UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

**NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL POR MULHERES
QUE EXPERIENCIARAM A VIOLÊNCIA SEXUAL: ENFOQUE
FENOMENOLÓGICO**

SÃO PAULO

2015

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

**NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL POR MULHERES
QUE EXPERIENCIARAM A VIOLÊNCIA SEXUAL: ENFOQUE
FENOMENOLÓGICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem PPGE-EEUSP da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa
Merighi

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Trigueiro, Tatiane Herreira

Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual: enfoque fenomenológico / Tatiane Herreira Trigueiro. São Paulo, 2015.

114 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem. 2. Saúde da Mulher. 3. Estupro. 4. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

Nome: Tatiane Herreira Trigueiro

Título: Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual: enfoque fenomenológico.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres deste país que se sentem ameaçadas ao caminharem sozinhas, que são coagidas por causa da vestimenta, amedrontadas pelo companheiro, ou que sentem medo apenas por serem mulheres.

A todas aquelas que tiveram seus corpos invadidos e violados e que, não obstante, sofreram uma agressão para além do ato sexual em si, que se perpetuou por meio daqueles que poderiam ajudar.

Em especial às mulheres entrevistadas, pela coragem do relato dado a mim, pela confiança que depositaram neste trabalho ancoradas na possibilidade de mudanças. Sem vocês, a realização deste trabalho não seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Nossa Senhora de Fátima, santa, figura feminina, que cuidou de mim nos momentos de aflição, angústia e também me presenteou com a possibilidade de chegar até aqui. Obrigada por guiar meus passos para procurar sempre fazer o bem e esperar o bem de todos que cruzam meu caminho e, assim, mantém meu coração sereno e em paz.

À minha mãe, minha rainha, aquela que não me deixa cair, que me surpreende todos os dias ao me ensinar que a serenidade, a bondade e as doces palavras são tesouros a serem cultivados diariamente. Que, apesar da doçura, é a mulher mais forte que eu já conheci. Somente nós duas sabemos o quanto viver, apesar de a vida ter sido muito difícil em algum lugar do passado, é bom. A humildade não é obstáculo, mas sim, uma virtude.

À minha família, tão amada família, tão unida família. Somos mais que parentes, somos uma parte do outro, que torce, vibra, chora e ri JUNTOS. O apoio de vocês sempre foi fundamental para que eu pudesse ir sempre mais longe. Em especial ao tio Athos e tia Claudete, que confiaram tanto em mim e puderam me ajudar de tal forma que, nesta vida, eu jamais conseguiria retribuir à altura.

Ao amor da minha vida, Bruno Stella, aquele que me conhece desde a graduação, torceu junto ao meu lado no mestrado, e, como se fosse ontem, lembro da alegria compartilhada ao entrar no Doutorado. Trajetória longa de crescimento pessoal e profissional e que se tornou mais suave por eu sempre carregar seu amor dentro do meu coração. Você faz parte de mim.

À minha orientadora, Professora Doutora Miriam Aparecida Barbosa Merighi, por ter compartilhado comigo sua experiência, ter me mostrado a pesquisa com outros olhos, por ter paciência e por iluminar esse longo caminho percorrido. Obrigada por fazer parte dessa trajetória, que me proporcionou amadurecimento pessoal e profissional.

À professora Doutora Maria Cristina Pinto de Jesus pelo auxílio durante todo esse processo, pela prontidão, pelo acolhimento nos momentos difíceis e por sempre insistir em me ajudar. O coração bondoso que você carrega pode ser sentido por aqueles que têm o prazer de conhecê-la. Sempre a levarei no meu coração também.

À Doutora Deise Moura de Oliveira por acompanhar meu crescimento e contribuir para o desenvolvimento deste trabalho desde a qualificação. Seu olhar fenomenológico foi essencial.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com abordagens fenomenológicas, em especial ao Marcelo Silva, por contribuírem para o desenvolvimento deste estudo.

À Doutora Lílíana Maria Labronici por ter me apresentado a pesquisa, por ter me levado a esse caminho tão fascinante e por estar presente até aqui. Nesse momento, sua presença não poderia faltar.

À minha amiga, meu anjo da guarda, Kátia Kochla, por ter uma confiança em mim que nem eu mesmo tinha, por me dar o apoio fundamental para que eu pudesse ir mais longe, pessoas de bom coração como você são raras. Obrigada pela amizade, por ser um ser de luz no meu caminho. Minha gratidão a você vai além dessa vida, é eterna.

A esta dupla especial na minha vida, Maria Lúcia e Maria Isabel. A pesquisa nos uniu e construiu amizades eternas. Obrigada pelo apoio e por confiarem em mim, quando eu mesmo não mais acreditava.

A Universidade Positivo por ser uma empresa competente, séria, que apoia seus professores a se aprimorarem. E aos amigos que o trabalho me proporcionou e que fazem com que seja hoje, para mim, o melhor emprego que eu poderia ter: Tatiana Herrerias, Déberli Fernandes, José Eduardo Baronesa, Luciane Fávero, Maria Elisa, Marly, Giovanna, Luiz, Michel, Denise e Rodrigo Napoli.

Às mulheres participantes deste estudo pela coragem e confiança depositadas em mim. Cada uma estará sempre presente em meus pensamentos. Suas trajetórias de vida modificaram a minha também. Muito obrigada.

Ao hospital que possibilitou a abertura para que este estudo fosse passível de ser realizado, em especial ao Doutor Jean Alexandre Furtado Correa Francisco. Obrigada por me acolher tão bem, por ter me dado total abertura e por me incentivar no desenvolvimento deste estudo. Sem seu apoio, não seria possível.

À equipe do Núcleo de Apoio à Vítima de Estupro, em particular à psicóloga Érica, por ter se tornado minha grande parceira na ajuda a essas mulheres.

Aos meus alunos que, por demonstrações de carinho e interesse em aprender, fazem com que eu tenha forças para continuar e me realizar na docência.

À Terezinha Mafioletti por ter me acolhido em um momento difícil no desenvolvimento deste trabalho, por me apresentar a pessoas que foram essenciais na continuidade do estudo e a todos aqueles que me incentivaram, torceram, contribuíram com palavras de apoio.

Trigueiro TH. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual: enfoque fenomenológico [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: a atenção à mulher que experienciou a violência sexual constitui um desafio para os profissionais que a atendem. Quando essa mulher procura o serviço especializado, frequentemente, não dá continuidade ao seguimento ambulatorial preconizado. Essa evasão do serviço pode trazer consequências negativas para a sua saúde, considerando os riscos relacionados à contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e comprometimento da saúde mental. **Objetivo:** compreender os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a situação de violência sexual. **Método:** estudo fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz, realizado com 11 mulheres que experienciaram a violência sexual e foram atendidas em um serviço especializado de Curitiba, Paraná. Para obtenção dos depoimentos, foi utilizado um roteiro de entrevista com as seguintes questões abertas: fale sobre a situação de você ter passado por um episódio de violência, ter iniciado o tratamento e ter faltado às consultas do seguimento ambulatorial. Depois disso tudo que aconteceu, como você está lidando com a situação? Qual a sua expectativa? A organização e análise dos dados foram realizadas com base na fenomenologia social de Alfred Schütz. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob o Parecer nº 795.072, de 16 de setembro de 2014. **Resultados:** a tipificação do vivido da mulher que experienciou a violência sexual e não aderiu ao seguimento ambulatorial mostrou-se como sendo aquela que, ao procurar os serviços da rede de atendimento, não se sente acolhida pelos profissionais que a atendem, revive a violência sofrida na delegacia e sente-se constrangida diante dos profissionais de saúde. Tem dificuldades para recordar a situação de violência, revelando a frágil responsabilização entre ela e os profissionais de saúde e dificuldades para aderir aos medicamentos prescritos,

devido aos efeitos colaterais. Busca a superação da violência sofrida, contando para isso com o apoio de familiares e amigos. Espera ressignificar sua vida por meio da volta aos estudos e ao trabalho”. **Conclusões:** as evidências produzidas neste estudo a partir da perspectiva das mulheres que experienciaram a violência sexual e não aderiram ao seguimento ambulatorial mostraram aspectos relevantes para serem discutidos por profissionais de saúde, que incluem a articulação entre os serviços que compõem a rede de atendimento e a melhoria do acolhimento no atendimento a essa mulher, valorizando a relação intersubjetiva entre a mesma e o profissional como um caminho para aumentar a adesão ao seguimento ambulatorial. Compreender tal experiência possibilita que a Enfermagem, inscrita entre os diversos núcleos de saberes necessários para o debate e enfrentamento da violência contra a mulher, possa assumir-se como prática social que se dispõe a exercer uma ação política e ética importante, no sentido de se responsabilizar no cuidado à mulher que experienciou a violência sexual, de modo que, acolhida, possa empoderar-se no seguimento ambulatorial preconizado para tais casos.

Descritores: Enfermagem; Saúde da mulher; Estupro; Pesquisa Qualitativa.

Trigueiro, TH. Non-adherence to outpatient follow-up by women who have experienced sexual violence: phenomenological approach [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem (Nursing School), Universidade de São Paulo (São Paulo University); 2015.

ABSTRACT

Introduction: Attention to woman who experienced sexual violence is a challenge for professional nursing care. When this woman looks for the specialized service, often she does not follow the recommended outpatient continuation. This avoidance of service can have negative consequences for her health, considering the contamination risks related to sexually transmitted diseases, unwanted pregnancy, and mental health compromising. **Objective:** This study aims to understand the reasons for non-adherence to outpatient follow-up by women who have experienced situations of sexual violence. **Method:** This study is based on social phenomenology from Alfred Schütz, carried out with eleven women who have experienced sexual violence and were treated at a specialized service in the city of Curitiba, State of Paraná, Brazil. For obtaining statements, an interview script with the following open questions was used: (1) Talk about the situation you have undergone a violence episode; how you have started treatment; why you have missed the outpatient follow-up appointments; (2) after all that occurred, how are you dealing with the situation?; and (3) what is your expectation? The data organization and analysis were based on the social phenomenology from Alfred Schütz. The project was approved by the Brazilian Ethics Committee in Research with human beings, under Opinion No. 795072 of 16 September 2014. **Results:** The characterization of the woman's experience who has suffered sexual violence and did not join the outpatient follow-up proved to be "the person who, when looking for such service network, does not feel welcomed by the professionals, since reviving the violence suffered at the police station, feels ashamed in front of health professionals. She has trouble remembering the violence situation, showing the delicate co-responsibility between her and healthcare professionals and difficulties to adhere to prescribed medications due to side effects. She seeks to overcome the suffered violence, counting on the support from family and friends. She hopes to reframe her life by returning to school and

work." **Conclusions:** The produced evidence in this study, based on the perspective of women who have experienced sexual violence and did not join the outpatients follow-up, showed relevant aspects to be discussed by health professionals, including coordination among the services that make up the service network and the improving care in assisting these women, emphasizing the intersubjective relationship between them and the professional as a way to increase adherence to outpatient follow-up. To understanding this experience allows the nursing, present in various centers of necessary knowledge for debating and addressing violence against women, to position itself in a social practice prepared to engaging in an important political and ethical action of sharing responsibility for assisting the women, who has experienced sexual violence, so that, feeling acceptance, can commit themselves in follow-up services to such cases.

Descritores: Nursing; Women's Health; Rape; Qualitative Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA	15
1.2 A SITUAÇÃO ESTUDADA.....	16
2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA	21
2.1 O CONTEXTO GLOBAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER	21
2.2 O SERVIÇO ESPECIALIZADO DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL.....	26
2.3 NÃO ADESAO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL PELA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	32
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	37
3.1 ESCOLHA DA FENOMENOLOGIA PARA FUNDAMENTAR O ESTUDO.....	37
3.2 A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ E O FENÔMENO ESTUDADO	38
4 TRAJETÓRIA DO ESTUDO.....	43
4.1 O CENÁRIO.....	43
4.2 AS PARTICIPANTES.....	44
4.3 AS ENTREVISTAS	47
4.4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	48
4.5 QUESTÕES ÉTICAS	48
5 RESULTADOS	51
5.1 CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO.....	51
5.2 TIPIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA	63
6 DISCUSSÃO	66
7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL E DESDOBRAMENTOS ATUAIS RELACIONADOS À TEMÁTICA	89
8 CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES.....	108
ANEXO.....	111

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

Minha trajetória como estudante e profissional de enfermagem sempre esteve voltada às questões que envolvem a assistência e o cuidado à mulher em situação de violência. Durante o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná, participei de Programas de Iniciação Científica, entre os anos de 2007 e 2009, cujos projetos envolveram a temática da violência física, psicológica, sexual e doméstica contra a mulher.

Desde então, emergiu e cresceu o interesse pelo processo de conhecimento direcionado ao tema violência contra a mulher. Após a conclusão do Curso de Enfermagem em 2009, a temática em questão continuava a despertar interesse, motivando-me a dar continuidade ao que havia aprendido na graduação.

Esse interesse acentuou-se durante minha trajetória profissional, pois percebi tratar-se de um fenômeno presente e crescente nos serviços de saúde, cujas consequências biopsicossociais podem trazer implicações à saúde da mulher. Com este interesse, ingressei em 2011, no curso de mestrado, no qual desenvolvi a pesquisa intitulada “O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência doméstica residentes em um serviço de acolhimento institucional de Curitiba” (Trigueiro et al., 2014).

Nesse caminhar em direção ao tema violência contra a mulher, chamou minha atenção uma pesquisa que evidenciou a dificuldade de mulheres que experienciaram a violência sexual em comparecer às consultas de seguimento ambulatorial durante o período de seis meses, conforme preconizado no protocolo da Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2003). A oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa Enfermagem com abordagem fenomenológica na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo direcionou-me para cursar o doutorado com foco na “não adesão de mulheres que experienciaram a violência sexual ao seguimento ambulatorial”.

1.2 A SITUAÇÃO ESTUDADA

Desde 2002, a OMS aponta a violência como um problema de saúde pública, por trazer consequências amplificadas à saúde biopsicossocial de quem a sofre, manifestada por meio de diversas formas de agressão, de ordem física, psíquica e sexual, sendo esta última considerada uma das mais cruéis, em virtude das consequências traumáticas e indelévels para quem a sofre (Brasil, 2012a).

A violência sexual conduz a consequências agudas e crônicas importantes. No âmbito da saúde física, aumenta o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) – como o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) –, pode levar à gravidez indesejada e ao aparecimento de hematomas ou lacerações genitais. No que se refere à saúde mental, pode causar quadros de depressão, ansiedade, síndrome do pânico, isolamento e diversos distúrbios psicossomáticos, inclusive suicídio (Jina e Thomas, 2013).

Um estudo realizado nos Estados Unidos, com mulheres que sofreram violência sexual, mostrou que suas vidas foram afetadas em relação à baixa autoestima e relacionamento conjugal. Estas tiveram dificuldades, especialmente quanto à frequência e o desejo de ter relações sexuais (Perilloux; Duntley; Buss, 2012).

Tendo em vista as inúmeras consequências à saúde que a violência sexual pode ocasionar à mulher, a OMS, desde 2003, estabeleceu um protocolo de atendimento que preconiza formas de tratamento e acompanhamento ambulatorial. Também denominado seguimento ambulatorial, este deve ser adotado e adaptado à realidade de cada local, de forma a oferecer consultas periódicas para a realização de exames, administração de medicamentos e acompanhamento às sequelas pertinentes a esse agravo (OMS, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde sugere que os serviços especializados neste tipo de atendimento realizem o seguimento ambulatorial das pessoas em situação de violência sexual, com o primeiro atendimento até 72 horas após o evento D(0). A partir de então, os retornos serão agendados para 30 dias (D30), 45 dias (D45), 90 dias (D90) e 180 dias (D180) após a agressão (Curitiba, 2008; Brasil, 2012a).

Tal acompanhamento tem sido um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, pois requer uma longitudinalidade do cuidado que depende

da adesão da mulher ao seguimento preconizado. Essa adesão constitui-se em um processo dinâmico, multideterminado e de responsabilidade do paciente e da equipe de saúde. Quando não efetivada, pode levar ao comprometimento da saúde daquele que sofreu a violência sexual, assim como pode refletir o atendimento ineficaz dos serviços que atendem essa clientela (Polejack e Seidl, 2010).

Um estudo realizado no Sul do Brasil com profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família evidenciou o pouco preparo destes para atender mulheres em situação de violência sexual. Esse despreparo foi expresso pela dificuldade de reconhecimento da mulher que vivencia o agravo e de acolhimento e direcionamento desta pelo serviço de saúde. Os autores salientaram que, quando o atendimento foi prestado, muitas vezes se deu de forma não sistematizada, comprometendo ainda mais a situação da mulher (Gomes et al., 2013).

Por outro lado, quando a mulher procura o serviço especializado em violência sexual, frequentemente não dá continuidade ao seguimento ambulatorial preconizado. A evasão da clientela compromete muitas vezes a avaliação das intervenções propostas pelos profissionais, prejudicando a qualidade do serviço (Polejack e Seidl, 2010).

O estudo realizado em um serviço de referência no atendimento de mulheres em situação de violência sexual em Campinas (SP), entre os anos de 2000 e 2006, mostrou um aumento significativo no retorno das mulheres às consultas agendadas. Em 2000, 41% delas completaram o seguimento durante seis meses, sendo que, em 2006, esse índice aumentou para 70%. Além disso, houve diminuição significativa na prescrição da anticoncepção de emergência. Os autores atribuíram essa redução ao maior acesso à medicação e ao aumento do uso de métodos contraceptivos eficazes pelas mulheres nos últimos anos (Oshikata et al., 2011).

Em Curitiba, Paraná, por meio da análise das fichas de notificação, constatou-se o atendimento de 1.272 casos de violência sexual entre os anos de 2009 e 2013. Do total de atendimentos, 76,4% tiveram indicação da profilaxia antirretroviral, contudo, somente 30,9% das pessoas atendidas compareceram ao primeiro retorno e apenas 6% estavam presentes na quarta e última consulta (Trigueiro et al., 2015).

Em outros países, a descontinuidade do tratamento e a baixa procura pelo serviço de saúde por pessoas que sofreram violência sexual têm também proporções preocupantes. Na Holanda, um estudo realizado com 108 mulheres estupradas revelou que 82,4% usaram o serviço de emergência, entretanto, o

tratamento antirretroviral não foi completado por 50% delas (Bicanic et al., 2014). No México, pesquisa realizada em três cidades mostrou que, das 545 mulheres em situação de violência, menos de 50% procuraram o serviço de saúde após o evento. A maior procura foi por aquelas que foram abusadas sexualmente (25%). Entretanto, destas, apenas 19,45% concluíram o tratamento (Viviescas-Vargas et al., 2013).

A violência sexual contra a mulher constitui-se em um problema extenso e disseminado, é considerado de segurança por ser um crime e de saúde pública por afetar a integridade física e mental das pessoas, além de comprometer o desenvolvimento das capacidades das famílias e comunidades (Lima e Deslandes, 2014).

Assim sendo, salienta-se a relevância da atuação dos profissionais, da equipe de saúde, especialmente o enfermeiro, que atua no acompanhamento e aconselhamento de pessoas em situação de violência sexual, com vistas à adesão das vítimas ao seguimento ambulatorial. Na Cidade do Cabo, África do Sul, estudo qualitativo com dez mulheres em situação de violência sexual evidenciou que os enfermeiros atuaram, encorajando-as a enfrentar o episódio da violência, oferecendo apoio emocional e mostrando disponibilidade para atendê-las. Tais atitudes são consideradas viabilizadoras para a continuidade do tratamento (Arend et al., 2013).

Diante do exposto, as seguintes perguntas nortearam a presente investigação: o que leva a mulher que sofreu violência sexual a não aderir ao seguimento ambulatorial? Quais as expectativas que a mulher que não aderiu ao seguimento ambulatorial lança para a sua vida, em virtude de ter sofrido a violência sexual?

Esta investigação pretende desvelar o **fenômeno**: “não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual” e tem como **objetivo** compreender os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a situação de violência sexual.

A realização deste estudo traz contribuições relevantes, na medida em que se debruça sobre a temática adesão, uma das mais pautadas na atualidade no campo da saúde. Em se tratando de mulheres vítimas de violência, os achados desta investigação contribuem sobremaneira, ao permitir a emersão de aspectos inscritos na subjetividade da mulher que viveu a situação de violência sexual e que não aderiu ao seguimento ambulatorial.

Ao trazer à tona esta dimensão, emergida em virtude da experiência e relato da própria mulher, a presente investigação poderá auxiliar os profissionais de saúde no agenciamento de estratégias que viabilizem a continuidade da mulher no seguimento ambulatorial, distanciando a possibilidade do abandono ao tratamento.

2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

2.1 O CONTEXTO GLOBAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Na sociedade contemporânea, que ainda valoriza a família patriarcal, o homem ocupa posições privilegiadas no que diz respeito ao poder político, econômico e cultural. Neste contexto, a mulher encontra-se secundarizada, o que faz com que a diferença de gênero se constitua como um dos fatores que contribuem para o aumento da violência contra as mulheres (Montesó, 2014).

Como questão da práxis sociopolítica, a violência afeta materialmente a saúde dos cidadãos. Traz elevados custos para as famílias, a sociedade, o sistema judiciário e penitenciário, impregna a cultura e cria várias formas de discriminação e preconceito (Minayo, 2013). Nesse sentido, a violência é um problema de saúde pública e um atentado aos direitos humanos, atingindo mulheres no mundo todo e em todos os períodos do ciclo vital. Provoca sérios prejuízos à saúde e ao desenvolvimento psicossocial das mulheres vítimas (Osis et al., 2013).

A Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, foi considerada um Marco histórico na luta das mulheres por uma vida sem discriminação e violência. Esta Convenção foi aprovada pelo Brasil mediante o Decreto Legislativo n. 107, de 1º de setembro de 1995, e ratificada em 27 de novembro de 1995. Tal legislação promoveu um grande avanço para a compreensão e visibilidade da temática, na medida em que trouxe, entre outras disposições, em seu artigo 1.º, a definição de violência contra as mulheres: *“entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”* (Decreto Legislativo n. 107, 1995).

Por meio do Decreto n. 8.086, de 30 de agosto de 2013, a Secretaria de Política para Mulheres instituiu o “Programa Mulher, viver sem violência”, cujas ações visam à implementação das Casas da Mulher Brasileira, ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, ampliação dos Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteiras Secas e promoção de campanhas continuadas de conscientização do enfrentamento à violência contra a mulher (Decreto n. 8.086, de 30 de agosto de 2013).

A violência sexual ocorre em ritmo alarmante em todo mundo. Estudo de revisão mostrou que, segundo a OMS, em 2005, entre 6% e 59% das mulheres sofreram violência sexual ao longo da vida perpetrada por seus parceiros. Em países como Paraguai, Nicarágua, Jamaica, Guatemala, El Salvador e Equador, 5,8% a 13,4% das mulheres relataram algum episódio de relação sexual forçada. No Sul da África, as taxas de prevalência de violência sexual variaram entre 12 e 28% das mulheres. Em países de alta renda como Austrália, Dinamarca e Suécia, uma em cada cinco mulheres relatou ter sido estuprada em comparação com um a cada 71 homens (Dartnall e Jewkes, 2013).

Em Iwoa, Estados Unidos, estimou-se que 55.340 pessoas vivenciaram a violência sexual no ano de 2009, 71% foram mulheres e 29% homens. Do total, 23.709 adultos foram estuprados e 25.701 sofreram outras formas de agressão sexual (Yang et al., 2014).

Publicação da OMS apontou a prevalência de mulheres que relataram ter sofrido pelo menos um episódio de violência sexual na vida pelo parceiro íntimo. Esta prevalência foi maior em países como a Etiópia (58,6%), seguido por Bangladesh (49,7%) e Peru (46,7%). O Brasil apresentou prevalência de 14,3%, e o país com a menor taxa foi o Japão (6,2%) (OMS, 2012).

Um levantamento conduzido pela *United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women*, em 39 países, mostrou que as estimativas de prevalência de violência sexual variaram entre 0,3 e 39% das mulheres, impetradas pelo parceiro íntimo ou por desconhecidos, em algum momento de suas vidas (UN Women, 2011).

Revisão sistemática realizada em 2014, com 412 artigos publicados em todo o mundo a respeito da violência sexual, entre os anos de 1998 a 2011, constatou que a prevalência mundial de mulheres jovens em situação de violência sexual por agressor desconhecido foi 7,2%, sendo que a maior prevalência foi encontrada em países da África Central e Sul (21%), e a menor no Sul da Ásia (3%) (Abrahams et al., 2014).

O panorama da violência sexual no Brasil vai ao encontro da situação mundial. O levantamento de 2013 realizado com 1.248 mulheres pelo DataSenado, sobre a violência contra a mulher, em todos os estados do Brasil, evidenciou que a violência sexual foi citada por 12% das mulheres, constatando um aumento significativo, se comparado à pesquisa realizada em 2011, que registrou 4% para

este tipo de violência. Entre as mulheres que já sofreram violência sexual, 65% foram agredidas por seu próprio parceiro, 13% apontaram seus ex-parceiros como agressores frequentes e 11% mencionaram parentes consanguíneos e cunhados (DataSenado, 2013).

O balanço realizado pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 registrou 52.957 relatos de violência contra a mulher no ano de 2014, no Brasil. Desses, 1.517 correspondem a relatos de violência sexual (2,86%). O número de relatos de violência sexual contra mulheres – estupros, assédios e exploração sexual –, quando comparado ao do ano anterior, cresceu 20%, numa média de quatro registros/dia (Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2014).

Ao explorar os dados regionais sobre a violência sexual em mulheres, estudos corroboraram a situação epidemiológica registrada em nível nacional. Na região norte, um estudo que analisou as informações publicadas pela mídia do Estado do Pará, entre 2001 e 2010, revelou 1.191 casos de violência contra a mulher. A agressão sexual registrada foi de 1,51%. A violência perpetrada por algum membro da família foi 17,38%, por pessoa desconhecida 14,19% e pelo companheiro 13,60% dos casos (Gomes et al., 2014).

Na região Nordeste, pesquisa realizada em um serviço de atendimento à mulher em Teresina, Piauí, no período de 2009 e 2010, revelou que, do total de 798 casos de violência sexual notificados, 126 foram contra mulheres maiores de 18 anos. Verificou-se que 59 (46,83%) foram registrados durante o ano de 2009 e que 67 (53,17%), em 2010, mostrando um acréscimo de oito novos casos desse tipo de violência, o que representa um aumento de 6,35% comparado ao ano anterior. Entretanto, estima-se que a incidência de violência sexual contra a mulher seja ainda maior, considerando a baixa procura da mulher pelo serviço (Aguiar, Moraes e Silva, Monte, 2014).

No Centro-Oeste, estudo com cem mulheres em situação de infidelidade e violência sexual masculina demonstrou que 49% das participantes declararam ter sofrido algum tipo de violência sexual. A idade delas variou entre 18 e 67 anos, sendo que 32,6% se declararam casadas, 36,7% amasiadas, 26,5% solteiras e 4% viúvas. Quanto ao agressor, 5% da violência sexual foi executada pelo parceiro ou ex-parceiro (Brito e Cavalcanti, 2014).

Já no Estado de São Paulo, estudo realizado em um serviço universitário de referência de Campinas, no período de junho de 2006 a dezembro de 2010, avaliou dados de 687 mulheres em situação de violência sexual. A média de idade das mulheres foi de 23,7 anos e, em 69,2% dos casos, a violência foi perpetrada por agressor desconhecido, tendo sido o ato praticado em via pública (41,7%) (Facuri et al., 2013).

Estudo realizado em unidades de saúde de 15 municípios do Estado de São Paulo mostrou elevada prevalência da violência contra mulheres, 76% das participantes sofreram algum tipo de violência, sendo 72% emocional, 46,8% física e 12,4% sofreram pelo menos um episódio de violência sexual alguma vez na vida (Osis et al., 2013).

Na capital paranaense, pesquisa conduzida em um hospital universitário referência no atendimento de violência mostrou que, das 1.272 pessoas atendidas, 1.204 eram mulheres e a maioria não conhecia o agressor (53,38%). Quanto ao local, 637 (50%) casos ocorreram na região metropolitana, sendo que 500 (39,30%) aconteceram nas residências, seguidos das vias públicas em 445 casos (35%). No que tange ao horário da agressão sexual, 607 (47,72%) ocorrências se deram entre as 19 horas e as 7 horas do dia seguinte (Trigueiro et al., 2015).

As evidências sobre o elevado percentual de violência contra a mulher, com destaque para a violência sexual, remetem à necessidade de políticas e ações para a prevenção e combate a este agravo no âmbito social e da saúde.

O Ministério da Saúde conceitua violência sexual como uma diversidade de atos, envolvendo sexo forçado, assédio sexual, prostituição forçada e tráfico de seres humanos. Agrega ainda o casamento infantil e a violência contra a integridade sexual das mulheres, tais como mutilação genital feminina e inspeções de virgindade obrigatórias em determinadas sociedades (Brasil, 2012a).

O estupro, conforme a Lei 12.015, de 07 de agosto de 2009, no artigo 213, configura-se como ato de constrangimento, mediante violência ou grave ameaça, para conjunção carnal ou prática de qualquer outro ato libidinoso. O assédio sexual, segundo o artigo 216-A do Código Penal é definido como o ato de constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, fazendo uso de sua condição de superior hierárquico (Lei 12.015/2009).

Outro marco importante relacionado à proteção da mulher em situação de violência refere-se à Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei

Maria da Penha. Tal legislação cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Entre as formas de violência contra a mulher, a lei destaca a violência sexual, entendida como qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força, que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade. Também que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno, manipulação, que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Lei n.11.340/2006).

A Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, incluiu a violência sexual e/ou outras formas de violências na relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública, de notificação compulsória em todo o território nacional, além de estabelecer o fluxo, os critérios, as responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde no atendimento a esta clientela (Portaria n. 104/2011).

Embora o Brasil participe de acordos internacionais que repudiam a violência contra a mulher e possua leis que visam coibi-la, ainda convive com uma realidade contraditória em relação aos registros dos casos de violência, uma vez que tal agravo ainda é subnotificado (Lima e Deslandes, 2014).

Apesar de ser um agravo de notificação compulsória, assegurado por lei, nem sempre os serviços efetivam esta ação. Um estudo realizado em São Paulo, com serviços de saúde que prestam atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual revelou que a maior parte dos serviços, embora tenha referido preencher a ficha de notificação compulsória, mencionou dificuldades para fazê-lo, especialmente relacionadas à sobrecarga de trabalho dos profissionais e à incompreensão acerca da importância dessa notificação no contexto da atenção integral à saúde das mulheres que sofrem violência sexual (Souza et al., 2015).

Salienta-se também a pouca procura pelos serviços de saúde das pessoas que sofreram violência sexual. Alguns estudos associam tal evidência às mulheres mais jovens, ao fato de as vítimas conhecerem o agressor ou em decorrência de a violência se dar em virtude do abuso de álcool e drogas (Walsh et al., 2015; Paul et al., 2013). Além disso, parece que muitas mulheres não procuram atendimento porque têm dificuldade de reconhecer um ato sexual violento como sendo um estupro, sobretudo quando perpetrado por um conhecido (Walsh et al., 2015).

Investigação realizada nos Estados Unidos, Carolina do Sul, constatou que apenas 21% das pessoas estupradas procuraram assistência médica. Mesmo entre mulheres com problemas de saúde, apenas cerca de um terço delas procurou atendimento médico. Vários fatores foram associados a pouca procura, entre eles, as características sociais, étnicas e demográficas e a pouca importância atribuída ao estupro, assim como a necessidade de assistência à saúde. Aquelas que reconhecem o estupro podem ser mais propensas a relatar o incidente, aumentando assim a probabilidade de receber assistência médica (Zibzow et al., 2012).

Um estudo de revisão mostrou que muitas mulheres em situação de violência em vez de procurarem o serviço de saúde, acabam por solicitar ajuda à família e a amigos. A maior procura pelo serviço de saúde aconteceu entre as mulheres que sofreram violências mais graves, o que faz com que os casos que chegam aos serviços especializados sejam esses (D'Oliveira e Schraiber, 2013).

Na cidade de Vitória da Conquista, Bahia, pesquisa com 18 profissionais da atenção básica evidenciou que a dificuldade em identificar as pessoas em situação de violência relaciona-se ao fato de que a demanda por atendimento em decorrência dos abusos é considerada baixa. Esta baixa procura pelo atendimento pode ser motivada pelo medo que a vítima tem do agressor, vergonha ou naturalização da violência e, também, pelo não reconhecimento da Atenção Primária à Saúde como serviço adequado para a busca de atenção e apoio. A percepção dos profissionais é de que, muitas vezes, as agressões são negligenciadas em decorrência das pessoas que as sofreram por considerarem os atos violentos como naturais. Nestes casos, a violência é tão fortemente introjetada no convívio e na cultura local que se torna imperceptível para as famílias e comunidades (Porto et al., 2014).

2.2 O SERVIÇO ESPECIALIZADO DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

Os serviços especializados no atendimento à mulher vítima de violência sexual devem estar preparados para a assistência, tanto nos casos de emergência quanto no seguimento ambulatorial, tendo em vista a elevada prevalência deste agravo. Dessa forma, tais serviços devem ter suas ações ancoradas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob o enfoque de gênero, visando garantir o

atendimento à mulher, que é a mais acometida por esse tipo de violência (Brasil, 2012a). A OMS recomenda que os profissionais de saúde utilizem protocolos de atendimento nesses serviços, a fim de nortear a gestão dos casos de violência sexual, qualificar o tratamento e apoiar os agredidos (OMS, 2003).

Os serviços de referência às mulheres em situação de violência sexual devem adotar medidas com vistas à redução dos agravos à saúde decorrentes desse tipo de violência, tais como: anticoncepção de emergência, atenção ao abortamento previsto por lei, profilaxias das DSTs, hepatite B e pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Essas ações objetivam evitar futuros danos à saúde da mulher e são protocoladas na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Devem ser realizadas por meio da abordagem interdisciplinar, com a integração de ações sobre violência de gênero e com fortalecimento das fontes informais de apoio, entre outros (Brasil, 2012a).

A contracepção de emergência é realizada para evitar a gravidez forçada e indesejada decorrente da violência sexual. A anticoncepção hormonal oral de emergência é considerada a opção mais eficaz quando, no ato sexual violento, ocorre ejaculação vaginal e a mulher não faz uso de métodos contraceptivos. Sua administração deve ser realizada até 72 horas após a violência sexual, período em que se pode garantir uma maior eficácia do medicamento (Brasil, 2012a).

A gravidez pode ser uma das consequências da violência sexual contra a mulher e, quando isso ocorre, pode levar a transtornos psicológicos, sociais e biológicos. A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual deve ser esclarecida sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. A possibilidade de interrupção da gravidez é prevista no Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro. Caso a vítima decida manter a gestação até o término, terá garantidos os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Se decidir não ficar com a criança, a mulher deverá ser orientada acerca dos mecanismos legais de doação (Brasil, 2012a).

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado em um serviço de referência para pessoas em situação de violência sexual de Curitiba (PR), com 1.204 mulheres, constatou, no decorrer do seguimento ambulatorial, o registro de 6,36% grávidas, sendo que, em 4,32% dos casos, a gravidez foi decorrente da agressão sexual

sofrida. A contracepção de emergência foi administrada em 64,77% dos casos notificados. Segundo os autores, este percentual pode estar relacionado ao fato de elas estarem em idade reprodutiva (Trigueiro et al., 2015). Em Campinas (SP), uma pesquisa semelhante mostrou um percentual maior de mulheres que receberam a contracepção de emergência (72,7%) (Facuri et al., 2013).

Além de ações para prevenir a gravidez indesejada, deve-se utilizar o protocolo para evitar as infecções genitais que podem ocorrer após a violência sexual. Doenças como gonorreia, sífilis, cancro mole e infecção por clamídia, trichomonas e monilíase vaginalis, podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. A profilaxia é realizada até duas semanas após a agressão, preferencialmente, no primeiro dia de atendimento. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, no que tange aos possíveis impactos da violência sexual (Brasil, 2012a).

A imunoprofilaxia contra hepatites virais também deve ser instituída. No tocante à hepatite B, tal profilaxia deve ser realizada em mulheres que desconhecem seu *status* vacinal, nas que não foram imunizadas e nas que possuam o esquema vacinal incompleto. Recomenda-se o esquema vacinal em três doses, considerando o intervalo de seis meses da primeira para a última dose. Orienta-se também como profilaxia pós-exposição a aplicação de uma dose, via intramuscular, de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B (IHGAHB), para pessoas que não receberam previamente vacinação ou cujo regime de vacinação esteja incompleto, bem como em situações em que o nível de anticorpos estiver inadequado (Brasil, 2012a).

Ainda em relação às hepatites virais, há também o risco de contrair a hepatite C. Nesse caso, quando o agressor é desconhecido, recomenda-se o acompanhamento com investigação sorológica, visto que há possibilidade de a doença ser assintomática (Brasil, 2012a).

Estudo realizado na Noruega, em um centro de atendimento especializado em casos de violência sexual, com 412 mulheres com idade média de 21 anos, evidenciou DST em 8,5% dos casos, sendo dois associados ao estupro. Entre os casos, 3,7% tiveram sorologia positiva para hepatite B e C (Hagemann et al., 2014).

Os resultados de uma pesquisa conduzida com 289 mulheres adolescentes e adultas em situação de violência sexual, residentes na região metropolitana de São Paulo, atendidas no Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal, apontaram 21 casos

de DSTs em decorrência da agressão sexual, dos quais 11 foram diagnosticados com clamídia, cinco com gonococo e cinco com doença inflamatória pélvica (DIP) (Michelete et al., 2012).

A infecção pelo HIV é uma das grandes preocupações para a maioria das mulheres em situação de violência sexual. A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência (Brasil, 2012a).

A profilaxia pós-exposição ao vírus HIV (PEP) instituída após agressão sexual é realizada na maioria dos países como rotina em clínicas e locais especializados. Na África do Sul, um estudo conduzido com 514 mulheres estupradas evidenciou que a PEP foi iniciada em menos de 24h em 79% das participantes. Entre essas, houve quatro casos de soro conversão observados no decorrer de seis meses. Os autores salientaram que o acesso a medicamentos para a PEP e o acompanhamento pelo serviço de saúde devem ser priorizados com vistas a diminuir o risco de infecção pelo HIV (Roland et al., 2012).

Uma investigação realizada em um serviço universitário de referência para pessoas em situação de violência sexual da cidade de Campinas, São Paulo, com 745 mulheres, indicou a antibioticoterapia profilática para as DSTs em 85% dos casos, a vacina e a antiglobulina para a prevenção da hepatite B, em 82,9% e, em 84%, a PEP para prevenção do HIV (Facuri et al., 2013).

Em Curitiba (PR), a linha Guia de Atenção à mulher em situação de violência prevê a participação de diferentes serviços de atenção aos agravos à saúde física, sexual e emocional das mulheres, ressaltando a abordagem intersetorial e multidisciplinar do trabalho em rede (Curitiba, 2012).

A realização de exames sorológicos acontece segundo as recomendações da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2012), em conformidade com o “Protocolo de atenção à mulher vítima de violência: Mulher de Verdade”, da Secretaria de Saúde, de Curitiba. Os exames são solicitados no primeiro atendimento (D0), sendo repetidos nas consultas subsequentes, segundo suas especificidades (Curitiba, 2008).

No primeiro atendimento (D0), são solicitados os seguintes exames laboratoriais: BhCG, VDRL, anti HIV, HbsAg e anti HbsAg, anti HCV, imunofluorescência direta, bacterioscopia, cultura e exame fresco. Após 30 dias

(D30) do evento, repete-se o BhCG e, após 45 dias (D45), solicitam-se o VDRL e o anti HIV. Decorridos 90 dias após agressão (D90), são realizados os exames VDRL, anti HIV e HbsAg. Ao final de seis meses (D180), solicitam-se o anti HIV e o anti HCV (Curitiba, 2008).

Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde, a não realização destes exames indica que não houve alta clínica, sendo esta somente conferida após os mesmos apresentarem resultados negativos. Outra questão prevista pela referida norma refere-se ao apoio psicossocial para tratamento e prevenção de quadros clínicos como depressão, síndrome do pânico, entre outros (Brasil, 2012a).

A violência sexual figura como uma experiência traumática, que traz danos não apenas ao corpo, mas também emocionais, os quais dificilmente serão superados sem o acompanhamento articulado de uma equipe multiprofissional. Nesse sentido, evidencia-se que as ações pautadas no modelo biomédico não atendem à complexidade inscrita no fenômeno em pauta e que isso deve ser considerado no momento em que as mulheres que experienciaram a violência sexual recorrem aos serviços de saúde (Dourado e Noronha, 2014).

A complexidade da situação requer não só o atendimento no serviço de referência, mas também depende de uma rede de serviços de saúde. Nesse sentido, um estudo realizado em Fortaleza (CE) discutiu o papel dos profissionais de saúde em um serviço especializado no atendimento à mulher em situação de violência sexual. Tal estudo salientou que muitas necessidades apresentadas por estas não poderiam ser resolvidas no contexto do centro de referência, havendo a necessidade de encaminhamento para outros serviços do SUS (Costa et al., 2013).

Outro estudo que investigou o conhecimento de enfermeiros sobre a violência contra a mulher revelou que eles desconheciam algumas características importantes da epidemiologia desse agravo, principalmente em relação à prevalência dos casos, o que pode sugerir a invisibilidade do problema. Os autores ressaltaram que o enfermeiro, como parte da equipe de saúde, partilha a responsabilidade de identificar os casos e orientar a busca por soluções na rede de assistência à violência, envolvendo vários setores, como segurança pública, assistência social, educação, assistência jurídica, entre outros (Baraldi et al., 2012).

Os serviços especializados devem contar com equipes multiprofissionais, atuando na lógica interdisciplinar com vistas a resgatar a autoestima e o fortalecimento. É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos,

psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais e, quando possível, um profissional da área jurídica (Norma Técnica Ministério da Saúde, 2012). Cada profissional possui um papel fundamental no fluxo de atendimento à mulher, que perpassa pelo acolhimento grupal e individual, pelas orientações jurídicas e pela assistência indireta, como o serviço de transporte do Centro de Referência para a delegacia (Costa et al., 2013).

Os profissionais que atuam com mulheres em situação de violência sexual devem se posicionar como facilitadores do processo terapêutico, construindo estratégias que contemplem e respeitem os seus contextos sociais e singularidades. Para que isso ocorra, faz-se necessária a aproximação do profissional com a realidade vivenciada por essas mulheres, discutindo seus casos e encaminhamentos na perspectiva multidisciplinar (Pedrosa e Spink, 2011).

Esses profissionais têm importante papel nesse contexto, pois a visibilidade da violência contra a mulher, bem como o aumento da demanda de casos desta natureza nos serviços de saúde, exige, de forma crescente, conhecimento e capacitação profissional, com vistas ao alcance de assistência resolutiva (Vieira; Padoin; Landerdahl, 2009).

A Norma Técnica não especifica, em detalhes, as ações do enfermeiro, contudo, no serviço de referência, o primeiro atendimento à mulher em situação de violência sexual é geralmente realizado por esse profissional. Um estudo realizado em Campinas, São Paulo, destacou que, no serviço de referência especializado no atendimento a violência sexual, o enfermeiro se responsabiliza pelo acolhimento, faz a triagem dos casos, realiza a consulta de enfermagem e solicita a presença do médico do serviço e do legista para os casos que exigem exame de corpo de delito (Higa et al., 2008). Ressalta-se ainda o papel dos enfermeiros no serviço de referência cuja formação o instrumentaliza para identificar, integrar, articular e promover ações de acolhimento e cuidado à mulher em situação de violência sexual (Budó et al., 2012).

Considerando que o enfermeiro é o primeiro contato da pessoa em situação de violência com o serviço de saúde, é importante que esteja qualificado para atuar com as vítimas de violência sexual. Um estudo realizado em Campina Grande, Paraíba, salientou que a maior parte desses profissionais (96,3%) reconheceu que é sua atribuição investigar a violência; 22,2% questionaram as mulheres sobre a violência durante o atendimento, 85,1% fizeram atendimento de casos suspeitos

e/ou confirmados e 15,8% utilizaram algum protocolo durante o atendimento. Contudo, apenas 18,5% sentiram-se capacitados para atender os casos de violência sexual. Os participantes reportaram as dificuldades para o encaminhamento de casos e indicação de tratamento, o que revela a necessidade de capacitação profissional (Baptista et al., 2015).

Salienta-se que o atendimento às pessoas em situação de violência sexual envolve diversos atores, olhares e práticas que assumem importantes funções no seguimento ambulatorial, no intuito de minimizar e/ou evitar as consequências biopsicossociais que poderão decorrer dessa violência. Considerando a relevância do seguimento ambulatorial para as mulheres que passaram pela experiência da violência sexual, faz-se necessário trazer da literatura questões imbricadas na não adesão da mulher ao seguimento preconizado.

2.3 NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL PELA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A OMS define adesão quando a pessoa direciona suas ações para o cumprimento das recomendações de um prestador de cuidados de saúde. Estas podem estar relacionadas à ingestão medicamentosa, dieta ou mudanças no estilo de vida (OMS, 2003).

No que diz respeito à adesão ao seguimento ambulatorial por pessoas em situação de violência sexual, compreende-se que aquela não se refere apenas à concordância com as orientações fornecidas pela equipe de saúde. Está relacionada também à compreensão da pessoa acerca dos riscos e necessidades de saúde por ela apresentadas, bem como a adoção das ações propostas pela equipe de saúde, tais como a utilização correta de medicamentos prescritos e o comparecimento às consultas agendadas pelos profissionais (Brasil, 2012a).

O termo não adesão corresponde ao descumprimento das ações recomendadas pelos profissionais dos serviços de saúde. Tais ações podem ser classificadas em intencionais – quando a pessoa tem conhecimento do tratamento e, mesmo assim, não o cumpre – e em não intencionais – quando não há compreensão da informação prestada pelo profissional de saúde (OMS, 2003).

A não adesão ao seguimento ambulatorial, no presente estudo, foi considerada como o não comparecimento a um dos três retornos estabelecidos na rotina do serviço de referência de Curitiba (D30, D90 e D180). A não adesão de mulheres em situação de violência sexual ao seguimento ambulatorial é evidenciada na literatura nacional e internacional, sendo que a maior parte dos estudos investigou a adesão à profilaxia pós-exposição ao HIV (Morgan; Brittain; Welch, 2015; Procópio et al., 2014; Facuri et al., 2013; Chacko et al., 2012; Roland et al., 2012). Alguns enfatizaram o acompanhamento psicológico (Procópio et al., 2014; Oshikata et al., 2011).

Ainda outros estudos evidenciaram, além da adesão à PEP, a adesão ao tratamento de outras DSTs (Hagemann et al., 2014; Facuri et al., 2013). O estudo de Hagemann et al. (2014) mostrou que 91% das mulheres agredidas sexualmente aceitaram a profilaxia para DST. A vacinação contra a hepatite B teve adesão de 19% e apenas 2,9% consentiram submeter-se à PEP.

Uma revisão sistemática realizada em Londres, em 2012, analisou 24 estudos sobre a adesão à PEP para o HIV no mundo e constatou que a proporção de pessoas em situação de violência sexual que aderiram ao seguimento ambulatorial foi de 40,3%, contudo o percentual geral de pacientes faltosos aos cuidados foi de 41,2%. Isso mostra uma baixa taxa global de adesão à profilaxia, apontando para um risco de eficácia reduzida e risco aumentado de resistência à terapia antirretroviral (Chacko et al., 2012).

A não adesão à PEP para o HIV pode estar relacionada com as dificuldades de acesso ao serviço, os efeitos colaterais das medicações antirretrovirais, além das recusas em realizar o seguimento. Estudo realizado em um centro de atendimento às mulheres em situação de violência sexual na Cidade do Cabo, na África do Sul, constatou que, das 132 mulheres que receberam a indicação da PEP, 131 concordaram com o tratamento. Destas, 103 iniciaram a PEP nas primeiras 24 horas após o evento, no entanto, 34% não deram continuidade ao tratamento, por esquecimento ou por residirem longe do serviço de saúde. Os efeitos colaterais citados por 70% das participantes, como fadiga, náuseas e dores de cabeça, também contribuíram para a não adesão. O teste de HIV foi recusado por três mulheres no terceiro mês e 16 no sexto mês de seguimento ambulatorial (Roland et al., 2012).

O fator idade foi relacionado a não adesão em alguns estudos. Pesquisa com 275 casos de estupro, em um centro de referência no sudeste de Londres, mostrou baixas taxas de participação em consultas de seguimento ambulatorial (53,5%) e de conclusão da PEP para o HIV (33,3%). Apontou, ainda, que as pessoas com idade superior a 30 anos foram menos propensas a aderir ao seguimento ambulatorial, enquanto a maior frequência de acompanhamento foi associada à presença de lesão anogenital (Morgan; Brittain; Welch, 2015).

Outro estudo realizado no Hospital da Mulher, na cidade de Campinas, investigou, no período de junho de 2006 a dezembro de 2010, o acompanhamento de 687 mulheres acima de 18 anos que tiveram a violência sexual confirmada. A média de idade delas foi de 23,7 anos. Dois terços chegaram ao serviço nas primeiras 24 horas após a agressão, permitindo a prescrição da PEP, de imunoterapia para hepatite B e a anticoncepção de emergência, porém 24,5% não aderiram ao seguimento ambulatorial (Facuri et al., 2013).

Ainda em relação ao estudo acima citado, os resultados apontam que algumas características das mulheres são consideradas com fator importante no tocante à não adesão. Os autores salientaram que aquelas não aderentes ao seguimento ambulatorial possuíam menor escolaridade, antecedentes pessoais de violência, doenças crônicas e sofriam mais agressões físicas e verbais por conhecidos, se comparadas às mulheres que aderiam ao tratamento (Facuri et al., 2013).

Outra questão relevante no que tange à não adesão à PEP refere-se aos aspectos inscritos na subjetividade das mulheres em situação de violência sexual. No Brasil, uma investigação qualitativa conduzida na cidade de Recife, com mulheres entre 12 e 23 anos de idade, revelou que, além da complexidade do tratamento que inclui o uso de medicação com efeitos colaterais, rigidez de horários e quantidade elevada de comprimidos diários, as mulheres referiram-se ao medo de ser estigmatizadas ao fazer a PEP. Os fatores psicológicos foram apontados como importantes obstáculos para a adesão ao tratamento. O desânimo, a falta de esperança e sentimentos negativos frente às lembranças da violência foram questões mencionadas como dificultadoras da continuidade do tratamento (Procópio et al., 2014).

A não adesão ambulatorial de pessoas em situação de violência sexual deve motivar os profissionais de saúde para investigar suas causas e para a

implementação de estratégias adequadas, a fim de aumentar o comparecimento das mesmas ao serviço. Nesse sentido, experiências exitosas foram destacadas em um estudo de revisão sobre a adesão à quimioprofilaxia antirretroviral pós-exposição, nos casos de violência sexual. Três intervenções foram identificadas como estatisticamente significativas para melhorar a adesão: o aconselhamento por telefone, estimulando a leitura dos folhetos de informações sobre cuidados pós-estupro; o autorregistro em diário da implementação das medidas orientadas por enfermeiros dos serviços de referência e visitas de acompanhamento, por enfermeiros, durante seis meses ou mais (Chacko et al., 2012).

O apoio da família, o suporte psicológico e social, além da confiança nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde durante os atendimentos, devem ser considerados como estímulo para as mulheres continuarem o tratamento (Procópio et al., 2014).

Sobre o suporte psicológico, o estudo de Oshikata et al. (2011), realizado com 642 mulheres residentes em Campinas (SP), mostrou o aumento significativo desse acompanhamento ao longo dos anos 2000. Enquanto, em 2000, o índice era de 13%, em 2006, chegou a quase 70% de acompanhamento psicológico nos casos de violência sexual.

Diante do exposto, evidencia-se que a violência sexual tende a ocasionar inúmeros agravos à saúde da mulher e as altas taxas de abandono do seguimento ambulatorial podem ampliar, ainda mais, as consequências geradas por este acontecimento na vida dessas mulheres.

Considerando a magnitude da situação em pauta, a literatura salienta a importância da realização de pesquisas direcionadas a avaliar razões para a baixa adesão ao seguimento ambulatorial por pessoas que sofreram violência sexual e possíveis intervenções à problemática, por meio de estudos que possam produzir estratégias que visem à melhoria da adesão destas ao seguimento (Chacko et al., 2012).

Nesse sentido, destaca-se a relevância da presente investigação que busca compreender a dimensão subjetiva e intersubjetiva, entremeada na vivência da não adesão da mulher ao seguimento ambulatorial.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 ESCOLHA DA FENOMENOLOGIA PARA FUNDAMENTAR O ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que busca a compreensão da experiência vivida por mulheres que sofreram a violência sexual e que não aderiram ao seguimento ambulatorial. A investigação qualitativa fundamenta-se na descrição e interpretação dos significados inscritos nos fenômenos humanos. O acolhimento e a valorização dos sentimentos e experiências do ser humano são elementos fundamentais de interesse desse tipo de investigação (Turato, 2010).

O rigor da pesquisa qualitativa ocorre mediante a organização de meios coerentes e pertinentes para obtenção dos dados. A clareza com relação aos passos adotados para coleta e análise dos dados confere a confiabilidade necessária para a produção das evidências científicas. Ao permitir objetivar a realidade subjetiva, o método qualitativo proporciona a revelação dos constructos da ciência (Bassora, Campos, 2010).

A abordagem da pesquisa qualitativa adotada neste estudo é a Fenomenologia, que busca desvelar o sentido das coisas, tal como se mostra à consciência. Desenvolvida a partir do século XX, com base no pensamento de Edmund Husserl, a Fenomenologia ressurgiu com o propósito de contestar o rigor das ciências positivas, especialmente a concepção de sujeito/objeto, fortemente arraigada ao pensamento de estudiosos da época (Tourinho, Bicudo, 2011).

Acredita-se que a não adesão da mulher ao seguimento ambulatorial é permeada por um contexto de relações sociais que a colocam em uma determinada situação. Esta situação, aliada ao seu acervo de conhecimentos, poderá influenciar, sobremaneira, na atitude de iniciar o tratamento preconizado pelo sistema de saúde, dar continuidade e concluí-lo, ou não, conforme o recomendado.

Considerando as características do objeto desta pesquisa, foi pertinente adotar a Fenomenologia Social de Alfred Schütz como referencial teórico-metodológico para subsidiar seus resultados. Para tanto, elegeu-se alguns de seus pressupostos teóricos: mundo da vida, atitude natural, intersubjetividade, reciprocidade de perspectivas, situação biográfica, acervo de conhecimentos, ação social, “motivos-porque”, “motivos-para” e tipificação.

3.2 A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ E O FENÔMENO ESTUDADO

Alfred Schütz, sociólogo e com formação em Filosofia, nasceu na cidade de Viena, na Áustria, em 1899. Diante da iminente ocupação nazista, migrou para os Estados Unidos, onde atuou como professor universitário e fundou a *Internacional Phenomenological Society*. Construiu seus escritos de modo sistemático e abrangente a partir dos conceitos sociológicos de Max Weber e das considerações fenomenológicas de Edmund Husserl, com o propósito de estabelecer os fundamentos de uma sociologia fenomenológica (Schütz, 2012).

Weber defendia que a Sociologia é uma ciência interpretativa e compreensiva da ação social que busca os nexos causais que a determinam. Pretendia conferir um sentido para o agir humano, para considerar que são ações sociais. Da fenomenologia de Husserl, Schütz buscou o pressuposto de que a conduta humana somente é entendida como ação a partir do momento que o indivíduo tem consciência da mesma e atribui significados a ela, sendo, portanto, intencional. Assim, integra alguns fundamentos da Sociologia Compreensiva e da fenomenologia e busca na fenomenologia social desvelar os significados da experiência humana (Schütz, 2012).

Com base no arcabouço teórico-filosófico da sociologia fenomenológica, Schütz propõe a teoria da ação social. Esta tem como fio condutor o pressuposto de que o homem age no mundo pautado em motivos existenciais relacionados ao passado, ao presente e ao seu futuro (Jesus et al., 2013).

A ação social tem como cenário o “mundo da vida”, também denominado como mundo social, cotidiano ou de senso comum. Este já se encontra previamente estruturado mesmo antes do nosso nascimento (Schütz, 2012).

A partir do momento em que a pessoa é parte desse mundo social, é apresentada a ela a realidade socialmente construída, que pode ser modificada em função da posição dela nesse mundo. A pessoa reage de modo espontâneo às questões do dia a dia, sem questionar esta realidade – atitude natural –, embora tenha capacidade para influenciar e sofrer influências do meio em que vive (Schütz, 2012).

O homem na atitude natural possui um acúmulo de experiências vividas, presentes em sua consciência, as quais são utilizadas para fundamentar os seus

projetos de vida. Soma-se a isso a bagagem de conhecimentos transmitidos inicialmente pela família e, posteriormente, por mestres e pessoas que com ele convivem. Ao conjunto dos elementos transmitidos por pessoas significativas e advindos da experiência vivida, Schütz denomina de “acervo de conhecimentos” (Schütz, 2012).

Este acervo de conhecimentos sofre influências de elementos da cultura como suas crenças, questões ideológicas, religiosas, técnicas e científicas. Desse modo, o conhecimento social encontra-se disponível e acessível para as pessoas, segundo a posição que estas ocupam no mundo da vida. Esta posição é denominada “situação biográfica” (Schütz, 2012).

No mundo da vida, permeado pelas relações sociais, os seres humanos compartilham o tempo e o espaço, estando um consciente da presença do outro, ou seja, um volta-se para o outro, conferindo significado. Este fluxo similar da consciência que se dá no mundo propicia a construção social dos indivíduos e influencia suas relações, em um contexto de “intersubjetividade” (Schütz, 2009). As múltiplas interpretações singulares desse mundo social, de certo modo, combinam entre si, em determinadas facetas que acabam por formar uma visão de mundo comum, caracterizando os grupos sociais (Schütz, 2012).

Nesse estudo, o grupo social investigado foi constituído por mulheres, em situação de violência sexual, que iniciaram o seguimento ambulatorial em um serviço de saúde especializado, mas não concluíram o tratamento.

A consciência similar de um determinado grupo frente a uma realidade social é acompanhada paralelamente por motivos de natureza existencial, dotados de um significado singular para as pessoas que compõem o grupo. Estes motivos, derivados da subjetividade, constituem-se em fios condutores da ação humana no mundo social (Schütz, 2012).

Os motivos que se relacionam aos projetos são chamados “motivos para” e aqueles que se fundamentam no acervo de conhecimentos e na experiência vivida, no âmbito biopsicossocial do indivíduo, são denominados “motivos porque”. O conjunto de motivos “para” e “porque” traduz o fluxo da ação humana. Desse modo, “ação” é definida como a conduta humana projetada pelos indivíduos, de maneira autoconsciente e intencional, com um propósito e pode ser manifestada ou latente, positiva ou negativa, sempre vinculada a outra ação e inserida no mundo social e

traz em sua estrutura o projeto que constitui o sentido primário e fundamental da ação (Schütz, 2012).

A ação tem uma natureza subjetiva e perspectival e seu sentido inicial pode sofrer contínuas modificações, em decorrência das mudanças no acervo de conhecimentos e na situação biográfica, que altera os motivos existenciais e, por conseguinte, o fluxo da ação (Schütz, 2012). A partir desse conceito de ação, buscam-se os significados tanto nas experiências passadas como nos projetos de vida, de modo prospectivo.

A não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual, considerada a ação social em pauta no presente estudo, apresenta um contexto motivacional que sustenta e justifica a mulher que não deu seguimento ao tratamento iniciado. Os motivos que a conduzem a esta ação relacionam-se com o passado e o presente vivido (motivos porque), onde foi e está sendo constituído o acervo de conhecimentos de que dispõe e que a situa biograficamente em uma posição no mundo da vida, que a levou a não aderir o seguimento ambulatorial.

Além disso, considera-se que esta mulher, ao não dar continuidade ao seguimento ambulatorial, ancora-se em projetos e anseios, agenciadores de novos significados frente à violência sexual por ela sofrida (motivos para). Esta ressignificação permite que a mulher veja de um modo diferente a situação vivenciada – estar em situação de violência –, desdobrando-se em uma transformação da sua realidade social.

A não adesão da mulher que viveu a violência sexual ao seguimento ambulatorial configura-se, portanto, como uma ação em fluxo, na qual coabitam atos e projetos mais imediatos referentes à experiência negativa da agressão sofrida e aqueles projetos relacionados às expectativas das mulheres, apesar de ter sofrido a agressão e de ter abandonado o tratamento.

Considerando o caráter subjetivo da ação, sua interpretação prescinde da objetivação dos motivos que a conduzem para realizá-la. A fim de objetivar o significado desvelado, o pesquisador deve distanciar-se da pessoa e lançar sobre ela o olhar da ciência. A objetivação de algo subjetivo requer a construção de um esquema conceitual que propicie agrupar as informações sobre a experiência humana (Schütz, 2012).

Salienta-se que a ação envolvida em suas facetas com a realidade social tem seu cerne na vida de sentido comum, o que possibilita sua tipificação, denominada

“tipologia ideal” (Schütz, 2012). A tipologia do vivido diz respeito a uma organização teórica constituída de características que permitem a representação da ação dos atores sociais, ou seja, construção significativa da vida social (Capalbo, 1998).

Assim, as mulheres que experienciaram a violência sexual e que não aderiram ao seguimento ambulatorial constituem-se em um grupo social que opera no mundo da vida, com características sociais típicas, produzidas e reproduzidas em um mundo intersubjetivo, dotado de um contexto motivacional que as conduziu à não adesão ao seguimento ambulatorial, fenômeno a ser desvelado no presente estudo.

4 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

4 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

4.1 O CENÁRIO

Esta pesquisa teve como cenário o ambulatório de atendimento às pessoas que sofreram violência sexual, localizado em um hospital universitário, na cidade de Curitiba, Paraná. Esse serviço faz parte do Programa Mulher de Verdade que oferece atendimento integral à saúde da mulher (Curitiba, 2008).

Trata-se de um dos serviços de referência da capital paranaense que atendem casos de violência sexual, de pessoas maiores de 12 anos, residentes no município e região metropolitana.

A equipe multiprofissional que atua neste serviço é composta por enfermeiro, médico ginecologista, assistente social e psicólogo. O fluxo de atendimento se dá inicialmente por encaminhamento de outros serviços quando o tempo entre a violência e o atendimento é inferior a 72 horas e quando não se trata de agressão crônica.

No primeiro atendimento (D0), o enfermeiro realiza o acolhimento e solicita a presença do médico perito do Instituto Médico Legal e do médico residente da área de ginecologia para atendimento clínico. Nessa oportunidade, são realizados os exames laboratoriais e administrados medicamentos para evitar a ocorrência de DST e gestação decorrente da violência. Se houver indicação clínica – contato com mucosas, se o abuso sexual não for crônico e o tempo decorrido entre a violência e o primeiro atendimento for menor que 72 horas –, inicia-se a administração da PEP para o HIV, por um período de 28 dias, conforme protocolo do Serviço.

Após a avaliação do primeiro atendimento, aquelas mulheres que tiverem indicação para a PEP são orientadas e encaminhadas para os retornos subsequentes ao serviço de referência, em torno de 30, 90 e 180 dias após a violência. Nas consultas subsequentes, são requisitados exames preconizados pelo protocolo, realizadas orientações e acompanhamento de adesão à PEP. Além disso, a mulher é encaminhada para atendimento psicológico e do serviço social (Curitiba, 2008).

As pessoas que experienciaram a violência sexual também contam com o Núcleo de Apoio à Vítima de Estupro (Naves), que oferece assistência jurídica e psicológica na cidade de Curitiba, Paraná. A realização desta pesquisa foi

autorizada pelo serviço de atendimento às pessoas que sofreram violência sexual de Curitiba (Apêndice 1).

4.2 AS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 11 mulheres, que atenderam os critérios de inclusão na pesquisa: possuir idade igual ou superior a 18 anos, ter vivenciado a experiência da violência sexual e procurado o atendimento, porém não ter completado o seguimento ambulatorial, conforme o protocolo do serviço. Portanto, considerou-se não adesão o fato de a mulher ter iniciado o tratamento e não comparecido a pelo menos uma das consultas de seguimento (D30, D90 e D180 dias).

Seguem alguns dados biográficos das mulheres que foram agredidas sexualmente e não aderiram ao seguimento ambulatorial:

Mulher 1: solteira, 20 anos, ensino superior incompleto, mora em Curitiba. Sofreu a violência sexual no período da noite, em via pública, na volta do trabalho, por um agressor desconhecido. Foi resgatada pelo Samu, que a levou primeiramente a um Serviço de Pronto Atendimento. Tentou suicídio medicamentoso após uma semana da agressão. No serviço especializado de atendimento, compareceu às consultas D0, D30, D90 e faltou à última D180. Fez acompanhamento com o psicólogo do convênio, relatando que este serviço não foi oferecido no hospital. Prestou o depoimento 11 meses após a agressão.

Mulher 2: solteira, 18 anos, ensino médio incompleto, mora na região metropolitana de Curitiba, cidade de Contenda. Sofreu a violência sexual no período da noite, quando voltava da escola, em via pública, por agressor desconhecido. Chegou ao serviço especializado por encaminhamento da delegacia. Compareceu somente ao primeiro atendimento D0. Não completou o esquema antirretroviral. Recusou o acompanhamento psicológico. Prestou o depoimento nove meses após a agressão.

Mulher 3: casada, 18 anos, ensino médio incompleto, mora na região metropolitana de Curitiba, cidade de Pinhais. Sofreu a violência sexual no período da noite, enquanto conversava com uma amiga em via pública, por agressor desconhecido,

que a ameaçou com arma de fogo. Foi levada a um local distante e, após o ocorrido, chegou a um local com telefone para ligar para a família. O pai a levou a um serviço de pronto atendimento, que a encaminhou para o serviço de referência. Compareceu às consultas D0 e D30. Não completou o esquema antirretroviral. O acompanhamento com o psicólogo não foi oferecido pelo serviço. Prestou o depoimento 11 meses após a agressão.

Mulher 4: solteira, 18 anos, ensino médio incompleto, estudante, mora na região metropolitana de Curitiba, cidade de Pinhais. Sofreu a violência sexual no período da tarde por um conhecido da internet, que marcou o encontro. Foi atendida primeiramente pela polícia civil, que a levou à delegacia da cidade. Posteriormente foi encaminhada ao serviço de saúde para atendimento. Compareceu às consultas D0, D30 e D90 e faltou à última D180. Não completou o esquema antirretroviral. Foi oferecido acompanhamento psicológico; relata ter ido duas vezes, mas se recusou a retornar. Prestou o depoimento dez meses após a agressão.

Mulher 5: solteira, 18 anos, parou de estudar durante o ensino médio, trabalha como vendedora de roupas, mora na região metropolitana de Curitiba, cidade de Fazenda Rio Grande. A violência sexual foi impetrada pelo padrasto, no período da noite, com ameaça de arma de fogo. Relata que, quando contou o ocorrido à mãe, foi mandada embora de casa, indo morar com a avó materna. Procurou o pronto atendimento que a encaminhou ao serviço especializado, comparecendo aos atendimentos D0 e D30. Relata que completou o esquema antirretroviral e que não fez o acompanhamento psicológico. Prestou o depoimento sete meses após a agressão.

Mulher 6: solteira, 23 anos, ensino superior incompleto, mora em Curitiba, tem um filho. Sofreu a violência no período da noite, na saída de uma casa noturna, por três agressores que a ameaçaram com arma de fogo. Foi resgatada por um amigo e levada à delegacia e ao serviço especializado de saúde. Compareceu às consultas D0 e D30. Recusou-se ao acompanhamento psicológico do serviço, porém relatou estar em acompanhamento psicológico pelo Naves. Prestou o depoimento após nove meses da agressão.

Mulher 7: casada, 27 anos, estudante de curso técnico, mora em Curitiba. Sofreu a violência no período da noite, por agressor desconhecido munido de arma de fogo, tendo sido levada a um matagal. Ao conseguir chegar ao seu domicílio, contou aos familiares e o companheiro a levou para a delegacia. No serviço especializado de atendimento, compareceu somente à primeira consulta (D0). Recusou atendimento com o psicólogo do hospital devido à presença de estudantes, contudo realiza acompanhamento psicológico pelo Naves. Prestou o depoimento um ano após a agressão.

Mulher 8: solteira, 19 anos, ensino médio completo, mora em Curitiba. A violência sexual ocorreu no período da noite, seguido de assalto, por cinco agressores com arma de fogo. Estava com uma amiga que também foi estuprada. Foi socorrida pela polícia civil, que a levou para um Serviço de Pronto Atendimento. Posteriormente foi levada ao serviço de referência em casos de violência sexual. Compareceu às consultas D0, D30 e D90 e faltou à última D180. Recusou o acompanhamento psicológico pelo hospital, preferindo ser acompanhada pelo Naves. Relata que completou o esquema antirretroviral. Prestou o depoimento oito meses após a agressão.

Mulher 9: casada, 18 anos, gestante, ensino médio completo, mora em Curitiba. A violência sexual ocorreu no período da noite, seguida de assalto, por agressor único e desconhecido. Estava com uma amiga que também foi estuprada por cinco indivíduos, contudo relatou que os agressores a pouparam por estar gestante. Foi socorrida pela polícia civil, que a levou para um hospital não especializado no atendimento de vítimas de violência sexual e posteriormente foi encaminhada para o serviço de referência. Compareceu somente à consulta D0. Recusou o acompanhamento psicológico pelo hospital, preferindo ser acompanhada pelo Naves. Relata que completou o esquema antirretroviral. Prestou o depoimento dez meses após a agressão.

Mulher 10: solteira, 26 anos, ensino superior incompleto e residente em Curitiba. A violência ocorreu no período da noite, no momento em que voltava da faculdade, em via pública, por agressor desconhecido. Compareceu às consultas D0 e D30. Relata

que completou o esquema antirretroviral e está em acompanhamento psicológico pelo Naves. Prestou o depoimento sete meses após a agressão.

Mulher 11: solteira, 19 anos, ensino superior incompleto, mora em Curitiba. Sofreu a violência sexual no período da noite, por um taxista, quando voltava de um bar. Compareceu ao serviço de referência somente no primeiro atendimento D0. Não completou o esquema antirretroviral. Recusou acompanhamento psicológico do serviço e está em acompanhamento psicológico pelo Naves. Prestou o depoimento seis meses após a agressão.

4.3 AS ENTREVISTAS

Com a finalidade de convidar as mulheres para participar do estudo, selecionaram-se 42 prontuários daquelas atendidas em 2013 e 2014, decorridos seis meses da data do primeiro atendimento e que não completaram o seguimento ambulatorial, conforme o protocolo de atendimento estabelecido, isto é, iniciaram o acompanhamento (D0) e não compareceram a um dos retornos estabelecidos no serviço de referência, local do estudo (D30, D90, D180).

Com base nos prontuários, procurou-se contato com as mulheres, no entanto os endereços residenciais e o número dos telefones registrados nos prontuários estavam desatualizados. Assim sendo, 14 mulheres foram contatadas via telefone, e três não concordaram em participar da pesquisa, relatando dificuldade em recordar a agressão sofrida.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a data, o horário e o local escolhidos pelas mulheres que atendiam aos critérios de inclusão no estudo. Estas foram realizadas entre outubro de 2014 e abril de 2015, por meio das seguintes questões norteadoras: fale sobre a situação de você ter passado por um episódio de violência, ter iniciado o tratamento e ter faltado às consultas do seguimento ambulatorial. Depois disso tudo que aconteceu, como você está lidando com a situação? Qual a sua expectativa?

O número de participantes não foi preestabelecido. Realizaram-se 11 entrevistas e todas foram suficientes para responder às perguntas e ao objetivo do estudo. Cabe destacar que as mulheres foram abordadas individualmente,

prescindindo suas participações da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Foram informadas sobre o direito de participar ou não e, ainda, de desistir de sua participação a qualquer momento.

Antes da entrevista, solicitou-se a permissão do uso do gravador, a fim de possibilitar o registro na íntegra dos depoimentos e sua posterior análise. Os depoimentos duraram em média 40 minutos. A fim de facilitar a verbalização do vivido, estabeleceu-se um ambiente de confiança mútua com as mulheres. O sigilo e o anonimato foram garantidos por meio da substituição dos seus nomes pela letra M (mulher), seguida de algarismos arábicos de acordo com a ordem de realização das entrevistas (M1 a M11).

4.4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Para a análise dos depoimentos, utilizaram-se as etapas sugeridas por estudiosos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (Jesus et. al., 2013) sendo eles:

1. Transcrição na íntegra dos depoimentos;
2. Leitura e releitura de cada depoimento para apreender o sentido global da experiência das participantes;
3. Identificação das unidades de significado, ou seja, partes dos depoimentos que expressam aspectos relevantes que levam à compreensão dos motivos-porque e motivos-para da ação humana;
4. Agrupamento das unidades de significado de acordo com as convergências presentes nos depoimentos;
5. Elaboração das categorias concretas do vivido, que permitirão a compreensão do fenômeno investigado;
6. Análise compreensiva dos resultados à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e referenciais relacionados ao tema.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado sob Parecer nº 795.072, CAAE: 31703914.2.3001.0103, de 16 de setembro de 2014 (Anexo). A coleta de dados teve

início após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Paraná, conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012b).

Foi garantida a liberdade para participação ou não do estudo, assim como a utilização de um ambiente reservado onde a mulher daria o depoimento. As participantes foram esclarecidas sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo e a utilização dos depoimentos somente para fins acadêmicos e científicos, conforme previsto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b).

A pesquisadora procedeu à orientação de cada participante sobre o risco de passar por constrangimento ao responder às perguntas e informou que a pesquisa seria suspensa caso houvesse algum impedimento por parte da mulher (no caso de se recusar a continuar o depoimento) ou por parte da pesquisadora.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

Ao refletir sobre sua experiência de haver sido agredida sexualmente, iniciar o seguimento ambulatorial e não comparecer a todas as consultas desse seguimento, as mulheres descrevem a trajetória percorrida desde a agressão, apontando as razões que contribuíram para a interrupção do tratamento. Essas razões estão expressas nas categorias apresentadas que constituem os “motivos porque” e os “motivos para” da não adesão ao seguimento ambulatorial.

O contexto da não adesão ao seguimento ambulatorial traduz os “motivos porque” da ação das mulheres que experienciaram a violência sexual e não deram seguimento ao tratamento proposto pelo serviço de referência. As seguintes categorias compõem este contexto: “Falta de acolhimento nos serviços de atendimento”; “A violência (re) vivida na delegacia”; “O constrangimento diante dos profissionais de saúde”; “A dificuldade para recordar a situação de violência”; “A frágil corresponsabilização entre a mulher e o profissional de saúde” e “A dificuldade para adesão aos medicamentos prescritos”.

Falta de acolhimento nos serviços de atendimento

A mulher enfatiza o caminho percorrido nos serviços de atendimento, situações referentes ao atendimento realizado pelos profissionais e, sobretudo, o desconhecimento destes no que diz respeito à rede de atenção às mulheres em situação de violência sexual:

“Chegamos ao IML e ficamos cerca de 30 minutos lá e falaram que o atendimento não era ali. Como eu era menor de idade, me mandaram para o hospital Pequeno Príncipe. Depois de ficar mais de uma hora e meia esperando, quando fui atendida, uma residente deu uma olhada, começou a perguntar o que e como tinha acontecido. Para mim, ela era uma curiosa, para ser sincera, daí, depois de tudo isso, ela me diz que o atendimento não era ali, que, como eu era maior de 12 anos, era em outro hospital porque ali era só até os 12 anos.” (M4).

“Do posto de saúde me mandaram para o hospital, eles podiam já ter feito algum tipo de atendimento no posto, porque do posto eu tive que ir até o hospital, do hospital eu fui até a delegacia da mulher. Como o perito já tinha me visto no hospital, eles já podiam ter feito tudo ali mesmo, no hospital. Daí você tem que ir à delegacia da mulher para abrir um Boletim de

Ocorrência, depois eles querem que você volte lá tantos dias depois, para fazer outras coisas.” (M6).

“Eu fui à polícia e eles falaram para eu ir ao IML só na segunda-feira, e eu perguntei: ‘mas eu não tenho que fazer exame?’ No IML, falaram que era para ir ao hospital. Quando eu chamei a polícia, não mexi em nada, nem tomei banho, porque eu via um seriado policial e eu aprendi que não pode mexer em nada. Eu falei isso para os policiais, os policiais falaram que eu podia tomar banho e que era para ir ao IML na segunda-feira, falaram que podia arrumar a casa. Daí eu lavei tudo, estava com nojo de tudo. Depois brigaram comigo porque eu tinha arrumado tudo. Nossa, fiquei revoltada. Daí não queria mais saber de nada.” (M11)

Segundo as mulheres que sofreram violência sexual, a demora e o atendimento ruim causaram estresse e desânimo para continuar o seguimento:

“Eu cheguei a uma hora da manhã e o perito do IML chegou às seis horas. Eu tive que ficar naquele estado em que eu estava, sem tomar banho, sem comer, até esse horário. A espera foi muito ruim [...] O atendimento foi péssimo, demorado e muito confuso. No dia marcado, era uma hora da tarde, eu fui lá, ninguém sabia me informar onde era a consulta, com quem eu tinha que falar. Até eu mesma achar o lugar! Quando eu achei a moça, falou: ‘aqui não tem nada marcado para você, você tem que marcar o horário’. Eu disse: ‘eu faço o que então?’ A atendente resmungou um pouco e acabou me encaixando. Fiz a consulta com a médica e ela pediu os exames, mas, para fazer os exames, foi em outro lugar. Tive que andar mais um monte [...]” (M10).

“Lá não tinha horário para nada. Acho que todo mundo era marcado para as oito horas, e era por ordem de chegada. Então essa questão de ficar lá, de ficar enfrentando fila, o tempo que você espera para pegar um papel para fazer exame de sangue, para depois voltar lá e esperar a mesma coisa para pegar um resultado. Então a questão foi a demora.” (M8).

“Na segunda vez que era para eu retornar, eu cheguei às 8h30 da manhã eu saí de lá quase meio-dia. Estava muito cheio de gente, fiquei muito tempo e eu tinha que trabalhar, aí isso complica tudo. Na segunda consulta que era para voltar, eu acabei esquecendo e, quando retornei lá, eu não consegui atendimento, daí eu desisti depois disso, eu trabalhava direto, de domingo a domingo e, para mim, era complicado voltar.” (M9).

“No primeiro dia, eu cheguei ao hospital por volta das 11 da manhã, o perito chegou às 7 da noite. Eu já estava irritada, sentindo uma pressão enorme, pois fiquei o dia inteiro esperando [...] Eles marcam um horário e atendem em outro, é sempre essa demora. Eu não voltei, eu não queria ficar esperando, eu sabia que estava passando mal por conta dos remédios, eu estava impaciente, me dava um nervoso de ficar esperando, daí não voltei.” (M11).

Outra questão ressaltada pelas participantes foi a postura dos profissionais de saúde, revelando a falta de ética, de empatia e o descaso nos atendimentos recebidos:

“No primeiro atendimento, ela (médica) não falava muita coisa [...] me falou que eu ia fazer três etapas e só! Assim, bem seca. Só falou o que eu tinha que fazer: ‘você faz os exames, vou te dar o encaminhamento e daí você volta para eu te dar os resultados e encaminhamentos para outros exames’. O segundo atendimento foi a mesma coisa, não tenho muito o que falar porque foi igual, recebi a guia para os exames e nem cheguei a levar para ela.” (M1).

“As enfermeiras que me atenderam eram um pouco arrogantes, porque acho que esperavam que eu chagasse em uma situação e eu cheguei em outra. Penso que elas queriam que eu chegasse de ambulância, com um drama enorme, e eu sempre estou bem, sempre brincando. Então eu não cheguei do jeito que elas esperavam que eu chegasse. Até uma delas falou assim para a outra: ‘nossa, nem parece que aconteceu nada com ela’. Então parece que elas querem que você prove para elas que aconteceu alguma coisa.” (M5).

“Uma enfermeira ficou bem chocada, parecia que ela não achava que isso podia acontecer com alguém, ela me viu e disse: ‘mas, menina, como que isso aconteceu com você?’ Eu respondi: ‘acontecendo’. Ela já era uma senhora, ficou toda horrorizada, e eu até perguntei se não tinha outros casos iguais ao meu lá. Ela me disse que não parecia o que tinha acontecido [...] eu perguntei se estava desconfiando de mim. Ela disse que não. Como eles ficavam perguntando toda hora isso, dá uma sensação que não estavam acreditando. Eles estão precisando de gente que ame o que faz mesmo, se não o serviço não vai andar.” (M6).

“Depois era para eu retornar para fazer uns exames. Acho que era exame ginecológico, se não me engano, e pegar os resultados dos exames, aí acabei não voltando. Não voltei na verdade porque tinha esquecido o dia, mas, quando fui lá, não consegui atendimento, porque tem dias certos de atendimento, daí eu não queria faltar no serviço de novo e acabei nem indo [...] também achei estranho que eles não ligaram perguntando, não entraram em contato, nem nada, nenhuma vez. Eu achei que eles iam me procurar como fazem no postinho. No postinho, se você não vai à consulta, eles ligam, mandam alguém na tua casa para ver o que aconteceu, e lá, nem ligaram. Achei que iam, porque é uma coisa importante, poderia estar com o vírus da aids e não saber, algo assim. Parece que eles não estão nem aí para você. Não se preocuparam em ligar, em ver o que aconteceu com você.” (M9).

“Eles não têm uma organização. Não espalham um memorando para todo o hospital ficar sabendo onde é o atendimento. Ficam perdidos nas informações. Você chega lá na portaria eles não sabem te dizer onde você vai ser atendida. Só falam: ‘oh! Vai lá naquele local que eles vão te informar’ e eles não sabem. Você tem que ir em outro lugar que eles também não sabem, e você vai indo até que você cai no lugar certo. Então é bem complicado [...] Eu costumo falar que eu não me recuso a falar com ninguém sobre isso, se perguntam, eu falo: ‘são duas violências, a violência sofrida, e a violência pós-violência’. Eles não te atendem bem, porque, além deles não saberem informar, não são gentis com você, são extremamente grossos. É como se fosse: ‘ah, se vira, vá procurar você o local de atendimento’. E isso mexe com a gente também, porque você está ali com seu emocional abalado. Estou me recuperando, só agora que eu estou me socializando novamente, aí você ainda está chocada com a figura humana, daí você fica escutando essas coisas em um atendimento, isso é muito triste, sabe.” (M10).

“Marcaram para 30 dias. Até voltei em um dia que era o psicólogo. Eu fui às sete da manhã e fui atendida às 9h30. Eles me atenderam em 10 minutos.

Falou para eu procurar algum atendimento particular, porque lá ele não tinha estrutura e tempo para me atender direito. Perguntou se eu tinha plano, falei que tinha, daí ele disse para eu procurar alguém do plano, porque lá ele só tinha 15 minutos para conversar comigo.” (M11)

A violência (re) vivida na delegacia

Visto que a violência sexual é considerada crime, no Código Penal Brasileiro, as pessoas em situação de violência necessitam comparecer à delegacia para depor. Contudo, os depoimentos das mulheres revelam o constrangimento que sofreram na delegacia em virtude do mau atendimento, demora, desrespeito e falta de privacidade:

“Eu tive que ir para a delegacia para dar meu depoimento e aí sim ele ficar preso. Não precisei fazer reconhecimento porque eles pegaram o cara no flagra. Depois veio uma intimação para prestar o depoimento de novo, com o advogado do cara, daí eu não fui nessa primeira vez porque eu praticamente já tinha esquecido, foi difícil. Eu já estava conseguindo viver minha vida normal, quando chegou a intimação para mim. Daí já fiquei mais do que abalada de novo, porque me fez lembrar tudo isso de novo, então, eu acabei tomando um monte de remédio e fui levada para o hospital.” (M1).

“[...] eu tive que contar a mesma historia no guichê, onde as atendentes, sendo mulheres, poderiam ter me preservado. Eu falei: ‘moça, eu sofri um estupro’, e ela disse: ‘tá, onde foi? Quando foi?’ Poxa, eu tive que falar ali, na frente de todo mundo, ao invés dela ter me puxado, me levado num cantinho para perguntar o que tinha acontecido. Não, ela falou na frente de todo mundo. Tive que voltar no outro dia e me enrolaram para atender. Eu cheguei na porta (risos), eu tive que ser barraqueira naquele dia, ‘moça, eu fui estuprada, eu queria um atendimento, eu não estou aqui para ficar esperando, não posso ficar mais aqui, vou ter que contar a história toda de novo para você, você precisa resolver’. É tudo muito enrolado, é tudo precário, é tudo muito difícil, eu já tenho problema demais para resolver. Daí eu nem dei prosseguimento, até insistiram para eu ir atrás, mas não fui.” (M6).

“Na última vez que eu fui à delegacia, estava um monte de policial junto, delegado, investigador e tive que dar o depoimento de novo. A escrivã saiu e disse para o delegado que isso não ia dar certo, porque, toda vez que eu ia lá, eu falava coisas diferentes. Nesse dia, bati na mesa e falei: ‘toda vez que eu vier aqui, eu não vou falar letra por letra igual, espero que a senhora nunca esteja no meu lugar, na minha pele, não queira passar por isso, então não fique falando que eu venho aqui e falo coisa diferente’ e eu falei para o delegado que não ia voltar por causa dela.” (M7).

“[...] fui para delegacia com meus pais e saí de lá quase dez horas da noite, passando frio, com a mesma roupa que eu estava, foi difícil, sabe, eu estava me sentindo muito constrangida por estar ali, por todo mundo saber do que tinha acontecido.” (M8).

“Eu fui a um monte de delegacia, não aguentava mais repetir o mesmo discurso. Pior que, na delegacia da mulher, tinha quatro pessoas escutando;

na delegacia de furto, mais três pessoas, e eu repetia a mesma coisa para todo mundo. E o que adiantou falar tantas vezes? Fiquei revoltada.” (M11).

A violência de gênero mostrou-se presente no atendimento dessas mulheres:

“A gente foi muito maltratada na polícia civil da cidade. Foi péssimo o atendimento. O menino entrou algemado e a gente ficou na parte de fora da delegacia. Depois veio o escrivão de plantão no horário da noite e ele disse assim para mim e para minha mãe: ‘olha, pensa bem, você vai dar queixa do rapaz, vai acabar com a vida dele, foi um mau dia para ele’. Enfim, ele disse para minha mãe que aquilo era arte de criança. Daí foi muito ruim, porque a gente ficava do lado de fora sentadinha, esperando, na recepção e o menino lá dentro. Escutei o escrivão dando risada com ele [...] Outro policial passou e falou para outra pessoa dando risada: ‘esse aí foi um dia difícil para ele hoje’, ‘pegou a menininha errada, no dia e na hora errada’. E a gente escutando tudo aquilo ali.” (M4).

“A escrivã era muito grossa, eu não voltei mais lá por causa dela. Ela era muito ignorante. No estado que eu estava, ela encostou na parede e falou: ‘engraçado, você foi sequestrada, abusada e não tem nenhuma marca, nada [...] Nenhum roxo?’ Daí eu olhei para ela e fiz uma pergunta: ‘se a senhora estivesse com um cara com o dobro do seu tamanho, num lugar que você não sabe nem como chegou com uma arma apontada para a sua cabeça, você iria fazer o que?’ Eu preferi viver. Ele falou que, se eu me comportasse, ele me levava embora de novo e me deixava perto de casa.” (M7).

“Você é mais maltratado do que qualquer coisa. A gente disse para o conselho tutelar que foi maltratado lá pelo pessoal da delegacia, eles disseram que lá eles não têm infraestrutura e nem pessoal treinado para atender casos desse tipo e que ainda existem muitos machistas pelo mundo, que acham que a culpa é da mulher, porque foi exatamente isso que eu entendi quando a delegada veio falar com a gente.” (M4).

O constrangimento diante dos profissionais de saúde

O momento de fazer os encaminhamentos e solicitações de exames laboratoriais também foi citado pelas participantes como uma forma de constrangimento e sofrimento:

“Quando eu saí, eles me deram um papel de encaminhamento para voltar e, nessa consulta, eles iam me dar outro encaminhamento para fazer os exames. Eu fui, fiz o primeiro e fiz o segundo, só que eu me senti muito mal [...] porque, no papel, vinha com letras gritantes o motivo do pedido. Então, para mim, todo mundo sabia o porquê que eu ia fazer os exames. Então, isso me deixava muito mal. Eu falava com a minha mãe: ‘mãe, vamos sentar lá atrás’ [sala de atendimento] [...] pensava, todo mundo está olhando para mim, foi difícil.” (M1).

“Daí eu pensei: ‘ah, eu não vou, vou chegar lá e vou falar o que na recepção? Eu não queria falar o porquê estava indo’, daí não voltei mais por conta disso também.” (M5).

“Com o segundo exame, foi a mesma coisa, recebi a guia para os exames e nem cheguei a levar para ela porque eu já estava de saco cheio de ter que ir lá e toda vez levar aquele papel e as atendentes olharem porque eu estava ali. Isso já foi demais! Acabei não indo. Olha! O constrangimento do papel pode ser bobagem, mas, para mim, não é, ter que levar aquele papel e, toda vez que eu for, as atendentes olharem o porquê daquilo. Para mim, era muito ruim.” (M1).

A realização do exame ginecológico após a violência sexual, nos serviços de atendimento, especialmente pelo profissional do sexo masculino, foi também um fator de sofrimento:

“Eu não queria mais voltar por conta do exame ginecológico, me senti invadida de novo, pelo fato de ser um homem. Eu já tinha passado por tudo aquilo. A vergonha que eu passei lá, por conta desse exame ginecológico foi que me fez não voltar. Eu não queria mais que ninguém fizesse esse exame comigo. Eles não explicaram bem sobre o retorno, deviam dizer: ‘você tem que fazer tal e tal exame’ e se ia precisar ou não repetir aquele exame ginecológico. Mas não falaram nada, não explicaram que tipo de exames que tinha que fazer para frente. Acho que, se eu soubesse, teria voltado. Na hora também a gente está muito nervosa, com a cabeça longe.” (M2).

“Meu receio era que o exame fosse feito por um homem, eu estava com vergonha, fiquei com vergonha de falar tudo que tinha acontecido, porque ele perguntou o que o cara fez. Eu não conseguia contar tudo, mas como minha mãe foi junto comigo e eu contei para ela, ela acabou falando mais com ele do que eu [...]” (M3).

“Acho que compareci duas vezes ao serviço. A primeira foi para fazer os exames. Veja, você chegar a um lugar onde tem um monte de homens para te atender, sendo que você já sofreu um abuso, o estupro. Daí tem um monte de homem para te atender. Me encaminharam para o psicólogo, eu acho que o psicólogo para casos de estupro, na minha percepção, não foi uma coisa certa. Acho que o atendimento deveria ser mulher, e me encaminharam para um homem, eu acho que não é bem assim, aí eu não quis participar. Tudo deveria ter sido feito somente por mulher. Eu fiquei analisando: e as outras meninas que são menores de idade? Eles atendem também? E como elas se sentem depois disso? Será que eles já pararam para pensar nisso? Porque eu já sou mãe, mas ninguém parou para pensar. Eu tenho uma irmã de 14 anos, e se fosse com ela?” (M6).

“Essa questão de ser um homem, ainda mais depois do que aconteceu, quando você sofre um abuso dessa forma. Você já está constrangida pelo que acabou de acontecer. Daí você vai lá e tem que abrir as pernas para um perito, e, no meu caso, o perito era um grosso. Ele chegou, falou ‘boa tarde’, não falou mais comigo, perguntou de uma forma grosseira: se tentaram isso, aquilo. Grosseiro e insensível! Acho que em situação alguma se deve tratar uma pessoa assim, ainda mais depois do que aconteceu. Me senti mais constrangida do que eu já estava, porque no atendimento tinha sido só médica e enfermeira, foram só mulheres, o único homem foi do IML. Acho que, nessa situação, poderia ser uma mulher, além do mais, se fosse uma mulher, ela teria mais sentimento do que ele teve.” (M8).

Conforme os depoimentos, o envolvimento de estudantes durante as consultas foi também motivo de muito constrangimento:

“Na minha opinião, tinha que tirar os alunos. Eu sei que eles precisam aprender, mas pelo menos nesse assunto só uma psicóloga mulher e não homem para falar com seus pacientes. É muito constrangedor falar com um homem sobre isso. É muito pior ficar com mais dois, três, quatro pessoas juntas. Deveria ter só uma psicóloga, médica em uma sala reservada só para isso. Acho que assim aumentaria o número de paciente que voltaria. Ter o profissional e mais o residente não dá, eu não acho uma boa ideia, é constrangedor é vergonhoso.” (M7).

“Estava cheio de estagiário, residentes. Daí veio uma médica mesmo, começam a falar do caso. Vão contando um para o outro e eu me senti totalmente acuada lá dentro. Não sabia o que fazer, eu sei que eles precisam aprender, eu já fiz outros tratamentos lá, mas em outro ambulatório, mas não nesse caso. Eu não acho certo isso.” (M6).

“Eu não voltei mais porque o psicólogo comentou comigo: ‘olha, você vai retornar nas consultas aqui e você vai ter um problema. Aqui, por ser um hospital de estudantes, residentes, você poderá ter uma consulta com vários estudantes juntos, para eles aprenderem passo a passo’. Acho que foi mais por esse motivo, porque eu sou uma pessoa que tem muita vergonha de falar sobre esse assunto. Ainda ter que falar sobre esse assunto, com uma pessoa que eu não conheço, e aí ter mais uns dois, três escutando [...] Mais por esse motivo mesmo. Tanto que eu nem voltei para pegar os resultados dos exames que eu já tinha feito. Por isso mesmo que eu não fui, pelo fato de ter que ir até lá, ir com o psicólogo ou com o médico e ter mais dois, três escutando, daí não fui. Isso ia só me deixar mais nervosa, com estresse. Então, melhor não ir, não me estressar.” (M7).

A dificuldade para recordar a situação de violência

O seguimento ambulatorial traz a lembrança do ocorrido que gera uma gama de sentimentos como angústia, tristeza, sofrimento, contribuindo para a não adesão a este seguimento:

“Na primeira vez que eu fui ao hospital, eu estava muito mal, muito machucada, quase desmaiada. Daí, quando eu soube que tinha que voltar, eu me senti mal, porque eu não queria mais voltar pelo motivo que eu fui, de como cheguei lá. Porque tudo que eu falava, que eu contava, eu começava a chorar. Me passava tudo de novo o que aconteceu comigo e eu não queria mais lembrar [...] Toda vez que eu olhava e olho para os pedidos dos exames e encaminhamentos, eu começo a lembrar do que me aconteceu. Me dá aquela tristeza, vontade de chorar.” (M3).

“Fui ao seguimento mais duas vezes, fazer a coleta de sangue, os exames. Cada vez que eu ia, eu não gostava de ficar contando a história, toda vez tinha que repetir tudo de novo.” (M4).

“Depois de uns 20 dias, eu voltei para pegar os resultados dos exames. Todos os resultados foram negativos. Daí eu tinha que voltar novamente, falei que não ia voltar e não voltei. Muito demorado o atendimento e ter que

ficar contando a história tudo de novo para um monte de gente, eu não queria mais. Eu tinha até uma consulta já agendada no ginecologista antes de tudo isso, eu nem fui nele porque não queria mais passar por tudo isso de novo.” (M6).

“Você chega ali na recepção, você tem que contar a história tudo de novo, porque ninguém me deu um papel lá do posto. Eles me fizeram contar a mesma história que eu já tinha contado para mais de 15 pessoas, lá no posto. Tive que contar lá no hospital também, daí, toda vez que você chega na recepção, conta de novo. Já estou com trauma, vou lá e conto de novo a mesma história para mulher que repassa para outra pessoa e, no consultório médico, tive que contar tudo de novo.” (M6).

“Não voltei. Contar tudo de novo? Não, já tem um protocolo, eles já têm uma pasta com tudo o que passei, então eles sabem, não tem que ficar perguntando de novo, é só eles terem mais capacidade de ler o que está escrito, isso é maçante. Eu sentia nojo de lembrar. Senti muita pressão no atendimento. Já é terrível ter que lembrar, eu estava frágil. Daí eu penso, por isso que muitas mulheres não voltam. Não voltam por te mandam de um lugar para o outro, todo mundo fica sabendo da história e a mulher não quer isso, nenhuma mulher quer saber disso.” (M6).

“A perita do IML chegou e perguntou de novo o aconteceu comigo, tive que contar tudo de novo mais uma vez. Daí chega outra pessoa e pergunta tudo de novo. Isso incomoda muito.” (M7).

“O perito do IML, quando chegou lá, a enfermeira já tinha coletado meu depoimento, ele coletou de novo, então essa questão de falar, você dá depoimentos em vários lugares, para inúmeras pessoas, acho que devia ser uma coisa que serve para todos.” (M8).

“Vou ficar indo no hospital para que? Só para ficar me irritando? Eles me deram um papelzinho, mas eu perdi esse papel. Eu não estou a fim de lembrar, porque, se eu vou lá, fico lembrando o que aconteceu. Fico irritada por causa da demora também. Fico muito nervosa, muito ansiosa, revoltada. No hospital, eu estava sozinha e eu estava lembrando toda hora do que aconteceu, se eu voltar lá, vou ficar lembrando de novo. Ficam perguntando, e eu não gosto de ficar falando.” (M11).

“O perito do IML demorou para chegar, tive que ficar sem roupa, esperando ele chegar. Depois tive que contar tudo de novo e era um homem. Poxa! Passou pela primeira pessoa, é só anotar que o outro já fica sabendo o que aconteceu [...] parece que eles pensam que é mentira da gente, [...] dá a impressão que eles não acreditam na gente, de tanto que tem que contar a mesma história.” (M6).

A frágil corresponsabilização entre a mulher e o profissional de saúde

Os depoimentos também revelam uma frágil corresponsabilização entre os profissionais de saúde e as mulheres que sofreram violência sexual, o que pode ter dificultado a finalização do seguimento ambulatorial:

“[...] fiz os exames que tinha que fazer, tudo certinho e daí eles me liberaram. Falaram que tinha que fazer um acompanhamento para fazer os exames de sangue. Os médicos residentes me atenderam e eles não

falaram muita coisa. Só falaram sobre os exames que eu tinha que fazer: 'eu vou te encaminhar agora ali, para a sala de tomografia'. Só falaram isso e me deixaram esperando em uma sala, depois voltaram. Quem falou certinho comigo sobre os medicamentos foram as enfermeiras. Falaram o porquê eu tinha que tomar os remédios. Isso me explicaram muito bem, a importância de tomar e foi só isso." (M1).

"Eu acho também que eles não explicaram bem sobre o retorno. Deviam dizer: 'você tem que fazer tal e tal exame' e se ia precisar ou não repetir o exame ginecológico. Mas não falaram nada, não explicaram que tipo de exames que eu tinha que fazer dali para frente. Acho que, se eu soubesse, teria voltado. Na hora também, a gente está muito nervosa, com a cabeça longe." (M2).

"Daí falaram: 'volte daqui seis meses de novo'. O conselho tutelar encaminhou para o psicólogo, daí eu e minha mãe fomos. Depois da primeira sessão, eu não queria ir mais, achei desnecessário, ir lá, sair de casa só para conversar, converso em casa [...] A psicóloga ligou, e eu não queria ir, mas acabei indo, mas foi uma sessão só. Daí ficou por isso mesmo." (M4).

"Falaram que a gente ia fazer aquele exame e aí, depois de seis meses, a gente teria que voltar, algo assim. Que eu faria de novo o exame, para ver se não deu nada, algo de errado. Que a aids fica escondida e, depois de seis meses, pode aparecer. Algo assim que uma mulher me explicou, no primeiro atendimento." (M9).

"Minha cabeça estava a mil no primeiro dia. A única coisa que eu lembro é que eu tinha que fazer os exames para ver como estava minha saúde no momento. Que eu tinha que voltar depois de três meses para tomar vacina, fazer exames e ver se tinha mais alguma coisa depois de seis meses que também não lembro o que era." (M11).

"Eles não me explicaram direito sobre os retornos, fiquei meio perdida. No primeiro dia, eles me deram todos os remédios. Escreveram em um papel o dia para eu voltar. Eu fui para ver os resultados dos exames e para ver se eu estava bem. Eles me perguntaram se eu estava tomando os remédios direitinho. Como eu estava bem, me encaminharam para o psicólogo. Eu falei que não queria, que eu estava me sentindo melhor, aí ela falou que, se eu quisesse voltar, eu poderia, mas daí eu não voltei." (M3).

"E eles não falaram em retorno nenhum, na verdade, eu não entendi direito, eu acho. Eu fui atendida lá e comecei também um tratamento com o psicólogo. Fui encaminhada pelo hospital daqui. Fui uma vez no hospital, não me explicaram direito que eu tinha que voltar." (M2).

"Eu voltei, ela só olhou os exames que eu tinha feito, disse que estava tudo certo e perguntou se eu queria ir ao psicólogo, mas eu não quis, eu achava que não precisava. Sinceramente, eu não voltei mais porque achava que estava tudo certo. Os exames sempre davam certo, daí eu não voltei mais." (M4).

"Então eu até voltei lá para pegar os resultados desses exames, que era beta HCG, que eu não entendi que era para ver se estava positivo ou negativo. Tanto é que, quando eu voltei na outra consulta, ela pegou o papel, disse que estava tudo bem e só. Eu achava que não tinha mais necessidade de voltar lá, eles também não me ligaram, não entraram em contato comigo." (M5).

“Fui encaminhada para o posto para tomar as duas doses de benzetacil. Depois voltei na outra consulta e o médico que me atendeu viu os exames e disse que eu tinha melhorado, que não tinha nada de errado. Por isso eu não fui mais. Achei que estava tudo certo comigo, já que os exames deram tudo certo. Fui só duas vezes lá. Acho que não me explicaram muito bem que eu tinha que voltar. Aí, como não me pediram mais, eu não voltei.” (M3).

“Ah, como eu fiz alguns exames e ela disse que não tinha nada, eu não me senti com vontade de voltar. Para que eu ia voltar? Para ela não falar nada de novo e aquele bando de pessoas me olhando? Não quis voltar.” (M6).

“Como a doutora disse que o último exame era só por garantia não me preocupei tanto mais, não ia alterar os outros que deu tudo bem, eu sei dentro de mim que está tudo bem, se os outros deram bem, esse seria só por garantia mesmo.” (M8).

“A moça me falou que eu tinha que fazer um acompanhamento por seis meses no hospital. Não lembro se era a assistente social. Daí eu falei: ‘mas porque tudo isso?’ Daí ela falou que eu ia voltar e falar com a doutora que me atendeu e que ela ia me explicar certinho. Sabe, até que, depois que tinha passado seis meses, eu voltei lá, mas a moça da recepção não soube me informar direito. Eu não sabia se eu tinha mais consulta, ela disse que não tinha mais necessidade de eu ir no hospital, que não tinha mais consulta. Daí eu nem voltei mais.” (M5).

A dificuldade para adesão aos medicamentos prescritos

O seguimento ambulatorial prescinde a necessidade de uma terapêutica medicamentosa, que conduz a mulher à vivência de efeitos colaterais indesejáveis, os quais podem vir a contribuir – além da falta do acolhimento e das fragilidades da rede – para a não adesão da mesma ao seguimento ambulatorial:

“Na verdade, nem terminei de tomar todos os remédios porque me fizeram muito mal. Eu tomava ele e passava mal, jogava fora, vomitava, me dava muito sono. Parei de tomar, não estava mais aguentando e não voltei mais.” (M3).

“Passei muito mal com os medicamentos. Eu tomei o coquetel só uns três dias, me dava muito enjoo, vontade de vomitar, eu falei para ela que não tinha tomado, pois, sempre que eu tomava, eu passava muito mal.” (M4).

“Esses medicamentos que eu tinha que tomar em casa dava muito enjoo. A médica até falou: ‘olha, esses medicamentos são muito fortes, eles vão dar um mal-estar em você, é normal do remédio e, se você passar muito mal, você volta aqui e fala comigo’. Só o cheiro já me enjoava, eu até tenho ele aqui. Só de abrir a caixinha, eu já enjoa, só pelo cheiro do remédio.” (M5).

“O mais difícil para mim foram os remédios. [...] é um medicamento muito pesado, e eu tive que ficar mais ou menos duas semanas com acompanhamento por alguém. Minha mãe e meu namorado ficaram, porque era direto enjoo, do nada eu desmaiava.” (M7).

“Foi horrível, tomei durante 28 dias o coquetel. Me dava enjoo e tontura. Eu nunca tive problema em tomar remédio, mas, depois desses que me fizeram tanto mal, com tanto efeito colateral, eu não consigo mais tomar remédios. Parece que qualquer um que eu vou tomar vai me fazer mal, muito ruim.” (M8).

“Tomar a medicação retroviral é insuportável. Eu só tomei tudo porque não queria ficar doente. Tomei uns trinta dias sem falhar e isso me fez muito mal. Você fica sentindo mal-estar o tempo todo. Você sente o cheiro do remédio na pele, no xixi, fica até na sua roupa, é insuportável. Muito enjoo, minha cabeça girava, era como se eu tivesse entrado em coma. Eu tomava dois comprimidos, de 12 em 12 horas. Não podia falhar um dia, porque pode causar resistência, isso eles deixaram bem claro para mim.” (M10).

“A primeira semana foi horrível. Eu sou gorda, eu amo comer e eu tinha nojo da comida, dava diarreia, fiquei fraca, fiquei com diarreia os 28 dias, mas não deixei de tomar um dia sequer.” (M11).

Além dos efeitos colaterais, as mulheres relatam que a apresentação farmacêutica dificultou a ingestão dos medicamentos antirretrovirais:

“[...] quando eu voltei para casa, eu não tomei os remédios. Tentei tomar uns dias, mas um dos comprimidos era muito grande, eu não conseguia engolir. Ele era bem grande, doía a garganta para tomar.” (M2).

“Além dos efeitos colaterais, as pílulas eram muito grandes; umas amarelas e outras brancas, nossa! Me embrulhavam o estômago.” (M5).

Mesmo não tendo participado integralmente do seguimento ambulatorial, as participantes deste estudo revelam o desejo de retomar a vida. A categoria “A busca da mulher pela superação da violência sexual sofrida” traduz os “motivos para” relacionados à superação da agressão sofrida.

A busca da mulher pela superação da violência sexual sofrida

As mulheres deste estudo têm como expectativa superar as consequências da violência sexual sofrida. Para isso contam com o apoio de membros da família, amigos:

“Estou tentando viver. Porque, se você ficar pensando na coisa, você não vive. Agora eu já estou melhor, eu consigo falar no que aconteceu. Na verdade, não tem como voltar ao normal, sempre tem um detalhe. Não é como se nada tivesse acontecido, porque eu não sou a mesma pessoa de antes e jamais vou voltar a ser. Posso superar o que aconteceu, mas infelizmente não vou voltar a ser como antes.” (M10).

“Agora, eu já estou bem melhor, eu consigo falar para você o que aconteceu. Parece um filme que passa na minha cabeça, é como se não

tivesse acontecido comigo. Eu tive um acompanhamento com um psicólogo.” (M1).

“Hoje minha vida é outra. Tenho que seguir em frente.” (M3).

“Quero voltar a ser como antes, manter a confiança da minha família de novo. Eu quero esquecer tudo isso. Esquecer a gente não esquece, mas não quero ficar lembrando. Não vou deixar isso atrapalhar a minha vida, não quero ficar mal.” (M4).

“Eu acho que o que me leva para frente é meu filho, eu tenho que acordar cedo, criar ele, é só eu e ele, tenho que me manter forte.” (M6).

“A vida muda, mas eu estou tentando procurar o lado bom disso tudo. Vai ser difícil, eu sei. Eu tomo cuidado, estou sempre com alguém. As pessoas estão mais próximas a mim, isso foi o lado bom. [...] quero minha vida de volta.” (M10).

“Agora já está bem melhor. Minha filha e meu marido são motivos que me fazem querer ir em frente e não só ficar pensando naquilo. Até então a gente não estava casada, estava só namorando, aí a gente casou, tem a nossa casa, são coisas assim que te fazem ir para frente.” (M9).

“Eu não quero deixar de sair por causa desse cara. Agora eu estou querendo fazer coisas diferentes que antes eu não fazia. E acho que eu já superei. Eu superei. Vou voltar a sair com minhas amigas.” (M11).

A mulher que sofreu a violência sexual, após o enfrentamento das dificuldades para retomar sua vida, busca ressignificá-la. O estudo e o trabalho são apontados como elementos norteadores desse novo sentido a ser alcançado:

“Eu quero fazer muita coisa ainda. Quero fazer faculdade e, na verdade, eu queria um mundo melhor, sabe, mas isso é difícil. Quero pensar no meu lado pessoal, no profissional. Quero me formar, fazer muito ainda. Quero dar apoio às outras pessoas. Depois de toda essa trajetória de vida que eu tive, quero ajudar outras pessoas. É isso.” (M1).

“Eu quero continuar estudando. Quem sabe um dia, eu perca esse medo que tenho e consiga sair com meus amigos? Quero viver normal igual a antes.” (M2).

“Quero estudar, tenho que estudar [...] (risos). Quero ser igual à maioria das pessoas que têm uma melhor condição de vida. Essas coisas assim, quero fazer faculdade de odontologia, quero ser dentista.” (M4).

“Agora eu quero voltar a estudar, na verdade, eu sei que eu preciso.” (M5).

“Quero voltar a estudar, fazer faculdade. Arrumar um emprego porque eu estou desempregada.” (M6).

“Agora o que eu mais quero é trabalhar em um hospital. Penso agora em terminar meus estudos. Trabalhar é o que me ajudou a não desabar. Se Deus quiser, agora em junho, eu termino o curso, quem sabe, depois, faço uma faculdade? Acho que foi isso que me tirou de casa, trabalhar, ajudar os outros.” (M7).

“Eu continuei a minha vida. Eu já tinha planejado com meu namorado de fazer o cursinho pré-vestibular, a gente fez, estudou junto e fizemos as provas juntos. Acho que a gente está conseguindo seguir a vida, eu estou bem, estou de um jeito que eu não achava que poderia estar.” (M8).

“Ainda quero fazer uma faculdade. [...] quero voltar a estudar, fazer faculdade, ou me especializar na minha área mesmo, eu sou confeitadeira, algo assim [...] Eu quero fazer alguma coisa, mas ainda não sei o que.” (M9).

“Quero me formar, tenho que estudar, eu tenho 26 anos, mas, até os 50, eu tenho muito o que fazer, não sei se quero me casar, nunca tive esse sonho. Quero trabalhar, quem sabe um dia, vou ter meu próprio negócio?” (M10).

“Eu quero me formar, ganhar dinheiro e poder ajudar as pessoas, os orfanatos. Mas agora eu sei que tenho que estudar, me formar, queria trabalhar, porque eu estou ficando maluca sem trabalhar, não quero ficar sozinha aqui em casa.” (M11).

Mesmo tendo abandonado o seguimento ambulatorial, após a reorganização e recuperação física e mental do trauma sofrido, algumas mulheres procuram os serviços de saúde, demonstrando preocupação com a sua saúde:

“Como eu não terminei os exames nos hospitais, eu procurei o serviço de saúde depois. Tento sempre fazer mais exames, cuidar da saúde.” (M7).

“Eu marquei com a minha ginecologista esses dias, contei por cima para ela e ela me pediu os exames, daí vou fazer e levar o resultado para ela.” (M8).

“Eu resolvi procurar o médico particular, pagar a consulta, os exames, ao invés de ficar esperando. Porque o atendimento é péssimo, é demorado e é muito confuso. Aí você vai em um particular, que te tratam com mais cordialidade e te deixam mais à vontade. Você se sente bem melhor.” (M10).

5.2 TIPIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA

A possibilidade de o pesquisador compreender os fenômenos sociais, por meio da identificação dos “motivos porque” e “motivos para”, que permeiam as ações e projeções dos indivíduos no mundo social, pode se dar mediante a tipificação. Trata-se de um esquema teórico que possibilita a interpretação de situações únicas, vividas por cada indivíduo, que tem origem em motivos peculiares com fins característicos e sentido social específico (Schütz, 2012).

A mulher em situação de violência sexual que não aderiu ao seguimento ambulatorial é “aquela que, ao procurar os serviços da rede de atendimento, não se sente acolhida pelos profissionais que a atendem, revive a violência sofrida na delegacia e sente-se constrangida diante dos profissionais de saúde. Tem

dificuldades para recordar a situação de violência, revelando a frágil corresponsabilização entre ela e os profissionais de saúde e dificuldades para aderir aos medicamentos prescritos, devido aos efeitos colaterais. Busca a superação da violência sofrida, contando para isso com o apoio de familiares e amigos. Espera ressignificar sua vida por meio da volta aos estudos e ao trabalho”.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, a compreensão da experiência de mulheres que vivenciaram a situação de violência sexual, que iniciaram o seguimento ambulatorial e o interromperam tem como fio condutor a Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Além disso, a interpretação dessa experiência fundamenta-se em evidências relacionadas à temática.

A trajetória da busca pelo atendimento nos equipamentos policiais e de saúde para o cuidado da situação de violência sofrida remete à realidade social vivenciada, que é denominada por Schütz de mundo da vida. Esta trajetória coloca a mulher em uma situação que não a deixa esquecer o episódio violento ao qual foi submetida.

A realidade social apresenta-se para o ser humano em um tempo e espaço que o permite viver em meio a objetos que lhe são familiares, os quais não necessita questionar na vida prática. Esta é a atitude natural, que interessa ao pesquisador por constituir a base das ciências sociais (Schütz, 2009).

Nos depoimentos sobre o atendimento realizado pelos profissionais dos serviços, fica evidente o desconhecimento destes quanto à rede de cuidados às pessoas em situação de violência sexual, o que levou as mulheres a peregrinarem em busca de atenção, além de terem que esperar por longo tempo pelo atendimento que, na maioria das vezes, não correspondeu às suas expectativas.

A rede de atendimento às mulheres que vivenciam a violência sexual compõe-se de organizações e serviços disponíveis na comunidade que podem contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, do Instituto Médico Legal, do Ministério Público, das instituições como casas-abrigo, dos grupos de mulheres, entre outros (Brasil, 2012a).

O fluxo e os problemas de acesso e de manejo dos casos, em cada nível da rede, devem ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a avaliação do atendimento. Ademais, é imprescindível a sensibilização de gestores da saúde, no sentido de propiciar condições para que os profissionais possam oferecer atenção integral às mulheres em situação de violência sexual e às suas famílias, como também aos autores das agressões em todos os níveis do SUS (Brasil, 2012a).

O que fica evidente é que a desarticulação intersetorial e a atenção disponibilizada pelos serviços são elementos que, muitas vezes, constituem barreiras para o enfrentamento da violência sexual sofrida pela mulher. Estudos de abrangência nacional e internacional corroboram a questão da necessidade de articulação entre os serviços da rede de atenção à mulher que vivencia a violência sexual, além de citarem as várias deficiências desses serviços que afetam a qualidade do atendimento (Menezes et al., 2014; Gomes et al., 2012; Signorelli et al., 2013; Muganyizi et al., 2011).

Cabe lembrar que a rede de atenção à mulher em situação de violência deve estar preparada para o seu acolhimento desde a porta de entrada do SUS – a Unidade de Atenção Básica –, perpassando as unidades de emergência e hospitais até os serviços especializados.

Neste sentido, um estudo conduzido em São Paulo, Brasil, com profissionais dos três níveis de atenção à saúde, delegacias especializadas e distritos policiais avaliou o atendimento às mulheres em situações de violência sexual, considerando o espaço físico, o fluxo dos serviços e a percepção dos profissionais em relação às usuárias. Constatou-se que, tanto nas unidades básicas como nos hospitais, não havia fluxo específico para mulheres com queixa de violência. A falta de privacidade para o atendimento das mulheres nestes serviços dificultou a abordagem da experiência vivida, fazendo com que o primeiro contato da usuária com o serviço fosse marcado pela impessoalidade (Villela et al., 2011).

O estudo acima citado tece comentário sobre os fluxos específicos de atendimento, incluindo espaços reservados e equipes preparadas, fatos que podem influenciar a baixa procura pelo serviço, motivada por constrangimento da mulher em busca de ajuda. Os profissionais dos serviços de emergência não consideravam o pronto socorro um local específico para esse tipo de atendimento, atribuindo a responsabilidade aos serviços especializados (Villela et al., 2011).

Uma investigação realizada com representantes de serviços que integram a Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, ressaltou que o processo de interação entre os vários setores inscritos na Rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual só se concretizará por meio da obtenção do conhecimento mútuo, o que envolve informações sobre suas competências, atribuições, localização, tramitação interna e externa, bem como horários de funcionamento do serviço. A dificuldade de

articulação entre as instituições que atendem essas pessoas pode estar associada a pouca percepção, por parte dos profissionais, de que a vivência da violência representa um problema de saúde individual e coletiva (Menezes et al., 2014).

Salienta-se a necessidade da busca por estratégias de divulgação das instituições que integram a Rede de atenção às pessoas em situação de violência sexual. Isso poderá ser feito facilitando o acesso a informações, acerca da rotina de cada serviço, aos profissionais de saúde e das delegacias e à população em geral, com vistas à melhoria do acesso da mulher a esses serviços.

Nesse sentido, o estudo de Menezes et al. (2014) revelou que muitos serviços não sabiam lidar com a situação de violência sexual e não conheciam o sistema de referência. O conhecimento acerca dos serviços existentes e seu funcionamento dá suporte para o desenvolvimento de ações com vistas à prevenção, notificação, registro, encaminhamento e acompanhamento das mulheres em situação de violência em todas as etapas, favorecendo, assim, a continuidade da assistência e o aumento da credibilidade no serviço (Menezes et al., 2014).

Em Salvador, Bahia, Brasil, um estudo com profissionais da rede de serviços de atendimento às pessoas em situação de violência sexual mostrou que muitos desconheciam os serviços que podem auxiliar as mulheres no enfrentamento deste agravo, bem como a importância da articulação dos serviços em rede. Salientou que a articulação intersetorial requer recursos humanos qualificados e conhecedores da existência de outros serviços, de suas competências e do papel da rede no enfrentamento da violência. Destacou também a necessidade de estabelecer uma dinâmica de trabalho favorável que lhes permita espaços de comunicação com outros serviços (Gomes et al., 2012).

É preciso que todos os serviços de orientação ou atendimento tenham pelo menos uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede. Essa lista deve ser conhecida por todos os colaboradores dos serviços, permitindo que profissionais envolvidos no atendimento às vítimas de violência sexual e usuários de modo geral tenham acesso a ela sempre que necessário e que possam conhecê-la, independentemente de situações emergenciais (Brasil, 2012a).

Signorelli et al. (2013) analisaram o acolhimento de mulheres que vivenciaram a violência doméstica e mostraram que o itinerário de peregrinação na rede de atendimento inclui consultas e exames em Unidades Básicas, Unidades de Pronto Atendimento, Instituto Médico-Legal, Centros de Referência Especializada, Centros

de Atenção Psicossocial e Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher. Embora tal itinerário não devesse ser considerado negativo, pois se trata de suporte fundamental, pode inibir e desmotivar a continuidade da assistência. A mulher terá de recorrer a várias instituições, enfrentar filas longas e se expor a diferentes profissionais que, muitas vezes, não são qualificados para atuar nessa situação peculiar e para fazer o registro consistente sobre o caso com competência, evitando, dessa forma, que a mulher tenha que relatar inúmeras vezes o ocorrido.

O despreparo para o acolhimento da mulher em situação de violência sexual pode ser observado também em serviços de referência do Brasil e de outros países.

Uma pesquisa realizada em um serviço especializado para o atendimento de mulheres em situação de violência sexual, de Alagoas, Brasil, mostrou que mulheres com história de estupro relataram que a morosidade e falta de estrutura física para o atendimento produziram cansaço, estresse, desconforto e dor. As mulheres mencionaram, sobretudo, a falta de privacidade para conversar com o profissional sobre a história do estupro e que o acolhimento era realizado em local inapropriado, dificultando o diálogo com o profissional, principalmente por deixá-la mais constrangida e sujeita a ter sua história propagada no serviço (Barros et al., 2015).

Na Tanzânia, África, uma investigação mostrou as deficiências dos serviços de atenção à mulher em situação de violência sexual. Evidenciou-se que as participantes do referido estudo relataram a falta de organização interna e de confiabilidade nos serviços, traduzidas por barreiras na acessibilidade e disponibilidade desses serviços para seu atendimento. Ressaltou-se o tempo despendido em espera, tanto em relação aos profissionais de saúde como aos médicos do IML. A falta de preparo do serviço de emergência para o atendimento na situação de estupro também foi enfatizada neste estudo (Muganyizi et al., 2011).

Considerando a complexidade da situação de violência a que as mulheres foram expostas, salienta-se a importância de os serviços terem como meta a qualidade do atendimento.

Esta atitude foi defendida em Barcelona, na Espanha, por meio de um estudo conduzido em um hospital clínico que realiza o atendimento às vítimas de violência sexual. Tal estudo considerou como padrão de qualidade no atendimento a essa clientela três pontos-chave: o primeiro refere-se ao tempo de espera para o atendimento, que deve ser inexistente, pois a mulher deve ser atendida imediatamente a sua chegada ao serviço e em local reservado. O segundo diz

respeito ao tempo de espera para a chegada do médico legista, que não pode ultrapassar 45 minutos e, por fim, o tempo total de atendimento não pode durar mais do que três horas (Santiñá, Ríos, Céspedes, Martínez, 2014).

Ainda que haja precariedade dos serviços que compõem a rede institucional, desconhecimento e despreparo por parte dos profissionais envolvidos no atendimento às pessoas que vivenciam a violência sexual, é preciso colocar em evidência a essência do exercício profissional – o cuidado com o outro. Nesse sentido, o cuidado requer proteção e acolhimento dessa mulher com vistas a criar espaços para ela dar sentido à experiência vivida, de modo a ajudá-la a superar a agressão sofrida (Vilella et al., 2011).

Tal premissa vai ao encontro da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, que estimula, entre outras questões, a comunicação entre trabalhadores e usuários, com vistas à construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, as quais geram comumente atitudes e práticas desumanizadoras, desdobrando-se na fragilização da autonomia e da corresponsabilização dos profissionais de saúde em seu trabalho, bem como dos usuários no cuidado de si. Um dos eixos norteadores da PNH é colocar em prática a matriz estruturante do SUS no cotidiano dos serviços de saúde (Brasil, 2013).

Aqui se demarcam os princípios fundamentais do sistema, que devem ser minuciosamente considerados, em especial em grupos vulneráveis, como as mulheres vítimas de violência sexual. A universalidade – entendida como o direito da mulher em acessar o serviço –, a integralidade – no que tange à conectividade da rede e à valorização da natureza multidimensional do sujeito – e a equidade – considerando que a mulher, ao ser vítima de violência sexual, reflete uma iniquidade de gênero que merece ser considerada de modo singular pelos profissionais e serviços de saúde.

Colocar em prática a PNH implica um processo de corresponsabilização do cuidado – entre trabalhador de saúde e mulher vítima de violência sexual –, fortalecendo a relação intersubjetiva produtora de vínculos de confiança, com possíveis desdobramentos na adesão desta mulher ao seguimento ambulatorial.

A PNH, ao trazer à tona a importância de se repensar a organização das ações e serviços de saúde propõe como diretriz deste rearranjo o acolhimento que,

em virtude de estar fragilizado no atendimento às mulheres do presente estudo, associa-se sobremaneira à não adesão destas ao seguimento ambulatorial.

A relação da mulher que sofreu agressão sexual com os profissionais que compõem a rede de atendimento mostra uma fragilidade nas relações face a face, estabelecidas entre ela e os profissionais que a atendem. Fato que, no presente estudo, constituiu-se em barreira para que ela concluísse o seguimento ambulatorial.

Rememorando os pressupostos da fenomenológica social de Alfred Schütz, salienta-se que a compreensão do outro, no mundo social, ocorre a partir das relações sociais estabelecidas entre os seres humanos, sendo a mais forte a do tipo face a face. Esta promove uma relação de comunidade, na qual os participantes estão conscientes um do outro, ou seja, se voltam um para o outro (Schütz, 2009).

Fica claro que o modo como o profissional voltou-se para atender a mulher em situação de violência sexual e a atenção dispensada a ela fizeram com que esta percebesse descaso e falta de empatia no atendimento. De fato, vários estudos apontam a postura profissional frente ao atendimento à mulher em situação de violência. A sensação de que o serviço não dá credibilidade às suas histórias, somada à falta de privacidade e adequação do acolhimento, afasta a mulher do serviço e se contrapõe à diretriz de acolhimento e humanização que deveria orientar a organização das práticas assistenciais no âmbito do SUS (Vilella et al., 2011).

Pesquisa realizada em Alagoas, Brasil, mostrou que os profissionais apresentavam dificuldades em relação à abordagem dos casos de violência sexual e emitiam juízo de valor, fazendo uso de linguagem inadequada para abordar a mulher. Salienta-se a necessidade de enfermeiros e demais profissionais da saúde repensarem sua postura e estabelecerem, nestes casos, uma escuta sem censura, visto tratar-se de uma situação em que a mulher se sente envergonhada e estigmatizada (Barros et al., 2015).

Ainda sobre a postura profissional nos serviços de atenção à mulher em situação de violência, um estudo Angolano revelou que, ao atenderem a mulher com queixas de abuso sexual pelo parceiro, os profissionais de saúde emitiam juízos de valor e demonstravam desconhecimento acerca da dinâmica da violência. Desse modo, desconsideraram o relato da mulher e culpabilizaram-na e, assim, realizavam práticas negativas de assistência às mesmas. Ressaltou-se que uma das dificuldades dos profissionais no acolhimento às vítimas de violência, principalmente a sexual, consiste em romper com preconceitos relacionados aos valores culturais e

morais para oferecer uma assistência acolhedora e humanizada (Nascimento et al., 2014).

Nesse sentido, o estigma social por ter sido estuprada remete ao acervo de conhecimentos da mulher que a leva a interpretar a situação vivida e expressar sentimentos como revolta, tristeza, vergonha, constrangimento, entre outros. Remete também aos profissionais que, além da formação técnica, podem ter em sua bagagem de conhecimentos preconceitos, valores morais que podem ser exteriorizados no momento do atendimento nas situações de estupro.

Salienta-se a relevância do contexto cultural em que os seres humanos estão inseridos. A Fenomenologia Social de Alfred Schütz nos leva a refletir sobre o modo como interpretamos os objetos e as situações no mundo da vida. Toda interpretação do mundo se baseia em um acervo de conhecimentos prévios a nossa existência. Tomamos ciência deles por meio de membros do grupo social mais próximo a nós (pais, amigos, mestres) e neste acervo incluímos nossas experiências vividas (Schütz, 2009).

Vários depoimentos do presente estudo expressaram sentimentos como angústia, tristeza, sofrimento, emergidos ao relatar, inúmeras vezes, nas delegacias e nos serviços de saúde, os detalhes da agressão sofrida. Com base nos relatos apresentados, conclui-se que estes sentimentos parecem ter contribuído sobremaneira para a não adesão ao seguimento ambulatorial. Tal achado foi corroborado por Signorelli et al. (2013), que apontaram sentimentos negativos vivenciados por mulheres que tiveram que reviver os momentos angustiantes da agressão sofrida a cada retorno ao serviço.

As lembranças da violência sofrida parecem atrapalhar o entendimento da importância da realização do tratamento. A literatura aponta que os fatores psicológicos constituem-se em importantes obstáculos para a adesão ao seguimento ambulatorial. Algumas mulheres situam o desânimo, a falta de esperança, os sentimentos negativos e as lembranças da violência como dificuldades para a continuidade do tratamento (Procópio et al., 2014).

Tais sentimentos devem ser considerados pelos profissionais no seguimento ambulatorial porque podem provocar resposta de medo e sensação de desamparo, visto que a saúde mental das mulheres pode ser afetada pela agressão sexual.

No estudo de Oliveira e Meneguel (2012), evidenciou-se a presença de intenso sofrimento emocional e sintomas de estresse pós-traumático após a situação

de violência. Depressão, angústia, tentativa de evitar a recordação do evento e contato com locais ou pessoas são sentimentos e situações que emergem após a exposição a um evento traumático.

Pesquisa em um serviço especializado de atendimento a vítimas de violência sexual em Campinas, São Paulo, acompanhou 67 mulheres e constatou que 21,2% delas apresentaram sintomas de transtorno pós-traumático; 19,2%, de depressão moderada a grave e 63,5%, depressão mínima ou leve. Além disso, 9,6% das mulheres manifestaram sintomas de desesperança moderada ou grave e 73%, mínima ou leve (Machado et al., 2011).

O estudo de Jina e Thomas (2013) ressaltou a importância das intervenções de saúde mental junto às mulheres em situação de violência sexual que têm uma maior carga de transtorno de estresse pós-traumático. Os autores mencionaram que a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz para a prevenção e tratamento desse transtorno.

A despeito da relevância em considerar o transtorno pós-traumático e suas implicações na saúde mental, observa-se que a maioria dos serviços especializados prioriza os sintomas físicos, secundarizando os sentimentos e suas repercussões na qualidade de vida da pessoa que vivenciou a violência sexual (Nascimento et al., 2014).

Um estudo realizado na Inglaterra, com 25 centros de referência a vítimas de violência sexual, constatou que 46% dos serviços realizavam alguma avaliação sobre os riscos para desordens mentais dos pacientes, embora não contassem com um profissional de saúde mental. Dos entrevistados, 62% relataram dificuldades em realizar encaminhamentos para os serviços de atendimento à saúde mental devido à burocracia (Brooker e Durmaz, 2015).

Diante do exposto, salienta-se que os aspectos psicológicos podem comprometer o seguimento ambulatorial de mulheres que sofreram violência sexual. Além disso, conforme os depoimentos deste estudo, a repetição da história do evento agressivo pode comprometer ainda mais o estado psicológico da mulher. Assim, estratégias assistenciais devem ser pensadas pelos serviços de atendimento à mulher que experienciou a violência sexual, com vistas a poupá-la de ter que recordar repetidamente um fato que lhe causa desconforto psíquico e emocional importante.

Nesta perspectiva, um hospital de Barcelona, na Espanha, definiu em seu protocolo de atendimento que o médico legista e o ginecologista devem realizar a

visita à mulher em conjunto, de modo a coordenar as ações, poupando-a da repetição da história da agressão e da duplicidade dos exames, especialmente o ginecológico (Santiñá, Ríos, Céspedes, Martínez, 2014).

Destaca-se a importância da comunicação verbal a ser estabelecida, no momento do atendimento, entre os profissionais da rede e a mulher em situação de violência. Esta, quando intencional, dotada de um propósito, permitirá a compreensão da subjetividade da mulher, direcionando ações que correspondam às suas necessidades, incluindo o suporte emocional.

Os sentimentos expressos pelas mulheres do presente estudo remetem ao modo como significam a experiência vivida. Para a Fenomenologia Social de Alfred Schütz, a fim de atribuir significado à experiência, o homem assume uma atitude reflexiva, voltando-se intencionalmente para tal experiência. Este significado vem articulado com a compreensão que ele tem do outro com o qual convive. A compreensão do outro se torna possível, uma vez que ele exterioriza por meio do corpo psicofísico sua subjetividade (Schütz, 2009).

Considerando a fragilidade emocional da mulher ao chegar ao serviço, torna-se necessário sistematizar as informações relatadas com vistas a evitar o seu desgaste ao reviver a situação de violência, sempre que tiver que descrevê-la. Desse modo, as anotações, que incluem o preenchimento da ficha de notificação e prontuários, devem ser realizadas com esmero, visto que esses documentos serão importantes para consultas posteriores, evitando sofrimento da mulher ao relembrar a dolorosa experiência da violência sexual (Sousa et al., 2015).

Um estudo realizado em São Paulo, Brasil, descreveu a implantação de um modelo de atenção à violência contra mulher e salientou como princípios fundamentais um ambiente acolhedor com privacidade, assegurando o atendimento em salas fechadas, com encontros privativos, além da garantia do sigilo, que inclui a manipulação do prontuário, visando à segurança dos envolvidos. Inclui, ainda, o desenvolvimento de vínculos de confiança, o que requer atitude de respeito para com a mulher, ao se demonstrar interesse pela sua situação, e um procedimento de escuta, sem julgamento da história narrada (D'Oliveira et al., 2009).

Há ainda que se pensar no preparo e na disponibilidade de profissionais para o preenchimento adequado das informações fornecidas pela mulher nos impressos destinados ao registro do atendimento. Isso pode evitar, em consultas subsequentes, a abordagem de questões que já deveriam ter sido registradas.

No Estado de São Paulo, Brasil, estudo com serviços que referiram prestar atendimento de emergência às mulheres que sofrem violência sexual mostrou que a maior parte desses serviços referiu preencher a ficha de notificação compulsória. Contudo, os participantes mencionaram várias dificuldades para preenchê-la, especialmente devido à sobrecarga de trabalho e à incompreensão acerca da importância dessa notificação no contexto da atenção integral às mulheres que sofrem violência sexual. Os autores salientaram a necessidade de melhoria da formação continuada dos profissionais, para que incorporem a ficha de notificação como parte do atendimento às mulheres, bem como a devida valorização desse atendimento entre as várias atribuições dos serviços de saúde (Souza et al., 2015).

Cabe acrescentar que as limitações para o atendimento à mulher em situação de violência, que incluem o despreparo das unidades de saúde no nível primário, secundário e terciário e dos profissionais envolvidos, devem ser consideradas como situações que podem estar contribuindo para a não adesão dessa mulher ao seguimento ambulatorial.

Destaca-se aqui a tese geral de reciprocidade de perspectivas, pressuposto teórico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Esta se refere à apreensão do conhecimento como socialmente distribuído, com graus de clareza e familiaridade, segundo o sistema de significação que depende da situação biográfica de cada um (Schütz, 2009).

Mesmo em situações biográficas distintas, na situação de violência sexual, faz-se necessário, na relação face a face estabelecida entre profissionais e mulheres agredidas sexualmente, o intercâmbio de perspectivas, buscando-se a simultaneidade de consciências que se voltam para a mesma ação almejada por ambos – o cuidado.

Outra questão relevante a ser considerada no atendimento às mulheres em situação de violência diz respeito ao conceito de gênero. As mulheres referem esta questão por meio de suas queixas de constrangimento, vergonha, humilhação e vitimização, tanto nas delegacias como nos serviços de saúde.

Um estudo que trata da violência de gênero mostrou que descaso, desinteresse e despreparo de policiais para atender a mulher podem gerar insatisfação com o atendimento, mesmo nas delegacias especializadas. Isso porque se constata em seus quadros funcionais a presença de profissionais do sexo

masculino que nem sempre estão sensibilizados para tratar a questão da violência sexual (Bandeira, 2014).

Pesquisa realizada na região Sul do Brasil mostrou fatores que contribuíram para que muitas mulheres em situação de violência não procurassem o atendimento nas delegacias. Entre esses fatores, ressaltam-se as queixas do atendimento pelos órgãos policiais, a impunidade dos agressores nos processos judiciais, assim como a baixa credibilidade na polícia (Oliveira e Meneguel, 2012).

Em Salvador, Bahia, em seus depoimentos, 11 mulheres que participaram de um estudo sobre a situação de violência doméstica e familiar consideraram que não encontraram na rede de atendimento o acolhimento e a proteção de que necessitavam, pois foram culpabilizadas pela situação de violência e tratadas como réis ao denunciarem a situação. A morosidade, o descaso e a indiferença com que foram atendidas nas delegacias impactaram negativamente sua dignidade e autoestima, com repercussões na saúde física e emocional (Tavares, 2015).

As atitudes inadequadas dos profissionais reproduzem os preconceitos e as posturas sexistas que permeiam as relações sociais entre os sexos e perpetuam as desigualdades entre homens e mulheres. Isso reforça a experiência emocional de vulnerabilidade nas mulheres agredidas, criando um círculo vicioso entre violência interpessoal e violência institucional, e impede que os serviços cumpram a sua vocação de interromper a cadeia de produção de violência. Transformar a mulher que sofre violência em culpada, tratando-a com indiferença ou com insensibilidade, é participar desse processo (Vilella et al., 2011).

No estudo de Osis et al. (2013), os delegados, embora reconhecessem o direito das mulheres de solicitarem a interrupção da gestação resultante da violência sofrida, tendiam a não considerar como suficiente a palavra delas para comprovar o estupro. A atitude de considerar necessário fazer a verificação da veracidade da informação dada pela mulher reflete as marcas de imposição de gênero consolidadas em nossa sociedade, as quais levam à dúvida quanto à palavra das mulheres em muitas circunstâncias.

Nesse contexto, os serviços de saúde e delegacias configuram-se em espaços privilegiados, onde os princípios da perpetuação da dominação masculina são elaborados e impostos. A violência contra a mulher constitui-se em um fenômeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológicas, morais e físicas. Suas manifestações são maneiras de estabelecer uma relação de

submissão ou de poder, implicando sempre situações de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher (Bandeira, 2014).

Diante dessas questões, faz-se necessário refletir sobre o tipo de acolhimento e tratamento dispensado às essas mulheres agredidas, assim como ampliar o entendimento sobre as situações de violência de gênero nas delegacias (Bandeira, 2014; Tavares, 2015).

Além da questão de gênero, outro aspecto levantado pelas participantes deste estudo que influenciou a mulher a considerar o atendimento constrangedor foi a necessidade de percorrer várias delegacias até conseguir ser atendida.

Estudos nacionais reportam que o fato de as delegacias de mulheres no Brasil funcionarem somente em horário comercial dificultou a denúncia por aquelas que trabalhavam e impediu que esse recurso fosse acionado nos períodos que concentram a maior parte dos episódios de violência – noites e fins de semana. De modo geral, os serviços policiais não são adequados para acolher a mulher que vivenciou a violência sexual (Osis et al, 2013; Vilella et al., 2011).

O estudo de Villela et al. (2011), a partir da análise do relato dos profissionais envolvidos no atendimento à mulher em situação de violência, mostrou que o fluxo entre os distritos policiais e a delegacia de mulheres nem sempre é satisfatório, pois, se uma mulher procura o distrito em feriados ou fins de semana, é orientada a esperar até o próximo dia útil para dirigir-se à delegacia de mulheres, o que a deixa desamparada no momento de risco.

Um estudo sobre as condições de funcionamento das delegacias especializadas no atendimento às mulheres aponta a perspectiva de delegados sobre as atribuições e o papel dessas delegacias no atendimento às mulheres que sofrem violência sexual. Dos participantes somente 39,8% afirmaram que havia uma sala privada para atender as mulheres, 33,8% relataram que o atendimento era realizado pelo delegado, 39,7% pelo escrivão e 22,2% pelo investigador. Considerando-se a realidade dessas delegacias, na qual qualquer pessoa pode estar presenciando e/ou escutando o relato da mulher, ressalta-se a dificuldade que ela tem para discorrer sobre a violência sexual. Para muitas mulheres, esse constrangimento pode configurar-se como uma violência, comparável ao próprio estupro (Osis et al., 2013).

Na Tanzânia, África Oriental, um estudo revelou sentimentos de desrespeito, injustiça, raiva e humilhação de mulheres em situação de violência frente ao

atendimento prestado nas delegacias. As participantes salientaram como barreiras no caminho percorrido após o evento de agressão a indisponibilidade dos serviços policiais em determinados horários, o longo tempo de espera para o atendimento, a falta de resolubilidade, coordenação, organização interna, recursos e informações (Muganyizi et al., 2011).

Evidenciou-se, nos depoimentos das participantes, a pouca capacitação dos profissionais das delegacias para o atendimento das mulheres em situação de violência. O estudo de Osis et al. (2013) remete às principais barreiras enfrentadas pelas delegacias de mulheres para o atendimento de casos de violência sexual. Entre as barreiras, destacam-se as relacionadas à falta de pessoal, capacitação periódica, além da falta de integração entre os serviços da rede de atenção à mulher.

Outro estudo brasileiro, realizado em Porto Alegre, Brasil, no setor de Psicologia de uma Delegacia de Mulheres, reportou a necessidade de capacitação de seus profissionais. Ressaltou que o número de delegacias especializadas no Brasil vem aumentando, contudo a formação de profissionais para atuação nesta área ainda é escassa e necessita de investimentos (Gadoni-Costa et al., 2011).

O atendimento profissional inapropriado interfere negativamente no processo de enfrentamento da violência por parte das mulheres, já que estas tendem a não retornarem ao serviço para o acompanhamento da situação. Um estudo conduzido em Salvador, Bahia, mostrou que as mulheres em situação de violência queixaram-se do atendimento profissional e relataram o constrangimento a que foram submetidas, o que se configura como violência institucional. Os autores destacam a relevância do preparo profissional para lidar com este fenômeno de tamanha importância e complexidade (Gomes et al., 2013).

Além da capacitação técnica dos profissionais que atuam nas delegacias, há necessidade de incorporação dos princípios da humanização da assistência às mulheres em situação de violência nesse cenário. O atendimento humanizado deve iniciar-se na recepção da mulher na delegacia, prosseguindo durante a coleta dos dados para o Boletim de Ocorrência até o encerramento do caso (Soares et al., 2013).

Além do constrangimento na delegacia, a mulher foi exposta a outras situações que considerou vexatórias no serviço de saúde. A identificação da agressão nos pedidos de exames clínicos, a submissão ao exame ginecológico

previsto no protocolo de atendimento e, até mesmo, o fato de esse exame ter sido realizado por um profissional do sexo masculino e, muitas vezes, na presença de acadêmicos inibiram esta mulher a prosseguir com o acompanhamento ambulatorial.

O registro da agressão sexual, como justificativa do pedido de exames laboratoriais, foi considerado constrangedor pelas mulheres, pois referiram que se sentiram expostas diante de funcionários sempre que voltavam para o seguimento ambulatorial. Nesse sentido, salienta-se a importância de atentar para as questões éticas que incluem o direito de privacidade e confidencialidade da mulher em não querer expor para terceiros a situação de violência sexual.

No Reino Unido, o atendimento à pessoa em situação de violência sexual tem como prerrogativa a segurança e a privacidade, consideradas elementos importantes no cuidado às pessoas que foram agredidas sexualmente. Tendo em vista vivenciarem uma situação angustiante e se sentirem envergonhadas em falar sobre o assunto, fazem-se necessárias atitudes profissionais respaldadas na empatia, sensibilidade e ética (Cybulska, 2013).

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo, de ética e segredo profissional. O compromisso de confidência é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento deve ser garantido, principalmente pela postura ética dos profissionais envolvidos, e isso inclui a atenção com as anotações em prontuários, pedidos de exames, além do resguardo da situação da pessoa na comunicação entre os membros da equipe (Brasil, 2012a).

Outro ponto importante nos depoimentos das mulheres participantes do presente estudo diz respeito ao desconforto ao terem que fazer exame ginecológico, sobretudo quando realizado por profissional do sexo masculino e na presença de acadêmicos.

O estudo de Oliveira e Meneghel (2012) também destaca que algumas mulheres que foram estupradas queriam ser atendidas por ginecologistas do sexo feminino e recusaram o atendimento realizado por profissionais do sexo masculino. Diante disso, muitas foram embora sem ser atendidas, sem fazer os exames laboratoriais e sem receber os medicamentos. Além disso, os profissionais de saúde não cogitaram a anotação dos dados de identificação para a busca ativa destas mulheres, por meio da visita domiciliar.

Salienta-se que, em uma consulta ginecológica de rotina, a mulher, muitas vezes, mostra-se constrangida com a presença de acadêmicos. Certamente este constrangimento pode ganhar dimensões muito mais significativas quando o objetivo da consulta for avaliar a mulher que sofreu abuso sexual.

Uma pesquisa realizada no interior de Minas Gerais apontou, entre as principais justificativas para a rejeição da presença de acadêmicos durante a consulta ginecológica, o relato de vergonha e perda de privacidade, assim como o aumento do tempo da consulta e o desconforto causado pelo fato de o estudante ser do sexo masculino. Ressaltou-se que a necessidade de inserir o estudante na prática médica não pode extrapolar a autonomia das pacientes em relação à escolha de quem irá prestar seu atendimento. Salientou-se a importância de as instituições de ensino médico evitarem grupos com número excessivo de estudantes, mesclarem estudantes de gêneros diferentes na tentativa de evitar o constrangimento causado pela diferença de sexo (Rio et al., 2013).

Na Austrália, um estudo sobre a percepção de mulheres no serviço de ginecologia e obstetrícia ressaltou a relevância de informar as mulheres acerca da presença dos estudantes em seus cuidados. O estudo evidenciou também que as mulheres sentiam maior nível de conforto quando já haviam tido experiência prévia com estudantes e quando os exames ginecológicos e obstétricos eram realizados por acadêmicos de medicina do sexo feminino (Carmody et al., 2011).

O reconhecimento da violência sexual como um importante agravo à saúde e violação dos direitos humanos tem exigido dos profissionais envolvidos no atendimento desse agravo ações de cuidado que não sejam apenas instrumentais, mas também voltadas para a subjetividade. É preciso deixar virem à tona os sentimentos, as aflições, os medos, os fantasmas, evidenciados na interação com o outro. O profissional, ao acompanhar a mulher vítima de violência, deve lançar sobre ela o olhar sensível, hermenêutico, com postura de abertura, flexibilidade e de escuta atenciosa (Labronice et al., 2010).

As questões ligadas ao fato de ser mulher e ao não acolhimento por parte dos profissionais nas instituições policiais e de saúde remetem ao pressuposto de que as relações humanas são intersubjetivas, o que permite a ambos – profissionais e mulheres –, influenciar e ser influenciado, compreender e ser compreendido. Nesse sentido, salienta-se que a intersubjetividade pressupõe que o significado vivenciado

na singularidade seja ao mesmo tempo vivenciado com os outros, deixando de ser puramente individual para configurar um sentido social (Schütz, 2009).

A comunicação deficitária estabelecida no atendimento é revelada nos depoimentos, que mostraram que a importância da realização do seguimento ambulatorial não foi bem percebida pelas mulheres. Após análise do conteúdo expresso nas falas das mulheres, evidencia-se que várias são as razões que podem estar contribuindo para que elas não apreendam tal importância. Estas razões estão inscritas no contexto do atendimento, que as faz esperar muito tempo para serem atendidas; na falta de ênfase dada pelos profissionais acerca da necessidade do seguimento ambulatorial e no longo tempo de acompanhamento requerido nos casos de violência sexual.

Salienta-se a importância do seguimento ambulatorial, considerando que a violência sexual repercute na saúde física, desde o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático. Somam-se a isso os riscos para a saúde mental, que incluem quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos (Brasil, 2012a).

Considerando que o seguimento ambulatorial é um direito assegurado à mulher pelo serviço público de saúde, torna-se fundamental a atenção máxima dos profissionais envolvidos no atendimento. Nesse sentido, deve-se garantir a abordagem interdisciplinar com a integração de ações voltadas para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual nos serviços de saúde (Brasil, 2012a).

Situações importantes foram aqui mostradas, que incitam mulheres em situação de violência sexual a não dar continuidade ao seguimento ambulatorial. Como já mencionado, há necessidade de intervenção profissional para minimizar os impactos da interrupção do tratamento.

Um estudo realizado em um Centro de Referência de São Paulo analisou dados de 2005 e 2006, evidenciando que, nesses anos, 51,7% e 63,3%, respectivamente, das mulheres agredidas sexualmente não concluíram o tratamento, apontando falhas importantes por parte do serviço de referência no que diz respeito à continuidade do seguimento ambulatorial (Ramos, Medicci, Puccia, 2009).

Oliveira e Meneghel (2012) também comentam os fatores que podem estar contribuindo para a descontinuidade do seguimento ambulatorial. Entre eles, citaram

queixas de mau atendimento no que diz respeito à falta de escuta pelos profissionais e de informações sobre o tratamento. Os autores mostraram que, em algumas situações, as usuárias saíram do serviço sem atendimento, ficando vulneráveis à infecção pelo HIV e às consequências do sofrimento e trauma emocional que experimentaram.

A investigação realizada por Trigueiro et al. (2015), em Curitiba, Paraná, mostrou que apenas 19,54% das mulheres completaram o seguimento ambulatorial. Este achado remete à reflexão acerca do risco de saúde a que estas mulheres estão expostas, considerando os agravos decorrentes da violência sexual e a necessidade de estratégias de atendimento que as motivem a finalizarem o tratamento.

A continuidade do seguimento ambulatorial requer o aconselhamento adequado das mulheres, sobretudo nos primeiros atendimentos, com o correto preenchimento dos prontuários, disponibilidade de acesso às informações sobre a importância do tratamento e busca ativa das mulheres pelo serviço de referência (Ramos, Medicci, Puccia, 2009).

Outro ponto importante nos depoimentos da presente pesquisa relaciona-se às dificuldades que as mulheres apresentaram, em função dos efeitos colaterais, para aderir ao uso dos medicamentos antirretrovirais.

No Brasil, o Ministério da Saúde aponta que a adesão à profilaxia antirretroviral é um dos fatores principais na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV. A não adesão ao esquema antirretroviral está diretamente relacionada ao risco de falha da profilaxia e de surgimento de cepas virais multirresistentes. Quanto maior a interferência dos antirretrovirais nas atividades cotidianas e mais incômodos forem os efeitos colaterais, menor a adesão à profilaxia. A adesão também pode ser prejudicada se a comunicação e o vínculo entre a pessoa que sofreu violência sexual e o profissional de saúde forem inadequados (Brasil, 2012a).

Ramos et al. (2009), por meio de uma pesquisa, mostraram que 70% das mulheres em situação de violência não completaram a profilaxia para o HIV. Os efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais foram apontados como o motivo principal da interrupção do tratamento.

Também os estudos de Procópio et al. (2014) e Oliveira e Meneguel (2012) evidenciaram que a maioria das participantes referiram efeitos colaterais relacionados à profilaxia do HIV, tais como vômitos, diarreia, desmaio. Referiram

também a vergonha e o medo de rejeição social, sentimentos esses que podem ter impactado na não adesão ao tratamento.

A não adesão à PEP, devido aos efeitos colaterais dos medicamentos, constitui uma problemática também descrita na literatura internacional (Krause et al., 2014; Arend et al., 2013; Abrahams e Jewkes, 2010).

Nos Estados Unidos, um estudo retrospectivo que avaliou dados de 143 mulheres que tiveram indicação para a PEP, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, mostrou que 86,7% aceitaram inicialmente o tratamento, entretanto apenas 27,4% concluíram a terapêutica prescrita para os 28 dias. Os autores ressaltaram que os efeitos colaterais dos medicamentos foram a razão para a interrupção do tratamento (Krause et al., 2014).

Na África do Sul, uma pesquisa com mulheres que realizaram a PEP também menciona que sintomas como diarreia, náuseas e vômitos, inapetência dificultaram a adesão à profilaxia antirretroviral (Arend et al., 2013).

Outra investigação envolvendo 29 mulheres sul-africanas atendidas em serviços de agressão sexual mostrou as barreiras relacionadas ao uso da PEP após estupro, relatando que a adesão à profilaxia antirretroviral constituiu-se em uma experiência complexa e desafiadora. Os efeitos colaterais das drogas foram a principal barreira relatada pela maioria das participantes. Além disso, o medo de ser culpada pelo estupro, o conhecimento insuficiente sobre a necessidade do tratamento e a fraca rede de apoio social também contribuíram para a não adesão (Abrahams e Jewkes, 2010).

Além dos efeitos colaterais, outra questão que merece destaque e influencia sobremaneira a adesão ao tratamento refere-se à complexidade do esquema terapêutico prescrito, o qual inclui um grande número de medicamentos cuja apresentação farmacêutica dificulta a ingestão e que devem obedecer a horários rígidos (Procópio et al., 2014).

Procópio et al. (2014) salientam que o tratamento pode representar uma continuação do sofrimento causado pela violência, considerando a fragilidade da pessoa, o que requer do profissional habilidades para orientá-la quanto ao uso dos medicamentos.

Outro aspecto envolvido na não adesão à PEP diz respeito aos preconceitos e estigmas relacionados ao HIV/AIDS. As pessoas que sofreram violência sexual muitas vezes preferem omitir o fato de que tomam os remédios para evitar

questionamentos. Geralmente, selecionam cuidadosamente as pessoas que podem tomar conhecimento dessas circunstâncias e do tratamento profilático após a agressão sexual (Procópio et al., 2014).

O estudo de Arent et al. (2013) ressaltou que os enfermeiros podem ajudar a melhorar a qualidade do atendimento às pessoas em situação de violência sexual, contribuindo para aumentar a probabilidade de adesão à PEP. Isso poderá ser feito por meio da individualização do tratamento. Esta inclui oferecer apoio emocional maximizando os efeitos positivos da terapêutica, encorajando-as a revelarem suas experiências com os medicamentos e oportunizando tempo e espaço para a exposição de problemas resultantes do evento agressivo.

Para diminuir os casos de não adesão à terapia antirretroviral, faz-se necessário esclarecer na primeira avaliação da pessoa em situação de violência sexual os efeitos adversos mais comuns relacionados ao esquema terapêutico, bem como formas de minimizá-los, que incluem: medicamentos sintomáticos e adoção de estratégias para a melhoria do bem-estar durante a utilização desses medicamentos. Recomenda-se realizar uma nova avaliação da pessoa que recebeu a prescrição da PEP na primeira semana após o início da profilaxia, com vistas a rever a ocorrência de efeitos adversos para que a mesma seja tolerada até o final das quatro semanas de tratamento, reforçando, nesse momento, a necessidade de adesão. Assim sendo, ressalta-se a importância da conscientização da pessoa sobre a necessidade da profilaxia, utilizando medidas práticas, fazendo os ajustes necessários e oferecendo permanente apoio (Brasil, 2012a).

Após refletir sobre sua trajetória em direção ao atendimento, a mulher exterioriza suas expectativas, considerando que o impacto deixado pela violência a faz ressignificá-la e seguir em frente.

Para compreender a ação das mulheres que sofreram violência sexual, a Fenomenologia Social de Alfred Schütz nos remete ao contexto motivacional cujos significados levam o ser humano a agir. Salienta-se a importância da comunicação estabelecida na interação que permite a interpretação do significado subjetivo (Schütz, 2009). Os “motivos para” da ação dessas mulheres em direção ao seguimento ambulatorial foram evidenciados por meio da comunicação entre a pesquisadora e as participantes.

Ao repensarem sobre a experiência da violência sexual, as participantes deste estudo expressaram suas expectativas que traduzem os “motivos para”

relacionados à tentativa de superação do evento agressivo. A fim de superarem os impactos da violência, elas contam com o apoio de familiares e amigos. Esse apoio foi fundamental para que almejassem retomar os estudos e o trabalho. As mulheres referem a preocupação com a saúde, o que as faz procurar os serviços de saúde para avaliação.

Os achados da presente investigação estão em consonância com os resultados de um estudo realizado em um Serviço de Atendimento Especializado e uma Delegacia da Mulher, em Guarapuava, Paraná, com mulheres em situação de violência sexual. Tal estudo mostrou que as mulheres tinham o desejo de retomar sua vida, investindo no trabalho e na continuidade dos estudos, com vistas a conquistar autonomia sobre a própria vida. Apesar dos danos provocados pela violência sexual no bem-estar das mulheres vitimadas, a preocupação das participantes da pesquisa na continuidade do cuidado dos filhos foi fundamental para que dessem continuidade à vida após o trauma. Apesar do sofrimento causado pela violência, as mulheres conseguiram compreender a necessidade de enfrentamento da situação. Para isso recorreram também aos familiares, amigos para ampará-las, sendo esse apoio fundamental para superação da violência sofrida (Fornari, 2014).

Em Salvador, Bahia, uma investigação com mulheres que sofreram violência conjugal de uma comunidade apoiada por uma Organização Não Governamental – ONG mostrou que o apoio religioso, de familiares, de amigos e de ONGs permitiu às mulheres se sentirem amparadas, favorecendo a recuperação de sua autoestima e a viabilização da retomada de suas vidas. Esse apoio foi considerado como elemento que as empoderou para o enfrentamento da situação de violência sofrida, seja fundamentado no emocional, no espiritual, no material ou mesmo por meio de informações recebidas (Gomes et al., 2015)

Outra pesquisa realizada em uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, no Sul do Brasil, apontou as estratégias bem-sucedidas utilizadas pelas mulheres para o enfrentamento da violência. Entre essas estratégias destacou-se o diálogo com amigos, familiares e colegas de trabalho. O trabalho foi uma estratégia relatada pelas mulheres como meio de ocupar a mente com outro assunto que não a violência (Santos, Moré, 2011).

Também uma investigação realizada no hospital da Universidade Federal do Amazonas sobre a percepção de jovens mulheres sexualmente agredidas acerca das consequências da violência para a saúde física, emocional e comportamental

delas mostrou que as que receberam apoio familiar e social desenvolveram comportamentos resilientes e enfrentaram melhor os efeitos adversos da violência (Martins, 2011).

Em Chicago, Estados Unidos, um estudo com mulheres adultas afro-americanas que sofreram algum tipo de agressão sexual revelou que aquelas que mencionaram ter mais acesso e utilização de redes de apoio social relataram menos sintomas de depressão e estresse pós-traumático do que as mulheres com menos apoio. Os autores ressaltaram que, sendo a agressão social uma violação que tem a base em uma troca interpessoal, faz-se igualmente essencial uma conexão social para reparação dessa violação. Nesse sentido, o apoio social pode ajudar a diminuir a vergonha e criar uma sensação de segurança (Bryant-Davis et al., 2011).

É importante salientar que as mulheres em seus depoimentos fazem menção ao apoio social formal e informal como suporte para ajudá-las a enfrentar os obstáculos que tiveram que transpor para superar o evento agressivo. Estes obstáculos começaram com as dificuldades relatadas frente ao primeiro atendimento, seguindo ao longo do tempo destinado ao acompanhamento de suas condições físicas e psicológicas. O seguimento ambulatorial incluiu o desgaste com a realização de exames laboratoriais e ginecológicos, assim como a convivência com os efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais.

Mesmo tendo interrompido o seguimento ambulatorial, as mulheres demonstraram preocupação em cuidar de si e consideraram o apoio social fundamental para sentirem-se seguras, com autonomia para decidir sobre sua saúde.

Um estudo realizado em Unidade Básica de Saúde que atua na lógica da estratégia de saúde da família, em São Paulo, mostrou que, para algumas mulheres em situação de violência, a possibilidade de frequentar o serviço de saúde pode constituir-se como o único canal de comunicação presente em sua realidade, sendo, para elas, uma possibilidade de enfrentamento das consequências da violência (Guedes, Fonseca, Egry, 2013).

Quando a mulher retorna ao serviço com a intenção de cuidar das consequências da violência sexual na sua saúde, traz em seu acervo de conhecimentos a experiência do desacolhimento e do constrangimento sofridos nos atendimentos anteriores. Isso precisa ser ponderado pelos profissionais que atuam

nos serviços de saúde, considerando que estas mulheres necessitam de um olhar sensível e acolhedor para o atendimento de suas necessidades biopsicossociais.

A análise interpretativa do esquema de tipificação da experiência da mulher em situação de violência, fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz, permitiu responder às inquietações da pesquisadora e atingir o objetivo desta investigação.

Frente às evidências desta pesquisa, a seguir, serão esboçadas as implicações para a prática da Enfermagem e desdobramentos atuais relacionados à temática, assim como será apresentada a conclusão.

7 IMPLICAÇÕES PARA A
PRÁTICA PROFISSIONAL E
DESDOBRAMENTOS ATUAIS
RELACIONADOS À TEMÁTICA

7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL E DESDOBRAMENTOS ATUAIS RELACIONADOS À TEMÁTICA

A compreensão do fenômeno “não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual” sinaliza para a necessidade de reorganização da assistência no âmbito da rede de atenção à saúde da mulher em situação de violência. Neste contexto, salienta-se a necessidade de que os diversos pontos de atenção acessados por esta mulher estejam interligados e com profissionais qualificados para acolher e atender às singularidades das mulheres que vivenciam a situação de violência sexual.

Em relação à gestão da rede de serviços de saúde, delegacias, IML, entre outras instâncias de atenção social, as evidências resultantes desta pesquisa apontam para a necessidade de promover a organização dos fluxos de atendimento com articulação entre os serviços.

Além disso, os resultados deste estudo revelaram o desconhecimento, por parte dos profissionais, da rede em relação a este fluxo, o que mostra a relevância da implementação de estratégias de divulgação dos fluxogramas e competências dos serviços para os profissionais, assim como para o público em geral.

Para divulgação do serviço, pode-se lançar mão de estratégias como distribuição nas instituições da rede de atenção e em outros locais públicos, (escolas, igrejas, ponto de ônibus, etc.) de pôsteres, cartazes e listas com a relação de serviços disponíveis para o atendimento à violência sexual. Tais ações promoveriam maior agilidade no atendimento às mulheres, evitando que elas peregrinassem em busca de cuidados sem resolução satisfatória das suas necessidades.

O constrangimento que a mulher experienciou nos serviços de atendimento à violência sexual contribuiu para a não adesão ao seguimento ambulatorial. Esta evidência leva à reflexão acerca das questões de ética e postura profissional dos envolvidos no atendimento a essa mulher.

Salienta-se a necessidade de os profissionais que atuam nos casos de violência sexual, especialmente com mulheres, atentarem para a relevância do princípio da privacidade, tanto no que concerne às dependências físicas destinadas ao atendimento, como no registro dos dados referentes ao evento.

Salas reservadas, com o mínimo de pessoas no momento da entrevista e da realização de exames, assim como o cuidado para não expor a mulher ao preencher as solicitações de exames e/ou ao registrar o ocorrido no prontuário, poderão minimizar o constrangimento da mulher que passou pela experiência da violência sexual.

O prontuário constitui-se em um instrumento de comunicação entre os profissionais, portanto deve ser preenchido de modo objetivo e mais completo possível, evitando que a mulher se sinta constrangida ao ter que repetir várias vezes a mesma história, o que a faz reviver um momento considerado de sofrimento.

Considerando o constrangimento referido pela mulher no atendimento prestado por médicos e enfermeiros, para aumentar a adesão ao seguimento ambulatorial, sempre que possível, procedimentos como o exame ginecológico e de corpo de delito devem ser realizados por profissionais do sexo feminino. Sobre a questão de inserção de acadêmicos, recomenda-se, além de que se obtenha o consentimento da mulher sobre a participação deles durante o atendimento e exame ginecológico, que se limite o número de participantes, respeitando o direito de privacidade da mulher.

No relato das mulheres sobre a dificuldade relacionada ao uso das drogas antirretrovirais, chama a atenção a importância da qualidade das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde às mulheres que farão uso desses medicamentos, com o intuito de aumentar a adesão à PEP. Para tal, salientam-se os cuidados com a ingestão dos mesmos, visando à minimização de seus efeitos colaterais. Isso inclui o fornecimento de medicamentos sintomáticos, orientações em relação aos alimentos mais indicados durante o tratamento e aqueles contraindicados, a importância da hidratação, dos cuidados com a pele, entre outros.

A dificuldade para fazer uso desta medicação por 28 dias, apontada pelas participantes deste estudo, remete também à importância de os profissionais de saúde valorizarem as orientações acerca da necessidade de concluir a terapia medicamentosa para a prevenção de agravos à saúde, decorrentes da contaminação pelo HIV.

Outro ponto evidenciado pelas mulheres que experienciaram a violência sexual refere-se à não apreensão da importância da continuidade do seguimento ambulatorial, especialmente na conclusão dos exames previstos no protocolo do serviço. Cabe ao profissional atentar para a orientação em relação à necessidade de

a mulher realizar todos os exames, considerando que a realização desses permite a identificação e o tratamento precoce de possíveis doenças e agravos resultantes do estupro, como doenças sexualmente transmissíveis, hepatites e gravidez, evitando danos irreversíveis à saúde da mulher.

Dadas as consequências psicológicas que o estupro provoca na vida da mulher, o apoio psicológico emerge como uma ferramenta que dá suporte a ela para superar o momento vivido e ressignificar sua vida. Entende-se como suporte psicológico não só o atendimento formal realizado pelo profissional de psicologia, mas todo e qualquer apoio emocional fornecido à mulher pelos trabalhadores da saúde e jurídicos durante o seguimento ambulatorial.

Neste contexto, salienta-se a necessidade da capacitação e sensibilização dos profissionais responsáveis pelo cuidado à mulher em situação de violência. O preparo do profissional para desenvolver ações de acolhimento, de intervenção clínica e psicossociais, nos casos de violência sexual, resultaria em atenção humanizada, resolutiva e individualizada. Esta modalidade de atenção, além de ser preconizada pelos princípios do SUS, favorece a comunicação e o desenvolvimento da relação de confiança e credibilidade dessa mulher com o serviço e profissionais envolvidos, gerando maior satisfação com o atendimento.

Além dos benefícios para as mulheres, a sensibilização permite o profissional trabalhar os meandros da complexidade da agressão sexual, o que o auxilia a lidar com seus próprios preconceitos e estigmas sociais relacionados à questão de gênero que, certamente, interferem negativamente no atendimento às pessoas que passaram pela experiência da violência sexual.

Salienta-se que tal sensibilização deve acontecer desde o início da formação, sendo a violência de gênero e sexual temas transversais dos currículos dos cursos de graduação nas áreas da saúde, jurídica e social.

Ainda assim, faz-se necessária a educação permanente dos trabalhadores dos serviços que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência sexual com vistas à transformação da prática. Essa capacitação, além de possibilitar a atualização do conhecimento técnico, deve viabilizar a discussão das questões de gênero e sexualidade no contexto da violência sofrida. Nesse sentido, a educação permanente oportuniza aos profissionais a identificação de falhas no atendimento e conscientização acerca das necessidades biopsicossociais dessas mulheres, o que pode resultar na melhoria da qualidade da assistência.

A qualidade da assistência pode contribuir para que a mulher supere a experiência da violência sexual e possa retomar sua vida. Salienta-se que esta expectativa expressa pelas mulheres deste estudo poderá se concretizar com o apoio dos profissionais que as atendem. Para tanto, a rede de atenção à mulher em situação de violência deve incluir parcerias com serviços que oferecem capacitação para o trabalho, atividades de recreação e lazer, além de oportunidades de preparo para o ingresso em cursos profissionalizantes.

Os resultados deste estudo revelaram que não foi realizada a busca ativa das mulheres que abandonaram o seguimento ambulatorial para o acompanhamento dos agravos, decorrentes da violência sexual. A fim de aumentar a taxa de adesão ao seguimento ambulatorial, é preciso pensar em estratégias para viabilizar a busca ativa dessas mulheres pelos serviços especializados. Entre essas estratégias, destaca-se a organização de uma lista de nomes, endereços e telefones das mulheres em acompanhamento ambulatorial para posterior contato. Além disso, sugere-se a criação do cartão de seguimento ambulatorial, com uma cópia para a mulher, com registros das datas das consultas, dos exames e dos medicamentos prescritos. Este cartão facilitaria a busca ativa das mulheres que não comparecerem nas datas previstas para o seguimento ambulatorial.

A complexidade circunscrita na situação de violência sexual requer um trabalho multiprofissional realizado na perspectiva interdisciplinar. O enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar atua desde a porta de entrada do sistema de saúde, no acolhimento às pessoas em situação de violência sexual, até o atendimento especializado, desenvolvendo ações clínicas, de prevenção e de promoção da saúde.

Destaca-se que o atendimento realizado pelo enfermeiro às mulheres em situação de violência requer sensibilidade para o cuidar que integra as dimensões biopsicossociais e espirituais. Especialmente para o enfermeiro, as evidências deste estudo apontam a importância de atentar para a falta de acolhimento referido pelas participantes. Sendo o acolhimento uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS, o enfermeiro tem a responsabilidade de promover, junto à equipe multidisciplinar, a organização do serviço e a implementação de ações voltadas para o atendimento deste princípio.

Este profissional, com formação essencialmente humanística, pode contribuir em todos os níveis de assistência à saúde para garantir a privacidade da mulher em

situação de violência sexual, de modo a minimizar o constrangimento durante o acolhimento nos serviços, nas consultas e exames.

Diante das implicações apresentadas, evidencia-se que a não adesão ao seguimento ambulatorial pela mulher em situação de violência sexual está intimamente atrelada à falta de acolhimento por parte dos profissionais/ serviços acessados por ela após sofrer a violência.

Associado a isso, salienta-se a ineficiência da rede de atenção a esta mulher, que, por não estar interligada, faz com que o itinerário percorrido por ela seja longo e dotado de sofrimento, obrigando-a a reviver inúmeras vezes em sua mente e pelos próprios profissionais o ato da violência, além de ter que refazer exames (inclusive invasivos) em diferentes pontos de atenção à vítima.

Isso sinaliza que, ao buscar atendimento nos serviços que podem apoiá-la neste momento, a mulher se vê violentada novamente, em virtude das fragilidades inscritas nos agentes e agências concebidos ideologicamente como suporte para a mesma.

Do início da realização do presente estudo até o momento atual, alguns desdobramentos já podem ser evidenciados, a exemplo de estratégias governamentais para superar tais entraves inscritos no atendimento às mulheres que experienciaram a violência sexual.

Entre estas, destaca-se o recente “Programa Mulher: Viver sem Violência”, instituído em 2013, do qual participam o Ministério da Saúde (MS), da Justiça e a Secretaria de Políticas para as Mulheres. O programa visa à reorganização dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, de modo a integrar as ações dos profissionais de saúde e aqueles inscritos na segurança pública (Brasil, 2013).

Nesta direção, foi instituída a Portaria Interministerial n. 288, de 25 de março de 2015, que estabelece orientações para organização e integração das pessoas que sofreram violência sexual pelos profissionais da segurança pública e de saúde, com ênfase para a questão da humanização no atendimento e acompanhamento a estas pessoas (Brasil, 2015a).

Especificamente relacionado ao setor saúde, o MS estabeleceu, por meio da Portaria n. 1.662, de 2 de outubro de 2015, critérios para a habilitação de estabelecimentos para a coleta de vestígios de violência sexual. Entre estes, destaca-se a necessidade de que os locais específicos para o atendimento

multiprofissional às pessoas em situação de violência sexual funcionem 24 horas por dia, nos sete dias da semana, a fim de que a mulher seja acolhida pelos serviços de saúde tão logo acesse o mesmo (Brasil, 2015b).

É critério também vigente a partir do presente ano que os estabelecimentos de saúde especializados em atender a mulher em situação de violência sexual disponham de espaços privados para o acolhimento, o registro de informações e coleta de vestígios, além da guarda provisória de vestígios, de acordo com as especificações técnicas em vigor pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015b).

Trata-se de um rearranjo dos serviços, no sentido de operacionalizar o atendimento a essas mulheres por meio da ação integrada da Secretaria de Políticas para as mulheres, do MS e do Ministério da Justiça, com vistas a implantar ações que transcendem o aprimoramento da coleta de vestígios de violência sexual.

Neste sentido, busca-se também a ampliação dos fluxos e protocolos de atendimento à mulher, a integração dos serviços de referência em saúde, a articulação dos fluxos e protocolos de atendimento no campo da saúde e da medicina legal, o registro dos serviços de atendimento à violência sexual no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, a capacitação e qualificação dos profissionais que atendem esta clientela e a reforma/ampliação das instalações dos serviços de referência ao atendimento às mulheres violentadas sexualmente (Brasil, 2015b).

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

A ação típica de não adesão ao seguimento ambulatorial mostrou-se na sensação de desacolhimento na rede de atendimento percebida pela mulher que experienciou a violência sexual.

Na trajetória em busca de resolução de sua condição, a mulher percebeu o despreparo dos profissionais para lidar com os aspectos imbricados na situação de violência sexual. Nesse sentido, a falta de privacidade e a postura dos profissionais fizeram-na sentir-se constrangida.

Também os efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais e a não apreensão sobre a importância dos exames e da PEP contribuíram sobremaneira para que esta mulher não aderisse ao seguimento ambulatorial. Mesmo não tendo concluído o acompanhamento, a mulher tem a expectativa de superar a violência sexual sofrida e retomar sua vida.

Considerando as características da pesquisa fenomenológica, o desvelamento do fenômeno “não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual” se mostra como perspectival.

Neste sentido, a abordagem da Fenomenologia Social de Alfred Schütz permitiu a produção de evidências que correspondem a um grupo de mulheres que vivem no mesmo tempo e espaço geográfico, com características culturais semelhantes que não são generalizáveis, constituindo-se na limitação deste estudo.

Sugere-se a realização de outras pesquisas em outras realidades, com vistas a mostrar novas perspectivas de interpretação para a experiência de não adesão pela mulher que sofreu violência sexual ao seguimento ambulatorial.

As evidências produzidas neste estudo a partir da perspectiva das mulheres que experienciaram a violência sexual e não aderiram ao seguimento mostraram pontos relevantes para serem discutidos por profissionais de saúde, que incluem a articulação entre os serviços que compõem a rede de atendimento e a melhoria do acolhimento, com valorização da relação intersubjetiva – entre a mulher e os profissionais – como um caminho para aumentar a adesão ao seguimento ambulatorial.

Salienta-se que a Enfermagem, inscrita entre os diversos campos de saberes necessários para o debate e enfrentamento da violência contra a mulher, deve assumir-se como prática social que se dispõe a exercer uma ação política e ética

importante, no sentido de se responsabilizar no cuidado à mulher em situação de violência sexual, de modo que esta, acolhida, possa empoderar-se no seguimento ambulatorial preconizado para tais casos.

Espera-se que as reflexões emergidas no presente estudo, atreladas às implicações vislumbradas pelo mesmo e aos desdobramentos já anunciados no contexto das práticas, somem esforços na direção do enfrentamento do importante problema de saúde pública pautado nesta investigação.

Espera-se ainda que tais enfrentamentos se deem no campo da gestão, do ensino e da prática, envolvendo setores que transcendem o campo da saúde e que estão intimamente envolvidos na possibilidade de auxiliar na mudança do panorama, ainda complexo, da violência contra a mulher em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abrahams N, Jewkes R. Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: a South African qualitative study. *Cult Health Sex*. 2010;12(5):471-84.
- Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, García-Moreno C. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet*. 2014;383(9929):1648-54.
- Aguiar JRV, Moraes e Silva G, Monte NL. Estudo sobre a violência sexual em Serviço de Atendimento à Mulher. *Rev Enferm UFPI*. 2014;3(4):79-87.
- Arend E, Maw A, Swardt C, Denny L, Roland M. South African Sexual Assault Survivors' Experiences of Post-Exposure Prophylaxis and Individualized Nursing Care: A Qualitative Study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013; 24(2):154-65.
- Bandeira, LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*. 2014; 29(2), 449-69.
- Baptista RS, Chaves OBBM, França ISX, Sousa FS, Oliveira MG, Leite CCS. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. *Rev Rene*. 2015; 16(2):210-7.
- Baraldi ACP, Almeida AM, Perdoná, GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2012; 12(3):307-18.
- Barros LA, Albuquerque MCS, Gomes NP, Riscado JLS, Araújo BRO, Magalhães JRF. Vivência de (des) acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. *Rev Esc Enferm. USP*. 2015 ; 49(2): 193-200.
- Bassora JB, Campos CJG. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* [internet] 2010 [acesso em 2013 ago 28]; 12(4):753-60. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a22.htm>.
- Bicanic I, Snetselaar H, De Jongh A, Van de Putte E. Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5:23645.
- Brasil. Decreto Legislativo nº 107, de 1995. Aprova o texto da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, assinada em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília (DF): Congresso Nacional; 1995. [acesso 2015 ago 22]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1995/decretolegislativo-107-31-agosto-1995-364335-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial Nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às

vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Brasília; 2015a. [acesso 2015 out 26]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/2648-288>

Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.662, de 2 de outubro de 2015. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. Brasília; 2015b. [acesso 2015 out 26]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/4870-1662gm>

Brasil. Lei 12.015 de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n. 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Justiça. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília; 2006 [acesso 2015 ago 24]. Disponível em: http://www.contee.org.br/secretarias/etnia/lei_mpenha.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília; 2011. [acesso 2015 ago 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3. ed. Brasília (DF); 2012. 124p

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Brasília; 2013. [acesso 2015 ago 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm

Brasil. Presidência da República. Legislação. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Brasília; 2013. [acesso 2015 out 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Central de Atendimento à Mulher. Balanço 2014 Ligue 180. Brasília: 2014. [acesso 03 agosto 2015]. Disponível em: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/balanco180_2014-versaoweb.pdf

Brasil. Senado Federal. Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. Secretaria de Transparência. Brasília: DataSenado; 2013. [acesso 2015 ago 24]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf

Brito RS, Cavalcanti PP. Infidelidade masculina e violência sexual: sentimentos das mulheres que as vivenciaram. *Ciência et Praxis*. 2014; 7(14): 13-18.

Brooker C, Durmaz E. Mental health, sexual violence and the work of Sexual Assault Referral centres (SARCs) in England. *J Forensic and Legal Medicine* 31 (2015)47e51.

Bryant-Davis T, Ullman SE, Tsong Y, Gobin R. Surviving the Storm The Role of Social Support and Religious Coping in Sexual Assault Recovery of African American Women. *Violence against women*. 2011;17(12):1601-18.

Budó MLD, Schimith MD, Silva DC, Silva SO, Rosa AS, Almeida PB. Percepções sobre a violência no cenário de uma unidade de saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):21-8.

Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. 2ª Ed. Londrina: UEL; 1998.

Carmody D, Tregonning A, Nathan E, Newnham J. P. Patient perceptions of medical students' involvement in their obstetrics and gynaecology health care. *Australian and New Zealand Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011; 51: 553–8 .

Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2012; 88(5):335-41.

Costa DAC, Marques JF, Moreira KAP, Gomes LFS, Henriques ACPT, Fernandes AFC. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(2):302-9.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção à mulher em situação de violência. Linha Guia. Versão preliminar. 2012. [acesso em 15 ago 2015]. Disponível: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Linha_Guia_Violencia_Sexual_contra_a_Mulher2.pdf

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde da Mulher. Vítimas de violência. Atenção à mulher em situação de violência. [internet] 2008. [acesso 2015 out 20]. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/mulher/mulherdeverdade.pdf>.

Cybulska, B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013;27(1):141-9.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violence against women: between critical path and assistance multisectoral networks. *Rev Med (São Paulo)*. 2013; 92(2):134-40.

Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013; 27(1):3-13.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(4):1037-50.

Dourado SM, Noronha CV. A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. *Physis*. 2014; 24(2): 623-43.

Duarte MC, Fonseca RMGS, Souza V, Pena ED. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. *Rev Bras Enferm* 2015; 68(2): 325-32.

Facuri CO, Fernandes MAS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(5): 889-98.

Fornari LF. O percurso de resiliência da mulher vítima de violência sexual. 2014. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2014.

Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estud. psicol.* 2011; 28 (2): 219-27.

Gomes N, Bomfim A, Diniz N, Souza S, Couto T. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev Enferm UERJ*. 2012. 20(2):173-78.

Gomes NP, Carvalho MRS, Couto TM, Diniz NMF. Violência conjugal e o atendimento da mulher na delegacia e no serviço de saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2013; 27(2):146-53.

Gomes NP, Diniz NMF, Reis LA, Lorenzini EA. Rede social para o enfrentamento da violência conjugal: representações de mulheres que vivenciam o agravo. *Texto contexto enferm.* 2015; 24(2):316-24.

Gomes NP, Erdmann AL, Bettinelli LA, Higashi GDC, Carneiro JBD, Diniz NMF. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. *Esc. Anna Nery.* 2013; 17(4): 683-89.

Gomes VR, Lima VLA, Silva AFS, Sena LX, Santos ACB. Violência contra a mulher na região norte: a versão da mídia impressa paraense. *Revista LEVS. UNESP-Marília.* 2014; 14(1):113-28.

Guedes RN., Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev. esc. enferm.* 2013; 47(2): 304-311.

Hagemann CT, Nordbø SA, Myhre AK, Ormstad K, Schei B. Sexually transmitted infections among women attending a Norwegian Sexual Assault Centre. *Sex Transm Infect.* 2014;90(4):283-9.

Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP.* 2008; 42(2): 377-82.

Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMD et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for nursing. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013; 47(3):736-41.

Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013; 27(1):15-26.

Krause KH, Lewis-O'Connor A, Berger A, Votto T, Yawetz S, Pallin DJ6, Baden LR. Current practice of HIV postexposure prophylaxis treatment for sexual assault patients in an emergency department. *Womens Health Issues.* 2014;24(4):407-12.

Labronici LM, Fegadoli D, Correa MEC. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev. esc. enferm. USP.* 2010;44(2): 401-06.

Lima CA, Deslandes SF. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000s. *Saude soc.* 2014; 23(3): 787-800.

Machado CL, Azevedo RCS, Facuri CO, Vieira MJN, Fernandes AMS. Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 113 (2011) 58–62.

Martins RC. Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades. *Rev. Mal-Estar Subj.* 2011; 11(2):727-50.

Menezes P, Lima I, Correia C, Souza S, Erdmann A, Gomes N. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde e Sociedade.* 2014; 23(3): 778-86.

Michelete LA , Dias MMB , Silva ACF , Cabral CS , Abreu LC , Drezett J. Infecção por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em mulheres adolescentes e adultas vítimas de violência sexual na região metropolitana de São Paulo. *Reprod Clim.* 2012; 27(2):58-64.

Minayo MS. Violência e educação: impactos e tendências. *Revista Pedagógica.* 2013; 15(31): 249-64.

Montesó CP. Dificultades para el avance de las mujeres: diferentes teorías sociológicas. *Enferm. glob.* 2014; 13(36):265-74.

Morgan L, Brittain B, Welch J. Medical care following multiple perpetrator sexual assault: a retrospective review. *Int J STD AIDS.* 2015; 26(2):86-92.

Muganyizi PS, Nyström L, Axemo P, Emmelin M. Managing in the contemporary world: rape victims' and supporters' experiences of barriers within the police and the health care system in Tanzania. *J Interpers Violence.* 2011;26(16):3187-209.

Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(6):1229-38.

Oliveira VNA, Meneghel SN. Atenção a mulheres vítimas de violência sexual em um hospital de referência, Porto Alegre, Brasil. *Quaderns de Psicologia.* 2012; 14(2): 101-9.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. [internet] 2012 [acesso 2015 ago 24]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Guidelines for medico-legal for victims of sexual violence; 2003. [acesso 2015 ago 17]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf?ua=1>

Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. 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.* 2011; 27(4):701-13.

Osis MJD, Pádua KS, Faúndes A. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. *Bol. Inst. Saúde.* 2013; 14(3): 320-28.

Paul LA, Walsh K, McCauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. College women's experiences with rape disclosure: a national study. *Violence Against Women.* 2013;19(4):486-502

Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde soc. [Internet]* 2011;20(1):124-35.

- Perilloux C, Duntley JD, Buss DM. The costs of rape. *Arch Sex Behav*. 2012; 41(5):1099-106.
- Polejack L; Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(supl.1): 1201-08.
- Porto RTS, Bispo Júnior JP, Lima EC. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis*. 2014; 24(3):787-807.
- Procópio EVP, Feliciano CG, Silva KVP, Katz CRT. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(6):1961-9.
- Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente: perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(1):22-7.
- Rio SMP, Trivellato IM, Caldeira NM, Araujo SF, Rezende DF. Vivência das mulheres atendidas por alunos de medicina em consulta ginecológica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37(4): 492-500.
- Roland ME, Myer L, Martin LJ, Maw A, Batra P, Arend E, Coates TJ, et al. Preventing Human Immunodeficiency Virus Infection Among Sexual Assault Survivors in Cape Town, South Africa: An Observational Study. *AIDS Behav*. 2012;16(4):990-98.
- Santiñá M, Ríos J, Céspedes F, Martínez B. Indicadores de calidad del proceso de atención a las agresiones sexuales en un servicio de urgências. *Rev Esp Med Legal*. 2014;40(3):97-102.
- Santos ACW, Moré CLOO. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2011;21(49):227-35.
- Schutz A. Sobre fenomenologia e relações sociais/Alfred Schütz. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
- Schutz A; Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. 2 reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.
- Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1230-40.
- Soares MCS, Silva G, Medeiros CMR, Dias MD, MOURA JP. Significados da lei maria da penha para mulheres vítimas de violência doméstica. *RBDC*. 2013; 21:23-34.
- Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(1):94-107.

Tavares MS. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a lei Maria da Penha e descrença na justiça. *Estudos Feministas*. 2015; 23(2):547-59.

Tourinho CDC, Bicudo MAV, Fenomenologia: influxos e dissidências. Rio de Janeiro: Booklink; 2011.

Trigueiro TH; Labronici LM; Merighi MAB, Raimondo ML. O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem qualitativa. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(3):437-43.

Trigueiro TH; Merighi MAB; Medeiros ARP; Lopes CE; Mata NDS; Jesus MCP. Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(2):249-56.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2010.

UN Women. Violence against women prevalence data: surveys by country. New York: UN Women. [internet] 2011 [acesso 2015 ago 24]. Disponível em: http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw_prevalence_matrix_15april_2011.pdf

Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2009;30(4): 609-16.

Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc*. 2011;20(1):113-23.

Viviescas-Vargas DP, Idrovo AJ, Lopez-Lopez E, Uicab-Pool G, Herrera-Trujillo M, Balam-Gomez M, et al. Effective coverage to manage domestic violence against women in mexican municipalities: limits of metrics. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013; 47(4): 781-7.

Walsh K, Zinzow HM, Badour CL, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG, Resnick HS. Understanding Disparities in Service Seeking Following Forcible Versus Drug- or Alcohol-Facilitated/Incapacitated Rape. *J Interpers Violence*. 2015 Apr 5. pii: 0886260515576968.

Yang J, Miller TR, Zhang N, LeHew B, Peek-Asa C. Incidence and cost of sexual violence in Iowa. *Am J Prev Med*. 2014;47(2):198-202.

Zinzow HM, Resnick HS, Barr SC, Danielson CK, Kilpatrick DG. Receipt of Post-Rape Medical Care in a National Sample of Female Victims. *American journal of preventive medicine*. 2012;43(2):183-187.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Tatiane Herreira Trigueiro, sou estudante de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e gostaria de convidá-la a participar de um estudo realizado por mim, intitulado “Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual: enfoque fenomenológico”.

Este estudo tem como objetivo compreender os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial, por mulheres que experienciaram a situação de violência sexual.

Sua participação nesta pesquisa pode contribuir para a conscientização da mulher, vítima de violência sexual, sobre a importância de realizar o seguimento ambulatorial, e, melhorar a qualidade da assistência e tratamento oferecido a você.

Este documento foi elaborado em duas vias, em que uma ficará com o pesquisador e outra com você, participante do estudo.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder algumas perguntas que serão gravadas. Quando esta pesquisa for divulgada seu nome não aparecerá, pois será substituído por um número ou uma letra.

Ao participar deste estudo poderá haver um desconforto pelo fato de lembrar da agressão sofrida. Caso isso aconteça, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, e, se julgar necessário, poderei encaminhá-la para o serviço de Psicologia do ambulatório de atendimento do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Você é livre para decidir se quer ou não participar deste estudo. Poderá, também, desistir de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete prejuízo à sua pessoa.

Caso precise usar transporte público com a finalidade de participar da pesquisa, o valor pago será ressarcido por mim.

Caso julgue necessários esclarecimentos durante e depois da pesquisa, você poderá me contatar pelo telefone (41) 99486957 ou (41) 30396804 e pelo e-mail tatiherreira@hotmail.com. Também pelo telefone (11) 3061-7548 ou endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP - E-mail: ee@edu.usp.br

Eu, _____ li o texto acima, fui esclarecida e compreendi do que se trata esta pesquisa da qual fui convidada e concordo em participar de livre e espontânea vontade.

Curitiba, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 2 - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

CORTA DE CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezado Coordenador

Declaramos que nós do Serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do hospital universitário evangélico, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres vítimas de violência sexual: uma abordagem compreensiva" sob a responsabilidade de Tatiane Herreira Trigueiro, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa pelo prazo de um (1) ano.

Estamos cientes que para a realização deste estudo será utilizado as informações contidas nos registros de consulta em prontuários do serviço e do ambulatório de atendimento das vítimas de violência sexual que procuraram atendimento do hospital a partir de novembro de 2013 e não completaram seguimento ambulatorial conforme protocolo do serviço, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Dr. Jean A. F. C. Francisco
Diretoria Clínica
CRM nº 12026

Supervisor Médico Chefe do Serviço
Dr. Jean Furtado Francisco

ANEXO

ANEXO

ANEXO 1 -PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL POR MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA ABORDAGEM COMPREENSIVA

Pesquisador: Tatiane Herreira Trigueiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31703914.2.3001.0103

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 795.072

Data da Relatoria: 16/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo fenomenológico norteado pela Fenomenologia Social de Alfred Schutz, que tem como objetivo compreender o significado da não adesão ao seguimento ambulatorial pela mulher vítima de violência sexual. Para tanto serão realizadas entrevistas com mulheres que não finalizaram o seguimento ambulatorial em um serviço de atendimento na cidade de Curitiba, Paraná, ou seja, aquelas que não compareceram nas duas últimas consultas.

Farão parte deste estudo mulheres maiores de 18 anos, vítimas de violência sexual, que procuraram atendimento no Hospital Universitário

Evangélico a partir de novembro de 2013 e não completaram seguimento ambulatorial conforme protocolo do serviço. A inclusão dessas mulheres no

estudo se dará pela verificação das informações contidas nos registros de consulta em prontuários do serviço e do ambulatório de atendimento das

vítimas de violência sexual que procuraram atendimento no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Após o registro do telefone e endereço das mulheres selecionadas, a pesquisadora abordará as

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorrião

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR

Continuação do Parecer: 795.072

mulheres, via telefone, momento em que se apresentará, discorrerá sobre o objetivo da pesquisa e, caso haja concordância em sua participação será agendado um encontro presencial em local, data e horário definidos conforme a disponibilidade da mulher. Para alcançar o objetivo desse estudo, será utilizada a entrevista de abordagem fenomenológica. Esta modalidade de entrevista foi escolhida como forma de obtenção dos depoimentos, pois é por meio da linguagem e da ressignificação das experiências que é possível conhecer o fluxo da ação. A participação das mulheres será efetivada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), da explicitação individual dos objetivos, questões éticas envolvidas e importância da participação. As entrevistas serão realizadas individualmente, sendo norteadas pelas seguintes questões: Considerando que você foi vítima de violência sexual conte-me o que fez você buscar o serviço de seguimento ambulatorial? O que levou você a interromper o seguimento ambulatorial? A interrupção do seguimento ambulatorial trouxe consequências para a sua saúde psicológica suas relações sociais? Considerando o abandono do seguimento ambulatorial como você lidou/lida com as repercussões da violência sexual? O sigilo e anonimato das participantes serão garantidos por meio da substituição dos seus nomes pela letra M (mulher), seguida de algarismos arábicos de acordo com a ordem de realização das entrevistas (M1, M2, M3...). O número de participantes não será pré-estabelecido, visto que a coleta de dados será encerrada quando houver repetição do conteúdo significativo dos discursos obtidos, de modo a possibilitar a compreensão do fenômeno a ser investigado.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o significado da não adesão ao seguimento ambulatorial pela mulher vítima de violência sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos referem-se aos desconforto da mulher vítima de violência sexual reviver sua história da agressão sofrida e desencadear sentimentos de angústia ou sofrimento. Caso isso aconteça, os

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorrilho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR

Continuação do Parecer: 795.072

pesquisadores

afirmam que poderão encaminhar para atendimento psicológico.

Benefícios:

A realização deste estudo qualitativo se justifica, uma vez que poderá trazer contribuições relevantes para o conhecimento na área de saúde da mulher e para o incremento da qualidade do cuidado uma vez que poderá apontar aspectos inerentes às razões do não segmento ambulatorial, trazendo a tona as eventuais potencialidades e fragilidades do serviço, do protocolo e da atuação de cada profissional envolvido. Uma vez que a não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres vítimas de violência sexual constitui-se um problema de saúde pública, a partir da compreensão da experiência vivida pela mulher, espera-se contribuir para a inovação da prática clínica voltada para essa clientela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorriho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA
BENEFICENTE DE CURITIBA -
PR

Continuação do Parecer: 795.072

CURITIBA, 17 de Setembro de 2014

Assinado por:

Carmen Australia Paredes Marcondes Ribas
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorrilho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@repar.edu.br