaços de negociação entre os participantes de uma equipe e entre as diferentes equipes. A rede estrutura-se numa interdependência, onde exige-se múltiplos saberes e práticas para que melhores resultados sejam obtidos (BRASIL, 2009).

A perspectiva de rede surge a partir da constatação de déficits significativos nas respostas encontradas por mulheres, numa longa trajetória, em busca de atenção, após vivenciarem eventos violentos. Essa trajetória percorrida, possui diversas portas de entrada (serviços de emergência na saúde, delegacias e serviços da assistência social) e devem estar devidamente capacitadas para acolher essa clientela, articuladas para garantir uma assistência qualificada e não revitimizante. A proposta do trabalho em rede, surge ainda como enfrentamento do isolamento dos serviços e desarticulação dos diversos níveis de governo. A articulação é elemento essencial para a caracterização da rede, que só se concretiza se estiver articulada.

Segundo Kiss et al (2007), a atuação de uma rede intersetorial requer uma articulação objetiva das ações interinstitucionais, com a interação entre seus agentes e a presença de canais definidos de comunicação entre os serviços que compõem o conjunto e que participam da rede. Assim, a linha de cuidado transversaliza cada elemento do sistema de saúde, sendo o hospital um dos componentes importantes da atenção integral.

No ano de 2003, na época de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, lançou algumas iniciativas no país para implementação de ações de integralidade dirigidas às mulheres em situação de violência. Organizar redes integradas de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual tornava-se um imperativo para a implementação da política.

Mais tarde, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2008) investiu na implementação de políticas amplas e articuladas, incluindo os setores da segurança pública, da justiça, da educação, da assistência social, dentre outros. Em relação às ações preventivas preconizadas pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2008), tem-se a desconstrução dos mitos e

estereótipos de gênero e a modificação de padrões sexistas. Inclui também: (1) as ações culturais que disseminam atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero, raça/etnia, geracionais e de valorização da paz;(2) as ações educativas, que trazem campanhas que visibilizem as diferentes expressões de violência de gênero sofridas pelas mulheres e que rompam com a tolerância da sociedade frente ao fenômeno. Pretende ainda favorecer a mudança de valores, em especial no que tange à cultura do silêncio quanto à violência contra as mulheres no espaço doméstico e à banalização do problema pela sociedade.

. Para esta Política, o enfrentamento da situação de violência contra a mulher não se restringe a questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres, numa perspectiva de rede.

No âmbito do governo, a Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência é composta pelos seguintes serviços (BRASIL, 2008):

- (1)Centros de Referência, que se constituem como espaços de acolhimento e atendimento psicológico e social, e orientação, proporcionando o atendimento e o acolhimento necessários à superação de situação de violência e contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania;
- (2) Casas-Abrigo, que se caracterizam por locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral às mulheres em risco de vida iminente em razão da violência doméstica;
- (3) Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, que são unidades especializadas da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência;
- (4) Defensorias da Mulher, cuja finalidade é dar assistência jurídica, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência;
- (5) Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, que são órgãos da Justiça Ordinária com competência cível e criminal e que poderão ser criados pela União (no Distrito Federal e nos Territórios) e pelos Estados para o processo, julgamento e execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo a Lei 11.340/2006 (Lei Maria daPenha) que prevê a criação dos Juizados, esses poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde;

- (6) Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, que se constitui como um serviço do governo federal que auxilia e orienta as mulheres em situação de violência através do número de utilidade pública 180. O Ligue 180 foi criado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em 2005, e conta com 80 atendentes que cobrem o período de 24 horas diárias, inclusive nos feriados e finais de semana;
- (7) Ouvidorias, que é o canal de acesso e comunicação direta entre a instituição e o(a) cidadã(o). É um espaço de escuta qualificada, que procura atuar através da articulação com outros serviços de ouvidoria em todo o país, encaminhando os casos que chegam para os órgãos competentes em nível federal, estadual e municipal, além de proporcionar atendimentos diretos;
- (8) Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), onde os primeiros fazem parte do PAIF (Programa de Atenção Integral à Família) e desenvolvem serviços básicos continuados e ações de caráter preventivo para famílias em situação de vulnerabilidade social (proteção básica); enquanto os CREAS são responsáveis pela proteção de famílias e indivíduos que tenham seus direitos violados e que vivam em situações de risco pessoal e social (proteção especial);
- (9) Centro de Educação e Reabilitação do Agressor constitui-se como espaço de atendimento e acompanhamento de homens autores de violência, encaminhados pelos Juizados Especiais de Violência Doméstica/Familiar contra a Mulher e demais juizados/varas. Os Centros de Educação e Reabilitação do Agressor visam à reeducação dos homens autores de violência e à construção de novas masculinidades, a partir do conceito de gênero e de uma abordagem responsabilizante;
- (10) Polícia Civil e Militar, quando a delegacia comum também deve registrar toda e qualquer ocorrência oriunda de uma mulher vítima de violência;
- (11) O Instituto Médico Legal (IML) desempenha um papel importante no atendimento à mulher em situação de violência, principalmente as vítimas de violência física e sexual. Sua função é decisiva na coleta de provas que serão necessárias ao processo judicial e condenação do agressor. É o IML quem faz a coleta ou validação das provas recolhidas e demais providências periciais do caso;
- (12) Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual configuram-se pelo conjunto de serviços de saúde, que é formado pelas diversas modalidades de atenção dentro do sistema de saúde e que deverão estar habilitados para atender mulheres em situação de violência sexual e doméstica, segundo as

realidades dos municípios e níveis de complexidade. Podem ser destacados: (a) os serviços de atenção primária à saúde (que correspondem ao primeiro nível de atenção do sistema); (b) os serviços de atenção especializada, urgência e emergência (destacam-se as unidades de pronto atendimento, os hospitais, as maternidades); (c) os serviços de saúde mental (operacionalizados pelos Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes vertentes e os disponibilizados pela atenção básica); (d) os serviços estratégicos de apoio à gestão (Núcleos de Apoio à Saúde da Família e os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde) (BRASIL, 2010b).

O Conselho Tutelar é outro serviço importante da atenção aos casos de violência e que integra a rede. Contudo, suas ações voltam-se à defesa dos direitos das crianças e adolescentes. Constitui-se como órgão centralizador das denúncias e notificações de violações de direitos, entre os quais a violência. Desse modo, assume um papel de destaque na articulação e integração dos diversos setores do Sistema de Garantia de Direitos (CARVALHO, 2012).

Na prática, há uma considerável dificuldade para implementação efetiva dos circuitos e fluxos dos serviços, que poderiam fortalecer a integralidade da atenção. Com o déficit no acesso aos serviços de atenção primária, os serviços hospitalares permanecem e funcionam, tradicionalmente, superlotados. Baseiam-se na queixa-conduta, não se detendo a integralidade na atenção. Cecílio e Merhy (2003) chamam atenção às dificuldades de se implementar a integralidade em serviços de urgência e emergência, o que exige todo um investimento na gestão hospitalar e recomendam que os atores assumam posturas mais ativas, que viabilizem negociações com outros atores extra hospitalares.

Kiss et al (2007), avaliando serviços que compõem as redes intersetoriais de São Paulo, concluem que instituições que a compõem convivem com racionalidades operacionais diversas e conflitantes. Não há um projeto comum, o que interfere na efetivação das propostas de atuação em rede e no compartilhamento de valores. Contudo, segundo Kiss et al(2007), há um esforço para a construção da rede, que se projeta em duas vertentes: (1) a produção de uma assistência em conjunto, ajustando as definições, os projetos, e a unificação de campanhas e discussões; (2) a inserção da garantia de uma interação e comunicação interinstitucional, sustentando as estratégias e compatibilizando protocolos assistenciais e ferramentas tecnológicas.

A prevenção da violência no âmbito da saúde, mobiliza muitos questionamentos, onde se debate a possibilidade real de preveni-la, se cabe ao setor saúde, realizar tal ação e se

esta, consiste em uma estratégia mais adequada. Questiona-se ainda ,se deveria ser pensada na esfera da promoção da saúde e a sua viabilidade , no espaço da emergência hospitalar. Contudo, as estratégias de prevenção e promoção da saúde têm sido fortalecidas, com o enfoque nos fatores de proteção² dos indivíduos, famílias, instituições sociais e da sociedade como um todo. Nesta perspectiva, esses fatores contrabalançariam os efeitos deletérios dos fatores de risco.

Deslandes (2000) considera a leitura prevencionista como um modelo que mais se aproxima da cultura médica dos serviços de saúde, onde atualmente a prevenção da violência tem sido mais utilizada numa abordagem de promoção da saúde. A autora explica que a abordagem da promoção da saúde e da prevenção são úteis e necessárias para o enfrentamento da violência, e salienta que mesmo as ações pensadas num modelo de prevenção exigem que sejam realizadas sob novas práticas, articulações e aprendizados.

A proposta de promoção da saúde, criada pelo então ministro de saúde canadense Lalonde, em 1996, inova o campo da saúde quando propõe a integração da biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção de saúde. Esse modelo está centrado na ideia do protagonismo dos atores e das comunidades, que atuam nos mecanismos que integram o seu estado de saúde e as condições determinantes. Nesta vertente, o foco da atuação é a população em seu conjunto, onde se visa obter a participação popular para intervenção dos processos (DESLANDES, 2000).

Na perspectiva da promoção da saúde, há um enfoque na atenção primária (WHO, 2003), onde pode ser trabalhada a prevenção da violência contra a mulher, ampliando o acesso destes serviços como espaço de escuta e como local de fortalecimento e articulação das redes sociais.

O trabalho com redes de apoio social é uma estratégia atual bastante utilizada para abordar os problemas de saúde e que pode contribuir consideravelmente no desenvolvimento social de comunidades, na proteção da população e na parceria de instituições. Essas redes promovem relações saudáveis e ajudam a prevenir a violência (PHEBO et al, 2010). Os espaços públicos e a saúde podem também contar com a sociedade civil para materializar alternativas solidárias e coletivas de construção de direitos de cidadania, a partir das articulações dos sujeitos, em rede.

² Fatores de proteção são fatores que produzem efeito positivo e que neutralizam o impacto do risco. Caracterizam-se por atributos pessoais, familiares ou sociais (ASSIS; AVANCI, 2010).

4 PERCUSSO METODOLÓGICO

4.1 A ESCOLHA DO MÉTODO

O que torna o trabalho interacional, um instrumento privilegiado de coleta de informações para as Ciências Sociais é a possibilidade que tem a fala de ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2010, p. 204).

O atendimento às mulheres em situação de violência sexual realizado nos serviços de saúde, exige dos profissionais uma nova abordagem, imbricando questões clínicas e sociais e demandando a problematização dos processos trabalho e da atuação intersetorial. Deste modo, a pesquisa qualitativa é a opção metodológica aqui empregada, que, segundo Minayo (2010):

[...] se aplica ao estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, dos produtos e das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2010, p. 57).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde das unidades hospitalares de referência para o atendimento à mulheres em situação de violência sexual na cidade de Natal/RN. A entrevista é considerada a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo e visa obter informações pertinentes sobre o objeto de pesquisa. Neste trabalho as entrevistas foram conduzidas de modo que os entrevistados pudessem falar sobre o tema de maneira mais livre, sem se prender às questões formuladas (MINAYO, 2010). Um roteiro de entrevista foi elaborado de modo a orientar a proposição de questões adequadas à compreensão do entrevistado e relacionadas ao objetivo do estudo (Anexo 2). Souza (2005) lembra que no processo interativo do campo, o roteiro de investigação qualitativa pode incorporar temas que não estavam previstos, mas que são relevantes para os entrevistados.

Em linhas gerais, o roteiro abordou as seguintes temáticas referente à percepção do profissional: quanto às situações de violência inseridas na proposta de atendimento dos

serviços; quanto à mulheres que sofrem violência, atendidas no serviço; quanto ao atendimento oferecido à mulher em situação de violência sexual em suas diferentes etapas: acolhimento, prevenção, tratamento, notificação e rede intersetorial; atendimento multiprofissional; e finalmente, quanto aos fatores que facilitam ou dificultam o atendimento e as estratégias utilizadas para superação das dificuldades encontradas.

O diário de campo também foi utilizado, o que permitiu fazer anotações de observações complementares durante a realização do trabalho de campo.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO: NATAL/RIO GRANDE DO NORTE

Segundo Censo de 2010, o estado do Rio Grande do Norte conta com 3.168.133 habitantes, destes 1.619.402 são mulheres. É constituído por 167 municípios e conta com uma área de 52.796,791 km². Para fins de planejamento da Secretaria Estadual de Saúde, os municípios do estado são agrupados em oito regionais. Natal é a capital e constitui a 7ª regional de saúde denominada regional metropolitana (Censo IBGE, 2010). Existem apenas dois serviços estruturados para atender às mulheres em situação de violência sexual no Estado, e ambos estão localizados em Natal. Com vistas à extensão do estado, é grande a dificuldade dessas mulheres ao acesso aos dois serviços de referência, existentes.

Nos dois serviços, há uma comissão de atenção à mulher em situação de violência sexual, que oferece suporte. Esta comissão geralmente é composta por profissionais sensibilizados que voluntariamente estão empenhados no serviço para implementação do atendimento à violência e para garantia dos direitos das mulheres. Tem o objetivo de atuar na organização destes serviços, na capacitação profissional, na interlocução com o gestor local, na articulação com outras instâncias e principalmente complementar algumas ações no atendimento a essas mulheres nas resoluções de impasses existente no serviço. Compromete-se também no apoio aos profissionais, controle de medicamentos para profilaxia de DST virais e não virais e da anticoncepção de emergência, mediação da notificação compulsória, registros e atualização de protocolos. Cabe à comissão, a aprovação ou não dos casos de interrupção da gestação, quando solicitados, ouvir as mulheres e apoiá-las em sua decisão, oferecer suporte psicológico bem como viabilizar o procedimento, cumprindo os protocolos recomendados pela Norma Técnica. A comissão é multiprofissional e a equipe se reúne para resolução dos casos e encaminhamento ao plantão para realização do procedimento. Não

conta em ambos os serviços com a participação efetiva dos psicólogos, mas em caso de interrupção da gestação decorrente de estupro estes profissionais são solicitados para participarem das entrevistas.

No início de 2008, foi implantado no Rio Grande do Norte, o Núcleo de Prevenção à Violência, Promoção da Saúde e Cultura de Paz, pela Secretaria Estadual de Saúde Pública, quando as ações de vigilância e prevenção da violência implementadas no estado (BRASIL, 2008). Naquela ocasião foram realizados seminários e oficinas regionalizadas para sensibilização de gestores e capacitação de profissionais, com o intuito de implantar a notificação da violência nos serviços de saúde, organizar e fortalecer a rede de atenção às vítimas de violência, tendo como prioritários os seguintes grupos: crianças, adolescentes, mulheres, idosos e a violência sexual em qualquer grupo.

Dados coletados a partir da notificação da violência nos serviços de saúde revelam que, em 2009, constatou-se a existência de 208 casos notificados no Estado, sendo 139 em mulheres (66,8%), prevalecendo as agressões físicas (62% dos casos notificados), seguida pela sexual (42,8%) e psicológica/moral³ (14,9%).

Em 2010, foram feitas 522 notificações, prevalecendo as mulheres (347), em 66,5% do total dos registros. Neste ano, a violência física se mantém em destaque (65,5%), enquanto que os percentuais da violência sexual e psicológica/moral se equivalem (18,8%). Esses dados estão alinhados com os dados nacionais para os mesmos anos em relação à violência física: 63,39% em 2009 e 65% em 2010. Merece destaque o percentual mais elevado de violência sexual encontrado no estado do Rio Grande do Norte em 2009 (42,8%), que se situa muito acima dos dados encontrados para o país neste ano (21,17%). Já em 2010, o percentual no país para a violência sexual é de 17,6%, bem próximo aos dados encontrados no Estado no mesmo ano (18,8%) (VIVA/SINAN/NET, 2009, 2010).

Em 2011, o Estado do Rio Grande do Norte apresentou taxas de 4,4 homicídios por 100.000 mulheres, semelhante às taxas nacionais, ocupando o 17º lugar entre os estados brasileiros. Natal apresenta uma taxa de 6,3, ocupando o 11º lugar entre as capitais brasileiras (WAISELFISX, 2012).

³ Violência psicológica é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender as necessidades psíquicas de outrem. Pode ser chamada de violência moral, que é entendida como toda ação destinada a caluniar, difamar, injuriar a honra ou a reputação de uma pessoa (BRASIL, 2011).

4.3 CAMPO DE ESTUDO

O trabalho de campo deste estudo foi realizado nos dois serviços de saúde de referência para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual no estado do RN, ambas localizadas em Natal e unidades de atenção terciária de alta complexidade.

Em 2001, estes dois serviços foram convidados pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Estado de Saúde do RN e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a implantar uma atenção integral à mulher em situação de violência sexual. O atendimento foi implantado após sensibilizações e capacitações locais de toda a equipe, de interlocução com a rede de atenção do Estado e de elaboração de protocolos internos.

Os dois serviços funcionam em regime de plantão de urgência e emergência obstétrica e ginecológica (turnos de 12 horas) e contam com uma equipe multiprofissional, que é acionada por ocasião de um atendimento à mulher em situação de violência sexual. A equipe é formada de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, todos concursados, porém durante sua admissão, não são consultados quanto à sua disponibilidade para prestar atendimento à mulher em situação de violência sexual. Este atendimento está implicitamente inserido nos protocolos assistenciais. Descrevem-se a seguir os dois serviços de referência, que se constituem como campo de estudo da presente pesquisa:

(1) *Hospital Geral José Pedro Bezerra*, pertencente à Secretaria Estadual de Saúde, é um hospital geral e uma maternidade. A partir de 2010, firmou parceria com a Universidade Potiguar (privada) e vem recebendo alunos da graduação para estágio, supervisionados por plantonistas ginecologistas e obstetras, voluntariamente disponibilizados como docentes na instituição. Este hospital implantou o PAVAS (Programa de Atenção à Violência Sexual), em 2001, quando realizou capacitações e teve uma atuação discreta desde a sua implantação. A partir de 2008, o programa foi reavaliado e entrou num processo de implementação, com atendimentos mais frequentes e sistematização dos registros. Em 2010, discutiu-se o protocolo de Atenção à Mulher em situação de violência sexual. Em 2011, a equipe do Ministério da Saúde iniciou um processo de novas capacitações e reuniões com a equipe, com implementação de ações e criação de um ambulatório para acompanhamento de mulheres em

situação de violência sexual, atendidas na emergência. Através dos dados catalogados no “livro de registros”, onde se notificam todos os casos de atendimento à violência do hospital, foram realizados, no anos de 2011, e 2012, 18 atendimentos, sendo a média de interrupções de gestação decorrente de estupro a partir de 2010, de 1 por ano .

O hospital conta no seu quadro da maternidade com 54 profissionais, sendo 24 obstetras, 22 enfermeiras, 7 assistentes sociais e 2 psicólogas. A equipe do plantão está formada por 5 obstetras, 2 anestesistas, 1 enfermeira e 1 assistente social. As psicólogas não trabalham em regime de plantão e estão disponíveis para atender às mulheres em situação de violência sexual, durante o plantão diurno. Estas profissionais estão inseridas no atendimento ambulatorial implantado neste serviço.

(2) *Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC)*, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), é um hospital escola, sendo campo de formação para alunos de graduação e pós-graduação (residência médica em ginecologia e obstetrícia). Da mesma forma que no serviço anterior, o PROAMA (Programa de Atenção à Mulher e Adolescente em Situação de Violência Sexual), foi também implantado em 2001, quando também foram realizadas capacitações com a equipe e reuniões com todos os funcionários para apresentação do programa. A maternidade possui ambulatórios de ginecologia e obstetrícia, de atenção terciária, que recebiam, até 2010, as mulheres atendidas na emergência para acompanhamento ambulatorial. A partir de 2011, tal referência foi interrompida, não havendo, portanto, no serviço este acompanhamento, que atualmente é referenciado para a rede.

Conforme consta no “livro de registros” de atendimentos emergenciais do PROAMA, esta maternidade realizou 806 atendimentos, entre 2001 e fevereiro de 2013, com uma média anual de 3 casos de interrupção de gestação decorrente de estupro.

A maternidade conta com um número total de 70 profissionais, sendo 16 obstetras, 48 enfermeiras, 3 assistentes sociais e 3 psicólogos. No seu quadro de plantonistas tem-se: 2 obstetras, 2 anestesistas, 3 enfermeiras, além dos residentes. Não há assistentes sociais e psicólogos de plantão. Essas duas categorias estão no serviço em horários diurnos convencionais de carga horária de trabalho e são solicitados para atender às mulheres em situação de violência durante o seu expediente. Há que ressaltar a não disponibilidade dos psicólogos contratados em participar deste atendimento. Eventualmente ou em situações muito impactantes, a comissão requisita um parecer deste profissional.

4.4 AMOSTRA

Para Minayo (2010), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade de múltiplas dimensões do objeto de estudo. As amostras são propositais, já que se busca apreender e compreender casos específicos selecionados. Deste modo, neste trabalho não foi adotado um critério de amostragem numérico (MARTINS; BOGUS, 2004). Minayo (2010) explica que será considerado suficiente o número de entrevistados assim em que se observa a reincidência e complementaridade de informações. Será então priorizado um “critério de saturação” para definir a amostra, entendido como o conhecimento no campo da lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo.

A amostra desta investigação foi constituída por profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto à mulher em situação de violência sexual (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais), lotados nos dois serviços de referência apresentados anteriormente. Os seguintes critérios de inclusão foram seguidos para a participação dos profissionais participantes:

- disponibilidade para participar do estudo;
- tempo de serviço de no mínimo 1 ano;
- ser profissional contratado pela Secretaria Estadual de Saúde (Hospital Pedro Bezerra) ou pelo governo federal (Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN);

Ser médico residente foi o único critério de exclusão estabelecido neste trabalho.

Inicialmente pretendia-se ter números equivalentes de profissionais em cada serviço, mas como houve algumas categorias (médico e psicólogo) que a entrevista foi muito curta, optou-se por incluir mais um profissional das respectivas categorias na amostra do Hospital Estadual.

Optou-se por visitar 4 plantões em cada unidade (dois diurnos e dois noturnos) com a intenção de incluir profissionais de diferentes perfis e também por praticamente existir, em ambos serviços, psicólogas e assistentes sociais, apenas nos plantões diurnos.

No total 20 profissionais de saúde foram entrevistados: 11 do Hospital Pedro Bezerra (5 médicos, 2 enfermeiras, 2 assistentes sociais e 2 psicólogas) e 9 da Maternidade Escola

Januário Cicco (4 médicos, 2 enfermeiras, 2 assistentes sociais e 1 psicóloga). A maior participação de médicos na pesquisa decorre do número maior desses profissionais no plantão.

A maioria dos entrevistados tem 35 a 55 anos de idade. Apenas dois tinham entre 25 e 35 anos e um outro tem acima de 55 anos. Quanto ao sexo, foram entrevistados 3 homens e 17 mulheres. A maioria dos profissionais é casado, católico e está no serviço a mais de 10 anos. Onze deles tem mais de 20 anos de formado.

4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

Inicialmente os dois serviços de referência foram visitados a fim de apresentar a proposta da pesquisa aos diretores das unidades, quando foram obtidas as autorizações para a realização do estudo.

É importante ressaltar que, além da pesquisadora responsável por este projeto, dois entrevistadores (estudantes da graduação do 8º período do curso de medicina da UFRN) colaboraram com a execução do trabalho de campo, que foram treinados para a realização desta tarefa. Esta estratégia foi tomada devido a forte implicação da mestranda com os serviços que constituem o campo do estudo.

Deste modo, inicialmente, foram feitas duas entrevistas piloto com a intenção de aprimorar a condução da entrevista.

A partir daí, inicia-se a fase de coleta dos dados, ou seja, a realização das entrevistas com os profissionais de saúde. Os profissionais, previamente comunicados sobre a pesquisa, eram convidados a participar. Contudo, houve algumas dificuldades para a realização das entrevistas, entre as quais estão: privacidade, onde era difícil encontrar no espaço do plantão, um local em que o profissional não fosse interrompido; disponibilidade do profissional que muitas vezes alegou que teria de ser rápido para não defaltar a equipe num plantão superlotado e houve ainda rejeição de 4 profissionais (3 médicos e 1 assistente social) que se recusaram a gravar as entrevistas.

As entrevistas ocorreram no próprio serviço e tentou-se realizá-la em ambiente reservado. Duraram em média 20 minutos, apesar da relativa insistência dos entrevistadores para desenvolverem mais as respostas. Todas foram gravadas e transcritas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo organizou-se a partir de pólos cronológicos, passando por uma pré-análise, a exploração do material, e tratamento e interpretação dos resultados.

Numa primeira fase (pré-análise), realizou-se a “leitura flutuante”, onde se obteve a referenciação dos índices e a definição das categorias. Foram explorados cronologicamente o total das falas dos entrevistados para cada questão do roteiro de entrevista, analisando cada tema abordado.

Em seguida, para cada questão, realizou-se um processo de codificação, através do recorte, agregação e enumeração das falas, o que permitiu atingir uma representação do conteúdo e da sua expressão (BARDIN, 2011). A partir daí, seguiu-se uma regra de enumeração, a partir da frequência das falas, da intensidade e da direção que cada elemento aparecia nas entrevistas analisadas (BARDIN, 2011). Assim, cada questão, em sua temática, foi exaustivamente explorada e codificada, selecionando-se categorias e núcleos de sentido de cada tema abordado. Os núcleos de sentido representam as idéias centrais de cada tema abordado, que, quando reagrupadas em categorias, em função das suas características comuns, possibilitaram a estruturação da redação final da análise interpretativa para cada questão analisada.

Desta forma, as seguintes categorias temáticas foram analisadas e assim estão dispostas na seção de resultados: (1) atendimento às mulheres em situação de violência sexual, quando são analisados os seguintes temas: percepção dos profissionais quanto às situações de violência atendidas nos serviços; percepção dos profissionais quanto às mulheres em situação de violência sexual; organização da atenção, que contempla o fluxograma, a equipe, o acolhimento, os procedimentos e a notificação compulsória, e a interrupção da gestação decorrente de estupro; as dificuldades, os aspectos facilitadores e estratégias de superação dos profissionais; (2) prevenção à violência contra a mulher; e (3) articulação com a rede intersetorial.

De forma a garantir o anonimato dos pesquisados, sem perder a sua categoria profissional, os seguintes códigos são utilizados na apresentação dos depoimentos: MCO (médico), MCA (médica), PSI (psicóloga), ENF (enfermeira), AS (assistente social).

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos, com CAEE número 02419812.9.0000.5240, aprovado pelo Plataforma Brasil - Ministério da Saúde conforme Parecer Consubstanciado do CEP número 32014, liberado em 04/06/2012.

Foram aplicados os critérios recomendados nesta Resolução referentes aos sujeitos de pesquisa, obedecendo aos princípios de beneficência e não maleficência, justiça e autonomia. Para isso, foram aplicadas algumas medidas fundamentais, ou seja, que o sujeito de pesquisa fosse voluntário, além de obter a sua anuência através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), livre de vícios, dependência, subordinação ou intimidação (Anexo 1). O TCLE foi assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador, e outra com o participante. Foi dada explicação completa pormenorizada aos participantes da pesquisa sobre seus objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos. Foram também respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos envolvidos (Resolução 196/96).

Ao sujeito de pesquisa foi assegurado confidencialidade e privacidade, proteção de imagem e não estigmatização, garantindo que as informações não serão utilizadas em seu prejuízo, inclusive em termos de auto estima, de prestígio ou econômico (Resolução 196/96).

As entrevistas foram gravadas mediante a autorização dos participantes, que têm a prerrogativa de retirar seu consentimento à participação em qualquer momento do estudo .O conteúdo das entrevistas serão guardados por 5 anos.

6 RESULTADOS

Esta seção está estruturada da seguinte forma:

6.1-O Atendimento às mulheres em situação de violência sexual

(a) a percepção dos profissionais quanto às situações de violência atendidas nos serviços

(b) a percepção dos profissionais quanto às mulheres em situação de violência

(c) a organização da atenção: *fluxograma, equipe, acolhimento, procedimentos e notificação compulsória; interrupção da gestação decorrente de estupro.*

(d) as dificuldades ,os aspectos facilitadores e estratégias de superação

6.2- Prevenção à violência contra a mulher

6.3- A articulação com a rede intersetorial .

6.1 ATENDIMENTO À MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Os serviços de referência estão estruturados em protocolos do Ministério da Saúde, preconizados pela Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2011). A norma dá ênfase ao acolhimento, a atenção integral e o trabalho em rede intersetorial. Recomenda que os serviços de saúde atendam as mulheres em situações de violência sexual e violência doméstica. Após a Lei Maria da Penha, promulgada em 2006, o Ministério da Saúde oferece um espaço para atendimento às mulheres que sofreram violência doméstica nos hospitais referenciados, no âmbito do SUS, fazendo parte, portanto, do sistema de saúde enquanto parceiro, e da rede de garantia de direitos das mulheres (BRASIL, 2011).

A Norma Técnica, além de oferecer subsídios teórico-científicos para a recepção adequada, das medidas de prevenção de DSTs virais e não virais, da gestação decorrente de estupro e do tratamento dos agravos resultantes dos casos de violência sexual em mulheres e adolescentes, fornece orientações ético legais para a interrupção da gestação decorrente de estupro quando assim desejada pela mulher grávida em situação de violência.

Faundes (2007) propõe que os serviços que se dispõem a prestar este atendimento devem obrigatoriamente divulgar a Norma Técnica do Ministério da Saúde, visando o

fortalecimento das equipes, e promovendo, portanto, capacitações (que incluam conteúdos técnicos e uma reflexão aprofundada sobre gênero, violências e de garantia de direitos) e a manutenção da interação de sua equipe. Segundo o autor, é fundamental criar protocolos de atendimento, visando ações preventivas e ainda o acompanhamento psicológico das mulheres.

6.1.(a) Percepção dos profissionais quanto às situações de violência atendidas no serviço

Na abordagem com os profissionais pesquisados sobre o atendimento às situações de violência sexual, há dificuldade em identificar essas situações como propostas de atendimento do serviço e enquanto vocação institucional. Os entrevistados insistem em enfatizar que esse atendimento ocorre num contexto emergencial de uma maternidade, fugindo da rotina. Os médicos, principalmente, reforçam que este atendimento integra uma demanda não conhecida dos plantões e que ele pode eventualmente atender ou não esses casos. As falas, uniformemente, não contabilizam esta atenção num contexto evidente de função do serviço. Esta atuação é considerada como eventual.

PSI - Olha, não sei assim, todas, é, eu sei que a violência contra a mulher tem inclusive uma sala no centro obstétrico destinada à essas mulheres. Mas como a demanda é muito grande acaba que esses leitos são ocupados por gestantes que estão pra parir.

MCA - Nós trabalhamos aqui em escala de plantão, né? Então, quando chega uma, uma paciente do nosso trabalho de PAVAS, né? Qualquer paciente vítima de abuso sexual, então qualquer um dos plantonistas faz esse atendimento. Então, quando chega no meu plantão eventualmente eu atendo sim, não é um atendimento que seja drenado pra uma pessoa especial, qualquer um de nós faz. Então, eventualmente a gente acaba fazendo sim, esse atendimento.

Há uma percepção de que a equipe que coordena o programa é que responde mais adequadamente às atribuições do atendimento. Baseado nisso, percebe-se uma certa acomodação quanto à participação dos profissionais nestas ações e desconhecimentos de protocolos.

Os profissionais também parecem não reconhecer o seu importante papel na atenção às mulheres que vivenciaram uma violência, apesar de enxergarem seu serviço como um importante espaço de ajuda. Dentro da hierarquia das demandas de atendimento na instituição, os entrevistados manifestam que seu principal papel não é voltado aos casos de violência contra a mulher. Similarmente, Lima (2007), analisando alguns hospitais de referência para

atenção à mulher em situação de violência na cidade do Rio de Janeiro, constatou que na emergência, não existe uma equipe única de referência, definida para o atendimento de violência sexual. Soares (2003) também apresenta um serviço da Paraíba, onde no Programa de Atenção às Mulheres em situação de violência sexual e de atenção ao aborto previsto por lei, um dos grandes desafios foi compor a equipe, já que a participação profissional dependia de sua adesão.

Deslandes (2000) pontua ,que a percepção da demanda representa a importância que o profissional atribui a esses casos no conjunto dos atendimentos, sofrendo influência de aspectos objetivos e subjetivos. Estes aspectos podem estar associados: referenciais vinculados às demandas variáveis e temporais de cada plantão; às especificidades do atendimento, que coloquem o profissional mais próximo ou mais distante das demandas emergenciais ; próprio imaginário do profissional frente à violência, construído socialmente e que interfere nas suas percepções.

Schraiber (2011), analisando depoimentos coletados, observou divergências quanto à percepção da violência como questão médico-sanitária. Entende que há uma correlação entre a apresentação dos danos, as situações de violência, a intervenção e as abordagens mais concretas junto às mulheres que buscam os serviços. Dentro do serviço, os tipos de expressão da violência claramente delineados no agir profissional permitem orientações para ações específicas. Ressalta ainda a autora que, nomeadas as situações como violência, lhes serão associados outros significados de natureza mais abstrata e vinculados às relações de dominação, anulação comunicativa e de violação de direitos.

A dificuldade em listar os casos de violência que o serviço se propõe a atender justifica-se pela referência de tais eventos como “não reconhecidos“ na emergência obstétrica. Segundo Schraiber (2011), os casos de violência permanecem “excluídos”, o que contribui para a invisibilidade desta problemática nos serviços. A partir desta lógica, não são incorporados na dinâmica de atenção uma proposta individual e coletiva de enfrentamento no que se refere ao compromisso e responsabilização do profissional que estão lotados nestes serviços.

MCO- “ Olha, a minha visão é de plantonista. Então, eu só tenho aquela visão momentânea do momento, do tempo em que eu 'tô de plantão.

ENF - Não, não, aqui não, porque a gente aqui trabalha mais com parto. Isso aí é um caso que vem uma vez de seis em seis meses é que a gente vê um caso desse.

Pelas características de atendimento emergencial, é evidente nas falas dos entrevistados a exigência de uma atuação única e de resolução instantânea. Tal condição é incompatível com as necessidades das mulheres em situação de violência, que requerem um maior tempo para abordagem e de apoio psicossocial. Tempo é fundamental para a formação de vínculos e para que a mulher se sinta segura ao falar da violência sofrida. Todos os usuários que demandam uma atenção diferenciada necessitam obrigatoriamente desse tempo, para uma melhor abordagem (LIMA, 2007).

Outro aspecto encontrado, diz respeito a tendência dos profissionais entrevistados em falarem de casos isolados atendidos:

MCA – A violência da mulher em si, a mulher que é violentada pelo parceiro ou mesmo que não seja pelo parceiro, na rua, a gente já atendeu aí então, a gente atendeu duas adolescentes que tinham sido violentadas ao [...], a gente já atendeu também uma mulher que tinha sido violentada pelo namorado, já atendeu criança que tinha sido violentada pelo pai, e outra criança que parecia que tinha sido pelo tio. Mais esse tipo de violência, violência sexual mesmo.

Deslandes (2000), fala que a comoção e gravidade das lesões decorrentes dessas situações marcam a biografia do profissional, mobilizando sentimentos relacionados à solidariedade, em contradição com atitudes mecânicas de banalização da violência. Além disso, Lima (2007) se preocupa com a repercussão em situar um caso ou outro do serviço, limitando as condutas de atendimento dos profissionais. Para esta autora, a percepção e o conhecimento das situações de violência encontram-se significativamente limitadas, naqueles profissionais que realizaram poucos atendimentos ou não o realizam. Neste caso, é comum que os profissionais não tenham interesse em assimilar conteúdos referentes ao atendimento às mulheres em situação de violência, principalmente no que se refere aos protocolos assistenciais dos serviços. Nesta pesquisa, deduz-se que os conhecimentos vão sendo adquiridos no cotidiano assistencial, em função da demanda.

Ainda sobre as especificidades dos casos atendidos, metade dos entrevistados afirma que o serviço atende qualquer faixa etária, incluindo crianças e adolescentes, o que constitui mais um desafio para esses profissionais.

PSI – “Assim, o serviço aqui se propõe a atender pessoas vítimas de violência sexual, né? E aí engloba crianças, adolescentes e mulheres, né?”

É importante lembrar que os serviços participantes do estudo não são pediátricos, apesar de receberem esta clientela infantil. Isto ocorre porque existe uma carência de serviços de atenção às crianças em situação de violência sexual no município. Os serviços estudados estão habilitados para atenderem adultos e adolescentes.

O atendimento às crianças em situação de violência sexual nos serviços de emergências obstétricas motivou a adaptação da Norma Técnica, em 2005. Nesta versão são trazidas as doses de medicação para as profilaxias das DST virais e não virais, também para crianças, ainda que elas não sejam alvo de outras ações específicas no restante da proposta (D'OLIVEIRA et al, 2009). Sabe-se que lidar com abuso sexual contra crianças apresenta outras especificidades que envolvem aspectos subjetivos, médicos e ético-legais diferenciados dos que existem para a mulher adulta (SCHRAIBER, 2007).

Nas falas dos entrevistados observa-se uma exacerbação do sofrimento em realizar o atendimento quando envolve crianças e adolescentes. Apontam inclusive que a gravidade desta violência se sobrepõe à violência perpetrada contra as mulheres adultas. Neste caso, a falta de solidariedade, a frieza profissional, muitas vezes justificada como necessária para uma boa atuação, dá lugar a uma comoção seletiva, em que muitos, se permitem emocionar (DESLANDES, 2000, LIMA, 2007).

AS – “Ela ficou tão chocada essa criança que ela não falava, nem olhava pra gente, e não era pra menos, não é isso? Um caso que chocou muito. Mas houve outros casos, muitos casos nós temos atendido, mas assim, pessoas adultas que todo caso de violência sexual choca muito, mas um adulto ela tem possibilidade de superar melhor essa situação, não é mesmo?”

AS – “Não tem nem outras palavras, principalmente quando é com bebê, com criançinha, que a gente vê muito esse caso aqui, inclusive até com a própria, dentro de casa, com o pai, com o padrasto, como o tio, já tivemos vários casos, e assim, é sem palavras...”

Observa-se portanto, a partir das falas dos profissionais entrevistados, uma certa dificuldade em reconhecer os tipos de violência infligidos às mulheres que buscam seus serviços. Poucos profissionais nominaram todos os tipos de violência que se inserem na proposta de atenção dos serviços de referência. A situação mais referida foi a violência sexual especificamente, o estupro. Foi ainda citado por alguns, o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. Contreras e colaboradores (2010) lembram que a falta de consenso sobre como definir e mensurar diferentes tipos de violência sexual é uma limitação para obtenção de dados, realização de intervenções e de pesquisas na área.

AS– “A violência sexual que o serviço se propõe a atender é todo tipo de violência doméstica ou fora do lar ou na rua, por estupro, qualquer tipo de violência contra a mulher, contra a criança, do sexo feminino, todas são encaminhadas pra cá, e a gente se propõe a fazer um atendimento de, a parte medicamentosa que eu não sei explicar muito, mas também assim, um suporte psicológico e social, interagindo com a rede pública que tem existente e também a nossa aqui que a gente funciona no ambulatório.”

Contudo, os tipos de violência induzem a diferenciações na abordagem dos casos. O estupro, por exemplo, ocasiona mais mobilização para a denúncia da violência. Para Deslandes (2000), a importância de trabalhar as percepções dos profissionais de saúde numa perspectiva de apoio não diferenciado ao usuário do serviço, de modo que todas as situações despertem iniciativas de proteção e solidariedade. Para Pedrosa e Spink (2011), sem um respaldo teórico para o enfrentamento da violência, a associação de queixas às situações de violência depende da disponibilidade inter-relacional do profissional que está abordando a problemática.

Considera-se ainda incipiente a detecção da violência doméstica contra mulheres que frequentam os serviços de saúde, tanto na atenção terciária quanto na primária. Sabe-se que na maioria das vezes os perpetradores dessa violência são seus parceiros íntimos e/ou outros familiares. Osis e colaboradores (2012), ressaltam o silêncio dessas mulheres sobre a vivência dessas situações, onde não são comuns as queixas espontâneas durante as consultas na rede básica de saúde. Segundo Faundes e colaboradores (2006), há maior dificuldade por parte das mulheres em denunciar ou procurar os serviços de saúde quando o agressor é pessoa próxima.

Nos Estados Unidos e Canadá há um investimento numa estratégia de rastreamento de violência doméstica para todas as usuárias dos serviços, dada a enorme prevalência do problema nos países (em torno de um terço à metade das mulheres). Consideram-se fatores de risco bem configurados e preditores dos casos. Essa medida é de grande importância para promover algum tipo de visibilidade dessa violência, mas tem apresentado baixa adesão dos profissionais e pouca consolidação nos serviços (KISS et al, 2009).

Apesar de taxas obtidas em estudos populacionais demonstrarem que a maioria das violências, mesmo a sexual, contra mulheres adultas é perpetrada por parceiros, estes casos não tem visibilidade necessária nas demandas emergenciais. No país, apesar do avanço da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006b), com conseqüente articulação do setor jurídico e do setor saúde, não há uma incorporação do rastreamento obrigatório nas práticas hospitalares, numa perspectiva de prevenção.

Não há também uma abordagem sistemática para detecção de violência doméstica em mulheres que buscam os serviços para tratamento de lesões subseqüentes a traumas. Em geral, o atendimento limita-se ao procedimento de correção da lesão e liberação da usuária. Inexiste uma comunicação entre os próprios profissionais do serviço ou uma sistemática de atenção que objetive detectar as “violências”. Os casos de violência doméstica são pouco reconhecidos nos serviços de saúde, e têm baixa resolutividade (SCHRAIBER, 2007).

Os entrevistados manifestam que a abordagem no atendimento torna-se bastante comprometida por fatores atribuídos à não contribuição da mulher, no processo da consulta. Referem-se ao fato da mulher ver este profissional como um desconhecido sendo difícil falarem da violência sofrida.

MCO – “Mas, na nossa cabeça, a gente vai pegar uma pessoa que 'tá chorando muito, que 'tá muito nervosa, a maior parte delas é muito calada, muito tranquila, muito fechada, não é tranquila na verdade, é muito fechada, como se estivesse mais envergonhada do que nervosa..... Não me lembro de nunca ter assim atendido nenhuma que tivesse chorando ou nervosa ou, sabe? Transtornada. Não. Todas são muito apáticas, acho que a palavra mais é essa mesma, assim muito apáticas. Vamos dizer, a gente procura buscar uma informação extra elas são muito às vezes até temerosas de responder, de falar.”

Nas falas dos profissionais há uma grande dificuldade para estabelecer esse diálogo, responsabilizando à mulher por tal dificuldade. Os profissionais, por outro lado, tendem a respeitar “o constrangimento”, perpetuando o silêncio. Tal situação repercute negativamente na integralidade dessa atenção. Observa-se que o silêncio é visto como um problema só da mulher e não é remetido para a responsabilidade também do profissional (OSIS, 2012; FERRANTE, 2009). Lima (2007) aborda sobre o silêncio destas mulheres e o atribui à vergonha, ao medo, à culpa ou até mesmo à falta de credibilidade quanto ao acolhimento de sua queixa nos serviços de saúde. Há uma verdadeira dinâmica dominante que perpetua a dificuldade de comunicação: Ferrante et al (2009), em estudo realizado em unidades de atenção básica, comentam que a dificuldade é recíproca, de um lado, o profissional e suas limitações na detecção e na intervenção na violência e, do outro, a dificuldade da mulher em reconhecê-la como vítima da situação.

. Nos serviços aqui pesquisados, estas dificuldades se repetem. Contudo, é importante ressaltar que não existe orientação específica aos casos de violência doméstica atendidos nos serviços e nem sempre é possível adequar as recomendações preconizadas pela Norma Técnica para a atenção a esses casos. Nestas situações, na maioria das vezes, a violência doméstica é recorrente e crônica (D'OLIVEIRA, 2009). Sendo assim, considerando que as vivências dos profissionais no atendimento à violência estão associadas às demandas

assistenciais mais agudas, com intervenções embasadas no protocolo assistencial da Norma Técnica, é compreensível que a violência doméstica tenha sido pouco citada. Ademais, a natureza doméstica e privada da violência contra mulheres contribui para recusá-la como alvo assistencial (D'OLIVEIRA, 2009).

6.1.(b) A percepção dos profissionais quanto às mulheres em situação de violência

Independentemente da categoria profissional, a idéia de fragilidade, vergonha e constrangimento é consensual quanto à percepção das mulheres que chegam aos serviços de saúde em situação de violência. Tal idéia, vem reforçar a postura de vitimização dessas mulheres.

ENF – Elas chegam muito nervosas, muito apreensivas, muito, é, assim um olhar muito triste, em relação à essa jovem, né? mulher vai atrás, a mulher quer..., então não é nesse sentido, eu acho que ela está nesse contexto sócio-cultural como vítima.

Os entrevistados também ressaltam que as mulheres se sentem culpadas pelo ocorrido, o que parece estar relacionado a fatores comportamentais que os profissionais nominam de vulnerabilidades à situações de violência, decorrente principalmente de uma exposição provocada por essas mulheres.

De forma ambivalente, alguns entrevistados demonstram compreensão da situação ao mesmo tempo em que transmitem uma mensagem de julgamento. Observa-se em tais depoimentos, sob um conteúdo teórico de uma atenção de qualidade e de um bom acolhimento, manifestações androcênticas, que tendem a naturalizar o evento que foi infligido a essas mulheres. Expressam subjetivamente em suas falas que aquela agressão era “inevitável”, visto o comportamento da mulher, mas que ela não deve ser “julgada” por ocasião do atendimento. É evidente nessas falas uma tendência de responsabilizar a mulher pelo fato ocorrido.

AS2 – “Olhe, a maioria delas eu acho muito vulneráveis, são mulheres vulneráveis, né? Assim, bem, no ambiente que elas andam, na vida que elas levam, tivemos um caso um pouco atípico, não é que é atípico, um caso que, que acontece com qualquer uma de nós, uma trabalhadora que vai pro trabalho e no caminho de casa pra parada de ônibus acontece, aconteceu. Mas a maioria das nossas pacientes são aquelas mulheres que são realmente bem vulneráveis, que correm riscos, né? Que andam em

ambientes, né? Assim, não promíscuo, mas em bares, em festividades, né? Que é onde acontece realmente esses casos. E na maioria, nós temos vários casos, mas assim, o que eu vejo mesmo são pessoas vulneráveis mesmo, elas ficam, é, é complicado até de você julgar, mas elas ficam muito vulneráveis, ficam muito nervosas, muito tristes com elas mesmas, e emocionalmente e fisicamente abaladas, desesperadas mesmo.”

ENF2 – “Pra gente tentar acolher da melhor forma possível, procurar entender esse lado, não julgar, a gente não deve julgar, não deve, eu quando 'tô atendendo não pergunto por que, onde é que ela 'tava, porque muitas vezes às vezes é de madrugada, ela 'tava na rua, 'tava bebendo, isso aí não é da nossa parte julgar nem muito menos questionar. Então a gente procura fazer isso da melhor forma possível.”

Estas percepções são reforçadas quando se trata da abordagem da interrupção da gestação decorrente de estupro em que a “mentira” da mulher que a solicita, é uma palavra bastante recorrente nas falas dos profissionais. Cavalcanti e colaboradores (2006), ao analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher, também observou noções tradicionalmente androcêntricas. Faundes (2007), lembra que é de fundamental importância não atribuir nenhum juízo referente a aparência ou ao comportamento da mulher, por ocasião do atendimento. D’oliveira et al (2009), consideram fundamental uma postura de não julgamento, uma escuta que busque uma compreensão mútua, sem procurar culpados ou inocentes, em que o agir profissional direciona-se às relações dialógicas e interativas e principalmente na compreensão do outro como sujeito livre e autônomo. Tal postura , visa evitar a vitimização e exigir do profissional de saúde uma “vigilância cultural” onde se reconheça os próprios preconceitos, e se evite a cristalização de padrões culturais e pré-definições de mulheres que merecem atenção nos serviços baseados, num critério de vítimas ideais. Diferencia-se, portanto, a atuação do profissional de saúde, da atuação da justiça, dos líderes religiosos quanto à questão moral . Trata-se de compreender a lógica das ações e os valores dos envolvidos.

Deste modo, os profissionais tendem a traçar um perfil das mulheres que sofrem violência sexual com um estereótipo de extrema fragilidade e baixa auto-estima. Associado a isso, está segundo os entrevistados, a dependência financeiramente, o perfil de pobreza, a baixa escolaridade, a desestrutura familiar e o abuso de álcool.

Nos depoimentos dos profissionais prevalece uma opinião de senso comum, vinculada à assimetria de gênero e à violência estrutural, que poderia justificar a violência sofrida.

AS – “Geralmente elas são mulheres com baixa auto-estima, mulheres que tem um grau de escolaridade inferior, mulheres que são dependentes financeiramente do marido ou do pai ou do padrasto, que tem uma segunda família, geralmente é uma agregação familiar, uma desagregação familiar, a gente percebe. São pessoas totalmente desagregadas na estrutura doméstica.”

Herrera (2006) analisando os dilemas de profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, no atendimento à violência doméstica observou um discurso que associava a violência com a falta de cultura e educação, com a pobreza ou a origem rural ou indígena, atribuindo principalmente à escolaridade baixa e a violência intrafamiliar como fatores preponderantes para as pessoas que sofrem ou são autores da violência. De Ferrante et al (2009) observaram que o preconceito de classe, os estereótipos e a hierarquia de gênero delimitam as relações de poder e são buscados por profissionais para interpretar as situações de violência contra a mulher. Segundo algumas pesquisas, não há distinção entre classes, segmentos sociais e cor/etnia quanto à incidência de violência sexual (MENICUCCI, 2007; VILELA, 2007).

Tais representações mobilizam uma reflexão quanto à forma que o atendimento às mulheres em situação de violência se estabelece, bem como a interação entre profissional e usuária do serviço. Há uma recorrência nas falas dos entrevistados de catalogar as mulheres em situação de violência como submissas, culpadas e que não contribuem para que se “rompa o ciclo da violência”.

Não há nas falas nenhuma referência à percepção da mulher enquanto cidadã ou em considerá-las enquanto sujeito de direitos.

AS – “...e elas são submissas porque a maioria delas não trabalha, não tem renda, não tem educação, não estudou, então elas sentem que são, que sofrem aquilo porque tem um motivo pra isso, elas não entendem como uma violência, uma prática violenta pelo seu companheiro, mas elas entendem que é porque ela quem errou, ela quem 'tá errada. a maioria delas tem essa visão da violência sexual, doméstica, e outras.”

Segundo Cavalcanti et al (2006), os profissionais de saúde privilegiavam a patologização do problema e preferem situar a mulher como vítima. Herrera (2006) observou que na linguagem utilizada pelos profissionais entrevistados para referir-se ao problema da violência havia uma atitude de desprezo social para as vítimas de violência. Ávila (2003), chama atenção ao importante papel participativo do profissional de saúde neste atendimento, e reconhece a cidadania como instrumento de combate à desigualdade social, informando sobre a garantia de direitos embasados em um compromisso de justiça social, com a ética e com

uma moral. Esta atuação do profissional de saúde contribui significativamente para a superação de preconceito e discriminações, e para instauração da dignidade humana. Segundo a autora, o preconceito, que se constitui como negação da cidadania, discrimina o indivíduo socialmente e afeta a saúde física e mental, vulnerabilizando-o (ÁVILA, 2003). Recomenda, portanto a autora, capacitações que abordem não só uma formação técnica com conteúdos de reprodução e sexualidade, mas uma formação enquanto consciência de cidadania, o que significa principalmente, o reconhecimento do outro como cidadão.

Gregori (1993) entende que a percepção da mulher enquanto não sujeito reforça uma situação de vitimização, cuja produção conta com a cooperação dessa mulher. Isto é, a obtenção de prazer, proteção e cuidado encontra-se na dependência de seu lugar de vítima. Esta construção é interrelacional e se repete nos serviços de saúde onde os provedores tendem a interagir e reforçar esta fragilidade, e simplificar a polissemia da violência numa dualidade de vítima e algoz, em que a mulher representa a passividade, numa perspectiva de não ação.

Há nos entrevistados, um estranhamento quanto às características das lesões. Alguns profissionais afirmam que estas mulheres às vezes vêm ao serviço e não apresentam os sinais “esperados” da violência. Esperam encontrar as lesões físicas, ratificando a inserção deste atendimento em suas práticas e surpreendem –se por não encontrá-las .

MCA – “Como eu percebo? O estado emocional delas? É realmente muitas vezes são pacientes que vem com o emocional comprometido. Agora assim, de vez em quando chega umas de violência que a gente vê que não é uma violência, que acontece..., que não é aquela coisa que ela foi violentada, foi agredida, que ela, ela, acho que às vezes vem pra dar alguma justificativa pra família e tudo.”

Drezett (2005), fala da ocorrência de lesões como um problema na atenção. Ressalta que, a maioria dos casos de violência sexual não cursa com lesões físicas graves, sendo comum que sejam questionadas nos serviços de atenção, a veracidade de suas informações e que sejam exigidas as provas concretas da violência.

6.1.(c) Organização da atenção

Ao se interrogar sobre os procedimentos realizados no atendimento à mulher em situação de violência sexual nos serviços de referência, foram respeitados no roteiro, os tópicos preconizados pela Norma Técnica do Ministério da Saúde: fluxograma e equipe, acolhimento, procedimentos técnicos, notificação compulsória e a interrupção da gestação decorrente de estupro

Fluxograma e Equipe

O fluxograma dos dois serviços pesquisados varia em função da recepção. Os entrevistados comentam que esse fluxograma geralmente se baseia na experiência do plantão. Fica claro nas respostas, que é a equipe do plantão que organiza o atendimento, segundo a existência ou não de determinadas categorias profissionais. Na Maternidade Escola da UFRN quem faz esta recepção é a enfermeira. Já no Hospital Estadual geralmente quem recebe a mulher em situação de violência é o serviço social, conduzindo-a ao Centro Obstétrico. Depois disso, a paciente permanece em local adequado, para a realização do atendimento.

PSI – “assim, geralmente quando chega na urgência, quando se diz que é do PAVAS, então já diz que é do PAVAS o serviço social encabeça. Então o serviço social já fica sabendo, muitas vezes é a assistente social quem leva a paciente até o médico e busca primeiro essa assistência inicial, já faz a parte do serviço social também, e já agenda o atendimento com a psicologia e posteriormente já agenda o serviço do ambulatório pra a paciente ficar vindo.”

Segundo os profissionais entrevistados, os serviços se diferenciam quanto à configuração da equipe, apesar de ambos contarem com médicos, assistentes sociais, enfermeiras e psicólogas. Como abordado na metodologia deste trabalho, a maternidade da UFRN não conta com assistente social nem psicólogas no plantão noturno e nos finais de semana. Apesar de dispor das outras categorias nos plantões diurnos, os profissionais assumem uma equipe resumida e simplificam este atendimento com a presença apenas de médicos e enfermeiros. Há, no entanto, alguns médicos que desconhecem esse trabalho em equipe, tentando resolver isoladamente o atendimento durante o plantão.

MCO – “Aqui no hospital, aqui no hospital normalmente é o médico e eventualmente a gente pode precisar do auxílio da enfermeira, a enfermeira muitas vezes faz uma parte do atendimento também, e bem menos frequente a gente pede auxílio pra o serviço social e pra o psicólogo, pra a psicóloga, né?”

A carência de psicólogos no atendimento às mulheres em situação de violência contra a mulher, é fato também referido por Faundes (2007), que recomenda que os outros profissionais da equipe se esforcem para apoiar esta mulher em seu primeiro atendimento numa atitude respeitosa, e concorda que esta primeira atenção seja realizada por enfermeiras devidamente treinadas.

AS2 – “Pronto. é, a realidade de hoje nossa, né? Nós temos uma equipe multiprofissional, assistente social, enfermeiro, médico obstetra, técnico de enfermagem, a gente não tem o psicólogo, na urgência. Mas, no ambulatório nós já temos, que aí completa a equipe, né? Então assim, aqui a equipe ao meu ver 'tá formada, 'tá completa, né? Apesar de não ter psicólogo na urgência, porque a gente não tem, mas assim, é o enfermeiro, é o assistente social e é o técnico de enfermagem e o médico. Né? E a equipe 'tá formada e a gente vai estruturar essa equipe no atendimento de urgência, que assim, a equipe do centro obstétrico precisa estar melhor preparada pra receber essas pacientes, que ao meu ver ainda não estão, digamos, se eu tiver no plantão assim, não só a equipe do serviço social, o serviço social de uma maneira ou outra a gente 'tá conseguindo trabalhar melhor, na nossa, nosso setor, a gente já sabe o que fazer, como atender, até que ninguém gosta de atender, né?”

Há uma tendência nas falas dos sujeitos, em dividir as funções no atendimento por categoria. Há uma ênfase ao que é objeto de intervenção profissional quando os profissionais se referem ao atendimento na emergência (LIMA, 2007). Ao responder quanto a organização da equipe no que se refere à definição de papéis, é evidente a figura do médico na prescrição de medicamentos, no exame físico, no diagnóstico e tratamento das lesões, na internação da usuária quando necessário, com um enfoque essencialmente técnico. O papel da enfermagem, porém, surge bastante vinculado ao acolhimento, a ouvir a usuária e orientar sobre prescrição e preenchimento de formulários específicos e notificação. O serviço social aparece, segundo os entrevistados, com um enfoque na escuta, no apoio e na articulação com a rede.

MCA – “cada um faz um tipo de atendimento, né? geralmente a enfermeira faz o acolhimento, colhe a história dela, faz o acolhimento, e depois repassa para o médico e nós médicos fazemos a parte da profilaxia das doenças infecciosas, e orientamos alguns casos para que ela faça acompanhamento no ambulatório... e... e aí faz o tratamento se for necessário, né? pras doenças infecciosas.”

AS – “...o médico examina, passa a medicação, a técnica de enfermagem faz, orienta, faz a medicação e a enfermeira também faz a orientação medicamentosa, né? O serviço social entra com a parte de orientação da rede social e manda ela procurar ajuda, né? Ou escutar, ouvir, porque é muito importante essa parte da escuta, né? Preservando sempre o sigilo profissional e o sigilo do, né? Em relação ao caso, procurando sempre essa, dar sustentação e apoio à essa pessoa que 'tá passando por esse momento difícil, né? E se possível encaminhar pro psicólogo da unidade [...] Januário Cicco lá no ambulatório.”

Aos psicólogos, são encaminhados os atendimentos ambulatoriais, justificados pela ausência desse profissional na equipe de plantão. A partir desta lacuna, são frequentes as falas que requisitam a atuação de um psicólogo no plantão, quer para dar suporte à equipe, quer no atendimento às mulheres em situação de violência. Alguns dos entrevistados comentam que às vezes a mulher é encaminhada para um psicólogo na rede. É evidenciado nas falas destes profissionais, que o suporte psicológico é necessário numa fase posterior do atendimento ou no momento de emergência. Faundes (2007) recomenda que é preciso oferecer tratamento psicológico a essas mulheres, sendo essencial um serviço de psicologia para apoiá-las durante o período que for necessário.

AS – “muitas vezes a gente chama o psicólogo pra dar um apoio, né? psicológico.

ENF - Hoje, aqui na maternidade, a gente não 'tá podendo contar com psicólogo, né? pra atender, principalmente dar segmento, a gente não tem psicólogo pra dar segmento desse atendimento ambulatorial, então é mais feito aqui a nível da urgência, né? Pelo médico e enfermeiro, e se precisar de alguma assistência psicológica que geralmente precisa, a gente encaminha pra o CREAS, assim, alguns outros que trabalham na rede, né?”

Percebe-se nos depoimentos, certo grau de desconhecimento quanto à atuação em equipe, o que repercute nos fluxogramas. A articulação entre as equipes dentro do serviço é, segundo as opiniões dos profissionais pesquisados, bastante difícil. Não há reuniões entre os profissionais que prestam este atendimento, o que demonstra a falta de uma comunicação harmônica e sistemática entre a equipe hospitalar, seja no momento do atendimento seja na discussão posterior dos casos, prejudicando o fortalecimento da própria equipe. Há manifestações das categorias não médicas, principalmente das assistentes sociais, quanto à disponibilidade de médicos para realizar esta atenção, quer nos casos de interrupção da gestação, quer no primeiro atendimento às mulheres em situação de violência que procuram o serviço.

AS – “De receber, quando chega um caso de PAVAS o povo não quer receber! Se alguém liga: “olha, teve um caso de violência de uma criança...”, “não, mande pra o Januário Cicco...”, “não, não vou atender, não vou receber...”, entendeu? Quando chega um caso mesmo o pessoal fica apático, ninguém chega perto da paciente, “não sei atender paciente desse caso, o que que eu faço, vou ligar pra quem”, entendeu? Vou [...] pra coordenadora, né?Não sabe o que fazer, e num caso de enfermagem também, o pessoal fica assim como se a paciente fosse uma coisa estranha, e não é desse jeito, a gente tem que humanizar essa assistência, tem que atender bem ela, acolher, e não fazer o alarde, entendeu? Eu acho que isso vai chegar, entendeu?”

AS- “é um problema sério, há médicos que não querem participar, 'tá entendendo? Mas aí o outro vai convencendo que ele tem que participar, há assim uma certa rejeição ainda de todos os profissionais, aliás, de todos não, de alguns. Mas aos pouco nós estamos conquistando pessoas para a equipe, e as pessoas estão se conscientizando que realmente esse programa é sério, de muita importância e só quem passa pela violência sexual é que sabe o quanto é importante esse atendimento no Santa Catarina ou em qualquer outra instituição de saúde. Viu?”

Acolhimento

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão (BRASIL, 2006, p.19).

O acolhimento constitui na atualidade uma prática bastante conhecida e teoricamente divulgada nos discursos institucionais. Sua implementação ganha força com a Política Nacional de Humanização (PNH), e surge como uma proposta de inclusão (BRASIL, 2006). A Política se estrutura em orientações clínicas, políticas e éticas, que se concretizam no acolhimento, na clínica ampliada, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e no fomento de redes. O acolhimento significa uma ação de “estar com” ou “estar perto de”, e é considerado como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da PNH (BRASIL, 2006).

O acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde promove uma reflexão sobre a não dissociação entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. Há, porém, distorções, que restringem esta importante estratégia. Tradicionalmente, a noção de acolhimento vem sendo identificada como relacionada à dimensão espacial, onde se garante um ambiente

confortável e recepção administrativa, ou referente a uma boa triagem com encaminhamentos específicos (BRASIL, 2006). Tais concepções são importantes, porém não isoladamente. É fundamental à incorporação de práticas que envolvam o compromisso com o processo de responsabilização e produção de vínculos. O acolhimento é, portanto entendido como uma diretriz de atenção humanizada em saúde, em que consiste numa tecnologia do encontro, uma relação construído a cada encontro e mediante os encontros (BRASIL, 2006). Visa o fortalecimento das relações afirmadoras de potência nos processos de produção de saúde. O acolhimento exige para a sua consolidação, a construção de redes. É uma importante ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

As falas das assistentes sociais, enfermeiras e psicólogas pesquisadas refletem uma preocupação com o acolhimento da mulher que chega ao serviço, que se relaciona a garantia de privacidade e agilidade no atendimento. Em ambos os serviços, é consenso que a usuária tenha prioridade, não espere em filas e que haja uma agilidade neste fluxo.

AS – “Que aquela paciente sofreu violência sexual e que ela está ali, e outra coisa, a gente não deixa ela ficar na fila de espera do atendimento, porque sempre o Centro Obstétrico tem uma fila de espera, não é? As pacientes vão chegando ficam na fila pra serem atendidas. Mas ela não.”

Para Faundes (2007), esta agilidade é fundamental para uma atenção de qualidade, onde a mulher em situação de violência sexual precisa de atendimento rápido e cuidados imediatos frente à crise emocional que ela sofre. É imprescindível a garantia de privacidade e uma atitude respeitosa, sensível e solidária. A privacidade deve ser garantida desde a recepção, com funcionários treinados, visando a prioridade na entrada dessas mulheres. Cabe a recepção, comunicar o caso ao profissional responsável, encaminhando-as para um local separado, dentro de uma dinâmica institucional que não permita identificá-la como a “mulher que foi estuprada” (FAUNDES, 2007)

MCA – “Elas chegam, então quando ela chega ela tem prioridade no atendimento, a paciente é acolhida, ela entra logo pra ser atendida, o atendimento inicial é feito com a enfermeira. então ela colhe a história, a hora que aconteceu, como foi que aconteceu, a paciente explica e aí depois ela colhe esses dados iniciais, que preenche a ficha de notificação tudo, aí o atendimento, aí a gente vai com um médico, certo? aqui é uma maternidade-escola mas os estudantes não participam desse atendimento, é só como, assim, para ela realmente tem privacidade durante o atendimento passa pela enfermeira e depois pelo médico plantonista. Certo?”

É muito comum na fala dos profissionais dos serviços pesquisados a identificação das mulheres em situação de violência sexual enquanto pacientes do PAVAS (Hospital Estadual) ou do PROAMA (Hospital Universitário). Ainda que seja uma estratégia de identificação para facilitar um acesso em relação a outras demandas emergenciais, esta catalogação pode favorecer uma exposição da usuária, comprometendo a privacidade e conseqüentemente uma atenção de qualidade. A identificação nominal do setor ou de salas específicas para este atendimento pode, segundo a Norma Técnica, reforçar estigmas e constrangimentos, devendo, portanto, ser evitada (BRASIL, 2011). Semelhantemente, Cavalcanti et al (2006) aponta uma preocupação quanto à denominação às vítimas de violência sexual como “VVS” pelos profissionais entrevistados em sua pesquisa. Para a autora, isso pode refletir uma incorporação desse agravo no atendimento, mas pode também significar um enfoque reducionista e limitante quanto à complexidade que exige uma atenção qualificada às mulheres em situação de violência. “Pacientes do PAVAS” e “Pacientes do PROAMA” circulam nestes serviços assim identificadas, o que corresponde ao rótulo de “VVS”, que é tido como uma limitação no atendimento.

Deslandes (2000), fala das relações de poder simbólico que permeiam as interações entre profissionais e usuários, o que compromete o acolhimento. São relações que se travam na organização hospitalar e não se estruturam apenas nas relações interpessoais de influência e domínio. Segundo esta autora, trata-se de uma construção histórica onde se incorporam o conhecimento médico, a tecnologia e o exercício de uma ordem social. Assim, os profissionais tendem a ignorar as significações que os usuários dão à sua dor, à sua hospitalização e às expectativas do atendimento. Ao contrário, é imposto ao paciente que se “porte bem” e que “tenha paciência. Em sua pesquisa, Lima (2007) observou que o acolhimento foi apontado por várias profissionais como um “requisito” essencial para o atendimento prestado à mulher em situação de violência sexual, reconhecendo como etapa fundamental para acompanhamento dos casos atendidos. A atenção prestada reproduz efeitos diferenciados, principalmente, quanto à continuidade do atendimento, onde a adesão da mulher ao acompanhamento, depende de um bom acolhimento (LIMA, 2007).

AS – “Que a gente do Serviço Social tá se propondo a fazer isso, quando ela procura o setor, e não só no Serviço Social como também lá no próprio Centro Obstétrico precisa o acolhimento ser, eu acho que é primordial, e aí depois vem o atendimento médico, acredito que tenha que ser a questão do exame, da coleta, a orientação à essa paciente, né?”

Procedimentos Técnicos

Quanto aos procedimentos técnicos propriamente ditos, grande parte dos profissionais médicos atendidos fala da profilaxia para DST /HIV, referem-se à anamnese, ao exame físico e os procedimentos cirúrgicos para correção de lesões. Cinco, dentro dos nove dos profissionais médicos entrevistados, falam da contracepção de emergência. A prevenção da gestação não é citada por nenhuma das outras categorias profissionais. O procedimento mais referido por todos os profissionais foi a profilaxia para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV.

Há ainda referência sobre os procedimentos legais, tais como, encaminhamento à delegacia e coleta de exame de DNA para identificação do agressor. Apenas um dos entrevistados, uma assistente social, inclui a notificação compulsória como procedimento a ser adotado. Também não há referências à profilaxia para hepatite B, e poucas falas sobre a realização da interrupção da gestação decorrente de estupro.

É evidente em algumas falas, uma preocupação em estar preenchendo fichas e protocolos. Contudo, percebe-se que é no cumprimento de protocolos que se estrutura a atuação técnica do profissional. Para Faundes (2007) e Drezett (2005), esta atenção não pode se limitar à simples aplicação de protocolos, necessitam de abordagens e intervenções adequadas às demandas, em sua integralidade. Por outro lado, há manifestações em que se percebe a sensação de dever cumprido na instituição, uma vez que tenha atendido adequadamente às atribuições impostas a esse atendimento, restrita ao cumprimento dessa burocracia.

MCO – “A gente tem o, tem o, nós todos fazemos o primeiro atendimento e tem um protocolozinho até encadernado, guardadinho, e a gente quando tem dúvida a gente busca isso. Mas não tem dificuldades não, todos nós fazemos isso.”

MCA – “existe um prontuário específico, umas fichas específicas que cada um fazia o seu preenchimento e então, é, na recepção tinha um local específico onde ia-se atender essa paciente, geralmente a enfermeira.”

MCA – “Não, eu participo preencho todos os dados que precisam ser preenchidos, faço toda a rotina do serviço.”

Notificação Compulsória

Apesar de extremamente preocupados com o preenchimento de protocolos, praticamente todos os entrevistados não incluem em suas condutas, a notificação compulsória. Muitos inclusive desconhecem essa prática e não sabem como realizá-la. Alguns mencionam que não foram sequer apresentados aos protocolos de atenção à violência. Assim, observou-se que as respostas emitidas eram vagas, quando os profissionais foram indagados sobre a “notificação” e “formulários específicos”, sem nenhuma referência a Notificação Compulsória designada pelo Ministério da Saúde. Em sua maioria, independente das categorias profissionais, os entrevistados demonstram um distanciamento significativo quando abordam esta fase obrigatória do atendimento.

AS – “De notificação, se for menor, essa criança, é Conselho Tutelar, se for em Natal. E maiores de idade são orientados a procurar a Delegacia da Mulher, toda uma orientação, viu?”

ENF – “Através de um impresso específico que tem, ali numa pasta bem centralizada que toda a equipe que participa sabe onde tá.”

MCA – “Mas a gente tem uma fichinha de notificação, que eu acho que deve ser padrão em todo o Brasil, certo? Que a gente tem uma ficha bem detalhada, não é? Que a gente preenche todos, pergunta à paciente, e preenche toda aquela fichinha de notificação, certo?”

A partir de 2006, o Ministério da Saúde estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: (a) vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva-Contínuo), e (b) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva - Sentinela). A implementação do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do Viva Contínuo, é responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e com o apoio do Ministério da Saúde.

O registro dos dados no módulo do Sinan-Net é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica do município ou outra área/setor definida pelo gestor local. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das vítimas e dos(as) prováveis autores(as) de agressão.

Apenas duas das entrevistadas falaram sobre o envio destes documentos à Secretaria Estadual. Há várias referências a “alguém” que é responsável por este serviço principalmente à coordenação do programa. Este “alguém” foi citado várias vezes como responsável pela notificação. As profissionais revelam, portanto, estarem afastadas desta tarefa enquanto equipe de atendimento no serviço.

MCO – “Deve ter uma enfermeira também junto com ela responsável por isso, mas eu não sei lhe dar mais detalhes sobre isso, eu não sei quem é esse pessoal.”

PSI – “A gente preenche. É uma fichinha, você deve ter esse papel, a gente faz as fichinhas, preenche tudo, anexa junto com o prontuário de atendimento e aí a [...] fica numa pasta, Mas isso aí feito mas eu não sei lhe dizer detalhes (PSII).”

Para D’Oliveira e colaboradores (2009), a Vigilância Epidemiológica, no processo de notificação, necessita de uma boa estrutura das unidades e de incentivos da coordenação a nível central. Considera importante que a gerência local, complemente o serviço dos profissionais, dando-lhes respaldo institucional. Outros importantes aspectos a serem considerados são: a garantia de condições materiais, o tempo para realização dessa tarefa, e principalmente a supervisão (D’OLIVEIRA et al ,2009).

Registram-se apenas três profissionais, que manifestam alguns conceitos sobre a notificação compulsória e como deve ser este procedimento nos serviços. Estes profissionais adicionam comentários a respeito dos aspectos positivos da notificação, da sua importância para ações de enfrentamento à questão da violência contra a mulher e também da existência da subnotificação no serviço, devido a falta de definição de papéis para realização dessa tarefa.

AS – “...já faz dois anos que os casos de violências, tanto sexual como doméstica também viraram notificação compulsória, pra que o Estado e o município possa ter uma mostra geral do índice de violência, né? Porque notificação vai ser importante pra que se tenha uma ação, né? Mais ativa, mais forte em cima dessa violência, no combate da violência.”

Observa-se nos depoimentos dos entrevistados, uma certa confusão quanto à ficha de notificação do VIVA–SINAN (com os formulários específicos do prontuário do serviço) e o processo de notificação, com a denúncia da violência ao órgão da justiça. Lima (2007) também observou este equívoco por parte de alguns profissionais quando pensam que a ficha do

serviço serve para notificação compulsória dos casos de violência sexual contra a mulher, criança ou adolescente. Contudo, os documentos dos serviços são documentos importantes como instrumento de monitoramento e avaliação das políticas públicas. Para isso, o objetivo de cada formulário e a sua utilização devem ser devidamente esclarecidos (LIMA, 2007).

Deslandes (2000) esclarece que existe ainda uma associação do termo “notificação” com “denúncia” num sentido repressivo e policialesco. Segundo ela, para que se mude tal entendimento há de se recorrer a mecanismos sociais, que permitam esclarecer que “notificação” na prática, significa garantia de direitos. Direitos que envolvem o apoio de instituições e profissionais competentes, e que repercute em articulações e parcerias, viabilizando o conhecimento do desempenho dos serviços com a inclusão da vítima e sua família na rede de atenção.

Deslandes (2000) enumera algumas razões que justificam os receios de profissionais de saúde em assumir uma notificação da violência. Fundamenta-se tal relutância, segundo a autora, em experiências negativas vivenciadas; apreensão quando atende a vítima, quanto ao destino da mesma; pensamento de que esta não seja atribuída a ele facultada ou ao serviço de saúde, já que se trata de um problema de família. Outra preocupação, é que ele possa estar enganado e que sua suspeita seja infundada, podendo estar realizando uma notificação errada. É importante considerar o grande avanço que representa para o país o processo de notificação compulsória de casos de violência. Para o seu cumprimento é importante que a instituição assuma 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 (DESLANDES, 2000).

Interrupção da gestação decorrente de estupro

Atualmente a legislação reconhece que a “gravidez” constitui um “resultado agravador” da violência sofrida, em relação a todos os crimes contra a dignidade sexual. Torres (2010) explica que não é crime a interrupção da gravidez decorrente de qualquer delito contra a dignidade sexual. O artigo 128, inciso II do Código Penal, permite uma ampliação da permissão do aborto não só para os casos de estupro, mas em gravidez resultante de qualquer

outro crime contra a dignidade sexual, que são todos aqueles previstos no Título VI, da Parte Especial, do Código Penal.” ...é preciso deixar consignado que o abortamento sentimental, humanitário ou ético (CP, art. 128, II), assim como o aborto necessário (CP, art. 128, I), é uma conduta lícita e um direito da mulher” (TORRES, 2010, p. 12).

Segundo Faundes (2006), a frequência de gravidez pós-estupro ainda é imprecisa. Este autor reporta-se a estudos de Holmes et al (1996), utilizando amostras de 4000 mulheres maiores de 18 anos acompanhadas por um período de 3 anos, que apresenta taxas de gravidez de 5% por episódio de estupro. Na Etiópia, estudo com adolescentes violentadas sexualmente, foi relatado um risco de gravidez de 17% (FAUNDES, 2007).

No Brasil, a lei relativa ao abortamento é restritiva, não havendo o acesso ao aborto seguro, o que é responsável por graves consequências para a saúde da mulher, contribuindo com um incremento nas taxas de morbimortalidade materna. Para Menicucci (2007), a possibilidade de interrupção decorrente de estupro representa a garantia de direito da mulher à escolha sobre a manutenção de uma gravidez subsequente a uma violação. Evidencia uma realidade que ocorre na vida das mulheres que são atendidas nos serviços de saúde onde a reprodução e o exercício da sexualidade nem sempre são vivenciados com prazer ou com a sua permissão (MENICUCCI, 2007).

Conforme diretrizes da Norma Técnica do Ministério da Saúde, os hospitais de referência devem garantir o atendimento às mulheres em situação de violência e a interrupção de gravidez nos casos de estupro. Contudo, a implantação e efetivação das ações em saúde nos serviços de atenção ao aborto previsto por lei têm ocorrido no país de forma irregular e não é considerada ainda adequada. Persiste uma invisibilidade no acesso, onde os serviços de interrupção da gestação em situações prevista por lei presta uma quantidade mínima de atendimentos (Talib e Citeli, 2005). Mesmo nos serviços existentes, nem todos conseguiram sua implantação efetiva (SCHRAIBER, 2009). Menicucci, em 2007, ressalta que apenas 11 cidades, dos mais de 6.000 municípios no Brasil, num total de apenas 24 serviços, ofereciam o serviço de atendimento às mulheres vítimas de estupro, colocando em prática a Lei que permite a interrupção da gestação decorrente de estupro.

Corroborando com os dados na literatura, em que há dificuldades na implementação nos serviços de saúde do aborto previsto por lei, observa-se nas falas dos entrevistados aspectos que ratificam esses achados, bem como evidenciam a percepção dos profissionais frente ao aborto previsto por lei ,que justificam tais dificuldades.

Apesar dos dois serviços terem como proposta a garantia da interrupção da gestação decorrente de estupro às mulheres em situação de violência sexual, poucos profissionais

pesquisados falam sobre tal proposta de atenção. O atendimento à mulheres em situação de violência sem a ocorrência de gestação, foi tema mais facilmente desenvolvido pelos entrevistados que os relacionados ao atendimento ao aborto previsto por lei nesses serviços. Soares (2003) observou a mesma dificuldade em profissionais lotados nos serviços de referência em João Pessoa e Brasília, onde a prevalência de interrupções de gestações decorrente de estupro foi 3,7% num período de 3 anos e 17,3 % num período de 5 anos.

Em Natal, observa-se que um quinto dos profissionais entrevistados inclui, o aborto previsto por lei, como resposta imediata referente à lista de procedimentos realizados nos serviços de referência. Tal fato remete a uma preocupação quanto à incorporação nas práticas destes profissionais em relação a oferta de orientação, durante o atendimento, quanto à possibilidade de uma gestação subsequente ao estupro e o direito à interrupção, caso a mulher engravide e não queira mantê-la. Para a realização da interrupção da gestação decorrente de estupro, devem ser seguidas as orientações da Portaria nº 1.508, de 2005, sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez (BRASIL, 2011).

A não citação imediata deste procedimento se deve possivelmente ao desconhecimento deste direito legal, por algumas categorias profissionais. Apenas dois médicos tocoginecologistas falaram sobre a disponibilidade deste atendimento no serviço. No entanto, Faundes e colaboradores (2007), obteve em pesquisa em 2003 e 2005 um percentual acima de 90% dos tocoginecologistas que conheciam a legalidade do aborto em caso de gravidez por estupro. Soares (2003) comenta que, diferentemente da violência sexual, o abortamento faz parte do repertório de assuntos relacionados ao atendimento em saúde reprodutiva e está incluído na formação acadêmica dos profissionais da área médica e de enfermagem. Contudo, ainda é predominante uma abordagem associada às questões morais e religiosas, e uma assistência norteada pela criminalidade do aborto (SOARES, 2003). Só recentemente, é que se incorpora nas academias a discussão do abortamento numa perspectiva de direitos reprodutivos, de prevenção de riscos e das questões sociais envolvidas (BRASIL, 2005). Há, conseqüentemente, uma resistência dos profissionais em lidar com o tema. Soares (2003) pontua que em situações de abortamento incompleto muitas mulheres se deparam com um atendimento marcado pelo desrespeito.

Por outro lado, alguns profissionais entrevistados que percebem a interrupção da gravidez decorrente de estupro enquanto missão de um serviço de referência e expressam informações sobre um fluxo de atendimento resolutivo e simplificado. Manifestam opiniões bastante pertinentes e embasadas nos normativos legais que regem este atendimento e comunicam que a equipe de plantão recebe este tipo de demanda.

MCO – “Mas o Hospital é referência pra isso. E aí é abortamento legal e abortamento legal o Hospital também é referência, a gente faz também. Né? Então uma possível gestação subsequente a um aborto nesse Hospital é encarado como um abortamento legal, e a gente faz todo o procedimento. A gente teve, hoje é domingo, né? Sexta-feira tinha uma paciente aqui que 'tava induzindo um abortamento legal, de nove semanas, oito semanas, né? Foi feita a indução com Misoprostol quando o colo abriu ela foi pra curetagem, fez a curetagem, sem maiores transtornos.”

MCA – “Ela tem que, se ela for menor tem que vir um acompanhante, né? Aí ela é avaliada pela equipe e depois ela passa pelo aval da pessoa que é responsável pela violência. E aí se tudo for correndo bem, ela vai ser submetida ao abortamento.”

Neste sentido, alguns entrevistados reconhecem a interrupção da gestação decorrente de estupro é um procedimento legal, que a lei ampara e que é um direito da mulher. Apontam que a decisão deve ser respeitada independente de valores pessoais ou princípios religiosos e que o serviço e a equipe estão aptos para realizá-lo.

AS – “Mas aí nesse caso toda a equipe está preparada pra acatar a decisão da paciente, a tomada de decisão é da própria paciente. Ela é quem vai decidir se quer fazer o aborto, se pretende fazer o aborto desse estu... né? Ocorrida por causa desse estupro ou se quer levar a gravidez adiante.”

AS – “A gestação decorrente de um estupro a gente sempre dá o apoio à paciente de acordo com o que ela deseja. Se ela desejar fazer, interromper a gravidez, que ela tem direito naquele período, né? Que a justiça autoriza, a gente dá o apoio, assim, apoio à ela na decisão que ela tomar, a gente não interfere nessa decisão dela, toda a equipe, a gente deixa a cargo dela pra ela decidir o que ela vai fazer, independente da religião, de qualquer outro preconceito a gente apóia ela em qualquer decisão que ela tomar.”

Semelhantemente, Farias e Cavalcanti (2012) encontraram este reconhecimento nas falas das assistentes sociais, que fazem menção ao fato da interrupção da gestação decorrente de estupro ser um direito já garantido por lei a todas às mulheres. Soares (2003), acredita que ao enfatizar que a mulher é quem decide pelo abortamento, o profissional de saúde encontra um argumento atenuante para eximi-lo da responsabilidade deste ato.

Observa-se, porém, subjetivamente, acompanhando a fala que expõe os trâmites deste procedimento no serviço, um discurso restritivo, antagonizando o discurso da garantia de direitos. Há uma tendência de opiniões em demonstrar que este é um processo complicado, em que há uma rota para a mulher percorrer e que o serviço não concede o aborto de forma tão facilitada. É evidenciada a ênfase nas dificuldades que as mulheres devem enfrentar para a aprovação do aborto no serviço, necessitando a comprovação de veracidade das informações.

AS – “Só que isso não é no primeiro momento, entendeu? Isso são vários atendimentos pra então se chegar a um consenso, viu?”

ENF – “Tem um Conselho de Ética pra saber se, como é, porque geralmente ela é que externa a vontade de suspender, né? Interromper a gestação, mas aí é todo um processo, tem que fazer todos os exames, ultra-sonografia, aquele, tem que estar bem, Mas tudo tem que passar por isso, tem que fazer todos os exames pra poder não corre riscos de, né? Porque é uma coisa muito séria também.”

Farias e Cavalcanti (2011) preocupam-se com a baixa procura de interrupção da gestação decorrente de estupro existente nos serviços de referência no país. Tal fato pode ser justificado pela utilização e eficácia da contracepção de emergência, mas também levanta a questão do acesso, tais como a divulgação desses serviços, e ainda às barreiras culturais e institucionais que são “apresentadas” a essas mulheres.

É recorrente nas falas dos entrevistados a referência à comissão de ética ou “comissão de atenção à violência” para resolução dos casos de interrupção da gestação. Os profissionais entrevistados revelam uma percepção bastante positiva da comissão, que minimiza a sua responsabilidade de “decidir” ou não pela realização do aborto. É unânime o sentimento de alívio em encaminhar as mulheres para esse atendimento. Percebe-se, no entanto, que atribuem à comissão um significado distorcido, com um caráter de investigação. Muito mais que um espaço de suporte e acolhimento para a mulher em sua decisão de abortar, a comissão é percebida como um importante veículo para confrontar a veracidade de informações, em que se analisa a história de vida e os “comportamentos da mulher”. A fala dos profissionais, sugere que a comissão tem como principal função provar que esta mulher não está mentindo ou em surpreendê-la em contradição.

MCO – “Em caso de gestação, aí pronto, aí tem essa comissão, a comissão vai se reunir pra ver, avaliar, né? Ver se realmente foi essa gravidez foi do, foi em decorrência do estupro ou não.”

AS – “Aí vai pra parte social, psicológica, né? Onde a gente vai ter que pegar outros dados, que não é dados clínicos, né? Da vida, como ela vem se comportando, como foi, pra saber se a paciente se contradiz, né? Como é que ela reage, e a gente começa a perguntar a ela, né? [...] pode estar julgando, pode estar, né? E aí fica com dúvida, no caso o Serviço Social, aí a psicóloga faz a parte dela, começa a resgatar a vida anterior dela tal, tal, tal, e aí a gente conversa depois sem a paciente por perto a gente conversa sobre aquele caso, né? E aí, mas mesmo assim passa pelo Serviço Social, pela psicóloga e a gente de acordo com a consulta vai dizer se ela foi violentada ou não Nesse caso a gente já sabe que foi, beleza, ela preenche um protocolo também, um outro protocolo, assumindo toda a responsabilidade que quer fazer o aborto, né? Que não quer levar a

gravidez adiante, e que vai assumir toda a responsabilidade se ela estiver mentindo ou não, aí ela assina.”

As percepções manifestadas pelos profissionais mobilizam uma reflexão quanto à garantia de acesso e pode explicar porque no país o número de realizações de aborto em gestação decorrente de estupro ainda não corresponde a uma proposta de atenção qualificada nos serviços de referência (D'OLIVEIRA, 2009; FAUNDES, 2007).

Sabe-se que a gravidez pós- estupro é extremamente rejeitada, e tende a culminar em interrupção, independente de uma garantia de atenção, o que resulta em abortos clandestinos em condições precárias. Estes abortamentos são inseguros, isto é, realizados em condições sanitárias inadequadas, por pessoal não qualificado e que expõe a mulher a complicações graves e desnecessárias (FAUNDES, 2007). Considera Faundes (2007) que as barreiras ao acesso de mulheres ao aborto previsto por lei, como no Brasil, em que a lei permite, mas não é aplicada, depende de barreiras administrativas e médicas, em que a atitude preconceituosa ao aborto seguro restringe o acesso.

No Brasil, contabiliza-se 20 milhões de abortos qualificados como inseguros (FAUNDES, 2007). Segundo o autor, há uma associação entre violência e consequências do aborto clandestino, que deve ser enfrentada. Alerta para o risco que correm as mulheres que se submetem ao aborto em condições inseguras. Ressalta quanto à necessidade de informar essas mulheres sobre seus direitos legais de denunciar criminalmente o agressor e que elas precisam ser plenamente informadas de seu direito legal de interromper a gestação caso engravide como resultado do estupro. Recomenda e ratifica as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao treinamento, o fortalecimento e a integração das equipes e a criação de protocolos de atendimento que incluam as ações preventivas e o acompanhamento médico e psicológico das mulheres. Para Faundes (2007), é imperioso que se capacitem serviços públicos, para que incluam no atendimento às mulheres em situação de violência, protocolos de interrupção de gravidez nos casos previstos em lei. Adiciona, portanto, algumas observações que considera importante para implementação do aborto previsto por lei: a disposição política, o envolvimento de todas as áreas que propõem o atendimento, rotinas bem estabelecidas, que todos os profissionais devidamente informados dos aspectos legais e éticos e dos requisitos necessários para desempenhar com segurança o processo da interrupção legal. Para o autor, uma equipe multiprofissional integrada, tomando decisões, garante um atendimento mais eficaz.

O exame da ultrassonografia, necessário para autorização da interrupção nos protocolos assistenciais, é muito valorizado pelos profissionais entrevistados neste processo,

como uma prova de que a história da gestação é compatível com a violência sofrida, auxiliando na comprovação de veracidade. Este exame complementar é de grande importância dentro do protocolo da aprovação de interrupção da gestação segundo a Norma Técnica, onde se avalia a idade gestacional e a compara com a data da violência sofrida. Observa-se, porém, uma supervalorização desta abordagem tecnológica em que é considerada como uma verdadeira prova da veracidade das informações dessa mulher, o verdadeiro suporte técnico científico que sobrepõe as outras variáveis relacionadas às peculiaridades individuais. Lacunas de informações de ordem cognitivas, culturais e mnemônicas, que incompatibilizem com os dados ultrassonográficos e não comprovem que a mulher “está falando a verdade”, constituem verdadeiros impasses, onde muitas vezes o “exame” dá a última palavra.

ENF – “Por lei, mas ela tem que passar por toda essa comissão, passa pela ultra-sonografia, pra ver se, a gente colhe a história, né? Vê se realmente essa história tem fundamento, é a mesma história o tempo todo, né? Então a gente tem todo esse cuidado, a partir daí a Comissão diz ou não se ela 'tá apta pra fazer o aborto legal.”

MCA – “Colhe-se a história dela, pede-se uma ultra-sonografia, pra ver se realmente coincide com o período da possível, é, fecundação, né? E uma vez comprovada a gravidez, que foi uma gravidez proveniente de um estupro, essa paciente ela tem, a gente faz o acolhimento e faz, encaminha pra resolução da gestação.”

Farias e Cavalcanti (2011) pontuam que a ultrassonografia representa novos desafios para os profissionais frente à interrupção da gestação decorrente de estupro. Os avanços da tecnologia ultrassonográfica tem contribuído para dar maior visibilidade ao embrião com interferência nos valores subjetivos e interpretações em torno da gestação e do feto, pela mulher, pelo profissional e pela sociedade. Para Faundes e Berzalatto (2004), a visualização do embrião em desenvolvimento afeta consideravelmente o profissional e a mulher quanto à aceitação da decisão em interromper a gestação. Ressaltam ainda os autores que esta influencia do avanço tecnológico tem favorecido ao uso abusivo por alguns movimentos tipo “pró-vida”. A utilização de imagens apelativas pode comprometer o acesso das mulheres ao aborto previsto por lei.

É muito recorrente expressões referentes ao descrédito à palavra da mulher e a desconfiança quanto à sua responsabilidade no estupro (DREZETT, 2005). A decisão de interrupção está marcadamente influenciada pela credibilidade conferida à história relatada pela usuária (FARIAS et al, 2012).

Os profissionais entrevistados também falam sobre as documentações preconizadas pela Norma Técnica para que a mulher declare sua intenção de abortar e se responsabilize pelas suas informações. Observa-se, entretanto, que mais que o reconhecimento de um documento de expressão de autonomia e de avanços conquistados para o empoderamento das mulheres, é muito presente nas falas a utilização deste documento como um instrumento de pressão, para intimidar a mulher que está mentindo na hora de assiná-lo.

AS – “E quando ela 'tá mentindo, na hora que ela vai preencher aquele documento assumindo, [...] conta a história pra mim, pro Serviço Social e conta uma história diferente pra psicóloga, aí vai saber que 'tá mentindo. Tivemos um caso, dois casos desse, de mentira. A gente não encaminhou pro aborto legal, porque as informações dela contradiz, e a gente chegou, uma chegou a assinar, mesmo assinando a gente não confirmou. E a segunda não quis nem assinar o protocolo, assumindo, né? O que aconteceu.”

PSI – “Então, geralmente os casos que eu já atendi, é, umas, tipo, não voltaram, talvez fosse mentira, porque tem um termo a ser assinado judicialmente, outras sim, levaram adiante, ao aborto legal.”

Nas diferentes situações de aborto legal, Faundes (2007) encontrou dados que considerou “decepcionantes” quanto à não importância atribuída por tocoginecologistas à solicitação de interrupção por escrita pela mulher. Durante os dois anos pesquisados, menos de 50% dos profissionais valorizam essa documentação. O autor explica tal achado considerando que os profissionais acham desnecessária a opinião da mulher, já que se trata de uma decisão tão difícil. Reflete, segundo o autor, um lamentável grau de desconhecimento dos princípios éticos de respeito à autonomia das pessoas. Além dessa variável bastante preponderante no agir profissional, pode-se apontar o medo de ser punido judicialmente pela realização do procedimento, o que reflete um desconhecimento do que rege a lei brasileira.

Os entrevistados também revelam uma preocupação referente à existência de solicitações de interrupções de gestação em mulheres que não foram aos serviços na época da violência sofrida. Nestes casos, não há meios técnicos de confirmar se a violência ocasionou a gravidez e deve ser considerada a palavra da mulher como presunção de veracidade.

AS – “Sim, aí no caso da gestação, na paciente que sofreu vítima, mas ela já vem, ela não teve oportunidade de vir antes, acabou engravidando, então ela, é colhida uma história dela também, né?”

MED9 – “Pois é. Aí, veja bem. Que que se diz nesses casos? O que se diz nesses casos é o seguinte. A paciente que procura o serviço quando foi abusada sexualmente, essa normalmente não vai engravidar. Porque quando ela vier a gente vai fazer a profilaxia, né? Vai fazer a pílula do dia

seguinte. Porém, na maioria das mulheres que sofre abuso sexual elas não procuram o serviço, né? Então elas vem referindo apenas que foi abusada sexualmente e aí ela não vai ter boletim de ocorrência, ela não vai ter exame de corpo delito, ela não vai ter nada, né? Mas o Hospital é referência pra isso.”

Faundes e Osis (2008) comentam sobre a dúvida que essa questão que permeia entre os profissionais que exigem uma “prova” para constatação, se de fato, a gravidez resultou de uma violência. Foi claramente evidenciada pelos autores, tal preocupação entre profissionais de saúde em um hospital avaliado, foi referido que lá se exigia um atendimento prévio, por ocasião da violência sofrida, para a realização da interrupção.

Torres (2010) enfoca que a palavra da mulher que busca assistência médica afirmando ter sido vítima de um crime sexual deve ser acolhida no serviço que a recebe com presunção de veracidade. Isto significa: ter toda credibilidade. O autor chama a atenção de que os objetivos dos serviços de saúde não correspondem aos objetivos da justiça criminal, onde o primeiro visa garantir à mulher o exercício de seu direito à assistência médica integral e segura (TORRES, 2010). Para o autor, analisando a palavra da mulher e diante dos dados adquiridos no procedimento assistencial, mesmo na ausência de elementos hábeis para afastar a presunção de veracidade, há de prevalecer a palavra da mulher. Por outro lado, o conhecimento da legislação permite ao profissional estar mais seguro quanto ao temor de ser penalizado.

É muito frequente, porém, falas que correspondem a um desconhecimento quanto aos aspectos éticos e legais que envolvem a atenção ao aborto previsto por lei, ou quanto a época em que a lei foi implantada no Brasil e, em especial, quanto à exigência de documentos desnecessários.

MCA – “Nesse caso, depois de, da, que a gente já tem o, ela tem, tem que ser encaminhada pra ir pra delegacia. Se ela já vem, como também geralmente já vem depois da delegacia, se o BO já 'tá feito, a queixa e o exame do ITEP já 'tá feito, se essas formalidades jurídicas já foram feitas, a gente não precisa encaminhar. Então nesse caso a gente já encaminha direto pra Comissão de Ética Médica.”

AS- “Aí tem os procedimentos legais, você sabe que é lei, né? Já existe a lei que ampara essa mulher, não é isso? Chama-se processo de aborto legal que por lei não precisa mais da ordem do juiz. Mas aí nesse caso toda a equipe está preparada pra acatar a decisão da paciente, a tomada de decisão é da própria paciente.”

A Norma Técnica do Ministério da Saúde não estabelece a obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência nem de passar pelo atendimento do IML nas situações de violência

sexual e recomenda que a exigência destes documentos não pode condicionar o acolhimento de mulheres em situação de violência sexual, nem tampouco limitar o acesso à interrupção da gestação. Entretanto, em muitos serviços de saúde estes documentos são considerados como obrigatórios para configurar a violência sofrida e viabilizar o atendimento (MINCUCCI, 2007).

Em pesquisa realizada por Faundes (2007), comparou-se opiniões de profissionais em 2 anos (2003-2005) quanto à exigência de documentação para realização do aborto previsto em lei. Constatou-se a persistência da necessidade de alvará judicial em 2003 e 2005, e houve em 2005 uma considerável ascensão dos profissionais que acreditavam na exigência do Boletim de Ocorrência Policial (BO) e laudo do IML. Em 2005, houve uma atualização da Norma Técnica quando a exclusão da exigência do BO, o que gerou uma grande polêmica em torno da exigência deste documento. Nesse momento, uma grande mobilização de representantes do movimento feminista, junto com a FEBRASGO, contribuiu para que permanecesse a decisão da Norma (VILELA, 2007).

Torres (2010) considera uma “violência” condicionar a realização do aborto legal à exigência do BO e esclarece ainda, que a mulher pode se recusar a lavrar o BO e a oferecer representação contra o agressor. Mesmo que ela não tome nenhuma providência no âmbito judicial ou policial, ela deve e pode realizar o abortamento.

Ao revelarem desconhecimento sobre as ações para a interrupção da gestação no serviço, os profissionais tentam justificar as seguintes razões: a sua não participação nos atendimentos; o recente ingresso no serviço; a falta de capacitação na área; e o encaminhamento das mulheres à equipe de coordenação dos Programas existentes nas instituições.

ENF – “Não, aqui só estupro. Não. Nunca peguei nenhum caso não, de gestação não... Também porque eu não vivo muito nesse setor, aí eu sou meio por fora. Mas eu nunca vi um caso desse aqui no Hospital assim pra, aconteceu isso e vai fazer isso, não. Aqui, tem que assinar né? Tem uma lei que dá esse direito à pessoa a fazer o aborto. Agora, aqui eu nunca vi.”

Farias e Cavalcanti (2011) observaram que o tema do aborto legal para alguns profissionais que atuam em serviço de referência para atendimento às mulheres em situação de violência sexual só lhes foi apresentado após sua iniciação profissional ou mesmo na pós-graduação. Ratificam ainda os autores, que é muito frequente nos serviços de saúde que profissionais que atuam no aborto previsto por lei não tenham participado de atividades de capacitação.

. As condições de se oferecer uma atenção digna e desburocratizada depende fundamentalmente da capacitação dos profissionais no serviço (FAUNDES, 2007). Nas unidades de referência, geralmente maternidades, há um forte investimento em aprimorar treinamentos em conteúdos relacionados ao parto em detrimento da discussão da problemática do aborto. Pode ainda ocorrer uma deficiência quanto ao recrutamento de profissionais para as capacitações, que varia desde a sua não inclusão, a não liberação de suas atividades pelos próprios gestores institucionais, a incompatibilidade de horário que disponibilize a sua participação e o desinteresse do profissional por este tipo de atenção (FARIAS; CAVALCANTI, 2011). Como se observa ao longo deste trabalho, a falta de capacitação nos serviços pesquisados representa uma grande dificuldade que estes profissionais enfrentam. Repercute este déficit de treinamento no atendimento ao aborto previsto por lei, onde os profissionais sentem-se inseguros ou desconfortáveis, omitindo-se a fazê-lo e a tenderem a encaminhar para as coordenações e chefias do serviço.

Neste trabalho surgem três depoimentos relacionados à objeção de consciência, mas com a garantia da resolução do caso no serviço.

MCA – “...isso me deixa assim transtornada, eu fiquei revoltada, eu digo: “...não me chame pra participar de um negócio desse...”, é muito ruim.”

MCA – “Então eu prefiro não induzir o abortamento. Infelizmente eu sei que foi uma atrocidade na vida da mulher, umas falam a verdade, outras não, e não me cabe saber quem fala a verdade ou não, não sou juiz, nem pra julgar se ela 'tá falando a verdade, e nem sou juiz pra julgar se aquela criança tem que viver ou não. Nós fazemos o atendimento, e tem o abortamento terapêutico. Infelizmente eu não, eu prefiro não fazer a indução do abortamento, por questões religiosas, mas como nós somos uma equipe, somos cinco, então não tem ficado nenhuma paciente sem ter feito não.”

Para os profissionais, o paradigma da atuação é “salvar vidas” (FARIAS et al, 2012). Cristaliza-se a função do tocoginecologista nesse caráter de assistência materno-infantil, onde não se flexibiliza nenhuma alternativa que fuja a essa condição. Há geralmente, uma rigidez extrema em se considerar novos paradigmas de abordagens e intervenções em saúde reprodutiva.

MCA – “Então, não 'tô salvando a vida de ninguém, e o meu princípio eu fico aqui pra salvar vidas e nesse momento eu prefiro não iniciar com o misoprostol.”

MCA – “principalmente nós que somos acostumados a lidar com maternidade, com gestantes, com vida, né? Então a situação é desagradável, mas eu não acredito que haja nenhuma dificuldade maior não.”

Farias e Cavalcanti (2012) observaram que profissionais que entendiam a prática do aborto previsto por lei na perspectiva da garantia de direitos apresentavam uma atitude mais democrática no enfrentamento da questão. Apesar de considerá-la uma situação desconfortável para todos os envolvidos no processo, uniformemente eram favoráveis à sua realização independente das suas concepções pessoais.

A perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e autonomia das mulheres ainda são temas incipientes na formação. Medeiros e colaboradores (2012) observaram conhecimento satisfatório dos concluintes dos cursos de direito e de medicina da UFRN quanto aos preceitos legais que regulamentam o aborto no Brasil, o que considerou relevante, visto que são profissionais que estão prestes à se defrontarem com atendimentos em serviços de saúde. Observou ainda que, comparados aos estudantes do curso de direito, os alunos de medicina apresentaram maiores percentuais de acertos, quanto aos conhecimentos referentes à interrupção legal da gravidez decorrente de estupro. Atribui tal achado à maior familiaridade com normativos divulgados pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde (MEDEIROS et al, 2012).

O tema “objeção de consciência” é novo no debate público (DINIZ, 2007). Os serviços de saúde e sua equipe tem uma proposta de atenção à mulher grávida pós-estupro que remete às garantias institucionais. A instituição enquanto serviço público e os profissionais lotados devem manter uma neutralidade moral em matéria de ética privada (DINIZ, 2007). Depende a mulher grávida dos cuidados técnicos dessa equipe de saúde o que não implica, segundo Diniz (2007), que a moralidade privada dos profissionais envolvidos implique na subordinação dessa mulher às suas decisões.

Para Farias e Cavalcanti (2011), constitui uma violência institucional a recusa de profissionais em realizar a interrupção da gravidez decorrente de violência sexual, trazendo consequências para a autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres.

Para Faundes (2007), é importante a conscientização dos profissionais da área médica no sentido de que aceitar praticar o aborto nos casos permitidos pela lei é tarefa importante para sua implementação. Para o autor, isto não significa promover o aborto como também a infração de nenhuma norma legal ou ética. Reconhece que deve-se sempre respeitar os ditames de consciência de cada um e que não pode haver coação do profissional para interromper uma gravidez. Enfoca também a necessidade dos hospitais públicos oferecerem as condições para tal prática, disponibilizando outros profissionais. A objeção de consciência

é bastante recorrente nas exposições das dificuldades da implementação da interrupção da gestação decorrente de estupro (FAUNDES, 2008).

A Norma Técnica de Atenção ao Abortamento (BRASIL, 2005) recomenda uma atenção de qualidade, estruturada em princípios fundamentais da bioética: de autonomia, de beneficência e não maleficência, e de justiça, onde o profissional deve atuar com imparcialidade. Aspectos culturais, morais, religiosos e sociais não podem influenciar o atendimento:

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento (BRASIL, 2005, p. 16).

Tem sido considerado como uma destas barreiras, a dificuldade de se identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar no aborto previsto por lei (SOARES, 2003). Quanto aos aspectos técnicos, os profissionais que dão plantão em maternidades estão habilitados e atendem rotineiramente abortamento induzido em mulheres que buscam estes serviços, especialmente para esvaziamento uterino na atenção pós-aborto. (SOARES, 2003)

Iniciar o processo de indução do aborto legal constitui a grande barreira para os profissionais entrevistados.

MCA – “Não, a única coisa que eu tenho a acrescentar que talvez eu seja diferente de alguns outros profissionais aqui, é que eu prefiro não colocar o misoprostol pra indução do abortamento. Então eu prefiro não induzir o abortamento. Infelizmente a gente tem que fazer, e muita coisa que a gente tem que fazer tem que fazer, mas por minhas questões de princípio eu prefiro não induzir o abortamento....depois que a paciente aborta não tem nenhum problema, a curetagem eu faço da mesma forma, agora, colocar o misoprostol, iniciar o processo, tem pessoas no setor que são referendadas pra isso, Doutora é a chefe do serviço, ela é referendada pra isso e outras pessoas que não tem questões éticas religiosas fazem sem nenhum problema. Então não me sinto obrigada nem nunca tive a necessidade de fazer, nunca tive a necessidade de fazer.”

MCO – “Eu acho assim, que os médicos também precisariam ter um apoio psicológico pra enfrentar porque eu me sinto assim violentada de participar daquilo, de ter que participar de um aborto, né? Ter que indicar, colocar medicação, quer dizer, praticar... eu não me sinto bem não.”

Observa-se, porém, uma recorrência falas dos profissionais entrevistados de uma preocupação para realização do aborto previsto em lei. Mais do que aspectos religiosos ou

personais, surge a necessidade de comprovação da veracidade das informações prestadas pela mulher, como uma importante barreira para realização do procedimento.

Outras dificuldades podem estar interferindo na negação do profissional em realizar essa tarefa. Há ainda em algumas instituições o preconceito por parte de outros colegas pelo fato de realizarem interrupções de gestação. Soares (2003) refere que este é motivo de tensões existente entre a equipe, onde alguns temem ser taxados de aborteiros. Da mesma forma, Farias e Cavalcanti (2011) consideram que o repúdio ao estigma de aborteiro é um fator preponderante para o déficit de profissionais disponíveis nos serviços para realizar o aborto previsto por lei. Como abordado anteriormente, além deste fator, adicionam: o desconhecimento dos profissionais quanto à legislação do aborto, o medo de serem culpabilizados e penalizados judicialmente e ainda a influência de valores éticos religiosos, onde estão bastante vinculadas à prática, suas concepções e valores pessoais. Na realidade, muitas são as interferências individuais que se sobrepõem ao compromisso de atenção às mulheres nos serviços de saúde, negado e justificado como objeção de consciência.

Nesta pesquisa foram raros os depoimentos que colocaram em evidência aspectos religiosos que interferiam no atendimento.

AS – “Eu sou católica, né? Religiosa, pratico minha religião, apesar de que por ser católica eu não condeno o aborto totalmente, nesses casos eu defendo, mas eu nem falo em religião com ela, e nem uma da equipe pode falar, né? Se tem algum profissional que não quer aí ele delega outro fazer.”

AS – “Independente da religião, de qualquer outro preconceito a gente apóia ela em qualquer decisão que ela tomar.”

ENF – “Como também tem médicos que a história do aborto legal eles também não conseguem fazer isso por princípios religiosos ou princípios mesmo éticos, que a gente também, eu acho que a gente tem que respeitar. Mas graças a Deus que existe alguns que fazem, né? Porque ela precisa disso, ela precisa de um atendimento, já que aconteceu ela precisa de uma resolução, né?”

Soares (2003), semelhantemente, não encontrou influência da religião nas falas dos sujeitos de sua pesquisa. Houve um consenso em se manter uma postura neutra e imparcial quanto ao respeito da decisão da mulher e quanto a não julgá-la. Postura semelhante não foi observada por Farias e Cavalcanti (2012), quando princípios éticos e religiosos interferiram de forma importante na postura de profissionais, desestimulando-os a prática do aborto previsto por lei. Há uma frequente relação do uso da objeção de consciência, permitida pelo código de ética, para justificar os motivos religiosos que repudiam o aborto legal. (FARIAS E CAVALCANTI 2012). Persistem as polêmicas quanto à postura da igreja ao defender que a

mulher deva levar a gestação adiante nos casos de estupro e anencefalia. Segundo Farias e Cavalcanti (2012), trata-se de uma ação arbitrária, onde se desconsidera os significados dos sofrimentos das mulheres que se encontram grávidas nessa condição.

Uma psicóloga, fala do papel da instituição e do profissional em oferecer suporte para seguimento de mulheres que engravidam pós-estupro e que desejam manter a gestação.

PSI “u-hum. É, então, pela lei até vinte semanas é possível fazer o aborto legal, não é? Então a pessoa é avaliada quanto à necessidade dela de levar ou não adiante essa gravidez, se ela não quer, se ela quer e posteriormente ela possa doar essa criança, e aí teria que ficar sendo acompanhada até mesmo porque ela pode até mudar de idéia depois e ela vai estar levando uma pessoa que ela também não quer e aí é muito conflituoso pra cabeça de uma mulher dessa, assim, né?”

É fundamental que a instituição ofereça uma atenção qualificada com profissionais sensibilizados para a garantia de um Pré-natal de qualidade e suporte psicossocial e jurídico para tomada de decisões, caso a mulher resolva manter a gestação até seu término (BRASIL, 2011).

6.1(d) As barreiras, os aspectos facilitadores e a superação das dificuldades do atendimento

Os profissionais foram convidados a falar sobre as dificuldades encontradas no atendimento às mulheres em situação de violência sexual, o que eles têm feito para superá-las e quais as facilidades no serviço para a execução destas ações.

Observa-se que estas questões se misturam. Algumas facilidades apresentadas pelos entrevistados surgem como propostas já que se referem às situações que ainda não existem no serviço, constituindo-se alternativas para superação das dificuldades encontradas.

Em geral, durante a entrevista, os profissionais entrevistados tendem a se isentarem de expor seus sentimentos quanto ao atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Alguns desviam esta pergunta para falar do contexto da violência contra as mulheres e não do seu sentimento vivenciado ao atendê-las, havendo necessidade da pergunta ser repetida de uma forma mais direta pelo entrevistador em algumas ocasiões.

Percebe-se porém que quando falam sobre os sentimentos desencadeados durante esse atendimento ,há uma explícita comunicação dos entrevistados quanto à sua dificuldade emocional para lidar com o atendimento às mulheres em situação de violência. Alguns extremamente mencionam que esperam que estas pacientes não apareçam no seu turno de atendimento.

MCO – “Honestamente, eu acho que ninguém gosta de atender porque a gente, a gente vê a violência na cara da gente. Então fica muito triste, ninguém quer, é doloroso, a verdade é essa. Quando tem um PROAMA fica todo mundo: “ai, quem vai, vai você, vou eu?” A gente atende triste, é doído, sabe? É sofrido, ninguém gosta de atender.”

AS – “Mas assim, se fosse pra escolher, eu, se tivesse outra pessoa, entendeu? Eu pedia a essa outra pessoa, que tem pessoas que tem mais habilidade, que gostam mais, não é uma coisa que eu goste.”

MCA – “É chato, na verdade eu não gostaria que nem de ser escalada pra isso, porque não é uma situação fácil, né.”

Muitos dos profissionais entrevistados se sentem mal em ter que fazer esta missão que lhe foi deliberada pelo serviço e centram suas narrativas em torno de sentimentos relacionados a constrangimento e impotência.

MCA – “Ah, é muito constrangedor, eu acho que você vai escutar isso muitas vezes na sua pesquisa, todo mundo aqui dizendo, se você vai entrevistar os outros plantonista, não é? Provavelmente todos eles vão ser unânimes em dizer que é uma situação muito desagradável, muito constrangedora, muito triste.”

MCO – “E é um atendimento desagradável, inclusive entre os profissionais quando chega um atendimento desse a gente não gosta muito de fazer, a gente prefere que outra pessoa vá fazer porque realmente é... a gente como ginecologista já escuta muita coisa desagradável, não é? Essa parte de, sexual, até a parte consensual é difícil você tratar. Né? A parte não consensual então é terrível, né?”

Os mesmos depoimentos foram encontrados por De Ferrante (2009) referentes às barreiras pessoais e os sentimentos de impotência relacionados ao atendimento. Cavalcanti (2006) observou que o sofrimento referido pelos profissionais surgiu mais frequente nas falas dos enfermeiros e das médicas. A autora aponta que o sofrimento a que se referem os profissionais entrevistados está associado à dor e ao trauma por meio de um olhar biomédico, na visualização de sinais e sintomas vinculados a diagnósticos e tratamentos. Há, porém, nas falas dos profissionais entrevistados dos serviços de referência, uma dificuldade de lidar com

o sofrimento associado às subjetividades, o que coaduna com a solicitação persistente da maior participação de um psicólogo na equipe. Ratificando sentimentos negativos mobilizados no atendimento, há depoimentos onde os profissionais revelam se sentir também violentados enquanto provedor dessa atenção.

MCO - “Eu acho assim, que os médicos também precisariam ter um apoio psicológico pra enfrentar porque eu me sinto assim violentada de participar daquilo, de ter que participar de um aborto, né? Ter que indicar, colocar medicação, quer dizer, praticar... eu não me sinto bem não.”

MCA - “Eu não me sinto muito à vontade, eu me sinto também violentada em ter que lidar com essas coisase quando a gente ver uma pessoa passar e na maioria das vezes são jovens, às vezes até deficientes, então eu pelo menos fico, passo uma semana arrasada, quando eu faço um atendimento desse num dia eu nem consigo dormir”.

Percebe-se a implícita manifestação de solidão nessa atenção. Neste sentido, duas recomendações bastante apontadas pelos entrevistados são a discussão dos casos atendidos e a presença de psicólogos para dar suporte à equipe.

MCA - “Não tem, a própria equipe eu acho que teria que ter um apoio psicológico, né? Aqui o atendimento você fica solto aqui, que você fica numa sala, faz o atendimento médico, depois a, ela se perde, depois a gente não sabe nem o que aconteceu depois. E ainda tem a parte jurídica...”

MCO - “Eu acho assim, que os médicos também precisariam ter um apoio psicológico pra enfrentar porque eu me sinto assim violentada de participar daquilo, de ter que participar de um aborto, né? Ter que indicar colocar medicação, quer dizer, praticar... eu não me sinto bem não.”

Faundes (2007) chama a atenção ao fato de que cuidar de mulheres que sofreram agressão sexual não é tarefa fácil, por isso não pode ser obrigatória. Mobiliza sentimentos passados de vitimização de violência pelos próprios profissionais. Assim, este autor ressalta que os profissionais responsáveis por estes cuidados devem ser criteriosamente selecionados. Além disso, esse atendimento requer treinamento e aptidão.

Em relação ao sentimento de impotência gerado nos profissionais na atenção a esses casos, Herrera (2006) diz que isso decorre em parte pelos escassos resultados obtidos no estímulo às capacidades das mulheres para superação das situações de violências sofridas. A impotência deve-se também à falta de apoio institucional e à dificuldade das mulheres em romper com o ciclo da violência em contextos sociais pouco favoráveis.

Drezett (2005) coloca ser comum que alguns profissionais de saúde frente às situações de violência expressem paralisia, alegando impotência ou não estar capacitado. Temem também o envolvimento com questões legais e éticas. Este autor menciona a inversão nas rotas críticas dessas mulheres em que se priorizavam o atendimento legal em detrimento da atenção à saúde. Com a implementação de políticas públicas de saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual, sabe-se hoje que a atenção prioritária deve ser realizada nos serviços de saúde, apesar de ainda persistir nos profissionais, inclusive nos gestores, algumas dificuldades na compreensão deste processo. Lima (2007) registra que boa parte dos médicos não está habilitado emocionalmente para lidar com a atenção às mulheres em situações de violência, repercutindo no trabalho da equipe.

Schraiber (2011) dá um enfoque à necessidade de supervisão dos serviços e dos profissionais, que podem viabilizar a garantia da qualidade de atenção bem como a atuação sobre os desgastes e sofrimentos dos profissionais envolvidos. A supervisão por profissionais especializados possibilitaria, segundo ela, o compartilhamento dos casos com as específicas ações adotadas, favorecendo o aprimoramento do trabalho na instituição; o trabalho de sentimentos mobilizados nesta atenção e; a retomada de uma perspectiva ética política de não violência, favorecendo os direitos humanos das mulheres. Partindo-se dos desafios intensivamente presentes, é fundamental além de uma organização complexa, uma continuada atualização de procedimentos e condutas (MENICUCCI, 2007).

Outra reflexão dos profissionais que se desdobra no sentimento angustiante do atendimento, é a própria constatação da violência, que pode afetar à todos, inclusive sua família. Esta constatação é insuportável, podendo repercutir na dinâmica familiar e na percepção de segurança em relação aos filhos.

MCA – “Ninguém gosta de atender porque a gente, a gente vê a violência na cara da gente. Então fica muito triste, ninguém quer, é doloroso, a verdade é essa.”

PSI – “...que eu disse: “Meu Deus, isso acontece...” Então, eu comecei aqui muito nova, então assim, quando eu via esses tipos de casos eu me assustava muito, me assustava, porque assim, parece que não é da sua realidade, mas se você sabe que aquilo pode acontecer com você também, qualquer classe social, né? Ai depois que começa a ver, cair a ficha que 'tá acontecendo, isso acontece todos os dias, toda hora, né?”

Inversamente, poucos profissionais manifestam sentimentos positivos na atenção aos casos de violência. Alguns falam de sentirem sensibilizados pela sua responsabilidade em

cumprir esse papel e promover este atendimento para a mulher. Soares (2003) chama tal sentimento como de motivação altruísta, onde há solidariedade e um desejo de ser útil.

AS – “É... quando eu posso, é, ser solidária à ela naquela situação, naquele momento me sinto muito bem. assim, fico triste por ela ter sofrido aquele ato de violência, fico solidária, e ao mesmo, e como profissional me sinto bem em saber que estou podendo ajudá-la, apoiá-la, acolhe-la, orientá-la, não é? E dizer que ela não está só naquele momento, que nós podemos ajudá-la, que ela vai superar aquilo rápido, embora a gente saiba que leva um tempão pra, não é? Mas nós temos que fazer o possível, o melhor possível para que ela supere aquela situação. Porque só quem passa uma situação de violência sexual é que sabe o trauma que fica. Né?”

MCA - “Que eu me sinto bem, eu sinto que de alguma forma eu 'tô ajudando a essa pessoa que poderia não ter nada pra fazer, então, já é alguma coisa .Não é uma coisa que 'tá muito bem mas 'tá bem. Eu me sinto útil, né?”

Observa-se também que alguns dos sujeitos entrevistados manifestam algumas reflexões das lições aprendidas na participação desse atendimento, o que representou um espaço positivo de ressignificação e de aprendizado.

PSI – “Agora, realmente quando eu comecei lá, no início eu tive que entrar em contato com muitas coisas, resignificar muitas coisas, né? Conceitualizar muitas coisas, e aí você acaba construindo um percurso dentro do risco.”

Menicucci (2007) considera importante a cumplicidade, e o empenho pessoal e ideológico do profissional de saúde para romper a condição de opressão de gênero existente, e indo além da oferta de condutas e procedimentos. Soares (2003), entrevistando profissionais que por adesão encontravam-se atuando nos serviços para procedimento de interrupção da gestação, observou que os sentimentos mobilizados coexistiam na mesma pessoa com vários significados, às vezes conflitantes e opostos. Observou, porém, a autora que este atendimento possibilitou para os profissionais envolvidos oportunidades de mudanças de valores e ressignificação de suas práticas

Quanto aos aspectos facilitadores do atendimento, em geral, os entrevistados, independente da categoria profissional, reconhecem a existência de algumas estratégias que garantem o acesso, o abastecimento das medicações preconizadas nos protocolos e o acolhimento.

MCA- “A única facilidade é porque qualquer pessoa que chega aqui é atendida. Não é? Qualquer caso que chegou aqui vai ser atendido, né?”

Porque aqui é o fim de linha mesmo. Todo paciente que chega aqui ela é atendida. Então a única coisa que facilita é isso”.

ENF - “Não, facilidade hoje aqui na maternidade a gente 'tá tendo que tem as medicações. Então isso aí pra mim 'tá sendo uma facilidade, 'tá sendo assim uma coisa super importante. Ontem mesmo quando chegou essa paciente, a médica perguntou: “Tem tudo?” Eu digo: “Tem.” É tão bom a gente saber que tem e que você não vai dar uma receita pra ela comprar que ela pode não comprar, ela pode não ter dinheiro, ela sabe da importância, mas ela pode não ter dinheiro pra comprar aquilo ali, não é? Então assim, é muito gratificante quando você recebe a paciente que a paciente já veio do, como essa, eu 'tô citando essa de ontem porque foi a mais recente, e assim, veio tudo bonitinho, ela já vinha da delegacia, fez a denúncia, o cara já estava preso, daí ela tinha passado no ITEP, tinha sêmen, foi colhido, quer dizer, tem como provar que foi ele, e chegou aqui tinha todas as medicações pra ela. A única coisa que não tinha era acompanhamento psicológico, que ela era da zona norte, foi orientada a procurar lá, né?”

Na realidade, a facilidade de acesso é uma estratégia que contribui para a satisfação das usuárias e minimiza os danos provocados pela violência sofrida. Constitui para a clientela uma manifestação de ação extraordinária e de benevolência (DESLANDES, 2000). A acessibilidade também é um indicador de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde (WHO, 2002). Há nos depoimentos de usuários de serviços uma extrema manifestação de gratidão pelo fato de haverem encontrado as “portas abertas”. Este acesso facilitado apesar de ser uma proposta obrigatória para uma boa atenção, quando minimamente cumprida mobiliza elogios dos beneficiados (DESLANDES, 2000).

Outro fatores facilitadores mencionados dizem respeito à coesão e o preparo da equipe, uma referência à equipe que constitui a comissão e coordena as ações nos serviços. Na realidade há nos depoimentos uma preocupação quanto à estruturação da equipe de plantão, que se manifesta através de várias referências às pessoas que ainda resistem a este atendimento. Há que se ressaltar em algumas falas uma “corrida” em busca de profissionais, principalmente médicos, que aceitem fazer esta atenção.

MCA - “...pelo menos aqui na maternidade, e a atenção no caso de aborto, quando há necessidade também, e tem um dia na semana, porque tem uma médica que é responsável por esses atendimentos. Então normalmente a gente drena, faz o primeiro atendimento e drena”.

ASI - “...alguns profissionais não querem se envolver muito no caso, no caso do aborto você sabe que há um, não é um... é um problema sério, há médicos que não querem participar, 'tá entendendo? Mas aí o outro vai convencendo que ele tem que participar, há assim uma certa rejeição ainda de todos os profissionais, aliás, de todos não, de alguns”.

Quanto às dificuldades, a falta de estruturação dos serviços e de suporte técnico, e a fragilidade da rede de atendimento no município são relatadas por alguns dos entrevistados, principalmente por assistente sociais, enfermeiras e psicólogas. Em suas falas abordam também a dificuldade de articulação com os gestores e para a garantia de insumos, o que interfere na condução dos atendimentos.

PSI “Existe, assim, um tempo que a gente tem que se desdobrar em mil, e algumas coisas de suporte técnico mesmo que a gente não tem como, né?”

ENF “Aí o meio de transporte pra elas é muito difícil, tenho certeza como elas não vão nem lá. Aí fica sem fazer o que é pra fazer.

PSI “Olha, realmente uma rede que tivesse mais gente preocupada com isso, né?”

A falta de divulgação dos serviços e a ausência de uma articulação harmônica entre os dois serviços de referência pesquisados estão também muito presente nos discursos dos entrevistados.

MED - “A gente observa que a paciente vem do ITEP pra cá. Ela já foi examinada no ITEP já colheu material pra exames e ela geralmente vem de lá pra cá. Elas não sabem, a gente percebe que elas não sabem que existe esse serviço e que na verdade a prioridade era o atendimento aqui...”

AS - “O que vai facilitar, acho que a divulgação em primeiro lugar, porque na hora que você divulga, a pessoa que for vítima sabe a quem vai recorrer de imediato, né? Chegando na Unidade acho que a estruturação mesmo, né?”

O atendimento às mulheres em situação de violência em Natal, que é realizado nos dois serviços pesquisados, deve obedecer a um critério de regionalização. No caso trata-se de um hospital de atenção terciária, um localizado na zona norte de Natal e outro na zona sul. Segundo Faundes (2007), é recomendável, quando há mais de um serviço na região, que se estabeleça a regionalização do atendimento, de modo a permitir que a mulher possa ser atendida no local mais próximo. Há, porém, uma significativa diferença entre o número de atendimentos nos dois serviços de referência desde a implantação de ambos, ocorrida no mesmo período. Tal fato é bastante evidenciado pelos entrevistados. Os profissionais comentam que o serviço estadual não tem sido muito divulgado. Contudo, alguns falam que isto está sendo resolvido pela recente intervenção do Ministério da Saúde, que tem desenvolvido programas.

Deslandes (2000) lembra que muitos usuários enfrentam filas durante horas, sem que seja consumado este atendimento. Ressalta a autora sobre a importância da divulgação “boca-a-boca”, baseado em experiências anteriores de busca de socorro nos serviços públicos. No estudo desenvolvido por ela em 2000, os serviços são distinguidos uns dos outros como “hospital bom”, “ruim” e “matadouro”, o que influencia na busca de atenção, pois esta classificação chega a funcionar como um guia de serviços.

Há profissionais que falam de alguns preconceitos da população frente aos serviços e que estão relacionados à dificuldade de acesso, relacionados à superlotação.

AS – “Nós tivemos um último caso agora, mês passado, que ela teve que ela veio pra cá, ela foi pra outra instituição, né? Já veio de outra Unidade, já veio, veio assim, uma via crucis, como se diz, ela já veio rolando de uma Unidade pra outra, ela já foi pra o Januário Cicco, de lá encaminharam pra cá porque ela não era de lá, era de cá, então assim, precisa melhorar um pouco esse fluxo dessa paciente, na hora que divulga, e também dentro do Hospital, precisa de estar melhor estruturado, pra facilitar essa vida dela, né? E também o atendimento dela aqui dentro”.

MCO – “A população da zona norte tem um preconceito muito grande com o Santa Catarina, eles, é, tem até um apelido carinhoso do Santa Catarina, eles chamam o Santa Catarina de “o matadouro”... Então, talvez se a população tivesse menos preconceito, tivesse menos restrição quanto ao serviço, talvez fosse mais fácil de, de conseguir captar essas pacientes pra cá. Mas é difícil. A gente atende muito menos aqui do que lá no Januário Cicco, e eu não acredito que aqui tem menos abuso sexual do que lá”.

Considerando a superlotação destes serviços, os profissionais falam da importância da existência de uma rede que estaria apta para fazer este atendimento e obedeceria a uma classificação segundo o grau de complexidade das situações de violência. Segundo os entrevistados, essa estratégia poderia favorecer o acesso de diversas regiões do estado, garantindo os direitos dessas mulheres que são duplamente violentadas quando buscam atenção. Segundo os profissionais entrevistados, essas mulheres: peregrinam na busca de serviços de referência, enfrentam as dificuldades dos serviços emergenciais e ainda perdem oportunidades que são vitais para garantia de efetividade das profilaxias de DSTs virais e não virais e da prevenção da gestação decorrente de estupro.

ENF – “É difícil. É difícil, porque assim, a gente percebe que um atendimento assim, por exemplo, a paciente sofreu, vítima, foi vítima de violência. Às vezes ela vai procura um Unidade de Saúde e lá nem uma pílula do dia seguinte eles dão, porque assim, pelo menos se não tiver o resto, né? Pra dar, as outras doenças, né? Vamos dizer assim, mas que pelo menos dê à contracepção de emergência, pra evitar, a gente sabe que

quanto mais demorada a violência menos a contracepção de emergência é eficaz, né? Então assim, a gente sente muito essa dificuldade. Às vezes elas vem de outro serviço, muitas vezes do interior, né? Tô citando assim interior que eu acho que a pesquisa mais é em Natal, né? Mas assim, elas vem, às vezes de dois dias, peregrinando, sem saber o que vai fazer, quando chega aqui praticamente a contracepção não é nem, não tá nem mais quase nem valendo, né? A gente faz pra não deixar de fazer. Então assim, a gente sente que a rede básica, a rede não funciona em relação à isso, você vê o Estado todo praticamente, aqui só somos dois Hospitais que atuam nisso, né? E pra interrupção de gestação nem se fala, né? Nem se fala mesmo”.

A atenção primária às mulheres em situação de violência ainda é incipiente. Osis et al (2012), compreendem que os serviços de atenção básica devem fazer parte de redes intersetoriais, mas reforça que esses serviços não podem se constituir como apenas pontos de triagem ou encaminhamentos das mulheres para outros serviços. Para isso, é necessária uma avaliação continuada, atuando de forma integral e integrada.

Assim, a superlotação é uma dificuldade bastante citada pelos entrevistados, que ratificam que a vocação institucional do serviço não é o atendimento às mulheres em situação de violência sexual e doméstica. São serviços para a assistência ao parto, que atendem sistematicamente pacientes de alto risco e estão sempre superlotados. Há relatos de dificuldades quanto ao espaço físico e superlotação do serviço, repercutindo na qualidade da atenção especificamente na garantia de privacidade. Segundo os profissionais, tal circunstância, interfere na prioridade de atenção a estas mulheres, na disponibilidade dos profissionais em escutá-las, na questão de ambiência hospitalar e na credibilidade do serviço. A Norma Técnica (BRASIL, 2011a) recomenda a definição de um local específico no serviços, sendo fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem para a garantia de privacidade durante a entrevista e exames.. Este problema é citado como freqüente e rotineiro, afetando na proposta de atendimento humanizado às mulheres que procuram os serviços.

MCA – “Aqui a dificuldade não é nem só pra essas pacientes, é pras pacientes em geral. Nós temos um setor super lotado, um plantão com poucos profissionais pra atender um alto risco, e juntamente com o alto risco que nós temos que atender o dia inteiro, nós não temos um tempo disponível necessário, nem um local específico para o atendimento dessas pacientes”.

Kiss et al (2011), analisando os serviços de atenção primária à mulheres em situação de violência, obteve dos profissionais, relatos semelhantes quanto à problemas na estruturação

dos serviços e nos recursos disponibilizados, referindo-se a demanda excessiva e precariedade das instalações físicas. Observou ainda falta de motivação profissional e existência de muitos limites para a sua atuação, vinculados ao grande volume de atendimentos e perfil dos usuários. Lima (2007), ratifica que esta situação compromete o acolhimento, predispõe a ocorrência de violência institucional e uma atitude punitiva consequente a uma possível culpabilização da mulher quanto à violência sofrida.

Algumas das entrevistadas falam das dificuldades encontradas no acompanhamento de mulheres após o atendimento a nível ambulatorial. Este atendimento visa dar orientações sobre direitos legais, acompanhamento quanto ao impacto das profilaxias na aquisição da DSTs virais e não virais, prevenção de gravidez indesejada, e das repercussões psicológicas e sexuais da violência (BRASIL, 2011). Os profissionais, no entanto, falam sobre a não adesão destas pacientes e consideram esta resistência ao acompanhamento como uma barreira. A adesão ao acompanhamento ambulatorial por parte das mulheres é tema de discussão permanente e sua taxa depende de protocolos (OSHITAKA et al, 2011).

Observou-se em Campinas (OSHITAKA et al 2011) aumento na adesão do seguimento ambulatorial de seis meses, com a taxa de abandono diminuindo de 59% para 31%, particularmente após o primeiro atendimento. Observou o autor que o abandono é mais freqüente no acompanhamento psicológico. Considera-se de grande importância a partir desse dado, a orientação e a garantia de um agendamento para dar continuidade ao seguimento ambulatorial.

Os profissionais entrevistados em Natal responsabilizam o abandono à própria mulher e suas dificuldades de contactar com o fato ocorrido, ou os seus familiares por não a apoiarem. Introduzem uma discussão da inclusão da família na atenção e da necessidade dessa abordagem. Atribuem ainda as dificuldades de adesão, ao suporte institucional para lhes garantir transporte e um melhor acolhimento.

AS - “A dificuldade é da própria paciente, há dificuldades na própria paciente. Ela faz o primeiro atendimento e depois ela recua, há algumas pacientes que querem recuar, tá entendendo?”

PSI - “é a própria família, porque às vezes a família dificulta esse atendimento, às vezes a família começa a trazer essa paciente, ela não estimula pra que essa paciente venha pro psicólogo”.

Schraiber (2011), fala de dificuldades estruturais no serviço e da demanda essencialmente curativa que impedem as mudanças no modelo de atenção. A baixa adesão

também pode decorrer da precária condição socioeconômica e cultural do usuário, onde ele teria dificuldades para entender as informações referentes aos objetivos do serviço recebidas durante o atendimento (SCHRAIBER, 2011).

Os profissionais entrevistados apontam ainda outras dificuldades neste atendimento, desta vez, relacionadas a problemas pessoais e emocionais quanto ao envolvimento com as demandas assistenciais. É recorrente a exigência da imparcialidade e do esforço em conter as emoções mobilizadas na assistência às mulheres em situação de violência. Apontam que desvincular um sentimento nesta atenção é para eles, neste momento, necessário e imperativo. Surge ainda associado a esta questão, uma preocupação quanto à vulnerabilidade emocional do profissional, que é relacionada ao fato de “estar sensível” aos relatos das mulheres que se encontram em situação de violência.

AS - “Com o nosso profissionalismo, porque muitas vezes você tende a sair do profissionalismo e ser mais humanaEntão você tem que estar imparcial, eu já trabalhei isso em mim, mas mesmo assim a gente sente, não é?”

MCA.- “...eu fico até chateada de dizer isso que eu vou dizer, mas é a verdade, a gente fica meio, meio que seca, né?”

MCO - “A gente quer dar uma palavra de apoio, mas ao mesmo tempo a gente não pode se envolver porque, do ponto de vista profissional, se eu não tiver uma, um distanciamento daquele atendimento eu não consigo trabalhar... e é complicado, é complicado....”

Esta vulnerabilidade emocional é percebida pelo profissional como assustadora e não se integra numa proposta biomédica de intervenção. Há na imparcialidade, tão exigida pelos profissionais, uma ratificação nas relações assimétricas, onde o profissional não reconhece o outro e interagir com ele significa fragilizar-se. A recusa do problema pode está inserida em dificuldades de ordem pessoal ou moral, ou podem estar estruturadas na racionalidade ou nos preceitos técnico-científicos. A imparcialidade e a neutralidade de julgamento caracteriza a valorizada dimensão técnico- científica da assistência em saúde, que interfere no exercício profissional e compromete uma faceta distinta da responsabilidade profissional (SCHRAIBER, 2011).

Lima (2007) chama a atenção quanto à questão da imparcialidade dos profissionais envolvidos nessa atenção em que eles temem “perder de vista” o seu propósito diante dos casos de violência sexual, interpretado como a dimensão técnica do atendimento. Herrera (2006) compreende que estes discursos, que muitas vezes manifesta uma certa indiferença

ante o problema da violência, pode refletir um certo grau de distanciamento destes profissionais para evitar a frustração frente a uma demanda que não se sentem preparados para lidar, dada a inviabilidade de uma resolução técnica imediata. Deslandes (2000) observou que o profissional necessita ficar insensível, se acostumar, para não sofrer a cada novo caso presenciado, o que poderia afetar a sua capacidade técnica. Os cuidados dispensados por ocasião do atendimento estão vinculados a julgamentos, que exercem forte influência na seletividade de comoção, mobilizando sentimentos de solidariedade.

O estudo desenvolvido por Herrera (2006) aponta outras limitações no atendimento à mulher em situação de violência, que estavam fortemente vinculadas às concepções originárias da cultura, problemas de interação com as pacientes e de relações com o sistema jurídico. Menicucci (2007) aborda sobre os dilemas enfrentados neste atendimento, que inclui: a importância de dar credibilidade à queixa da mulher, identificar a violência sofrida e fazer a ruptura com a prática dominante de medicalização dos eventos observados.

A falta de capacitações e reuniões de atualizações sistemáticas foram bastante evidenciadas como outra dificuldade apontada pelos profissionais. Reconhecem estes, a capacitação como forma de viabilizar um bom atendimento. Lima (2007) considera que há pouco investimento por parte da saúde na temática da violência, dependendo muitas vezes de iniciativas individuais à qualificação nesta área. É marcante para alguns profissionais, a contribuição das capacitações recebidas nesta área para a sua formação e manejo qualificado nos casos dos serviços, tal qual é encontrado por Lima (2007). Alguns desejam contribuir com o serviço e fazem referência à Programas do Ministério da Saúde, que tem estimulado a equipe à participação de eventos, reformulação de protocolos institucionais e implementação das ações, viabilizando novas capacitações.

MCA - “E o que eu sugeriria pra melhorar, a gente teve um curso também aqui pra melhorar esse atendimento à vítima de violência, foi muito bom, eu fiz quando era residente, certo? E...sse curso pra gente que realmente foi muito bom pra gente realmente conhecer, né? O que 'tá envolvido, né? Nesse processo da violência, e realmente eu acredito que deveria ser feito mais esses cursos como eu tive oportunidade de fazer”.

MCA - “nesse caso da violência, quando eu cheguei aqui que vi que tinha essa enfermaria PAVAS que eu não sabia o que significava, e alguém me disse que era uma enfermaria que era para isso, mas eu nunca vi nenhum aqui, faz um ano que eu 'tô aqui, eu nunca vi nenhuma paciente nessa situação, entendeu? Então, é isso, eu acho que precisava de periodicamente ter uma capacitação, até assim, não é pra ensinar o médico a atender, não, é pra dizer a rotina, o protocolo que se tem. Entendeu? Por exemplo, eu não sei, aqui eu não sei se acontecer de chegar uma paciente hoje eu vou

começar a perguntar à enfermeira, ao colega que 'tá no plantão onde é que 'tá a medicação, quem é que vai administrar, se tem alguma, porque na verdade eu não sei”.

A motivação para que todos os que compõem a equipe hospitalar, em todos os níveis de atuação, deve ser estimulada, para que todos se sintam envolvidos e comprometidos com o atendimento. Qualquer falha de uma dessas peças dentro da instituição pode comprometer o atendimento (FAUNDES, 2007).

Lima (2007), observou que o despreparo dos profissionais nem sempre é na esfera teórica, mas relaciona-se ao suporte de que ele necessita para realizar esta tarefa. Ressalta que poderá ser avaliado o perfil e a pré-disponibilidade em lidar com os casos de violência sexual. Para isso, é importante que sejam considerados os limites que interferem nestes atendimentos que podem estar vinculados à história de vida e suas vivências, as quais interferem em sua atuação (LIMA, 2007). Em serviços de emergência da SMS/RJ, a maioria dos profissionais que atende às mulheres em situação de violência também não havia participado de cursos, seminários ou capacitações promovidos pela instituição. Reconhece-se a falta de investimento institucional (LIMA, 2007).

No que se refere à superação das dificuldades mencionadas, onde algumas soam muito como recomendações, alguns profissionais de um dos serviços pesquisados apontam que para minimizar a superlotação estabeleceu-se a preconização de um fluxograma no serviço, em que a equipe de enfermagem seria responsável pelo primeiro atendimento. Assim, esta mulher já é acolhida e já recebe as primeiras medidas de atendimento.

MCO - “Eu acho que o que facilitava o atendimento era a enfermagem que fazia a recepção dessa mulher e já preparava e deixava, fazia a parte da enfermagem no atendimento e o preenchimento da ficha, e a nossa parte quando chegava já 'tava tudo pronto pra gente fazer o atendimento. Eu acho que isso era uma coisa que facilitava.”

Já aos médicos mencionam como estratégias de superação ações mais individualizadas e pontuais, muitas vezes, ligadas à dinâmica interna de atenção. Foram listadas algumas medidas, tais como: comunicar a falta de medicações à direção do hospital e agilizar o atendimento da paciente. Sugerem também como recomendações a capacitação dos profissionais e a forte necessidade da entrada de psicólogos na equipe de plantão.

MCO - “Então tentava agilizar esse atendimento”.

MCA - “Todo ano deveria ter aqui na maternidade esse curso, não só pros residentes, mas eu acho que pros médicos que já estão aqui, que já faz mais tempo que 'tá aqui no serviço e que poderia passar por essa reciclagem, que realmente foi muito bom o curso, valeu a pena. Acho que poderia, isso seria uma forma de melhorar o atendimento, né?”

MCO - “você 'tá procurando alguma sugestão que melhorasse o atendimento, o psicólogo de plantão, por exemplo, nós não temos psicólogo de plantão”

Com uma postura mais pessimista, alguns dos sujeitos apresentam em suas falas um significativo descontentamento com a atenção às mulheres em situação de violência no serviço e não vislumbram alternativas para superação. Revelam, portanto, as dificuldades para a atuação, evidenciando o sofrimento que este atendimento lhes impõe.

MCO – “Não existe nenhum aspecto que facilita o atendimento. O nosso serviço é um serviço estruturado, nós temos a, a, as condições necessárias pra atender bem um PROAMA – “... que são a parte cirúrgica, quando precisa de cirurgia, há crianças às vezes que tem lesões que precisam de reparação cirúrgica, nós temos a prevenção, os métodos pra prevenção das DSTs e de gravidez, temos a Ética Médica funcionando, temos as condições de interromper a gestação se é o caso da interrupção por estupro, então assim, o serviço ele é competente pra lidar com esses tipos de casos. Mas tirando o serviço que funciona adequadamente, o caso em si não vejo nenhum aspecto que facilita, é uma situação difícil [...] Então, se você quer que eu diga a você se tem algum aspecto que facilita, não.”

MCO - “Que facilita? Nada, nada, não tem nada no mundo que facilita esse atendimento, esse atendimento, qualquer um deles, é difícil. Examinar é difícil, você convencer a paciente de que aquilo é importante é difícil, tudo é difícil. Né? É, existe um mito muito grande junto, junto com a coisa do estupro, né? Então há uma estigmatização muito grande da mulher, a mulher não quer ser estigmatizada como aquela mulher que foi estuprada, né? Então, tudo é difícil, todo o atendimento, do começo ao fim é difícil. Olhe... não tenho feito nada ...[riso]... não tenho feito nada, eu atendo e atendo, não tem o que fazer, eu tenho minha, o meu trabalho é esse, eu não posso fugir disso, né? Então o que eu faço é, respiro fundo, vou lá e atendo. Não tem o que fazer. Procuro fazer da melhor maneira possível, mas assim, eu não tenho nenhum tipo de, não faço nenhum tipo de terapia, faço nada disso não.”

De Ferrantes (2009) também obteve respostas de entrevistados que afirmam que não há nada a ser feito. Partem da ideia da falta de colaboração das mulheres, das delegacias de polícia e dos próprios serviços, causando-lhes desestímulo. Além disso, é comum que este atendimento mobilize uma diversidade de sentimentos, que podem variar de solidariedade e desejo de crescimento, mas também da emergência de conflitos internos e religiosos (SOARES, 2003)

Sob outro ponto de vista, Deslandes (2000) ressalta ser importante incorporar as responsabilidades de gestores do sistema de saúde frente às situações que são vivenciadas nos serviços. Mobiliza uma reflexão, questionando se é justo e aceitável que as consequências da atenção para o profissional ocasionem efeitos na atenção aos usuários, que interfere na construção de um ideal ético de dignidade e de direitos (DESLANDES, 2000).

6.2 PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Ao receber uma mulher em situação de violência que busca atenção nos serviços de emergência, a prevenção deve ser tarefa adicional, mas igualmente importante que a realização do atendimento assistencial. O profissional deve estar atento à detecção precoce de vulnerabilidades, do contexto que envolve a ocorrência do evento violento, e das possibilidades para articulação com os meios de prevenção (BRASIL, 2011a).

É muito comum que os profissionais envolvidos no atendimento não pensem nessa possibilidade. Prevalencem dificuldades de abordagem da situação, principalmente por estar associada ao espaço doméstico e pelo caráter privado. Geralmente estas mulheres transitam nos serviços de saúde, “são tratadas”, mas não são “vistas” numa proposta de prevenção pós fato, perdendo-se oportunidades únicas de intervenção.

Considera-se promoção da Saúde um processo que permite às pessoas, adquirir o controle sobre sua própria saúde, onde o indivíduo o grupo, podem por um lado, realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro, mudar seu entorno ou enfrentá-lo. É um conceito positivo, que se apoia nos recursos pessoais, sociais e na capacidade física (Rabelo, 2010). A prevenção atua no campo da identificação de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento e cuidados. Na medida em que previne e controla os agravos, por meio da criação de condições de proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em condições de risco e vulnerabilidade, a prevenção pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde (BRASIL, 2010). Há um reconhecimento quanto à utilidade dos conceitos de prevenção e da promoção da saúde para o enfrentamento da violência (DESLANDES, 2000; ASSIS; AVANCI, 2010).

Deslandes (2000) ratifica a importância de ações que possam interromper a dinâmica da violência uma vez que é comprovado que há uma reincidência de casos de violência, seja com igual ou até mesmo com superior gravidade. Segundo Assis e Avanci (2010), a prevenção e promoção da saúde, se fortalecida e implementada nas práticas institucionais e no delineamento de políticas públicas, produzem resultados positivos em larga escala.

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (2004) é importante um acolhimento amigável em todos os níveis de assistência com a inserção do usuário na participação de processos de decisão, em todo os momentos do atendimento. Recomenda ainda informações e orientações da clientela, seus familiares e da comunidade além de otimização dos meios de prevenção e tratamento de agravos (BRASIL, 2004).

Para Minayo e Souza (1999), pensar na prevenção da violência, exige uma visão complexa dessa realidade, considerando as especificidades históricas. As autoras acreditam na perspectiva de mudanças através de intervenções, mas enfatizam que, para isso, é necessário um correto diagnóstico da situação. As propostas teriam que articular a atuação no campo macro estrutural com questões conjunturais, relacionadas a problemas de ordem cultural e das relações interpessoais, nos diversos espaços da sociedade, privados ou públicos. No campo macro estrutural, o Brasil apresenta problemas ao longo da sua história e que interferem consideravelmente na dinâmica da violência. Persiste um contexto de desigualdade, violência nos ambientes de trabalho, o desemprego, a exclusão moral e social, a corrupção e a impunidade (MINAYO; SOUZA, 1999). Para a aplicação do conceito de prevenção da violência, segundo as autoras, é fundamental identificar quais as questões prioritárias em determinada sociedade, os grupos e indivíduos que devem ser alvos da atenção e as melhores estratégias para atuação. Na atenção às mulheres em situação de violência, ajudá-las a romper com o círculo de violência ao qual estão aprisionadas, é uma proposta que se inclui numa perspectiva de prevenção.

Nesta pesquisa os entrevistados parecem confusos com as ações preventivas no atendimento hospitalar e os protocolos técnicos da Norma Técnica em prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gestação. Seis, dos 20 profissionais entrevistados solicitaram que a pergunta fosse repetida pelo pesquisador. Alegaram que não estavam entendendo a indagação ou que já a havia respondido. Manifestaram também uma certa inquietação com o tema.

MCA - “É, assim, não entendi muito a pergunta, se é relacionado com o que que a gente faz pra prevenir as doenças ou se qual a orientação que a gente dá à paciente, eu não tô entendendo...”

PSI - “De prevenção assim, como assim?”

Assim, percebe-se uma certa resistência em abordar o tema, ou mesmo uma manifestação de que a prevenção não faz parte das suas atribuições. Predomina, portanto, a lógica do atendimento emergencial onde “salvar vidas”, “medicar” é o auge das ações nestas práticas, onde nada mais é necessário após o cumprimento dessa tarefa. Deslandes (2000)

pontua algumas razões que podem explicar a postura de profissionais da emergência atendendo pessoas em situação de violência distanciados das propostas de prevenção e promoção da saúde, entre as quais estão: a cultura imediatista de resolução das demandas existente nestes serviços; a falta de articulação com uma rede de referência; a ausência de rotinas institucionais sistemáticas, que ofereçam suporte nas dinâmicas de atendimento; e o temor de envolvimento com um problema que o profissional não identifica como de sua responsabilidade de atuação.

Nesta direção, em alguns casos, a pergunta sobre prevenção da violência contra a mulher teve de ser repetida e, mesmo assim, observou-se que a metade dos entrevistados nominaram os mesmos procedimentos utilizados para prevenção de DST, HIV/AIDS e de gestação decorrente de estupro. Continuavam associando a prevenção aos procedimentos médicos.

ENF - “É feito mais a parte médica, as medicações que tomam, vai medicações”

AS - “Ah, aí é um procedimento médico, não é? E ela, a médica, vê o que precisa fazer e aqui no Hospital já da condições de muitas coisas, muitos exames que ela precisa fazer já faz aqui no Hospital e outros que não podem ser feitos aqui aí a médica encaminha ela pra outra instituição e é orientada como fazer, viu?”

MCO - “A prevenção das DSTs, a prevenção da gravidez com a pílula do dia seguinte, que a gente também tem na casa, a, no caso de uma violência que já tem muito tempo e já tem a suspeita da gestação, encaminhamento pra ultra-sonografia pra datar a gravidez e o encaminhamento pra Ética Médica e psicoterapia.”

Assim, a maioria dos entrevistados, revela uma percepção de que a atenção às situações de violência nos serviços de saúde se propõem essencialmente a seguir os protocolos assistenciais e técnicos. Deslandes (2000), interroga se é possível esperar mais do que a medicalização dos serviços de saúde, frente às necessidades das pessoas em situação de violência e que buscam atendimento na emergência. “...porque "desaloja", melhor dizendo, desafia os saberes hegemônicos no campo da saúde.”(Deslandes , 2000,p173).

Minayo e Souza (1999) ,frisam que o tema da violência não entrou no setor saúde de forma natural. Por influência de muitos fatores, este tema foi imposto. Sua incorporação na saúde, mantém a cultura da racionalidade médica tradicional. Consideram as autoras, que as

instituições e os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no âmbito das políticas de superação da violência e de suas consequências. O êxito das ações depende principalmente da tradição e da credibilidade do setor nas intervenções preventivas e promocionais nos diversos grupos populacionais e na atenção às vítimas.

Seis profissionais afirmaram que não existia ou que não tinham conhecimento deste tipo de ação no serviço.

MCA - “Prevenção não acredito que tenha nenhum não. No plantão, onde eu trabalho, que eu trabalho no plantão, não tem nada com prevenção não”.

ENF - “Não. Só isso mesmo. A parte que vem pra gente é só a medicação. Aqui a gente só faz essa parte, a gente não tem essa prevenção, né”?

Como foi observado nos conteúdos das falas anteriormente analisados, o atendimento às mulheres em situação de violência tem sido para os profissionais entrevistados um constante desafio, principalmente por lidarem cotidianamente com peculiaridades inerentes ao atendimento emergencial. A prevenção da violência entra nesta perspectiva de desafio, de lenta conquista, ainda não incorporada às práticas. Corroborando com este achado, Moreira e colaboradores (2008), observou em Natal (RN) que os profissionais apresentam dificuldades quanto a encaminhamentos das mulheres em situação de violência para os serviços especializados, admitindo não se sentirem capacitados para lidar com este problema. Pedroza e Spink (2011), observaram em pesquisa, um atendimento às mulheres em situação de violência no âmbito hospitalar, que restringe ao cuidado em um programa específico, desarticulado de outras possibilidades. Deslandes (2000), aborda sobre o enfoque ampliado da promoção da saúde ancorado na definição de políticas saudáveis, que pode significar uma perspectiva de enfrentamento estrutural das formas de violência. Por outro lado, reconhece a prevenção como um modelo mais próximo da cultura médica, baseada na intervenção necessária para a não ocorrência ou reincidência do dano. Esta autora considera positiva e de ação transformadora esta perspectiva de prevenção, principalmente quando realizada na emergência hospitalar.

A partir das falas dos entrevistados, somando-se todas as questões aqui abordadas, é possível pensar que a prevenção se dissocia das propostas de atenção nos serviços (MOREIRA, 2008; DESLANDES, 2000; FAUNDES, 2007; SOARES, 2003). A atitude igualitária, os valores éticos de respeito às diversidades e a atuação estruturada numa lógica dos direitos, podem mobilizar uma consciência profissional de prevenção. A partir dessa

perspectiva, torna-se viável uma mudança de abordagem e de intervenções que possibilitam uma proposta de humanização do cuidado.

Na obtenção de outras respostas ainda referentes às medidas de prevenção, diferente dos procedimentos médicos já citados, os profissionais apontam sobre a orientação das mulheres para denúncia do agressor, visando assim, evitar a impunidade. Referem-se, ainda, ao acompanhamento ambulatorial, onde seria possível realizar esta prevenção. Observa-se na fala dos entrevistados que esta medida está mais relacionada à prevenção de transtornos psíquicos. Assim, observa-se que se tratam de orientações vagas, com um proposta individualizada, e que não vislumbram a presença de um sistema de garantia de direitos, a perspectiva de autonomia, de empoderamento e de apoio social. Deste modo, não manifestam o conhecimento da necessidade, nem da existência de outros atores na rede que viabilize uma articulação e agendamentos concretos de contra referência para esta clientela. Condicionam este acompanhamento à existência ou não de ambulatórios no próprio serviço.

COM - “Sim, ela é encaminhada para o ambulatório pra fazer o acompanhamento psicológico.”

AS - “É, a prevenção no caso do Serviço Social, a gente pede que elas tem que denunciar na Delegacia da Mulher, tem que fazer o Boletim de Ocorrência policial porque uma vez que ela tá denunciando um agressor, a justiça tem que tomar conta. Né? A prevenção.”

De Ferrante et al (2009), falam sobre a visão integrada no enfrentamento da violência contra a mulher, que inclui a prevenção, a identificação e o encaminhamento, desdobrando-se num melhor prognóstico.

Um outro fator mencionado por alguns profissionais para justificar a dificuldade de prevenção, é o fato do serviço receber pessoas, já com a violência consumada.

ENF - “quando ela já chega aqui ela já vem porque sofreu já a violência, né?”

PS - “prevenção, até porque aqui já chega já o negócio já, é, essa questão de prevenção fica mais a nível de Posto de Saúde, que eu também não sei como é feito porque, é, não é uma coisa, é, como é que eu vou te dizer... não é uma coisa, tá me faltando a palavra, não é, não é. Integrada, integrada, não é uma coisa que eu tenha contato pra saber como é que pode ser feito isso, pode até ser que seja feito nas escolas, né? De uma maneira que você possa se prevenir, da maneira que você pode, os lugares que você pode ir, os horários, essas coisas assim. Mas quando chega pra gente já é de uma maneira que já se consumou. Então, a nível de prevenção seria mais na rede primária que isso seria feito.”

Adesse e Souza (2004), comenta achados da pesquisadora Alessandra Oberling em pesquisa realizada pelo IBAM (Instituto Brasileiro de Administração Municipal), que avalia políticas públicas em algumas cidades brasileiras. Neste estudo é afirmado que estas políticas são específicas, setoriais e desconectadas com outras ações. São muito mais voltadas para o combate à violência pós-fato e que são raras as políticas de prevenção. A pesquisa observou que em algumas prefeituras as ações voltadas para mulheres em situação de violência tem um caráter assistencialista.

Assis e Avanci (2010), considerando o conceito de risco, alertam para os fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, associados à faixa etária que expõe diferencialmente os indivíduos à situação de violência. Este fatores, quando conhecidos e investigados, podem favorecer a identificação de um risco, que nesse caso não corresponde a um conceito matemático de probabilidade de desenvolver uma doença. Porém, a probabilidade de se ter determinado atributo, pode num período de tempo levar o indivíduo a ser vítima ou agente da violência.

A partir da utilização das estratégias de identificação fatores de risco ,e casos nos serviços, seja em qualquer nível de complexidade de atenção, é possível se aplicar medidas preventivas. Ao nível de atenção secundária e terciária, a saúde tem um componente de atenção adicional bastante importante na prevenção da violência. São intervenções que não se restringem ao caráter de punição e repressão, mas que visam a recuperação e reabilitação, podendo ser ampliadas aos agressores (ASSIS; AVANCI, 2010). Consideram ainda as autoras, que as redes de apoio social e comunitário, assim como os sistemas assistenciais, exercem papel fundamental para a identificação de vulnerabilidades e casos de violência.

Há nos relatos, três profissionais que responsabilizam a atenção primária para a realização da prevenção da violência contra a mulher .

PSI – “essa questão de prevenção fica mais a nível de Posto de Saúde, que eu também não sei como é feito porque, pode até ser que seja feito nas escolas, né? De uma maneira que você possa se prevenir, Então, a nível de prevenção seria mais na rede primária que isso seria feito.”

PSI - “Então, eu acho que essa parte de prevenção, que é uma parte primária, é uma parte que a gente não trabalha, aqui no Hospital, né?”

Cecilio e Mehry (2003), consideram que a atenção integral a um indivíduo que se encontra num hospital seria um esforço para uma atenção holística. Ressaltam que esta atenção pode ser desempenhada a partir de dois ângulos: da integralidade de atenção

promovida no hospital e a partir dele, onde se considera a inserção do hospital no sistema de saúde. Observa-se que esta noção de integralidade é pouco percebida nas falas dos profissionais principalmente nos hospitais de emergência. O hospital de emergência está inserido nesse sistema como referência em situações de maior complexidade, mas é fundamental a contra referência (CECILIO; MEHRY, 2003). Contudo, este circuito de interlocução nem sempre funciona satisfatoriamente.

D'Oliveira Et al (2009) ,destacam o papel dos serviços de atenção primária na prevenção da violência, uma vez que são neles que se apresentam problemas comuns de saúde, inclusive a violência contra a mulher. Nestes serviços, são facilitados o desenvolvimento de propostas preventivas e de promoção da saúde, com a garantia de acesso frequente e legitimado às mulheres aos serviços, possibilitando também uma proximidade com a comunidade. Os autores destacam ainda, a essencial participação dos Agentes Comunitários de Saúde na dimensão preventiva da atenção primária.

Osis et al (2012),entrevistando 2.379 mulheres usuárias das unidades básica de saúde do estado de São Paulo, que foram questionadas sobre o local que buscariam ajuda, caso fossem vítimas de violência, observaram que : três quartos (81%) dessas mulheres procurariam ajuda em delegacia de polícia, 11,6% em delegacia especializada de atendimento à mulher e 6,8% em posto de saúde. A maior razão apresentada por essas mulheres para a não busca dos postos de saúde, foi por acreditar que "os postos não fazem esse tipo de atendimento". Faundes (2007), reforça que estas instituições não estão preparadas para responder às necessidades destas mulheres.Reconhece que atualmente, na maior parte do mundo, o cuidado das mulheres que sofrem violência sexual está direcionado para a polícia ou para os serviços de emergência. De Ferrante et al (2009), ainda acrescentam que as normas de atenção preconizadas para identificação da usuária, registro, classificação de risco, fortalecimento, orientação e referência não são adequadamente cumpridas nos serviços.

As medidas de proteção, segundo Menenghel et al (2011), demandam assim como no atendimento emergencial, uma ação rápida e eficaz intervenção, e pode muitas vezes garantir a sobrevivência de uma mulher ,que pode estar ameaçada de morte. Observam os autores que há um “descompasso” entre a rota das mulheres que buscam a atenção e a rota que é oferecida pelos serviços. As situações são as mais diversas e precisa o profissional estar atento às peculiaridades das pessoas e situações que demandam a sua atenção. Segundo Menenghel et al (2011), em alguns momentos, o profissional deve entender que a mulher precisa de um “tempo” para se fortalecer e não pode pressioná-la para uma atitude imediata. É importante o reconhecimento de que este “tempo” requisitado pela mulher, é medida de prevenção

adequada no contexto de intervenção e que deve ser pensada nas instituições enquanto componente de um sistema de rede, e da garantia desta atenção . Não há, segundo estes autores, um caminho único mais efetivo. Este caminho é variável e depende de cada história relatada. Para eles, acompanhar os trajetos dessas mulheres pelos serviços, pode auxiliar na identificação de pontos críticos, que constituem barreiras para um fluxo resolutivo em seu itinerário. Pode ainda contribuir para a efetivação de políticas públicas dirigidas à superação de violências.

O tema da prevenção mobilizou reflexões e comentários adicionais em apenas três profissionais (1 enfermeira e 2 psicólogas), mas reafirmando que não há esta intervenção nos serviços pesquisados. Estes entrevistados são os únicos que trazem conteúdos referentes à responsabilidade institucional e profissional de prevenção. Introduzem uma discussão sobre a necessidade de realização de grupos educativos e a ideia de trabalho em rede, para fortalecer estas ações nestes serviços.

PSI3 - “Então, eu acho que essa parte de prevenção, que é uma parte primária, é uma parte que agente não trabalha, aqui no Hospital, né? Que seria, tipo, trabalhar com grupos de mulheres vítimas que geralmente existe em outros órgãos, né? Como as Unidades de Saúde, os CREAS, órgãos que trabalham com isso e não são tantos, muito pouco, pelo que eu conheço é o CREAS e que nem 'tá conseguindo fazer isso direito, né? Porque a gente tinha a Casa Renascer que fazia esse trabalho junto da, do Sentinela, não é? Que depois que os CREAS chegaram o Sentinela foi extinguido e aí ficou por conta da gente, da gente que eu digo porque eu também trabalho no CREAS, mas nem isso a gente 'tá conseguindo fazer, porque a demanda de violência na cidade é muito grande.”

Há uma evidente fragmentação da atenção à mulher em situação de violência nos serviços pesquisados, onde a assistência se sobrepõe às ações preventivas. Percebe-se uma relativa imobilização dos entrevistados quanto à perspectiva de oferecer alternativas de prevenção, revelando um desencontro dos objetivos preconizados pelas políticas de enfrentamento à violência com as práticas do cotidiano assistencial. Ayres (2001) aborda sobre esse desencontro quando faz uma reflexão sobre o caráter da intervenção em saúde. Para ele, as ações em saúde desconsideram o sujeito na perspectiva de interação. Fazem com que escapem oportunidades de participação na construção de identidades e no fortalecimento do poder de transformação de indivíduos e grupos. Assis e Avanci (2010) chamam a atenção para as medidas de promoção da saúde na redução de diversas formas de violência social, grupal e individual, as quais exigem ação intersetorial. As autoras citam a metas propostas pelas Nações Unidas para o período 2007 -2011, onde ressaltam a redução da vulnerabilidade

à violência com propostas ao desenvolvimento de capacidades para consolidação das ações nesta área. Para elas, essa estratégia é fundamental para que indivíduos e instituições desestimulem a vitimização das pessoas em situação de violência e promovam o protagonismo dos indivíduos e instituições vulneráveis, tornando-as agentes do seu contexto social enquanto monitores, avaliadores e participantes ativos desse processo. Deslandes (2000) entende que seria esperado que os serviços de saúde e seus agentes, refletissem o respeito às orientações preconizadas no conceito ampliado de saúde enquanto lócus de concretização das políticas de saúde.

Já existem no Brasil muitos programas de prevenção da violência na área da saúde direcionados especialmente à proteção de crianças e adolescentes, mulheres e idosos. Registram-se algumas iniciativas para inserção da família, onde se realizam visitas domiciliares e terapias familiares. É importante também o papel da comunidade, onde os programas de saúde sensibilizam e mobilizam os atores para identificação precoce de situações de violência e para que busquem atendimentos oportunos (ASSIS; AVANCI, 2010).

Percebe-se, portanto, que os profissionais estão “sensíveis”, reconhecem um discurso de garantia de direitos e aventam a possibilidade de ajuda frente aos diversos fatores que envolvem as situações de violência, mas percebe-se também a grande impotência e desconhecimento de “como fazer”.

AS - “Para que a mulher tenha mais direitos e tenha mais segurança, tenha mais condições de viver dignamente na sociedade. Mas assim, fico triste por ela ter sofrido aquele ato de violência, fico solidária, e ao mesmo, e como profissional me sinto bem em saber que estou podendo ajudá-la, apoiá-la, acolhe-la, orientá-la, não é? E dizer que ela não está só naquele momento, que nós podemos ajudá-la, que ela vai superar aquilo rápido, embora a gente saiba que leva um tempão pra, não é? Mas nós temos que fazer o possível, o melhor possível para que ela supere aquela situação. Porque só quem passa uma situação de violência sexual é que sabe o trauma que fica. Né?”

AS - “E daí ela deve fazer algumas orientações sobre essa prevenção, né? Mas assim, independente disso a gente sempre 'tá orientando a procurar ajuda, a procurar a Delegacia, a procurar os direitos da pessoa, não ficar achando que aquilo é normal, procurar sempre a ajuda que ela vai encontrar, pelo menos uma orientação ela vai ter.”

É bastante evidente nas falas a não incorporação nas equipes da disponibilidade para considerar a interlocução com os usuários e com a sociedade. Ampliadas estas percepções, é possível valorizar esta interação enquanto elemento de um cenário de atuação e compreender que ações preventivas podem ser viabilizadas.

6.3 A ARTICULAÇÃO COM A REDE INTERSETORIAL

O conceito de integralidade permite pensar o sujeito na sua totalidade, mesmo que não seja possível responder a todas as suas demandas (BRASIL, 2010, p. 89)

Segundo Kiss et al (2007), a rede intersetorial exige canais definidos de comunicação entre os serviços que participam da rede. Para isso, o conhecimento do órgão que compõe a rede é condição necessária para a interação de seu agentes e uma objetiva articulação das ações interinstitucionais. As iniciativas de capacitação pelo Ministério da saúde foram mobilizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a), corroborando ainda os objetivos e metas do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, publicado em dezembro de 2004, que priorizavam o enfrentamento das desigualdades de gênero e da garantia da atenção integrada e humanizada, com necessidade de ampliação dos serviços especializados. Ainda subsidiando essas ações, em 2008, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres teve papel importante no fortalecimento das ações intersetoriais.

Apesar das iniciativas e propostas, as ações dos serviços de saúde não acompanharam a perspectiva de atenção integral com a articulação em rede. São vários os estudos que observaram, tanto a nível de atenção primária, secundária e terciária dificuldades e ausência de articulações intersetoriais (MENENGHEL et al 2011, KISS et al , 2007, DESLANDES ,2000)

A Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos resultante da violência sexual contra mulheres e adolescente (BRASIL, 2011a) reconhece que o setor saúde pode representar um dos espaços privilegiados para identificação, definição e articulação de serviços que atuam nesta atenção. Atribui aos gestores municipais e estaduais a responsabilidade de organizar as redes integradas de atendimento na capacitação de recursos humanos, na divulgação da rede e na provisão de insumos. Schraiber (2000) ressalta que são necessárias composições de diversas alternativas de cuidado, trabalho em equipe e respeito à mulher e suas decisões. para que se viabilize uma saída das situações de violência.

Em geral, os profissionais entrevistados, quando indagados sobre a articulação com a rede, afirmam não ter conhecimento sobre este componente de atenção. Revelam na

intensidade das suas expressões, uma abstração desse processo. Um grupo de profissionais se vê isento de tal obrigação e, mais uma vez, justifica tal fato à sua atuação rápida e emergencial de um regime de plantão, em que a própria dinâmica hospitalar e o atendimento no plantão favorecem esta isenção. Emitem uma percepção que não participam desta fase do atendimento, que não lhes pertence.

MCO - “Olha, a minha visão é de plantonista..... eu não tenho como dizer a você porque é um curto espaço de tempo onde a gente vai ter outras atividades, eu não vou acompanhar o caso.”

MCO - “Taí uma boa pergunta, eu não sei lhe dizer, não sei lhe dizer como é que faz essa articulação....A gente é um Hospital que é referência pra muita coisa, tem [...] geral, pediatria, de clínica médica, tem UTI, tem UTI Neonatal, então até dentro do Hospital a integração é difícil. Então eu não sei lhe dizer se existe alguma integração com o município, não sei lhe dizer quem é que faz isso.....Não sei dizer... não sei dizer... se alguém faz, se é feito, se não é feito, não sei se é feita não sei quem faz, não tenho... noção!”

Um outro grupo de profissionais fala de forma vaga sobre esta perspectiva de rede no atendimento, não correspondendo ao conhecimento ampliado e necessário a este atendimento de acordo com os aspectos éticos, jurídicos e legais. Prevalcem depoimentos que vincula esta articulação em rede principalmente aos encaminhamentos policiais, para realização de Boletim de Ocorrência Policial (BO), colocando-os como prioritários no contexto da atenção. Manifestam uma certa confusão quanto à condução destes casos e um desconhecimento quanto à articulação com os Institutos Médicos Legais e o papel do órgão na rede. Ao se referirem a rede, citam apenas o Conselho Tutelar (no caso de atendimento que envolva crianças e adolescentes) e a Delegacia de Polícia, e fazem referência a “outras instituições” e “outros sistemas de segurança”, que não são nominados, não se definindo de quais instituições estão falando ou como se estrutura a rede no município.

AS....-“ao ITEP, se ela ainda não foi e ela precisa de passar por lá, no caso de uma menor, pra verificar a gravidade do estupro ou da violência, então a gente encaminha, a gente entra em contato por telefone dizendo que vai encaminhar aquela pessoa que passou, assim...”

AS“Através de BO, na Delegacia da Mulher nós fazemos o encaminhamento dos outros sistemas de segurança”

Menenghel et al (2011) reforça que os profissionais de saúde não se sentem capacitados para prestar atenção integral às mulheres em situação de violência conjugal,

limitando-se a tratar as lesões ou a encaminhá-las aos órgãos policiais. Não há nos serviços protocolos que identifiquem o risco iminente e não há atividades que visem fortalecer estas mulheres individualmente ou em grupos (MENENGHEL, 2011).

As falas refletem que ainda é incipiente a ideia e a efetivação de um trabalho em rede. Apesar de não haver subsídios metodológicos que permitam conclusões no presente trabalho quanto ao aspecto quantitativo do desconhecimento da rede, é possível perceber através das falas, um total estranhamento de sua existência no município. É bastante preocupante tal achado, pois isso pode expor as mulheres à revitimização e à atenção integral inadequada. É através dos serviços de saúde que entram essas mulheres, muitas vezes, esta é a única via de articulação com outras instâncias, podendo significar oportunidades de transformações significativas em suas vidas.

A rede de enfrentamento às violências no Brasil constitui o trajeto das mulheres nos serviços e essas “rotas” tem sido pouco avaliadas (MENEGHEL et al, 2011). Os autores citam estudos realizados na Região Metropolitana de Porto Alegre, onde os resultados correspondem aos de outros países da América Latina. Trata-se de uma trajetória de mulheres que almejam romper com o ciclo da violência, mas que são revitimizadas pelos serviços que deviam cuidar delas (MENEGHEL et al 2011).

D’Oliveira (2009) ,considera que para os médicos é difícil buscar soluções e parcerias com outros setores, com outros profissionais de saúde ou outras instituições e tendem a desconhecer os serviços especializados que compõem a rede de atenção às mulheres em situação de violência. É uma representação da prática médica potencializada pelo individualismo ontológico, um isolamento de prática, onde o profissional conduz o caso e se torna proprietário do paciente, onde sua decisão, parte de um julgamento individual.

Lima (2007) refere-se a profissionais entrevistadas, que de um modo geral, não souberam informar o que aconteceu com os encaminhamentos realizados, especialmente no que diz respeito àqueles para as unidades de seguimento, demonstrando que a rede de saúde ainda apresenta fragilidade na referência e contra-referência.

Na concepção dos profissionais entrevistados, a noção de encaminhamentos na rede está prevalentemente relacionada às delegacias das mulheres, o que corresponde a uma antiga representação deste atendimento no início da implantação da atenção às mulheres em situação de violência. Neste ponto, mais uma vez surge uma recorrência nas falas quanto à necessidade de reciclagem e capacitação. Sabe-se que antes da criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, a atuação governamental desta atenção se resumia no atendimento via Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMS) e no encaminhamento das mulheres às

casas-abrigo. A infraestrutura social de atendimento às mulheres em situação de violência era ainda deficiente, inexistindo a constituição de uma rede e a existência de poucos serviços.

A constituição de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência, deve-se principalmente à da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, que torna-se um importante marco para o enfrentamento da violência contra a mulher no país (BRASIL, 2008). Neste sentido, não há nas falas dos entrevistados nenhuma referência às instituições que atualmente constituem nos municípios a rede de atendimento de enfrentamento à violência contra mulheres.

Numa perspectiva mais ampliada, a família surge como importante componente da atenção, tanto como alvo de suporte da atenção ou como importante colaborador na resolução e superação de conflitos (ASSIS; AVANCI, 2010). Assim, os entrevistados dos serviços de referência mencionam a inserção da família no contexto do atendimento, porém não apresentam perspectivas de atuação em rede .

PSI – “Ah, eu fico muito preocupada porque eu sei, né? São casos gravíssimos que tem um repercussão numa família inteira, né?”

PSI – “Mas não tem essa coisa da família. Né? E se a família não estiver bem envolvida nessa situação...”

Lima (2007) encontrou entre profissionais que atendem pessoas em situação de violência o reconhecimento da família como alvo da atenção. Reconhecer as prioridades e a viabilidade de condução do caso, e os recursos que podem ser utilizados constituem-se como propostas norteadoras para lidar com famílias que vivenciam tais problemas (BRASIL, 2010). Os recursos podem ser encontrados na comunidade e nos projetos sociais de pessoas ligadas ou não, à família.

No atendimento de crianças e adolescentes, embora não tenha sido alvo deste trabalho, os entrevistados se reportam a necessidade de maior articulação com os conselhos tutelares. No atendimento às mulheres adultas não há, nas falas, articulações efetivas. Há o reconhecimento que existe uma lacuna para que se ofereça um suporte a esta clientela.

PSI - “O que precisa melhorar é já com a parte das mulheres propriamente ditas, né? Já das adultas, porque tem as referências do município, a gente precisa estar, ainda não tem esse intercâmbio entre aqui do Hospital com a equipe da rede municipal, ainda não tem ainda essa, nem a gente procurou ela nem ela procurou a gente, que é uma coisa que a gente tem que fazer nesse novo processo de reestruturação do programa...”

Apenas três ,dos 20 entrevistados falam de uma articulação intersetorial, apontando, portanto, a sua incipiência e a dificuldade de articulação dos serviços, manifestando necessidade de maior mobilização para firmar parcerias. Manifestam algumas inquietudes em sua participação dentro do serviço. Reforçam ainda a presença efetiva dos Conselhos Tutelares e trazem alguns atores desta rede, tais como o CREAS e o Centro de Referência para a Mulher no Município. Reclamam ainda que se sentem perdidos quanto ao acompanhamento dos casos após a situação de violência, principalmente quanto ao atendimento psicológico. Manifestam uma urgente necessidade de oficializar esta rede através de contatos e que a dificuldade de interlocução é recíproca no município. Estes três profissionais apontam sobre o acesso e falam ainda da peregrinação das mulheres, devido a existência de apenas dois serviços de referência no estado. Não há nenhum tipo de atendimento na rede básica de atenção para uma articulação de ações hierarquizadas.

Uma profissional entrevistada coloca uma inquietação quanto ao acesso de mulheres que buscam a interrupção da gestação decorrente de estupro neste contexto de atenção. Há ênfase na requisição de um trabalho interdisciplinar.

PSI - "...tava até discutindo com a assistente social um dia desses, da gente ir na Delegacia da Mulher, por exemplo, aqui na zona norte, no Centro de Referência da Mulher aqui na zona norte, e mostrar que existe esse trabalho aqui dentro do Hospital, pra poder fazer essa parceria...Que existe uma Delegacia, que existe um CREAS, a gente inclusive liga pro CREAS do município de onde ela veio, liga pro Conselho Tutelar, muitas vezes os conselheiros vem.."

Tal como preconizada na Linha de Cuidado para a Atenção à Violência contra a criança e o adolescente (BRASIL, 2010), a implantação da rede para a atenção à mulher em situação de violência exige um trabalho em equipe multiprofissional; a articulação com recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção, com garantia de acesso; a organização de um fluxo ou um percurso de atenção a partir das situações de vulnerabilidades e de risco para violência; a definição do papel e de competências de cada serviço; o estabelecimento de normas, protocolos e fluxos; a promoção da capacitação de profissionais da rede de cuidados e da proteção social; e o desenvolvimento de ações de educação permanente que favoreçam habilidades e competências para a atenção integral.

Osis et al (2011), abordam sobre a ausência de protocolos nos serviços para lidar com a questão, onde os profissionais de São Paulo não consideravam esta tarefa como parte do seu trabalho e nem identificavam recursos necessários para realizar uma boa

intervenção. Associa-se ainda um grande desconhecimento da rede e de iniciativas nacionais existentes nessa área (Osis et al, 2011)

Kiss e colaboradores (2007) analisaram em São Paulo a articulação intersetorial no conjunto de 44 serviços, classificados em quatro vocações assistenciais: policial, jurídica, psicossocial especializada e orientações básicas. Observou as seguintes barreiras para o atendimento intersetorial e multiprofissional (1) uma diferença de propostas e finalidades dos trabalhos entre as instituições (2) uma abordagem à violência contra mulher condicionada e restrita à formação de cada categoria profissional, suas trajetórias e engajamentos políticos e ideológicos (3) uma maior disponibilidade dos profissionais da assistência psicossocial em relação aos profissionais da área jurídica e policial, para lidar com as mulheres em situação de violência, estando estes mais sensíveis para trabalhar situações de vulnerabilidade social. (4) uma dificuldade para compreensão e comunicação quanto aos fluxos de mulheres. (5) uma desqualificação mútua de profissionais entre as instituições (6) uma instabilidade institucional, onde a integração de objetivos, a trajetória, os investimentos e a integração dos serviços na rede, condicionados aos momentos políticos da gestão municipal (7) uma tendência a encaminhamentos individuais na comunicação entre os serviços. Refletiu portanto o estudo, uma assistência fragmentada, decorrente da ausência de abordagem integral nesses serviços, dentro de um projeto conjunto. Observaram que mesmo diante de encaminhamentos, em que houve divulgação e conhecimento dos serviços, não implicou necessariamente em uma articulação assistencial adequada, onde o percurso das mulheres, nos diferentes serviços não eram sistematizados ou acompanhados.

O setor saúde, embora inserido na assistência, não pode se dissociar dos outros elementos do enfrentamento. A proposta de enfrentamento é uma estratégia política e se constitui em rede (BRASIL, 2008). Percebe-se, portanto, que os profissionais entrevistados não vislumbram a sua inserção numa política de enfrentamento, enquanto atores de uma rede, onde seu papel no atendimento deveria de ser muito mais abrangente.

Finaliza-se este tópico, recorrendo a Minayo e Souza (1999) quando evidenciam a imperativa necessidade de atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais. Por esta razão, para o setor saúde, este constitui um desafio adicional: a necessidade de articulação dentro da instituição, e desta com outros setores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir a pesquisa, é importante enfatizar que além dos ricos depoimentos representados pelos profissionais entrevistados, este trabalho contou com a contribuição dos diversos autores citados, numa parceria que me possibilitou ratificar o significado das falas dos profissionais, que vêm ecoando ao longo dos trabalhos realizados nessa temática e de minha inserção no serviço frente ao atendimento à mulher. Algumas afirmações aqui apresentadas não se traduzem em verdades, são frutos de interpretações das falas dos sujeitos sociais, a partir de uma trajetória metodológica, onde foram exaustivamente analisados os seus conteúdos, articulados ao referencial teórico, e que me permitem tecer algumas considerações e questionamentos.

Início abordando as questões relacionadas à formação do profissional de saúde, especialmente o médico, que aos poucos apresenta alguns avanços, mas que tem mantido a mesma linha tecnicista, reducionista e medicalizante da medicina tradicional. Em relação à formação profissional e as mudanças paradigmáticas almejadas após a implantação do SUS, levanto aqui algumas questões que considero pertinente à temática da violência: (1) Será que a trajetória acadêmica do profissional de saúde, tem se estruturado e se desenvolvido nos princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS? (2) O que o profissional de saúde, dentro da formação ainda tradicional, incorpora em suas práticas dos conhecimentos adquiridos na aplicação da política de saúde que vigora no país? (3) Será que essas doutrinas e princípios constituem na sua formação, conhecimentos básicos e aplicáveis, ou são apenas temas transversais? (4) Por que persistem as dificuldades de profissionais entenderem e atuarem em situações que exigem abordagens integradas e intervenções médico-sociais?

Essa introdução destina-se a uma reflexão, não apenas sobre dificuldades na implementações de ações em saúde, dirigidas às vítimas de violência, mas sobretudo das políticas que direcionam um olhar para o social, para a perspectiva de direito e de cidadania. Ressaltam-se os grandes entraves para a implementação de políticas de humanização na saúde e de promoção da saúde; da não valorização dos movimentos sociais e ainda da grande dificuldade de se pensar num usuário autônomo, e aqui... na mulher autônoma. Tal visão permite pensar nas limitações que se desdobram no atendimento, em que a usuária não é considerada protagonista, não estimulando-a a superar os eventos violentos

nas suas relações interpessoais. Conseqüentemente, o diálogo fica limitado, e com ele uma reduzida intervenção humanitária, com poucas possibilidades de prevenção e promoção da saúde.

Percebe-se ainda que a própria estrutura física e administrativas dos serviços, quer de atenção primária quer na atenção hospitalar, perpetuam modelos de assistência tradicionalmente organizados e que não contemplam os princípios do SUS, onde a falta de acesso, a ambiência, a hierarquização e a superlotação imputam violências institucionais que negam direitos e contribuem para a não valorização do usuário, com a adoção de atitudes restritivas na atuação profissional. Foi de grande contribuição, conhecer a percepção dos profissionais na atenção à mulher em situação de violência, onde prevalece um certo distanciamento e um evidente sofrimento em atender uma demanda de complexidade ímpar, que não lhes foi apresentada em sua trajetória acadêmica.

O Ministério da Saúde investe em capacitações e produz normas e manuais, ciente das dificuldades para enfrentamento do problema. A inserção da violência contra a mulher numa abordagem de gênero permite que se entenda o cuidado numa perspectiva de equidade, onde se visualize as pessoas em suas relações interpessoais e condições estruturais, os quais lhes inserem num maior ou menor grau de vulnerabilidades. Compreender o fenômeno da violência e seus efeitos na saúde de homens e mulheres exige essencialmente uma compreensão de gênero. Observa-se, porém, que além disso, há de se considerar outras questões sociais que envolvem raça/etnia, condição sócio-econômica e historicidade dos sujeitos, dentre uma gama de processos sociais.

As capacitações dos profissionais têm sido um dos caminhos escolhidos por gestores, para atualizar práticas em saúde. Justifica-se esta preocupação pela evidente ausência na formação de profissionais de saúde do ensino sistemático e obrigatório da temática violência e saúde, aparecendo apenas como tema transversal. Quando isso ocorre, sua abordagem é focada no tratamento de agravos e lesões físicas, na apresentação de protocolos com ênfase na medicalização e de encaminhamentos para prevenção e tratamento de seqüelas psicológicas. A abordagem social, a prevenção, a promoção da saúde com a perspectiva de redes e integralidade do cuidado são temas pouco abordados ou apenas citados.

Contudo, na atuação em casos de violência, o tempo destas capacitações parece insuficiente, considerando a complexidade dos conteúdos ligados à violência, que não se esgotam em abordagens teóricas. Não se tem dados exatos da duração média das capacitações

disponibilizadas nos serviços para os profissionais, e se estas são sistemáticas, ou seja, se acompanham as atualizações de normas, legislações e portarias ministeriais. Também não se conhece se as capacitações acompanham as dinâmicas dos serviços quanto à rotatividade de profissionais. Contudo, é consenso que para que se concretize uma mudança na atitude de profissionais, um verdadeiro giro epistemológico, não são suficientes capacitações à curto prazo. 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. Além disso, evidenciam-se muitas vezes a inexistência de suporte institucional para educação continuada, para o trabalho em equipe e para a supervisão, onde poderiam ocorrer discussões conjuntas de demandas assistenciais e reflexão em torno das vicissitudes decorrentes desta atenção em saúde. Deduz-se, portanto, que os profissionais de saúde ainda atuam num contexto da racionalidade biomédica e muito há de se reformular em sua atuação enquanto estratégia, para garantia de uma atenção estruturada na integralidade do cuidado.

Além da lacuna na formação, associam-se déficits relacionados ao envolvimento, compromisso e disponibilidade do profissional de saúde. E isso requer novas estratégias, além das capacitações. Acredito que ao se deparar com uma mulher em situação de violência, poucos profissionais compreendem ou sabem que são os protagonistas de uma política pública, de acordos internacionais, e que seu papel não é só assistencial e sim de enfrentamento da situação. É marcante o descompromisso com uma atenção integral. Fica evidente, uma atuação pontual, isolada e revezada, onde as usuárias apenas “passam” pelo serviço. Estas atitudes descompromissadas são ainda mais destacadas na abordagem da notificação compulsória, da prevenção e da articulação intersetorial.

A noção de cuidado se enquadra perfeitamente com a estratégia de atenção à mulher em situação de violência sexual, pois auxilia o setor saúde a responder questões que não lhe pertence exclusivamente e onde estão intrincadas complexas relações entre o biológico, o social e o cultural. Possibilita rearranjos para a sua compreensão e intervenção, que extrapola a racionalidade médico-científica, principalmente porque é nessa atenção que se ajusta a perspectiva de promoção da saúde. “Assistir” uma pessoa em situação de violência significa estabelecer um vínculo que não termina numa prescrição e que representa uma relação em que o profissional necessita dar continuidade a um processo não essencialmente médico, necessitando acionar um circuito de suporte.

A partir da idéia de que os serviços de saúde e a atuação dos seus agentes representam a materialização das políticas públicas, chamo atenção quanto ao descompasso das propostas das políticas públicas implantadas no país e a interlocução com os profissionais de saúde, onde prevalecem atendimentos desarticulados de uma proposta integrada. Há um claro distanciamento na formação do profissional quanto ao aspecto dinâmico de implantações e implementações de políticas públicas, que intersetorialmente mobilizam ações do setor saúde para respostas às demandas integradas de atenção. Alheios à historicidade, motivações, estratégias e articulações das Políticas, os profissionais de saúde deparam-se com protocolos assistenciais que, muitas vezes, são cumpridos de uma forma desarticulada dos princípios e diretrizes que justificaram a sua elaboração. Contribui tal alheamento, para a cristalização de dificuldades e a manutenção de barreiras para adesão às mudanças, que poderiam ser revertidas para o êxito das ações e uma adequação do profissional às propostas inovadoras de atenção à saúde.

Outro enfoque se relaciona ao direcionamento da atenção à mulher em situação de violência sexual segundo o grau de complexidade. Considera-se fundamental que essa mulher tenha um atendimento 24 horas. No entanto, sabe-se que no país esta atenção, em geral, está inserida nos plantões de emergência hospitalar, especialmente, em maternidades. Adiciona-se ainda, a característica dos hospitais de emergência em sua dinâmica de atendimento, onde prevalece a superlotação, a rapidez, a impessoalidade, a resolutividade e uma hierarquia de riscos, onde nas maternidades constituem as emergências obstétricas as demandas prioritárias e representativas das ocorrências do plantão. Sabe-se também que a maioria das mulheres, que busca os serviços em situação de violência sexual não apresenta lesões físicas graves, o que constitui uma “exigência” dos profissionais para justificar uma demanda no plantão. O desafio para os profissionais de emergência, consiste em receber usuárias que não apresentam, na maioria das vezes, lesões físicas e nem exigem um atendimento emergencial para tratamento das lesões. Esse fato é impactante para a lógica da emergência e “desestrutura” um critério de hierarquia de prioridades e de vocação institucional. Acostumados a resoluções emergenciais rápidas, profissional defronta-se com uma alteração no perfil de atendimento, dentro de uma cultura emergencial. Isso é muitas vezes impraticável pela automatização das práticas. A equipe como um todo está ocupada ou esperando uma “emergência real”, que é então, prioridade

.Neste contexto, como inserir uma atenção integral, numa perspectiva de interação? Não há como vislumbrar soluções animadoras. Para os profissionais se este atendimento não for emergencial, ele torna-se emergencial. Observa-se, nessa direção, a ênfase que foi dada nas falas, à administração de profilaxias.

A atenção primária, por outro lado, não acompanhou nos estados e municípios as políticas de atenção à violência. Esta desarticulação contribui com a rotas críticas de mulheres que poderiam, em sua maioria, serem adequadamente atendidas na rede básica, livres de uma peregrinação adicional, rumo ao serviço de referência. Ressalta-se o papel das Estratégias de Saúde da Família e das outras unidades básicas na prevenção da violência, na promoção da saúde, na articulação com a rede intersetorial, no reconhecimento das redes sociais e na detecção das situações de violência, principalmente a doméstica. Estes serviços podem ter uma ação articulada e contribuir para a interrupção da violência.

Nessa direção, os resultados levam ainda a três indagações: (1) onde são atendidas as mulheres em situação de violência doméstica? (2) onde se encontra o profissional disponível para ouvi-la, com tempo, disponibilidade, garantindo-lhe sigilo e privacidade, confiando em sua palavra e considerando-a capaz enquanto sujeito de encontrar alternativas de superação? (3) qual o envolvimento efetivo dos serviços de saúde e dos profissionais, enquanto parceiros de uma rede intersetorial?

É recorrente a argumentação que as mulheres não identificam os eventos violentos ocorridos no espaço doméstico como violência e que não falam da violência sofrida. Tal fato se torna agravante quando se constata que poucos profissionais lembram que o seu serviço pode atender às mulheres nesta situação. Assim, percebe-se que nestes serviços, embasados na Norma Técnica, vincula-se, principalmente, a atenção às violências agudas, especificamente, a sexual. A violência crônica, que ocorre insidiosa e progressivamente no espaço doméstico, não é contemplada em protocolos assistenciais de detecção e na condução de caráter sistemático no âmbito dos serviços. Entra nesse contingente “invisível” nos serviços de saúde, as mulheres que sofrem violência perpetradas por parceiros íntimos, quer física, sexual ou psicológica.

A inserção da violência no campo da saúde intimou os profissionais a atenderem pessoas em situação de violência e a mergulhar em morbidades não essencialmente médicas e bastante complexas. Esse “mergulho” obrigatório defrontou-lhes com um sentimento de impotência, onde nem “tudo” poderia ser resolvido no seu espaço da atenção. Convidou-lhes a

pensar em equipe e ainda na interdisciplinaridade e, principalmente para o médico, este é um desafio que muitas vezes não se propõe a enfrentar.

É muito marcante o grau de sofrimento na fala desses profissionais, onde a impotência é um sentimento bastante citado, paralisando-os à busca de alternativas de superação. Pelo contrário, é muito comum a rejeição e a cristalização de dificuldades. Por outro lado, não há nos serviços acompanhamento nem suporte para esses profissionais, o que contribui para que muitos serviços considerados de referência não ofereçam à mulher uma atenção de qualidade e não cumpram todos os objetivos das políticas de enfrentamento, concorrendo para sua revitimização. Contudo, a atenção humanizada pressupõe uma mudança de postura desse profissional no atendimento, em que o foco são as relações. O profissional de saúde, em sua formação técnica e hegemônica tradicional, reluta em considerar este processo viável, justificando as dificuldades existente no país, não só para o atendimento às vítimas de violência como para da implementação da PNH nos serviços de saúde do país.

Compreende-se, portanto, a rejeição e o sofrimento que desencadeia esta demanda de atenção nos serviço de saúde, onde os profissionais não conseguem vislumbrar novas perspectivas de relações e atitudes, não exclusivamente técnicas, como intervenções legitimadas no campo da saúde. Assim, o profissional de saúde e as instituições devem obrigatoriamente conhecer os recursos disponibilizados nas redes intra e intersetoriais, e ainda reconhecer “o usuário do serviço” com potencialidades para responder e interagir no seu cuidado, como sujeito autônomo, que pode protagonizar sua história como cidadão e que pode ser fortalecido na rede de atenção. Considerar que a mulher em situação de violência pode contar com recursos ao seu redor, representados pela comunidade e pela família, parceiros importantes da rede social de atenção, numa proposta de integralidade.

Não há como provedores de saúde atenderem isoladamente às necessidades que demandam esta atenção. Para isso, é imperativo uma capacitação que os coloquem diante de todos os atores da rede numa perspectiva de enfrentamento não só assistencial. Através de uma visão ampliada poderá ser possível compreender as especificidades de cada setor, os trâmites efetivos para acesso e uma trajetória resolutiva na rede, o que não pode ser viabilizado apenas com a divulgação de uma listagem de instituições. Esta ação é o apenas o primeiro passo. É importante que sejam trabalhados exaustivamente com toda equipe interna, as “rotas” das mulheres que freqüentam os serviços, que sejam debatidos o manejo dos casos e as respostas na rede para o fortalecimento do planejamento dessas ações e principalmente para a avaliação. É preciso que existam vínculos formalizados entre os diversos setores.

Considerando as falas dos entrevistados e algumas especificidades locais observadas na análise, penso que para que se viabilize uma atenção de qualidade é importante que algumas ações sejam implementadas. Arrisco em falar em algumas estratégias que deveriam de ser articuladas nas três esferas do governo, e que podem consolidar as políticas implementadas. A efetividade das ações dependem de parcerias e alianças que garantam uma legitimidade política e a consolidação de rede.

Partindo dos achados encontrados nesta pesquisa, esboço algumas sugestões que podem contribuir para uma ampliação do olhar dos profissionais de saúde que atendem mulheres em situação de violência sexual nos serviços de referência. Estas propostas poderiam se viabilizadas através da gestão local (institucional, municipal e estadual articulados) e de forma contínua:

- (1) avaliação sistemática do grau de satisfação das usuárias atendidas nos serviços;
- (2) viabilizar espaços para participação social, que evidenciem as falas e direitos das usuárias. Tal estratégia possibilitaria que o profissional apreendesse uma percepção mais ampliada da mulher, usuária do serviço, enquanto sujeito participativo e autônomo;
- (3) realizar capacitações e reciclagens contínuas, abrindo espaço de escuta para os profissionais, no cotidiano assistencial. Utilizar metodologias participativas, e conteúdos que permitam uma interação profissional com as políticas públicas que regem a atenção em saúde e mobilizem reflexões sobre valores, atitudes e práticas, numa perspectiva de direitos e não objetificação dos sujeitos.
- (4) viabilizar a estruturação institucional através de recursos humanos, insumos, estrutura física e tecnologias adequadas ao atendimento, com ênfase em equipes qualificadas e completas, monitoramento e suporte às ações implantadas.
- (5) articular, divulgar e fortalecer a rede intersetorial com interlocuções efetivas e sistemáticas.
- (6) articular com o Ministério da Saúde e outros setores federais, além dos responsáveis pela formação acadêmica da área jurídica, social e da saúde, a promoção e o investimento efetivo na formação de profissionais de diversas categorias, com introdução de conteúdos obrigatórios relacionados à violência, aos direitos humanos, e direitos sexuais e reprodutivos

em sintonia com os princípios e doutrinas do SUS. Tal empreitada proporcionaria habilidades técnicas e atitudes positivas frente às situações de violência.

(7) capacitar profissionais e estruturar serviços na atenção básica para prevenção, detecção e tratamento de pessoas em situação de violência, incluindo a violência contra mulher, com articulações intersetoriais bem definidas.

(8) estimular e desenvolver pesquisas na área de violência e saúde;

Não há novidades à serem adicionadas, mas é importante que se insista nesta temática e se busque alternativas para superação. Trata-se de um exaustivo trabalho nessa direção, ratificando aqui a necessidade de se pensar no importante papel da atenção à mulher em situação de violência, em suas diversas etapas, que vão desde a detecção das situações de violência, o atendimento propriamente dito, a notificação, a prevenção e o suporte em rede. Ratifica-se aqui a necessidade de realização de pesquisas sistemáticas na área da violência contra a mulher, nos estudos de gênero, na área dos direitos sexuais e reprodutivos e na formação do profissional de saúde.

Cito Deslandes (2000) para concluir esta pesquisa, quem também finaliza seu trabalho há 13 anos, trazendo mais indagações que respostas:

“Como dissemos, temos poucas certezas, muitas perguntas. Uma dessas certezas escassas é a de que se o setor saúde claudica ou adia a compreensão de seu papel, se acomoda contando as vítimas da violência, reparando suas lesões e lamentando suas seqüelas (e os custos em repará-las), então teremos um ônus histórico intenso e amplo. Por outro lado, a reflexão sobre a violência, em toda a sua complexidade, contém um campo de possibilidades muito interessantes. Ela pode representar um espaço para que posturas e propostas não hegemônicas ganhem lugar e se afirmem.”(Deslandes, 2000, p. 205).

REFERÊNCIAS

ADESSE, L; SOUZA, C.M. (Org). **Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios**, 2004. Rio de Janeiro: Lidador, 2005, p .9-14.

ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994. Convenção de Belém do Pará Disponível em . <http://www.oas.org/pt/42ag/speeches.asp>. Acesso em 12 MARÇO 2013.

ASSIS, S.G; AVANCI, J.Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE. K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Orgs)- **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro, R.J: Fundação Osvaldo Cruz; Educação á Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Ed Fiocruz, 2010. p.79-104.

ÁVILA, M.B.M; CORREA, S.O. Movimento da saúde e direitos reprodutivos no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (orgs). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Population Council, 1999, p .77-80.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde Cad. Saúde Pública, v.19, supl.2, Rio de Janeiro 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo** . Laurence Bardin: Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro; São Paulo: Edições, 70, 2011.

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

BEDONE, A .J; ROSAS, C. Interrupção legal de gravidez decorrente de estupro e Objeção de Consciência In: Aborto Inseguro: Prevenção e Redução de Riscos q Leonel Briozzo, Aloízio José Bedone [editores] Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas , Campinas ,SP: Komedi, 2009, p 255-65.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica. 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde,

_____. Ministério da Saúde . Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS) princípios e conquistas Ministério da Saúde . Secretaria Executiva -Brasília, 2000 44p. il

_____. Brasil Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e

Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica. 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde,

_____. Portaria MS/GM n.737, de 16 de maio de 2001: Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Diário Oficial da União 2001, Brasília, DF, n. 96 ,18de maio 2001.Seção 1e

_____. Programa de prevenção e assistência e combate á violência contra a mulher. Planos Nacionais diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas Brasília 2003

_____. Portaria MS/GM 936, de 18 de maio de 2004: Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e a Implantação dos Núcleos de Prevenção da Violência em estados e municípios. Diário Oficial da União 2001, Brasília ,DF, n. 96 ,20 de maio 2004.Seção 1e

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes . Brasília 2004a

_____. Portaria MS/GM n.2406, de 5 de novembro de 2004 Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação-Brasília 2004b (Brasil, 2004b)

_____. Presidência da República Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, Brasília ,2005

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: Matriz Pedagógica para Formação de Redes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a

_____. Ministério da Saúde .Secretaria de Atenção à Saúde .Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde 2.ª edição série b. textos básicos de saúde Brasília

_____. Presidência da República Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Brasília 2008a

_____. Ministério da Saúde . Temático Prevenção da Violência e Cultura de Paz:Brasília , Organização PanAmericana de Saúde ,2008b .60 p :II: (Painel dos Indicadores do Sus,5)

_____. Ministério da Saúde, Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação-Rio Grande do Norte Brasília – DF ,2009a (Brasil 2009a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização Brasília – DF Cadernos HumanizaSUS, Volume 1. Formação e intervenção Série B. Textos Básicos de Saúde .2010a

_____. 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.* Ministério da Saúde. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica. 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / – Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. 72 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Ministério da Justiça Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas . Brasília , Fevereiro de 2007

CARVALHO ,P R. Sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente: a experiência do município de Rio Bonito/RJ no atendimento a vítimas da violência .Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Orientadora: Prof.ª Dr.ª Joviana Quintes Avanci. Rio de Janeiro: março de 2012

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, jan, 2006 Rio de Janeiro, 22(1):31-39.

CORTEZ ,I.R;MATOS ,M.C : Lei Maria da Penha: do papel para a vida.Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário.CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria, Brasília,2009

CEDAW–O Brasil e o cumprimento da CEDAW contra-informe da sociedade civil ao VI Relatório Nacional Brasileiro à Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Contra a Mulher – CEDAW período 2001 – 2005 brasil, julho de 2007.

CONTRERAS, J. M.; BOTT, S.; GUEDES, A.; DARTNALL, E. Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual.,2010

CECILIO,L.C , MERHY,E.E A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar In:Pinheiro,Roseni Mattos R.A Construção da Integralidade :cotiano, saberes e práticas em saúde . Rio de Janeiro IMS ABRASCO , 2003 p.197-210

DANTAS-BERGER,S.M; GIFFIN,K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?Cad. Saúde Pública, mar-abr, 2005

Rio de Janeiro, 21 (2):417-425.

DESLANDES ,S.F Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar:Representações, práticas, interações e desafios.2000 Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

DESLANDES,S.F ;PESCE,R.P. Trabalhadores de Saúde e Educação: lidando com as violências no cotidiano. *In: Njaine .K ,Assis.SG,Constantino.P(orgs)-Impactos da Violência na Saúde.*Rio de Janeiro ,RJ:Fundação Oswaldo Cruz;Educação á Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Ed Fiocruz, 2010.p292-93.

DE FERRANTE F.G; SANTOS ,M.A; VIEIRA E.M Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São PauloInterfaceComunicação,Saúde,Educação(Botucatu) vol.13 no.31 Botucatu Oct./Dec.2009

MEDEIROS,R.D et al .Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil.Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(1):16-21

DINIZ ,D , GUILNHEM ,D .Bioética e Gênero,SérieAnis 51, Brasília, LetrasLivres, 1-8, dezembro, 2007 5

DINIZ,D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública.Rev. Saúde Pública vol.45 no.5 São Paulo Oct. 2011 Epub July 29, 2011

D'OLIVEIRA , A.F.P.L et al .Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras .Rev. Saúde Pública, Abr. 2009 vol.43 no.2 São Paulo.

D'OLIVEIRA , A.F.P.L et al . Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde .Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2009

DREZETT J.Processos e Práticas para implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil .*In : Adesse L(org). A saúde sexual e reprodutiva da mulher no BRASIL: diferentes visões no contexto do aborto.* Porto Alegre: Metrópole, 2005.p.29-39;

DUARTE .R Pesquisa qualitativa ,reflexões sobre o trabalho de campo.Cadernos de pesquisa , março 2002,São Paulo n.115 .

FARIAS,R.S ; CAVALCANTI, LF Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães.Rev Ciencia & Saúde Coletivario de Janeiro ,2011

FAUNDES ,A .Atendimento integral à mulher vitima de violência sexual. Seis anos de deliberações Síntese dos Relatórios dos Fóruns I a VI CEMICAMP 25 e 26 de Novembro de2002

FAUNDES ,A , BERZALATTO,J . O Drama do Aborto :em busca de um consenso Editora Komed ,2004 304p

_____ Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil- Módulo Quantitativo - Relatório final CEMICAMP –FEBRASGO – ,Ministério da Saúde ,dezembro de 2006a

FAUNDES ,A ; ROSAS,C.F;BEDONE,A.J;OROZCO,L.TViolência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro .Rev Bras Ginecol Obstet. 2006b; 28(2): 126-35

FAÚNDES,A; DUARTE.G.A; OSIS,M.J.O.D; ANDALAFI,J.NETO. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(4):192-9

FAÚNDES,A ;OSIS, M.J.D Perfil do Atendimento à Violência Sexual no Brasil :Módulo Qualitativo “estudos de caso”. Relatório Final Projeto de Pesquisa desenvolvido pelo Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas ,Convênio 3804/2004 - Ministério da Saúde/ Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo :dezembro de 2008

GALLI, B DREZZET .J; CAVAGNA,M .N Aborto e objeção de consciência. Cienc. Cult. vol.64 no.2 São Paulo Apr./June 2012

GALVÃO, L .Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna :a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: *Galvão L;Diaz J (orgs).Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil:Dilemas e Desafios* . São Paulo; Population Council , 1999. P.169- 171.

HERRERA,C; AGOFF,C Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. Cad. Saúde Pública, v.22 n.11 Rio de Janeiro nov. 2006

KISS L.B; SCHRAIBER, L.B.Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais .Ciênc. saúde coletiva, Mar. 2011 .vol.16 no.3 Rio de Janeiro .

KISS L.B; SCHRAIBER, L.B ,D’OLIVEIRA ,A.F.P.Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência (Botucatu) vol.11 no.23 Botucatu Sept./Dec. 2007

KRUG,E.G et al-World report on violence and helth .Geneva: World Health Organization 2002

LIMA,J.S As respostas dos serviços de saúde frente às mulheres em situação de violência sexual: reflexões a partir da percepção das profissionais de saúde do setor de emergência Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) ,Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 2007

MACHADO, L.Z. “Masculinidades e Violências Gênero e mal estar da sociedade contemporânea”. Série Antropologia, n.290. Brasília, 2001

MARTINS ,M.C.F.N;BORGUS, C.M, Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde .Saude e Sociedades . vol.13 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2004

MINAYO, M.C.S In :*Kathie Njaine et al (org). Impactos da Violência na Saúde* – Rio de Janeiro ,RJ:Fundação Osvaldo Cruz;Educação á Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Ed Fiocruz 2010, p22

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.10.

_____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde
EDITORIAL Cad. Saúde Pública, mai-jun, 2004 Rio de Janeiro, 20(3):646-647.

NJAINE, K, ASSIS, S.G; CONSTANTINO, P(orgs)-Impactos da Violência na Saúde –Rio de Janeiro ,RJ:Fundação Oswaldo Cruz;Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Ed Fiocruz ,2010.p.15

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 vol.46 no.2 São Paulo Apr. 2012

OSHITAKA, C.T; BEDONE, A.J; PAPAM, S.F. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil Cad. Saúde Pública, abr, 2011 Rio de Janeiro, 27(4):701-713.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano, 1998.

PEDROSA, C.M; SPINK, MJP A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica .Saúde e Sociedade, vol.20 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2011

PHEBO ,L; NJAINE ,K; ASSIS, S.G. Redes de prevenção à violência e de proteção no âmbito da gestão em saúde In: *Njaine .K ,Assis.SG, Constantino.P(orgs)-Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro ,RJ:Fundação Oswaldo Cruz;Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Ed Fiocruz, 2010.p371-75.75.

PINHEIRO ,R. Integralidade de Cuidado :a promessa da política e a confiança no direito .In : Usuários, redes sociais ,mediações e integralidade em saúde Organizadores Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Martins -.Rio de Janeiro : UERJ /IMS /LAPPIS,2011 p 51-66

REICHENHEIM ,E.M et al Violencias . In: Saúde no Brasil :a série The Lancet , 2011 / César Gomes Victora ...[et al]; Rio de Janeiro : Editora Fio Cruz , 2011

RIO GRANDE DO NORTE – Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio_Grande_do_Norte , acesso em 12 de janeiro de 2013

RIO GRANDE DO NORTE , Secretaria de estado da saúde pública-Coordenação de Promoção à Saúde -Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica: Atenção à Saúde com foco na Vigilância Epidemiológica Relatório de Situação RIO GRANDE DO NORTE 2010

SAFIOTTI, H.I.B A Violência disseminada :Já se mete a colher em briga de marido e mulher São Paulo Perspec. vol.13 no.4 São Paulo Oct./Dec. 1999

SAFIOTTI, H.I.B. Gênero, patriarcado, violência. Editora Fundação Perseu Abramo ,São Paulo : 2005.p.107-10

SCHRAIBER, L.B, D'OLIVEIRA. A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface Comum Saúde Educ ,1999; 3:11-26.

SCRAIBER, L. B et al .A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde .Saude soc Jan./Dec. 2000. vol.9 no.1-2 São Paulo.

_____ Violência contra a mulher e atenção primária .Rev Saúde Pública 2002; 36(4):470-7 477

SCHRAIBER, L.B;D'OLIVEIRA, A.F.P.;FALCÃO ,M.T.C ;FIGURREDO ,W,SViolência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. Unesp; 2005

_____ Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev. Saúde Pública ,2007, SãoPaulo, v. 41, n. 5

SCHRAIBER, L.B. Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.7 Rio de Janeiro ,2011

_____ Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero:a perspectiva das práticas profissionais Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.10 p2635-2644, Rio de Janeiro ,2012

SOARES, G.S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad. Saúde Pública, 2003 Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S399-S406.

SOUZA,E.R., MINAYO, M.C.S;DESLANDES ,SF;VEIGA,J.P.C.Construção dos Instrumentos Qualitativos e Quantitativos . Avaliação por Triangulação de Métodos : Abordagem de Programa Social Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone de Assis Gonçalves e Ednilza de Souza Ramos i. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2005.p 133-57

SUAREZ, M et al .Violência ,sexualidade e saúde reprodutiva .In :Galvão L Diaz J (org). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios*. São Paulo 1999 p77; Population Council , 1999, p 284

TALIB, R.A;CITELI , T. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Cadernos Católicos pelo Direito de Decidir 2005; p .43-8

TELES ,M.A.A .O que são os direitos da mulheres /Maria Amélia de Almeida Teles .São Paulo : Ed Brasiliense ,2007,p16-36

TORRES,J.H.. “Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde” / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. e ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.48 p.

VASQUEZ ,A ; MILHOMES, M .Marco Histórico da Violência Contra a Mulher. In: *Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal / Laurez Ferreira Vilela (coordenadora)*. – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: 2005.p39-44..

VIVA Disponível em :<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/viva/vivadescr.htm> , acesso em 23 de junho de 2011.

VILELA,W.V ; LAGO .T .Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad. Saúde Pública fev. 2007. v.23 n.2 Rio de Janeiro

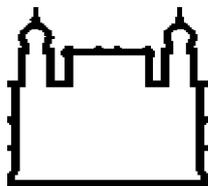
WORLD HEALTH ORGANIZATION: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence Chapter.1 WHO.Geneva. 2003. p.7

WASELFISZ,J.J Mapa da Violência 2012 Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil FLACSO ,Brasil ,Agosto de 2012.p147-73 r

VELZEBOER, M ,ELLSBERG M ,ARCAS ,C.C GARCÍA-MORENO. C Violence against women: the health sector responds Washington, chapter one : gender - based violence: a public health and human rights problem : PAHO, 2003.

ZUMA, C.E et al. A violência de gênero na vida adulta .In: *Njaine .K ,Assis SG,Constantino P(org)-Impactos da Violência na Saúde*–Rio de Janeiro ,RJ:Fundação Osvaldo Cruz;Educação á Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Ed Fiocruz ,2010.p.169.

Anexo A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

Comitê de Ética em Pesquisa



Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “O profissional de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual. Um estudo nos serviços de referência do município de Natal/Rio Grande Do Norte”, desenvolvida por Stênia Lins Leão Lima, discente de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Joviana Quintes Avanci e Dra. Corina Mendes.

O objetivo geral da pesquisa é “conhecer as percepções dos profissionais de saúde quanto ao atendimento de mulheres em situação de violência sexual nos hospitais de referência do município de Natal, Rio Grande do Norte”.

O convite a sua participação se deve à sua experiência como profissional inserido no serviço de referência para a saúde da mulher. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira, caso decida não consentir em participação ou desistir da mesma. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. Você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos para os sujeitos participantes, pois serão utilizados recursos para preservar o anonimato dos entrevistados, como a não citação dos nomes dos entrevistados e nem dos serviços em que desenvolvem suas atividades profissionais. Caso qualquer questão formulada cause algum constrangimento ou desconforto, você terá direito a se abster da entrevista, sem nenhum prejuízo para si. Além disso, os contatos dos pesquisadores visam garantir que, a qualquer momento, você possa entrar em contato com a equipe para questionar algum ponto da pesquisa, ou solicitar algum outro esclarecimento.

Os benefícios do estudo são indiretos. Espera-se ao final da realização da pesquisa obter material científico que acrescente conhecimento nas discussões sobre o objeto do estudo que possa auxiliar discussões na atenção à violência sexual contra mulheres.

Os resultados serão divulgados em artigos científicos e na dissertação. Após a pesquisa, será realizada uma discussão com a rede de atendimento à violência do município.

Este projeto está registrado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos/ CEP/ENSP, que está a sua disposição para eventuais esclarecimentos e outras providências que sejam necessárias. Email: CEP/ENSP. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo. Manginhos. RJ 21041-210. Telefone: (21)2598-2863.

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:**Responsável:** Stênia Lins Leão Lima**E-mail:** stentialins@bol.com.brEndereço –Av Juvenal Lamartine 978 Bc Ap 403 Tirol Natal RN . Tel (84)32224970
CEP-59022-020R Bulhões de Carvalho 537 Ap 902 .Copacabana Rio de Janeiro Rj –
Tel : (21) 79133334 CEP22081-000**Orientador(a):** Dra. Joviana Quintes Avanci e Dra. Corina Mendes**Instituição responsável pela pesquisa:** Centro Latino-Americano de Estudos de
Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação
Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ)**Endereço:** Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Mangueiras – Rio de Janeiro **Tel:** (21)
2290-4049

Eu, _____, abaixo assinado,
aceito participar voluntariamente neste estudo. Declaro que li e entendi todas as
informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas e duvidas
foram claramente respondidas pela pesquisadora.

Nome do participante:

ANEXO B - ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTA

1-Quais as situações de violência ,atendidas neste serviço de referência ? Você tem participado desses atendimentos?

2-Como você percebe estas mulheres que chegam ao serviço em situação de violência sexual?

3-Quais os profissionais que participam desse atendimento? Como é que se organizam para realizar todo o atendimento dessa mulher?

4-Quais são os procedimentos que costumam ser feitos para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual?E em caso de gestação decorrente de estupro?

5-Quais as ações de prevenção que são realizadas no serviço em caso de violência contra, sexual contra a mulher?

6-Como se realiza o processo de notificação dos casos atendidos no serviço?

7-Como se da a articulação com os outros serviços na rede de proteção do município?

8-Enquanto profissional de um serviço de referência, como você se sente ao atender as diversas situações de violência sexual?

9-Quais os aspectos que lhe facilitam o atendimento e quais as dificuldades enfrentadas por você ao atender essas mulheres no serviço? Em relação às dificuldades, o que você tem feito para superá-las?